



MARINE TONDELIER  
Quatrième Année  
Section Administration Publique  
[Marinetondelier@aol.com](mailto:Marinetondelier@aol.com)

Institut d'Etudes Politiques de Lille

2007 - 2008

# LES CONFLITS D'ACTEURS A L'HOPITAL PUBLIC A L'EPREUVE DE LA NOUVELLE GOUVERNANCE HOSPITALIERE

*- LE CAS DE LA MISE EN PLACE DES PÔLES  
D'ACTIVITÉ ET DU CONSEIL EXECUTIF -*



**Directeur de mémoire :**

M. Pierre MATHIOT  
*Directeur de l'IEP de Lille*

**Co-directeur de mémoire :**

Dr. Alain LE HYARIC  
*Responsable de pôle au CH de Montereau*

« **O**mbres et lumières sur la médecine

*Ombres qui semblaient légères, quand, hier encore, notre système de santé était le premier au monde, mais qui aujourd'hui sont déjà presque des ténèbres, celles des orages soudains, mais que tout annonçait.*

*Lumières aussi. Car quelques lueurs apparaissent. Les esprits changent. Mais il ne s'agit que de paroles ou d'écrits, et l'on ne perçoit pas encore l'esquisse d'un projet d'envergure et pas même d'une véritable conscience de l'urgence. »*

Professeurs Philippe EVEN et Bernard DEBRE,  
*Avertissement aux malades, aux médecins et aux élus,*  
Paris : Le cherche midi (Collection Documents), 2002, page 7.



# SOMMAIRE

INTRODUCTION (page 9)

CHAPITRE PRELIMINAIRE - *Le service public hospitalier  
et le plan hôpital 2007*

- I. LE DISPOSITIF HOSPITALIER FRANÇAIS (page 23)
- II. LE PLAN HOPITAL 2007 (page 25)

## PREMIERE PARTIE – *Les conflits entre acteurs à l'origine des dysfonctionnements de l'hôpital public*

PREMIER CHAPITRE – *La variété du profil des acteurs en  
présence à l'hôpital public*

- I. LA MULTIPLICITE DES ACTEURS EVOLUANT AU SEIN DE L'HOPITAL PUBLIC (page 31)
  - A. LES DIFFERENTES PROFESSIONS DE L'HOPITAL PUBLIC
  - B. LES DIFFERENTES SOUS CULTURES SE COTOYANT A L'HOPITAL PUBLIC
- II. LES POUVOIRS AU SEIN DE L'HOPITAL PUBLIC (page 44)
  - A. DES SOUS-CULTURES A L'EMERGENCE DE POUVOIRS
  - B. POUVOIR MULTIPOLAIRE ET DYSFONCTIONNEMENT DE L'HOPITAL PUBLIC

## SECOND CHAPITRE – *Les conflits entre acteurs au sein de l'hôpital public*

- I. LES TENSIONS ENTRE ADMINISTRATIFS ET SOIGNANTS (page 58)
  - A. DEUX LEGITIMITES QUE TOUT SEPRE
  - B. DEUX LEGITIMITES CONCURRENTES QUI S'AFFRONTENT
  
- II. LES CONFLITS INTERNES A LA SPHERE MEDICO-SOIGNANTE (p. 68)
  - A. LE REJET DES SOIGNANTS AYANT DES RESPONSABILITES ADMINISTRATIVES PAR LEUR GROUPE D'APPARTENANCE INITIAL
  - B. LE RECOURS A DES STRATEGIES DE DISTINCTION
  - C. LA MANIFESTATION DES STRATEGIES DE DISTINCTION

### SYNTHESE :

*Analyse du débat suscité par un article de Guy Vallancien récemment publié sur le site du Figaro (page 81)*

## SECONDE PARTIE –

*Bilan de la réforme dite de la nouvelle gouvernance hospitalière l'hôpital public*

## TROISIEME CHAPITRE – *Les solutions apportées aux tensions internes à l'hôpital public par la nouvelle gouvernance hospitalière*

- I. DE LA PRISE DE CONSCIENCE DES DYSFONCTIONNEMENTS DE L'HOPITAL PUBLIC AU PLAN HOPITAL 2007 (page 87)
  - A. RAPPORTS OFFICIELS ET PRISE DE CONSCIENCE DE LA NECESSITE D'UNE REFORME
  - B. L'ELABORATION DU PLAN HOPITAL 2007

- II. NOUVELLE GOUVERNANCE HOSPITALIERE ET AMELIORATION DES RELATIONS ENTRE ACTEURS A L'HOPITAL PUBLIC (page 95)**
- A- LE CONTENU DE L'ORDONNANCE DU 2 MAI 2005
- B- UNE « REMEDICALISATION DE L'HOPITAL PUBLIC ? »

**QUATRIEME CHAPITRE – *Quel bilan pour cette réforme ?  
Le cas de la mise en place des pôles d'activité et des conseils  
exécutifs***

- I. UN ACCUEIL TRES VARIABLE E LA REFORME PAR LES ACTEURS (page 105)**
- A. DE PONCTUELLES OPINIONS FAVORABLES
- B. LE SCEPTICISME D'UNE LARGE MAJORITE D'ACTEURS
- II. UN SUCCES TRES VARIABLE SELON LES ETABLISSEMENTS (page 127)**
- A. UNE LARGE AUTONOMIE DANS LA MISE EN ŒUVRE DE LA REFORME PREVUE PAR L'ORDONNANCE DU 2 MAI 2005.
- B. DES RESULTATS INEGAUX SELON LES ETABLISSEMENTS

CONCLUSION (page 135)

ANNEXES (page 139)

BIBLIOGRAPHIE (page 171)

LISTE DES PERSONNES INTERROGEES □ □ (page 181)



# REMERCIEMENTS

En premier lieu, ma reconnaissance s'adresse conjointement à M. Pierre Mathiot et au Dr. Alain Le Hyaric pour avoir accepté de diriger mon travail et pour avoir enrichi ma réflexion de leurs conseils avisés.

Je tiens ensuite à remercier les responsables du pôle anesthésie/réanimation/bloc opératoire du CH d'Arras pour m'avoir accueillie et permis de constater sur le terrain le fonctionnement d'un pôle.

Ce travail n'aurait pas pu aboutir sans l'échange d'idées auxquels se sont prêtées la plupart des personnes interrogées. Je tiens en conséquence exprimer ma gratitude envers toutes les personnes qui ont accepté de se prêter au jeu de l'entretien. La plupart sont citées dans la rubrique « *liste des personnes interrogées* » à la fin de ce mémoire. D'autres ont été rencontrées de manière plus informelle (vestiaires de sport, aéroport, etc.) et ne figurent donc pas dans cette liste, mais leur apport à ma réflexion n'en fut pas moindre.

Mes remerciements vont enfin à ma famille et à mes proches pour leur soutien, à ma conf pour leurs encouragements, à Clémence pour son aide, et à Emmanuelle et Marine pour leurs relectures attentives.



# INTRODUCTION

« *L'hôpital : comment ça ne marche pas* »<sup>1</sup>, « *La grogne dans les hôpitaux* »<sup>2</sup>, « *La fin de l'hôpital public ?* »<sup>3</sup>, « *Hippocrate malade de ses réformes* »<sup>4</sup>, « *Tempête sur l'hôpital* »<sup>5</sup>, « *L'hôpital public en péril* »<sup>6</sup> : les titres de certains récents ouvrages, articles ou émissions consacrés à l'hôpital public témoignent de la popularité médiatique de l'idée selon laquelle l'hôpital public serait dans la tourmente. Le service public hospitalier traverserait donc une crise profonde, ou du moins cette idée est-elle prégnante dans les représentations collectives.

En parcourant même rapidement la littérature de ces dix dernières années, on réalise en effet rapidement que beaucoup ont prédit l'effondrement imminent de l'hôpital public, institution qui pourtant tient toujours debout aujourd'hui. Certes vous diront certains, mais si l'hôpital public se maintient tant bien que mal à flot, c'est grâce à la dévotion et au professionnalisme des infirmières, médecins et autres personnels soignants, qui mobilisent leur énergie au service de leur vocation.

Mais à force d'efforts, le personnel soignant s'épuise, et la crise de l'hôpital public serait aujourd'hui surtout morale : le personnel soignant serait guetté par le surmenage. Cette crise hospitalière existe-t-elle en dehors des représentations collectives et du battage médiatique dont elle fait l'objet ? Si oui, quelle est sa véritable ampleur et comment y remédier ?

---

<sup>1</sup> Titre de l'émission « *c'est dans l'air* » (France 5) du 15 janvier 2008

<sup>2</sup> Titre de l'émission « *c'est à dire ?!* » (France 5) du 7 janvier 2008

<sup>3</sup> Titre de l'ouvrage de Robert HOLCMAN (Editions Lamarre., 2007)

<sup>4</sup> Titre de l'ouvrage de Frédéric PIERRU (Editions du croquant, avril 2007)

<sup>5</sup> Titre de l'ouvrage de Demis LABAYLE (Editions seuil, Collection l'Épreuve des faits, février 2002)

<sup>6</sup> Titre d'un article de Robert HULCMAN paru dans la revue *Le débat – histoire, politique, société*, (Editions Gallimard, n°146, septembre /octobre 2007, page 148 à 156)

## SUR LES IDEES REÇUES CONCERNANT LA « CRISE » DE L'HOPITAL PUBLIC

Il semble primordial de couper court dès l'introduction à plusieurs idées reçues concernant la crise de l'hôpital public, afin que ce travail se fonde sur des bases qui soient aussi stables que possible. En confrontant lectures, impressions et discussions avec des individus d'origines et d'opinions très diverses, l'auteur de ce mémoire a notamment pu déceler trois points qu'elle a jugé nécessaire de clarifier.

### *SE DISTANCIER DE LA VISION SIMPLIFICATRICE QUE LES MEDIAS OFFRENT DE LA « CRISE » HOSPITALIERE*

Tout d'abord, il faut prendre conscience du fait que la manière dont la plupart des individus se représentent aujourd'hui l'hôpital public est l'émanation des reportages au ton sensationnaliste dont les abreuvent les médias aux heures de grande écoute.<sup>7</sup>

Ces reportages se contentent souvent de donner la parole à des personnels hospitaliers, qui bénéficient d'une aura exceptionnelle leur provenant de la noblesse de la mission qu'ils exercent, et a pour conséquence d'attirer la suspicion, voire même l'opprobre, sur quiconque viendrait remettre en question leur dévotion et leur compétence.

Robert Holcman, directeur d'hôpital et docteur en sciences de gestion, explique d'ailleurs cette « *sacralisation des métiers hospitaliers* » par les origines religieuses du secours aux plus nécessiteux. En effet, les premiers hôpitaux, créés du VI<sup>e</sup> au XI<sup>e</sup> siècle, ont pris la forme de « *maisons-Dieu épiscopales* », à l'image de l'Hôtel Dieu de Lyon, fondé en 549. Puis au XII<sup>e</sup> siècle, les fondations hospitalières étaient pour les nobles une manière de s'assurer la promesse de leur salut éternel<sup>8</sup>.

Mais même si la Révolution française est venue consacrer la laïcisation des hôpitaux, l'hôpital public puise de ses origines une aura qui influence, aujourd'hui encore, aussi bien les représentations collectives des usagers de l'hôpital public que celles des personnels hospitaliers.

Cette quasi-mystification des personnels hospitaliers rend assez difficile la remise en question des prénotions qu'ils véhiculent, et dont les médias se font le relais. Et l'exemple de la mise en œuvre de la loi sur les 35 heures à l'hôpital public illustre

---

<sup>7</sup> Robert HOLCMAN, *La fin de l'hôpital public ?*, Editions LAMARRE, Août 2007, page 63-64

<sup>8</sup> Bernard BONNICI, *L'hôpital : obligation de soins, contraintes budgétaires*, Paris : La documentation française (coll. les études de la documentation française), 2007, page 9

parfaitement le fait que l'analyse proposée par les médias à propos de l'hôpital public est bien souvent extrêmement simplificatrice.

Comme en témoignent les titres de nombreux articles de presse, les médias ont érigé cette loi en grande responsable du « *malaise soignant* », idée elle-même très prégnante chez les personnels hospitaliers. Mais une étude un peu plus attentive de la question permet de constater que ce que l'on a nommé a posteriori le « *désenchantement hospitalier* » est en fait bien antérieur à l'application des 35 heures à l'hôpital public, décidée en janvier en 2001 et encadrée par le décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002<sup>9</sup>. Déjà en 1989, Maurice Lemoine écrivait un dans le périodique *Autrement* un article explicitement intitulé « *le blues des blouses* », preuve que la problématique du mal-être des personnels soignant n'est pas nouvelle<sup>10</sup>.

Les 35 heures, même si on peut concéder qu'elles sont venues amplifier les difficultés des professionnels de l'hôpital, ne sont donc pas elles-mêmes à l'origine du sentiment de dégradation de leurs conditions de travail par les personnels soignants. Par contre pouvons-nous affirmer qu'elles ont été l'occasion pour les médias de s'emparer de cette problématique, ce qui donne l'impression au grand public que les 35 heures ONT créé ce problème.

Tout travail sur l'hôpital appelle donc à une certaine vigilance vis-à-vis des idées véhiculées par les médias aussi bien que par les acteurs de l'hôpital eux-mêmes, ce que le Jean Peneff, sociologue français et héritier de l'école de Chicago, explique dès l'introduction de son ouvrage *L'hôpital en urgence, étude par observation participante* :

« Mon objectif était d'observer les comportements, non de recueillir les discours. Je n'étais intéressé que subsidiairement par les déclarations d'intention, les stéréotypes que les travailleurs tendent à répercuter dans la présentation d'eux-mêmes. Je cherchais à comprendre non ce que les gens disent qu'ils font mais ce qu'ils font effectivement, les implications du travail réel et non pas simplement représenté, les faits et non pas leur image. Je cherchais moins à savoir ce que les gens disent qu'ils pensent que ce que leurs actions manifestent en organisation et en résultats. »<sup>11</sup>

---

<sup>9</sup> Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. J.O. Numéro 4 du 5 Janvier 2002, consultable en ligne au lien suivant :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000398298&dateTexte=>

<sup>10</sup> Maurice LEMOINE, « Le blues des blouses », in Michel CREPU et Aline HOUDY, *L'hôpital à vif*, Paris : *Autrement, Série Mutation* n°109, septembre 1989, page 155 à 161

<sup>11</sup> Jean PENEFF, *L'hôpital en urgence – Etude par observation participante*, Paris : Métaillé (coll. Leçons de choses), 1992, p. 10

Et c'est d'ailleurs cette prise de distance nécessaire vis-à-vis des *a priori* véhiculés par les médias qui amène quiconque s'intéresserait à cette problématique à relativiser la « crise » de l'hôpital public telle qu'elle est dépeinte dans la presse.

Si l'on en croit les journaux, l'hôpital public croulerait sous les difficultés et serait au bord du gouffre financièrement, en conséquence de quoi il rendrait des prestations d'une qualité de plus en plus aléatoire. Encore le 6 avril dernier, un journaliste du *Journal du Dimanche* titrait son article sur le rapport Larcher - dont les conclusions venaient d'être remises au Président de la République - « *Des mesures choc pour sauver l'hôpital* »<sup>12</sup>, comme si celui-ci était en danger de mort imminente. De même, à la lecture de certains articles, on peut avoir l'impression d'un système archaïque, dépassé, peu productif et prêt à implorer. Or s'il est vrai que le dispositif hospitalier français pourrait être amélioré à de nombreux égards, il ne faut pas tomber dans l'excès en en dressant un tableau apocalyptique.

Rappelons en effet qu'un classement des performances des systèmes de santé de tous les pays du monde réalisé par l'OMS (Organisation mondiale de la Santé) à l'occasion de son rapport annuel en 2000<sup>13</sup> a classé le système français en première position. Même s'il existe de nombreuses limites à la réalisation de comparaisons internationales en matière de santé<sup>14</sup>, on ne peut qu'admettre – lorsque l'on sait la place tenue par l'institution hospitalière dans notre système de santé (en 2004, le service public hospitalier représentait 36,7% de l'ONDAM (Objectif national de dépenses d'assurance maladie)<sup>15</sup>) – que cette performance n'aurait pu être réalisée si l'état du système hospitalier français avait été aussi catastrophique que certains le prétendent.

Par ailleurs peut-on rétorquer aux personnes dénonçant une baisse sensible de la qualité des prestations de l'hôpital public que, comme le reconnaît le député René Couanau dans son *Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital*, il est « *très difficile de porter un jugement global et définitif sur une éventuelle dégradation de la qualité des soins* », notamment parce que « *des indicateurs de qualité restent à élaborer* »<sup>16</sup>.

En outre, l'étude de certains sondages laisse au contraire entrevoir une opinion publique française extrêmement favorable à l'hôpital public. Ainsi, un sondage réalisé par

---

<sup>12</sup> Yann Philippin, « Des mesures chocs pour sauver l'hôpital », Le journal du Dimanche, le 6 avril 2008, page 15

<sup>13</sup> Organisation mondiale de la santé, *Rapport sur la santé dans le monde : pour un système de santé plus performant*, 2000, tableau page 175 (disponible au lien suivant : [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_fr.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_fr.pdf))

<sup>14</sup> Michel GRIGNON, « Les comparaisons internationales des systèmes de santé : apports et difficultés des classements de performance », *Chronique internationale de l'IREC*, n° 21, novembre 2004 (disponible à l'adresse suivante : <http://213.56.65.5/files/publications/chronique%20internationale/c91/c9113.pdf>).

<sup>15</sup> Robert HOLCMAN, *La fin de l'hôpital public ?*, Paris : Lamarre, Août 2007, page 4

<sup>16</sup> René COUANAU, *Rapport d'information par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur l'organisation interne de l'hôpital*, enregistré le 19 mars 2003, Paris : Assemblée nationale, page 14 et 15

Hospimedia<sup>17</sup> a révélé qu'en mars 2004, les Français étaient 67% à exprimer leur satisfaction à l'égard du système hospitalier<sup>18</sup>. Puis en mai 2006, un sondage commandé par la Fédération Hospitalière Française (FHF) confirmait que 82% des Français continuaient à avoir une bonne opinion des hôpitaux<sup>19</sup>. En outre, l'objection que pourraient émettre les détracteurs de l'hôpital public - à savoir que cette large satisfaction reposerait avant tout sur les performances des cliniques privées, masquant ainsi les défaillances du système public - ne résiste pas à un second chiffre : l'hôpital public rassemble 82% d'opinions favorables, contre 73% pour l'hospitalisation privée, degré de satisfaction rare et quasi unique dans les pays de l'OCDE (Organisation pour la Coopération et le développement économique)<sup>20</sup>. Faut-il pour justifier ces taux de satisfaction surprenants se souvenir de l'argument d'une sacralisation de l'hôpital public due à la nature religieuse de ses origines ? Cela constitue sûrement un embryon d'explication. Mais qui ne suffit pas à expliquer une autre découverte surprenante du sondage : l'opinion des français à propos de l'hôpital public a évolué positivement au cours des dernières années. Près de la moitié des personnes interrogées avait une meilleure vision de l'hôpital en 2004 par rapport aux années précédentes.

Le dispositif hospitalier français ne saurait donc être simultanément prêt à s'effondrer et au premier rang dans les comparaisons internationales<sup>21</sup> et dans le cœur des français. C'est pourquoi il faut manier avec beaucoup de précautions les discours excessifs ou alarmistes – assez répandus à propos de l'hôpital français – dont voici un exemple :

« Trois ans après avoir été classé par l'Organisation Mondiale de la Santé comme le plus performant du monde en termes d'accès, de qualité, de résultats et même de coût des soins, « *les lauriers sont fanés* » (Le Monde) et notre système de santé est menacé à court terme de n'être plus qu'un vaste champ de ruines. Parcouru de traits de fracture qui progressent en tout sens, il se disloque et se brise par pans entiers, comme une banquise au soleil l'été et déjà s'annonce une glaçante nuit d'hiver que beaucoup de politiques ne semblent toujours pas mesurer, malgré les sourds craquements et les violents éclats des derniers mois, les difficultés de l'été, les bilans financiers désastreux de l'automne et l'écroulement prévisible de l'hiver prochain ».

*Extrait de Avertissement aux malades, aux médecins et aux élus,*  
par les Professeurs Philippe EVEN et Bernard DEBRE, 2002 <sup>22</sup>

---

<sup>17</sup> Hospimedia est un portail d'information dédié aux décideurs et acteurs des établissements de soins, qui se définit lui-même comme « l'agence d'information du secteur hospitalier » ([www.hospimedia.fr](http://www.hospimedia.fr))

<sup>18</sup> Patrick MORDELET, *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé*, Paris : Editions ENSP, 2006, p. 297

<sup>19</sup> Fédération hospitalière française – TNS Sofres, *Les français et l'hôpital*, 11 mai 2006. Résultats téléchargeables sur [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr), synthèse disponible au lien suivant : [http://www.tns-sofres.com/etudes/pol/240504\\_hopital\\_n.htm](http://www.tns-sofres.com/etudes/pol/240504_hopital_n.htm).

<sup>20</sup> Patrick MORDELET, *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé*, Paris : Editions ENSP, 2006, p. 297.

<sup>21</sup> Patrick MORDELET, *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé*, Paris : Editions ENSP, 2006, p. 296

<sup>22</sup> Pr. Philippe EVEN et Pr. Bernard DEBRE, *Avertissement aux malades, aux médecins et aux élus*, Paris : Le cherche midi (Coll. Documents), 2002, page 9

Mais il faut admettre que même si nous avons démontré que l'hôpital public n'était pas en difficulté au point d'être au bord du gouffre, les classements internationaux et l'opinion des Français ne sont pas une garantie suffisante pour que l'on puisse affirmer sans sourciller que l'hôpital public français est aujourd'hui hors de danger. Et l'hôpital public ne peut donc pour autant se dispenser d'améliorer son fonctionnement et son organisation.

Il serait donc à l'inverse utopiste de considérer que l'hôpital public français ne nécessite aucune réforme. En effet, alors que le dispositif hospitalier français a fait l'objet d'un développement et d'une modernisation sans précédent durant les années 1970 à 1990, l'hôpital public semble aujourd'hui en perte de vitesse. Si les améliorations apportées par les efforts financiers exceptionnels mis en oeuvre durant ces deux décennies ont « *port[é] le service public à un niveau jamais atteint en France, supérieur ou comparable à celui des pays les plus développés* »<sup>23</sup>, le prestige de l'hôpital public semble s'être terni à partir des années 90, mettant ainsi fin dans les représentations collectives à « *l'âge d'or* » de l'hôpital, si tant est qu'il y en ait un jour eu un. Aujourd'hui notamment, certaines problématiques, illustrées par les quelques titres d'articles ou d'ouvrages proposés en début d'introduction, émergent de manière quasi systématique à chaque évocation de l'hôpital public : insuffisance des moyens financiers et humains, crise des valeurs chez les professionnels, etc.

Il faut donc reconnaître que l'hôpital public français traverse bel et bien une crise par certains aspects, mais en se montrant précautionneux quant à l'ampleur et la nature de cette crise.

Car l'auteur de ce mémoire considère que beaucoup se trompent sur la nature de ces problèmes, et que les difficultés financières ou de crise morale du personnel que rencontre actuellement l'hôpital public ne sont en fait qu'un des symptômes de la crise plus générale qu'il traverse, et ne constituent par conséquent pas en elles-mêmes le cœur de la crise.

Bien sûr, certains facteurs externes à l'hôpital participent également aux difficultés de l'hôpital : vieillissement de la population, insuffisance de la politique de prévention, progrès médical qui entraîne, en même temps que l'amélioration de leurs performances, une hausse inexorable du coût des dispositifs médicaux, etc. Mais le cœur du problème est bel et bien la médiocre utilisation des moyens, et non le manque de moyens.

---

<sup>23</sup> E. COUTY et D. TABUTEAU, *Hôpitaux et cliniques : les réformes hospitalières*, Paris : Berger-Levrault, 1991

Plus précisément, on s'aperçoit, en considérant le problème de plus près, que même si beaucoup décrient le manque de moyens – aussi bien financiers qu'humains – de l'hôpital public, le problème n'est en fait pas tant le montant des sommes allouées à l'hôpital public ou le nombre d'emplois budgétaires qui lui sont accordés, mais plutôt l'utilisation qui est faite de ces ressources.

Car les moyens dont dispose l'hôpital public français figurent parmi les plus généreux au monde : une comparaison réalisée par l'OCDE a par exemple démontré que le rapport entre les dépenses totales en soins hospitaliers et le PIB s'établit en France à 3,6%, la plaçant ainsi au 7<sup>ème</sup> rang des pays de l'OCDE<sup>24</sup>. Mais, comme l'explique Rose Marie Van Lerberghe dans son ouvrage *Oui, la Réforme est possible !* – l'optimisme affiché par le titre de l'ouvrage est assez rare pour être souligné –, il est devenu fréquent d'entendre les personnels hospitaliers se plaindre du manque de moyens, propos que les journalistes relayent volontiers, n'évoquant plus l'hôpital public sans ajouter systématiquement « *qui manque de moyens* », comme s'il s'agissait un mot composé<sup>25</sup>. Pourtant assure t-elle, « *l'hôpital n'a jamais disposé d'autant de ressources en argent et en personnel* ».

Dans son essai *La fin de l'hôpital public ?*, Robert Holcman constate le même paradoxe : alors que les soignants expliquent souvent leur sentiment d'épuisement par le manque de personnel, « *rien ne vient corroborer cette explication à l'observation* »<sup>26</sup>. Mais il s'empresse de préciser que cela ne veut pas dire pour autant que les personnels hospitaliers mentent lorsqu'ils évoquent un rythme de travail éreintant. Simplement, les raisons qu'ils avancent pour expliquer leur épuisement ne sont pas les bonnes : « *Ce n'est pas le manque de personnel ou bien la charge excessive de travail qui est fatigante mais l'organisation – ou plutôt l'inorganisation du travail* »<sup>27</sup>. D'ailleurs le sociologue se risque-t-il à déclarer que : « *Le volume et l'intensité du travail observés dans les services de soins correspondent rarement – loin s'en faut – à la description qui en est faite* »<sup>28</sup>.

La thèse sur laquelle se base ce mémoire, à savoir que le principal problème de l'hôpital public est une organisation déficiente et non un manque de moyens, n'est donc partagée que par ceux que Robert Holcman appelle « *le cercle des spécialistes de l'hôpital* », et fera donc sûrement bondir syndicalistes et personnels hospitaliers. Cependant, toute personne préoccupée par le devenir de l'hôpital public, et notamment les alarmistes évoqués précédemment, se doit – si ce n'est d'y adhérer – au moins de s'intéresser à toute conception susceptible d'aider cette institution. Et s'ils ne sont pas d'accord en dernier ressort avec les conclusions de ce travail, après l'avoir lu dans son intégralité, au moins lui auront-ils prêté une attention suffisante pour lui laisser sa chance.

---

<sup>24</sup> Robert HOLCMAN, *La fin de l'hôpital public ?*, Editions LAMARRE, Août 2007, page 19

<sup>25</sup> Rose Marie VAN LERBERGHE, *Oui, la Réforme est possible !*, Paris : Albin Michel, octobre 2007, page 28

<sup>26</sup> Robert HOLCMAN, *La fin de l'hôpital public ?*, Editions LAMARRE, Août 2007, page 59

<sup>27</sup> Robert HOLCMAN, *La fin de l'hôpital public ?*, Editions LAMARRE, Août 2007, page 60

<sup>28</sup> Robert HOLCMAN, *La fin de l'hôpital public ?*, Editions LAMARRE, Août 2007, page 59

## REMEDIER AUX DIFFICULTES DE L'HOPITAL PUBLIC

Ce mémoire se base donc sur le postulat que les difficultés actuellement rencontrées par l'hôpital public, si elles sont réelles, ne se résoudreont pas par un accroissement des moyens humains et financiers, mais par une meilleure gestion de ces moyens. D'ailleurs faut-il préciser, pour démontrer que l'augmentation des moyens de l'hôpital public ne constituerait de toute manière pas une solution satisfaisante, que comme le rappelle Robert Holcman dans *La fin de l'hôpital public ?*, dans une organisation dysfonctionnante, « *plus il y a de personnel, moins il y a de chance que l'organisation s'améliore : les personnels additionnels recrutés ne font que se surajouter aux problèmes d'organisation* »<sup>29</sup>.

Si le problème majeur de l'hôpital public n'est pas tant un manque de moyens qu'une médiocre utilisation des moyens qui lui sont accordés, il convient donc de s'interroger plus précisément sur les causes de l'inefficacité de l'emploi des moyens pourtant accordés en large quantité aux hôpitaux.

La principale de ces causes, et celle à laquelle ce travail est dédié, est la déficience de son organisation interne, due à l'enchevêtrement de pouvoirs multiples. L'hôpital possède en effet la spécificité de faire cohabiter deux cultures : la culture gestionnaire de l'administration d'une part, et la culture médicale du personnel soignant d'autre part, deux sphères dont nous verrons qu'elles sont antagonistes.

Les conflits de pouvoir sont donc nombreux au sein de l'hôpital public : ceux qui opposent organisation du soin et organisation de la direction, mais aussi ceux qui créent des tensions entre unités de travail et au sein même de chaque unité de travail. Bien sûr, la sociologie des organisations nous a enseigné que les conflits de pouvoir sont inhérents à toute structure de travail, mais – ce mémoire tentera de le démontrer – l'hôpital public comporte des spécificités qui ont pour effet de démultiplier les conséquences néfastes de ces tensions.

Ces conflits et autres luttes de pouvoirs entraînent d'ailleurs une double conséquence.

D'un côté, en troublant la bonne marche de l'hôpital public, ils rendent nécessaire sa réforme. Et – cela sera décrit dans le développement de ce mémoire – le législateur a d'ailleurs tenté à plusieurs reprises d'améliorer la collaboration à la fois au sein des équipes de travail, entre les équipes de travail et entre le corps médical et l'administration. La

---

<sup>29</sup> Robert HOLCMAN, *La fin de l'hôpital public ?*, Editions LAMARRE, Août 2007, page 64

dernière réforme de ce type fut le plan « *hôpital 2007* », plan quinquennal présenté en conseil des ministres le 20 novembre 2002, dont l'un des objectifs affichés était d'améliorer le fonctionnement interne de l'hôpital par un meilleur dialogue entre le personnel soignant et la direction. Le deuxième volet de ce plan, qui intéresse plus particulièrement notre problématique, est consacré à « *la modernisation de la gestion interne des hôpitaux publics* », et ouvre deux grands chantiers : le décloisonnement de l'hôpital public et la rénovation des relations entre ses acteurs. Ces projets ont été concrétisés par l'adoption de l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005<sup>30</sup>, instituant la nouvelle gouvernance hospitalière.

Mais d'un autre côté – et cela vient complexifier la résolution des problèmes de l'hôpital public – toute tentative de réforme de l'hôpital public se heurte à ces tensions. La réforme de l'hôpital public n'est donc pas aisée, et la preuve en est qu'au cours des vingt dernières années, six réorganisations législatives ou réglementaires ont successivement été mises en œuvre, et que leur déploiement s'est toujours fait dans un climat social tendu. D'ailleurs l'adoption des textes instituant la nouvelle gouvernance hospitalière puis leur mise en application a-t-elle été largement décriée par les syndicats, et – cela sera développé dans ce mémoire – a fait l'objet d'une large suspicion de la part des personnels hospitaliers, et surtout du personnel médico-soignant.

Les dysfonctionnements organisationnels dont est victime l'hôpital public posent donc une double problématique : ils rendent une réforme nécessaire, tout en entravant cette réforme, le législateur étant systématiquement suspecté par tel ou tel groupe d'acteurs de tenter de satisfaire les intérêts de tel ou tel autre groupe d'acteurs. D'où une succession de réformes aux succès incertains et inégaux : le rapport Larcher, dont les conclusions ont été remises le 10 avril 2007 au Président et qui contient 16 nouvelles propositions de réformes, en constitue un exemple supplémentaire.

L'objet de ce mémoire sera donc plus précisément de déterminer la nature des luttes de pouvoirs, des tensions et autres conflits d'intérêts en présence à l'hôpital public, de démontrer en quoi ils sont préjudiciables à l'hôpital public et constituent l'une des principales causes à ses difficultés, et d'expliquer en quoi la mise en place de la nouvelle gouvernance hospitalière a tenté de les contrecarrer.

Plus précisément, ce travail se focalisera sur le pan de la réforme instituant l'organisation de l'hôpital public en pôles d'activité et la mise en place de conseils exécutifs dans chaque établissement, et tentera en dernier lieu de déterminer dans quelle mesure ces éléments de réforme ont pacifié les interactions entre les différents acteurs de l'hôpital public.

---

<sup>30</sup> Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. J.O. Numéro 102 du 3 Mai 2005, Page 7626 à 7635, consultable en ligne au lien suivant : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000606537&dateTexte=>

## SUR LA NEUTRALITE DE L'AUTEUR

La question de la neutralité de l'auteur d'une étude sociologique est incontournable. Et elle l'est d'autant plus que son sujet d'étude repose sur la mise en relief de conflits entre groupes par rapport auxquels il est difficile de ne pas se positionner.

L'auteur de ces lignes s'est efforcée tout au long de son travail de rester la plus neutre et objective possible. Cependant, par souci de transparence, elle se doit de préciser dès l'introduction que certains éléments biographiques auraient pu, si elle ne s'en était pas méfiée, être susceptibles de biaiser son analyse.

Premièrement, il faut préciser que ce mémoire a été réalisé – de manière facultative – dans le cadre d'études à l'Institut d'Etudes Politiques de Lille en Section Administration publique. De surcroît, l'auteur de ce rapport envisage de préparer l'année prochaine le concours de directeur d'hôpital. Il lui a donc fallu être particulièrement vigilante par rapport à certains partis pris qu'elle aurait pu développer au cours de son travail préparatoire, notamment dans la tenue puis la restitution de certains entretiens, surtout lorsque l'interlocuteur était farouchement hostile à la direction de l'hôpital dans lequel il évoluait.

Par ailleurs, il faut préciser que l'entourage de l'auteur comporte plusieurs membres appartenant au monde médical, dont ses deux parents. Notamment, son grand père, pharmacien en officine à l'origine, revendit sa pharmacie en 1985 pour reprendre ses études et terminer sa carrière dans un hôpital public.

Sans vouloir procéder à des simplifications exagérées, on peut estimer que ces deux caractéristiques biographiques – projet professionnel et entourage –, qui séparément auraient pu amener l'auteur à certains *a priori* ou l'auraient obligée à un travail supplémentaire de prise de distances, lui ont au contraire été très profitables.

En effet, connaître un minimum les mondes sur lesquels on va travailler est essentiel à la compréhension. Et avoir déjà un pied dans chaque univers est très précieux, si l'on est capable de prendre la distance nécessaire pour se détacher des préjugés que cela peut induire. D'un côté, cela permet d'être au fait des termes techniques concernant l'administration et les finances de l'hôpital, et de comprendre les rouages d'une politique publique. D'un autre côté, cela aide à mettre en confiance les personnels hospitaliers, assez réticents à l'idée de se confier à une étudiante de '*sciences po*', en leur montrant, par l'usage de quelques termes techniques, que l'on n'est pas pour autant étranger ni à leur monde, ni à leurs préoccupations.

## SUR LES QUESTIONS METHODOLOGIQUES

Plus généralement, un réel recul et une vue d'ensemble sur la problématique n'ont pu être acquis que grâce à la multiplication des sources consultées.

La problématique dont il est ici question est en effet très polémique, et il était donc indispensable – pour être précis – de couvrir, par des lectures et entretiens aussi nombreux et variés que possible, l'échantillon le plus large et diversifié d'opinions, de conceptions, de revendications, voire même de mécontentements ou d'objections.

Ainsi la bibliographie proposée comporte-elle aussi bien des ouvrages théoriques de sociologie<sup>31</sup> que des comptes-rendus d'expériences d'observation participante au sein de l'hôpital public<sup>32</sup>, des ouvrages spécialisés sur l'hôpital<sup>33</sup>, ses problèmes<sup>34</sup> et sa réforme<sup>35</sup>, des rapports parlementaires<sup>36</sup> ou d'autres rapports émanant d'organes officiels<sup>37</sup>, des articles issus de périodiques spécialisés<sup>38</sup> comme de la presse à grand tirage<sup>39</sup>, des textes de loi<sup>40</sup>, et même des émissions de télévision<sup>41</sup> ou encore diverses ressources électroniques<sup>42</sup> trouvées sur différents sites Internet<sup>43</sup>.

Mais puisque l'on ne trouve dans la presse et dans les ouvrages que les avis d'un groupe très restreint d'acteurs de l'hôpital, la réalisation d'entretiens s'est parallèlement révélée nécessaire afin de recueillir les opinions d'un échantillon plus représentatif que celui qu'offre la plupart des médias.

Car comme l'explique le sociologue français Jean Peneff dans l'introduction de sa monographie *L'hôpital en urgence*, « la presse quotidienne ou les périodiques divulgent

---

<sup>31</sup> *Structure et dynamique des organisations* d'Henri Mintzberg, *La sociologie des organisations* de Philippe Bernoux, *Sociologie de la maladie et de la médecine* et Philippe Adam et Claudine Herzlich, *Sociologie de la santé* de Danièle Carricaburu et Danièle Ménoret, etc.

<sup>32</sup> *Une ethnologue à l'hôpital – l'ambiguïté du quotidien infirmier* d'Anne Véga et *L'hôpital en urgence – Etude par observation participante* de Jean Peneff.

<sup>33</sup> *L'hôpital* de Jean de Kervasdoué, *L'hôpital et ses acteurs – appartenances et égalité* d'Ivan Sainsaulieu, *L'hôpital – Obligation de soins, contraintes budgétaires* de Bernard Bonnici, *L'hôpital sens dessus-dessous* de Véronique Fournier, etc.

<sup>34</sup> *La fin de l'hôpital public ?* de Robert Holcman, *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé* de Patrick Mordelet, *Avertissement aux malades, aux médecins et aux élus des professeurs Philippe Even et Bernard Debré, Tempête sur l'hôpital de Demis Labayle*, etc.

<sup>35</sup> Deux ordonnances 2003-2005 : pour une réforme hospitalière de Jean-Marie Clément, *Oui, la réforme est possible !* de Rose-Marie Van Lerberghe, *Hippocrate malade de ses réformes* de Frédéric Pierru, *La nouvelle gouvernance hospitalière – l'organisation en pôles d'activité* d'Olivier Dupuy, *Réinventer l'hôpital public – contre l'hôpital entreprise* d'André Grimaldi, etc.

<sup>36</sup> Rapport « Couanau » sur *l'organisation interne de l'hôpital*, rapport « Vallancien » sur *la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale*, rapport Larcher sur *les missions de l'hôpital*, etc.

<sup>37</sup> Notamment les rapports de la Cour des Comptes, du Conseil Economique et Social, de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), de la Fédération Hospitalière de France, de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) ou encore de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), dont toutes les références sont données en bibliographie.

<sup>38</sup> *La revue française des sciences sociales*, *le Débat – histoire, politique et société*, *dossiers solidarité et santé*, etc.

<sup>39</sup> *Le Monde*, *Libération*, *Les Echos*, *Le Monde diplomatique*, *Le journal du dimanche*, etc.

<sup>40</sup> Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002, Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005, etc.

<sup>41</sup> Emission *C'est dans l'air* (France 5) du 15 janvier 2008 intitulée « L'hôpital : comment ça ne marche pas » et Emission *C'est à dire ?!* (France 5 également) du 7 janvier 2008 intitulée « La grogne dans les hôpitaux »

<sup>42</sup> Powerpoint trouvés sur les sites de différents hôpitaux et destinés à expliquer au personnel la réforme et sa mise en place dans l'hôpital en question, différents dossiers, études, enquêtes, sondages, revues de presse sur le plan hôpital 2007, etc.

<sup>43</sup> <http://www.sante.gouv.fr> et <http://www.creer-hopitaux.fr> (ministère de la santé), <http://www.aphp.fr> (hôpitaux de paris), <http://www.chu-nantes.fr> (centre hospitalier universitaire de Nantes), <http://www.oms.org> (organisation mondiale de la santé), <http://www.hospimedia.fr> (site d'information sur l'actualité hospitalière), <http://www.ammpu.org/> (association médicale mosellane de perfectionnement post universitaire) mais aussi sites officiels des différents syndicats concernés, forums de discussions de professionnels de la santé, etc.

presque unanimement le point de vue de la hiérarchie des médecins, de l'encadrement, de la haute administration»<sup>44</sup>. Il cite d'ailleurs l'exemple de la revue *Autrement*, qui en septembre 1989, dans un numéro intitulé « *l'Hôpital à vif* », publiait 38 articles, dont 37 étaient signés par « *des journalistes, des docteurs, des chercheurs en sciences humaines, des cadres, des chefs de service* », mais par aucun personnel de grade inférieur, à l'exception d'une aide-soignante s'exprimant sur seulement trois pages sur deux cent trente ! Et ceci est d'autant plus dommageable que comme il l'explique dans un article intitulé « *les médiateurs : les journalistes médicaux* »<sup>45</sup>, « *les journalistes vedettes des grands médias sont proches socialement et culturellement des médecins* ».

Il existe donc un véritable monopole de la parole à l'hôpital, que seuls des entretiens ciblés peuvent contourner. Certes, des contacts ont été pris, avec des personnes assez médiatiques, à l'image de Patrick Pelloux, président de l'Association des médecins urgentistes de France (AMUF) et connu pour son implication dans la défense de l'hôpital public et du service public qui y est rendu, ou encore Francis Fellingner, président de la conférence des présidents de commission médicale d'établissement (CME) de CH. L'avis de certains spécialistes reconnus semblait en effet nécessaire pour donner une certaine légitimité à ce travail, mais également pour recueillir des avis de personnes ayant réellement réfléchi au sujet, comme ce fut le cas pour les quelques responsables syndicaux interrogés (à l'image de James Brodeur et Danièle Goumard, respectivement Président et Secrétaire générale du Syndicat des médecins anesthésistes réanimateurs non universitaires (SMARNU) ).

Mais un grand soin a également été porté à recueillir les opinions de tous les acteurs de l'hôpital ; c'est-à-dire aussi bien de membres de l'autorité de tutelle (Bernard Deleater, Secrétaire général de l'ARH de Lille) que des membres des équipes de direction (Georges Fioré, Directeur économique du CH de Laon et Claude Payen, Directeur des ressources humaines du CHR d'Hénin-Beaumont) mais aussi et surtout des personnels soignants.

De même, dans la catégorie des personnels soignants, la représentativité la plus large possible a été recherchée. Ont ainsi été contactés des aides soignantes mais également des infirmières (Sabine Rivat, Infirmière au CH de Valenciennes), des stagiaires (Emilie Moretti, ainsi que plusieurs autres étudiants en deuxième et troisième année de Médecine à Lille 2), des externes (Constance Cavrot, Etudiante de quatrième année de Médecine à Lille 2 et externe au CHR Calmette), des internes (Guillaume Lesaily, interne au CHRU de Lille), des praticiens hospitaliers (Jacqueline Cohen, Praticien hospitalier

---

<sup>44</sup> Jean PENEFF, *L'hôpital en urgence – Etude par observation participante*, Paris : Métaillé (coll. Leçons de choses), 1992, p. 25

<sup>45</sup> Article disponible en ligne sur la page personnelle de Jean peneff (<http://pagesperso-orange.fr/peneff-medecine>) au lien suivant : <http://pagesperso-orange.fr/peneff-medecine/offre.htm#media>

anesthésiste réanimatrice à l'hôpital Beaujon (AP-HP)), des chefs de service (Didier Dubois, chef du service réanimation au CH d'Arras), des responsables de pôle (Alain le Hyaric, Chef de pôle au CH de Montereau), etc.

La variété a également été préconisée dans la taille des établissements étudiés et dans leur statut, ce qui fut important dans la mesure où il a été constaté de grandes disparités dans le succès de la mise en place de la nouvelle gouvernance d'un établissement à l'autre. De même, si l'étude se concentre sur l'hôpital public, certains personnels du secteur privé à but non lucratif (Docteur Gevaert, Association hospitalière nord-artois clinique (ANHAC) d'Hénin Beaumont) mais aussi à but lucratif (Docteur Philippe Rivat, Cardiologue dans une clinique près de Valenciennes) ont également été interrogés, car il était intéressant d'avoir leur avis sur l'hôpital public et sa réforme.

Par ailleurs, un équilibre a également dû être trouvé entre les personnes contactées par adresse mail e-mails trouvées sur internet, et donc inconnues de l'auteur, et les personnes contactées dans son entourage au sens large (parents, amis, relations, parents d'amis, etc.)

Enfin, deux établissements ont été visités et étudiés de manière plus précise: le CH d'Arras dans le Pas-de-Calais et l'Institut Karolinska à Stockholm en Suède. Pour le premier, le but était de confronter les opinions de différents acteurs d'un même hôpital sur la mise en place de la réforme dans cet hôpital. Pour le second, il s'agissait d'étudier la situation dans un autre pays d'Europe, réputé pour son système de santé, afin d'acquérir une dimension comparative qui a permis l'élargissement de la réflexion.

En ce qui concerne les entretiens en eux-mêmes, ils ont été menés selon la méthode semi-directive qui a l'avantage de laisser les personnes interrogées s'exprimer le plus librement possible tout en permettant d'éventuelles interventions de l'interrogateur pour interagir avec la personne, et ainsi préciser ou recadrer ses propos. Il faut avouer que la méthode n'a vraiment été rodée qu'au bout de quelques essais, et que les premiers entretiens ont été marqués par une certaine méfiance de la part des personnes interrogées, qui, pour certaines, craignaient qu'on ne déforme leurs propos, ou que le but des recherches soit en fin de compte de discréditer l'hôpital public. Toutefois, l'expérience progressivement acquise a rapidement permis de dissiper de telles réticences.

Par contre, il a parfois été difficile de faire la différence dans les propos des personnes interrogées entre ce qui relevait de leurs convictions intimes et ce qui consistait plutôt en un stéréotype inconsciemment intériorisé puis véhiculé par l'individu. C'est d'ailleurs ce point qui justifie la formule de Penneff selon laquelle « *l'observation longue et*

*contrôlée ne peut être assimilée au recueil de quelques réactions ponctuelles*»<sup>46</sup>. Mais de nombreuses lectures ont justement permis de dépasser ces préjugés, et de mener une réflexion de qualité.



La réflexion menée dans ce mémoire s'articule autour des axes suivants :

La première partie sera l'occasion de dresser un état des lieux des tensions régnant au sein de l'hôpital entre les différents acteurs, et de s'interroger sur leurs origines et leurs conséquences.

Puis dans une seconde partie, il s'agira de déterminer si la nouvelle gouvernance hospitalière - et notamment la mise en place des pôles d'activité et des conseils exécutifs au sein de l'hôpital public – est parvenue à juguler ces tensions et donc à améliorer le fonctionnement de l'institution.

Mais avant toute chose, un chapitre préliminaire présentera rapidement le service public hospitalier français ainsi que le plan hôpital 2007, afin de rendre la compréhension de ce mémoire accessible à tout lecteur, même non-initié aux problématiques de l'hôpital public.

---

<sup>46</sup> Jean PENEFF, *L'hôpital en urgence – Etude par observation participante*, Paris : Métailié (coll. Leçons de choses), 1992, p. 10

# CHAPITRE PRELIMINAIRE

## *Le service public hospitalier et le plan hôpital 2007*

Avant tout développement sur les conflits et luttes de pouvoir au sein de l'hôpital public ainsi que sur les solutions qui ont pu y être apportées avec la mise en place de la nouvelle gouvernance hospitalière, il est nécessaire de procéder à quelques rappels concernant la structure du dispositif hospitalier français, ainsi que sur le plan hôpital 2007 qui est venu le réformer dès 2002.

### **I. LE DISPOSITIF HOSPITALIER FRANÇAIS**

Selon un rapport de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) datant d'octobre 2006 et intitulé « *L'hôpital et l'organisation des soins en France* », le parc hospitalier français compte un peu plus de 500 000 lits (précisément 509 093 au 31 décembre 2004 pour la France métropolitaine)<sup>47</sup>, répartis entre 3995 établissements (toujours pour la France métropolitaine au 31 décembre 2004)<sup>48</sup>.

#### **LES TROIS CATEGORIES D'ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS FRANÇAIS**

La spécificité du système hospitalier français demeure dans la coexistence d'établissements de soins à caractère public et à caractère privé, le secteur public représentant environ les deux tiers des lits.

Le dispositif hospitalier français se divise en fait en trois catégories d'établissements : les hôpitaux publics, les hôpitaux privés à but non-lucratif, érigés sous

---

<sup>47</sup> Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et Ministère de la santé, L'hospitalisation et l'organisation des soins en France, Octobre 2006, page 54 (consultable en ligne au lien suivant : [http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/chiffrescles\\_dhos/rapport\\_2006.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/chiffrescles_dhos/rapport_2006.pdf))

<sup>48</sup> Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et Ministère de la santé, L'hospitalisation et l'organisation des soins en France, Octobre 2006, page 53 (consultable en ligne au lien suivant : [http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/chiffrescles\\_dhos/rapport\\_2006.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/chiffrescles_dhos/rapport_2006.pdf))

forme de fondation ou d'association loi de 1901 et qui représentent environ 13% du parc hospitalier, et enfin les hôpitaux privés à but lucratif, qui sont régis par des statuts de société civile ou commerciale et gèrent environ 21% des lits.

## LES QUATRE CATEGORIES D'HOPITAUX PUBLICS

Les hôpitaux publics – sur lesquels porte plus spécifiquement ce mémoire – sont des personnes morales de droit public. Ce sont des établissements publics de santé qui assurent une mission de service public et sont soumis au contrôle de l'Etat. Ils sont le plus souvent rattachés à une commune, ou parfois à un département, et jouissent d'une certaine autonomie de gestion.

Au sein du service public, quatre types d'établissements coexistent et se différencient par leurs missions :

**Les centres hospitaliers régionaux (CHR)**, généralement implantés dans les capitales des régions sanitaires, ont une vocation régionale liée à une haute spécialisation. Ils assurent des soins spécialisés à l'ensemble de la population de la région, mais également des soins courants à la population de proximité. Sur les trente et un centres hospitaliers régionaux que compte la France (bientôt trente deux puisqu'il est prévu que la Réunion bénéficie très prochainement d'un CHR), vingt-neuf sont des centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU, le plus souvent appelés CHU)<sup>49</sup>, qui ont passé une convention avec l'université par l'unité de formation et de recherche (UFR) de médecine. Au total, les CHRU rassemblent 3000 services et offrent une capacité de 87 000 lits<sup>50</sup>. Ils assurent en moyenne 35% de l'activité des hôpitaux français, et emploient au total plus de 270 000 personnes (en équivalent temps plein), les CHRU figurant souvent parmi les plus gros employeurs de la ville, voire même du département où ils sont implantés. Ils représentent environ un tiers du budget de fonctionnement hospitalier.

**Les centres hospitaliers (CH)** – aussi appelés **centres hospitaliers généraux (CHG)** – sont les établissements les plus nombreux, puisque l'on en compte actuellement plus de 630. Ils assurent la majeure partie de la prise en charge des hospitalisations du secteur public, puisqu'au 31 décembre 2004, ils représentaient 171 987 lits en France métropolitaine sur les 330 523 offerts par le service public hospitalier, soit 52% du dispositif

---

<sup>49</sup> Les 29 CHRU sont implantés à Amiens, Angers, Besançon, Bordeaux, Brest, Clermont-Ferrand, Dijon, Fort-de-France, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon (Hospices civils de Lyon), Marseille (Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille), Montpellier, Nancy, Nantes, Nice, Nîmes, Paris (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris), Poitiers, Pointe-à-Pitre, Reims, Rennes, Rouen, Saint-Etienne, Strasbourg (Hospices civils de Strasbourg), Toulouse et Tours.

Les deux CHR non universitaires se situent à Orléans et à Metz-Thionville.

<sup>50</sup> [http://www.hopital.fr/html/hopital/l\\_hopital\\_comment\\_ca\\_marche/l\\_hopital\\_au\\_sein\\_de\\_l\\_organisation\\_generale\\_de\\_la\\_sante/les\\_etablissements\\_publics\\_de\\_sante/index.html](http://www.hopital.fr/html/hopital/l_hopital_comment_ca_marche/l_hopital_au_sein_de_l_organisation_generale_de_la_sante/les_etablissements_publics_de_sante/index.html)

hospitalier du pays)<sup>51</sup>. Leur mission est d'assurer toute la gamme des soins aigus en médecine, chirurgie et obstétrique, ainsi que les soins de suite et de longue durée.

**Les centres hospitaliers spécialisés (CHS)** assurent la prise en charge des patients en psychiatrie. On en recense un peu moins de 90.

Enfin, **les hôpitaux locaux**, qui, implantés à distance des CH, assurent les soins médicaux courants aux populations vivant en milieu rural. Ils accueillent également souvent, dans des services adaptés, des personnes âgées dépendantes ou en perte d'autonomie. Ils représentent un tiers du parc hospitalier en nombre d'établissements, mais seulement 3,75% des lits offerts par l'hôpital public, ce qui démontre que ce sont par définition des petites structures. La couverture médicale y est assurée par des médecins généralistes exerçant à titre libéral, et ils doivent être liés par convention avec un ou plusieurs hôpitaux, notamment pour l'accès aux plateaux techniques.

## II. LE PLAN HOPITAL 2007

A la suite de la réélection de Jacques Chirac à la présidence de la République le 5 mai 2003, le nouveau gouvernement Raffarin n'a eu de cesse de répéter sa volonté de « *réconcilier la France d'en bas avec celle d'en haut* », objectif dont il a été estimé que sa réussite devait entre autre passer par une amélioration du système de santé.

Jean François Mattei, alors Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, fut ainsi chargé de rénover l'organisation, le fonctionnement et l'investissement des hôpitaux, ce dont – désireux de « *redonner ambition et espoir à l'hôpital* »<sup>52</sup> – il fit le principal chantier de son Ministère.

### LES OBJECTIFS DU PLAN HOPITAL 2007

Issu d'un diagnostic préoccupant de la situation de l'hôpital, établi notamment par le rapport Couanau<sup>53</sup>, le plan quinquennal « Hôpital 2007 » vise à dynamiser les structures sanitaires et à repenser la gestion hospitalière dans une démarche concertée.

Le plan « Hôpital 2007 » s'est donné comme objectif de « *redonner aux*

---

<sup>51</sup> Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et Ministère de la santé, L'hospitalisation et l'organisation des soins en France, Octobre 2006, page 53 (consultable en ligne au lien suivant : [http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/chiffrescles\\_dhos/rapport\\_2006.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/chiffrescles_dhos/rapport_2006.pdf))

<sup>52</sup> Jean François Mattei, « *Hôpital 2007, un pacte de modernité avec l'hospitalisation* », discours prononcé le 2à novembre 2002 et disponible en ligne à l'adresse suivante : <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/hopital2007/index.htm>

<sup>53</sup> Monsieur le Député René COUANAU, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales *Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital*, rapport n°714, douzième législature, 19 mars 2003. Disponible en ligne : <http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i0714.asp>

*établissements hospitaliers publics et privés confiance en leur avenir et fierté de leur métier au service de la santé des patients et de l'excellence de la médecine française*»<sup>54</sup>. Comme l'a reconnu Jean François Mattei dans son discours du 20 novembre 2002 intitulé « *Hôpital 2007 : un pacte de modernité avec l'hospitalisation* »<sup>55</sup>, « *la réforme du plan Hôpital 2007 est ambitieuse* ».

## LES QUATRE VOLETS DE LA REFORME

Pour atteindre cet objectif, le plan Hôpital 2007 propose quatre volets de mesures :

**La simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé, mise en œuvre** par l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003<sup>56</sup>, s'est notamment traduite par le transfert des compétences de contrôle du fonctionnement des établissements de santé – détenues jusque-là par le préfet – à l'agence régionale d'hospitalisation (ARH).

**La réforme du financement des établissements de santé par la mise en place de la tarification à l'activité (T2A)** a été instituée par la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 relative au financement de la sécurité sociale pour 2004<sup>57</sup>. Avant 2004, le financement de l'hôpital public se faisait selon un système de dotation globale : un budget discuté chaque année était attribué à chaque établissement, qui ne tenait pas compte de leur activité, et a rapidement montré ses limites. En effet, les structures les plus actives étaient pénalisées car elles se retrouvaient en manque de financement, tandis que les établissements enregistrant une activité déclinante disposaient de « rentes de situation ». Dorénavant, les dépenses des établissements de santé (hormis les services de psychiatrie et les activités d'enseignement et de recherche des CHU) sont financées en fonction de l'activité réellement produite. Le niveau de cette activité est évalué par le biais d'un nouvel outil : les « groupes homogènes de malades » (GHM), qui regroupent les actes médicaux présentant une similitude médicale et un coût voisin. Chaque acte médical effectué à l'hôpital doit être codé par le praticien hospitalier l'ayant effectué, et rattaché au GHM lui correspondant (il en existe plus de 700). Et chaque GHM correspond à un tarif forfaitaire, qui est le montant du remboursement qui sera ensuite perçu par l'hôpital.

---

<sup>54</sup> Jean François Mattei, « *Hôpital 2007, un pacte de modernité avec l'hospitalisation* », discours prononcé le 20 novembre 2002 et disponible en ligne à l'adresse suivante : <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/hopital2007/index.htm>

<sup>55</sup> Disponible en ligne à l'adresse suivante : <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/hopital2007/index.htm>

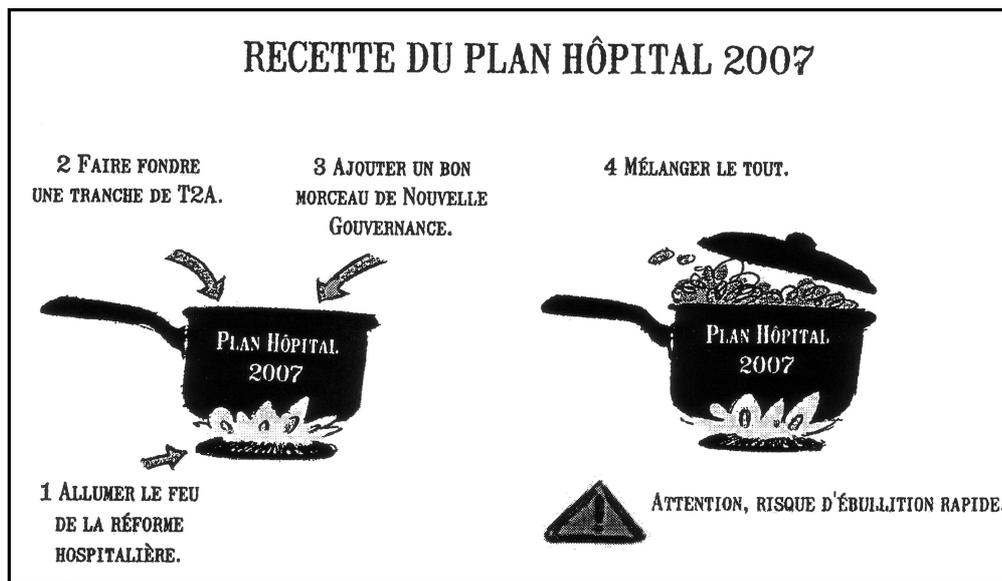
<sup>56</sup> Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation. JORF n°206 du 6 septembre 2003 page 15391, texte n° 26. Consultable en ligne au lien suivant : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000429878&dateTexte=>

<sup>57</sup> Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004. JORF n°293 du 19 décembre 2003 page 21641, texte n° 1 ; Consultable en ligne au lien suivant : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000249276&dateTexte=>

Il existe deux grilles tarifaires (l'une pour les établissements publics et l'autre pour les établissements privés), qui ont été construites de façon indépendante et représentent des prestations différentes. Le secteur libéral reprochant le plus souvent au secteur public son peu d'efficacité, l'enjeu de ces deux grilles tarifaires est notamment de faire converger hôpital et clinique, par le biais d'un même « panier » de prestations rendues à tarifs égaux.

**La relance de l'investissement hospitalier** a été mise œuvre par le biais d'un plan quinquennal d'investissement engagé dès 2003, et débloquant au total 6 milliards d'euros par tranche annuelle de 1,2 milliards d'euros.

**La réforme de la gouvernance hospitalière**, dernier volet du plan hôpital 2007, porte sur la modernisation de la gestion interne des hôpitaux publics et ouvre deux grands chantiers : le décloisonnement interne de l'hôpital, et de façon plus générale la rénovation des relations entre ses acteurs. Cette réforme repose sur l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005<sup>58</sup> qui précise la nouvelle organisation de l'hôpital, ses différentes instances, leur composition et leur mission.



Caricature extraite d'un article de Jean-Marie Clément,  
« *Résolution ou exacerbations des conflits avec le Plan Hôpital 2007 ?* »  
*La nouvelle gouvernance, Soins cadres de santé* n°63,  
août 2007, page 37

<sup>58</sup> Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. J.O. Numéro 102 du 3 Mai 2005, Page 7626 à 7635, consultable en ligne au lien suivant : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000606537&dateTexte=>



# PREMIERE PARTIE :

## *Les conflits entre acteurs à l'origine des dysfonctionnements de l'hôpital public*



Monique CAVALIER, Richard DALMASSO et Jean-Jacques ROMANET,

*Médecins, directeurs : un PACS pour l'hôpital ?*,

Paris : Erès (coll. Action santé), 2002

# INTRODUCTION

En 1785, le chirurgien français Jacques Tenon, dressant un diagnostic de l'état des hôpitaux du Royaume, déclarait que « *la civilisation d'un peuple se mesure à l'état de ses hôpitaux* », adage souvent repris depuis. Or les hôpitaux français, très vigoureusement rénovés dans les années 1970, ont pris du retard dans la décennie 1990-2000.

Malgré toutes les nuances apportées en introduction, et notamment sur le traitement qui en est fait par la presse, les observateurs de l'hôpital sont unanimes quant au besoin de réforme de l'institution millénaire. Ainsi le Député de Saint-Malo René Couanau expliquait-il dès les premières pages de son rapport d'information sur « *l'organisation interne de l'hôpital* » que « *quelles que soient les nuances à apporter, les différences de situation observées et les niveaux de gravité atteints, la réponse ne fait pas de doute : oui, l'hôpital public est en crise* »<sup>59</sup>.

Le début du XXIème siècle a en conséquence été marqué par une intense réflexion sur l'avenir du système hospitalier. Principalement, les difficultés de l'hôpital public relèvent d'un problème d'organisation interne. Le service public hospitalier est en effet un monde extrêmement cloisonné où le corporatisme est très prégnant. Ainsi, comme le résume Rose-Marie Van Lerberghe dans *Oui, la réforme est possible !*, « *le problème de l'hôpital, c'est avant tout l'organisation car de multiples intervenants contribuent à la prise en charge du patient et la coordination entre eux repose trop souvent sur la bonne volonté de chacun* »<sup>60</sup>. Or toute coordination reposant sur la 'bonne volonté' semble compromise par les cultures et les systèmes de valeur divergeants qui caractérisent les différents groupes d'acteurs de l'hôpital, et par les conflits et les luttes de pouvoir que cela crée au sein de l'institution.

*Quels sont les différents acteurs évoluant au sein de l'hôpital public ? Dans quelle mesure leur culture et leurs systèmes de valeur divergent-ils ? Quels sont les différents types de conflits recensés au sein de l'hôpital public ? Quels sont les jeux de pouvoir à l'œuvre au sein de l'institution ?*

---

<sup>59</sup> René COUANAU, *Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital*, Député, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, rapport n°714, douzième législature, 19 mars 2003, page 7

<sup>60</sup> Rose Marie VAN LERBERGHE, *Oui, la Réforme est possible !*, Paris : Albin Michel, octobre 2007, page 172

# PREMIER CHAPITRE

## *La variété du profil des acteurs en présence à l'hôpital public*

Selon le *Livre blanc sur l'avenir de la fonction publique* rédigé en 2007 par Jean-Ludovic Silicani, les hôpitaux employaient, en 2005, 1 023 000 agents<sup>61</sup>, soit 20% des emplois de service public administratifs français.<sup>62</sup>

### **I. LA MULTIPLICITE DES ACTEURS EVOLUANT AU SEIN DE L'HOPITAL PUBLIC**

Le nombre d'acteurs de l'hôpital public est donc pléthorique puisqu'en plus d'accueillir des millions d'usagers tous les ans, le service public hospitalier emploie plus d'un million d'agents. Et les profils de ces agents sont extrêmement diversifiés : outre les professions connues de tous (médecin, infirmière, aide soignante, etc.), un *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière* publié en 2004 par le Ministère de la santé a révélé que l'institution connaît 183 métiers non-médicaux dans cinq domaines différents<sup>63</sup>. Et encore, les auteurs de ce répertoire précisent dans leur « *méthodologie d'élaboration* » qu'ils n'ont pas retenu certains métiers dans cette classification, notamment lorsqu'ils ne comportaient pas suffisamment d'effectifs pour être décrits.

---

<sup>61</sup> Jean-Ludovic SILICANI, *Livre blanc sur l'avenir de la fonction publique – Faire des services publics et de la fonction publique des atouts pour la France*, Conférence nationale sur les valeurs, les missions et les métiers du service public et de la fonction publique, septembre 2007, page 19

<sup>62</sup> Jean-Ludovic SILICANI, *Livre blanc sur l'avenir de la fonction publique – Faire des services publics et de la fonction publique des atouts pour la France*, Conférence nationale sur les valeurs, les missions et les métiers du service public et de la fonction publique, septembre 2007, page 30

<sup>63</sup> Ministère de la santé, *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière*, Paris : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2004, 435 pages. Consultable en ligne : [http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/repert\\_metierfph/intro.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/repert_metierfph/intro.htm)

## **A. LES DIFFERENTES PROFESSIONS DE L'HOPITAL PUBLIC**

On trouve donc au sein de l'hôpital public une multiplicité de professions, dont certains observateurs estiment qu'elle est excessive. Ainsi par exemple, Louis Omnes, premier directeur de l'hôpital parisien George Pompidou, s'était interrogé sur la nécessité pour cet hôpital de comporter plus de pompiers que la ville de Morlaix<sup>64</sup> ! Quant à Robert Holcman, directeur d'hôpital et docteur en sciences de gestion, il rappelle que sur les 87 000 agents des services ouvriers et techniques des hôpitaux, seulement 35 000 sont des personnels médico-techniques : il y a donc deux fois plus d'employés s'occupant de l'entretien, des voitures, des jardins, des repas ou encore de la blanchisserie que d'agents assurant le fonctionnement des laboratoires, de la pharmacie et de l'imagerie (scanners, IRM, etc.)<sup>65</sup>

Des voix s'élèvent donc aujourd'hui pour préconiser une simplification de l'éventail des métiers proposé par la fonction publique hospitalière. Il faudrait fusionner certaines tâches en une seule profession ( la même personne pourrait s'occuper de la peinture et de la menuiserie), et parallèlement en externaliser d'autres, puisque l'on peut par exemple penser que le jardinier de l'hôpital ne participant pas directement à l'exécution d'une mission de service public, sa fonction pourrait être assurée par une entreprise privée en contrat avec l'hôpital et qu'il ne doit donc pas nécessairement être un agent du service public administratif.

### **LES CINQ CORPS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE**

Les agents de la fonction publique hospitalière sont traditionnellement répartis en cinq corps : les personnels administratifs, les personnels soignants, les personnels des services médicaux et médico-techniques, les personnels socio-éducatifs et les personnels ouvriers et techniques.

Selon le *Rapport annuel sur l'état de la fonction publique* paru en 2005, la filière soignante représente 71,2% du personnel non-médical des hôpitaux publics<sup>66</sup>, tandis que la filière technique et ouvrière et la filière administrative regroupent chacune 11,2% des agents de la fonction publique hospitalière.

---

<sup>64</sup> Rose Marie VAN LERBERGHE, *Oui, la Réforme est possible !*, Paris : Albin Michel, octobre 2007, page 21

<sup>65</sup> Robert HOLCMAN, *La fin de l'hôpital public ?*, Paris : Lamarre, Août 2007, page 21

<sup>66</sup> *Rapport annuel sur l'Etat de la fonction publique : « Faits et chiffres »*, Paris : La documentation française, 2006, page 221  
Consultable en ligne au lien suivant : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000490/0000.pdf>

## LES DIFFERENTS METIERS DE L'HOPITAL PUBLIC

A plus petite échelle, les personnels hospitaliers peuvent également être regroupés par professions.

Le Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports a publié en 2007 en partenariat avec l'Ecole nationale de santé publique une *Etude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière*, dont le second tome est consacré à une « *Monographie de 10 métiers et groupes métiers sensibles* » et analyse dans le détail quatre métiers du soin (aide soignant, infirmier, manipulateur en électro-cardiologie et cadre de santé de pôle), trois métiers administratifs de la sphère clinique (cadre administratif de pôle, secrétaire médicale et technicien d'information médicale) et trois métiers dits de support (acheteur, contrôleur de gestion et responsable de système d'information).<sup>67</sup>

A la lecture du sommaire de ce rapport, on peut donc faire plusieurs constats.

Tout d'abord, il faut préciser que se côtoient à l'hôpital des professions très populaires et d'autres beaucoup moins connues, comme celle de manipulateur en électro-cardiologie. De même, les effectifs représentés par ces professions sont très variables : si 26% des effectifs de la filière soignante appartiennent au corps des infirmiers, 24% au corps des aides soignants et 11% à celui d'agent des services hospitaliers, on ne recense qu'une proportion marginale d'agents de service mortuaire, d'ergothérapeutes ou de diététiciens.

Par ailleurs, on constate que certaines professions représentées au sein de l'hôpital public ne sont pas spécifiques à cette institution et existent également dans le secteur privé. Il s'agit par exemple du métier d'acheteur présenté dans le rapport, ou alors de nombreux autres métiers recensés dans le *répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière* : standardiste, archiviste, webmestre, attaché de presse, cinéaste-vidéaste, contrôleur de gestion, analyste financier, conseiller juridique, responsable de magasin, agent de traitement des déchets, lingère couturière, responsable sécurité-incendie, agent de restauration et d'hôtellerie, pâtissier, coiffeur, esthéticienne, coursier, maçon, couvreur, peintre en bâtiment, carrossier, mécaniste auto, jardinier paysagiste, etc. Cette liste confirme d'ailleurs le constat de Robert Holcman décrit précédemment, à savoir que certaines professions sont beaucoup trop spécialisées et pourraient être fusionnées, tandis que d'autres pourraient être confiées à des prestataires privés pour alléger la gestion du secteur public hospitalier.

---

<sup>67</sup> Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, *Etude prospectives des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière*, tome 2 : « *Monographie de 10 métiers ou groupes métiers sensibles* », Paris : Ecole nationale de santé publique, 2007, 328 pages. Consultable en ligne au lien suivant : [http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/fonction\\_publ\\_hosp/edutes\\_prospectives/tome2.pdf](http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/fonction_publ_hosp/edutes_prospectives/tome2.pdf)

## **B. LES DIFFERENTES SOUS CULTURES SE COTOYANT A L'HOPITAL PUBLIC**

Une kyrielle de professions sont donc présentes au sein de l'hôpital public. Mais cette diversité n'est pas en elle-même la source des problèmes organisationnels de l'institution. Plus que le nombre de professions, c'est en effet la diversité des cultures auxquelles elles renvoient qui est source de dysfonctionnements.

On parle souvent d'une culture spécifique à l'hôpital public, culture qui distinguerait le service public hospitalier aussi bien des autres administrations – qui ne connaissent pas la culture du patient – que des autres établissements hospitaliers – qui ne connaissent pas les valeurs du service public. Le Docteur Pierre Gevaert, anesthésiste réanimateur à la Polyclinique d'Hénin-Beaumont, rapportait d'ailleurs au cours de son entretien l'attitude qu'avaient certains de ses collègues travaillant à l'hôpital public, qui lui expliquaient qu'eux pratiquaient la '*médecine pure*', celle qui entre davantage dans une logique ancestrale de '*charité chrétienne*' vis à vis des indigents et nécessiteux que dans une logique de profit.

Il existe historiquement une culture propre à l'hôpital public, dont le personnel assure - au service du public - la prise en charge des malades et de certaines missions d'intérêt général . Mais on peut tout de même distinguer au sein du personnel différentes sous-cultures, en fonction de la profession. On divise ainsi traditionnellement le personnel de l'hôpital public en quatre groupes de personnel : les personnels administratifs, les personnels médicaux et médico-techniques, les personnels soignants et les personnels des services techniques.

### **I. LE PERSONNEL ADMINISTRATIF**

Les prérogatives administratives sont partagées au sein de l'hôpital entre des professionnels qui s'y consacrent exclusivement, à l'image des secrétaires médicales et des membres de l'équipe de direction, et des professionnels qui cumulent les responsabilités médicale ou soignante et administrative, à l'image des surveillantes ou des médecins chefs de service.

La « culture administrative » est le propre de la première catégorie, car les médecins et soignants auxquels sont confiées des prérogatives administratives restent le plus souvent proches de leur culture d'origine, phénomène qui sera analysé plus en détail par la suite.

## LE PERSONNEL ADMINISTRATIF

Outre le directeur de l'hôpital, auquel le paragraphe suivant réserve une étude approfondie, le personnel administratif se compose le plus souvent d'autres membres du corps des directeurs d'hôpital (directeur des ressources humaines, directeur financier, etc.), qui forment l'équipe rapprochée de direction, de chefs de bureau, d'adjoints des cadres hospitaliers, d'adjoints administratifs, d'agents administratifs, de secrétaires médicales et de standardistes.

Les personnels administratifs sont donc variés aussi bien par leurs missions que par leur formation et leur niveau dans la hiérarchie, mais possèdent un point commun, qui se définit par la négative : leur absence de contact direct avec le patient et le fait qu'ils n'appartiennent ni au corps médical, ni au corps soignant.

## LES DIRECTEURS D'HOPITAL

Il faut distinguer le corps des directeurs d'hôpitaux et la fonction de directeur d'hôpital, en rappelant, comme le fait Robert Holcman dans *La fin de l'hôpital public ?*, que « *la plupart des directeurs d'hôpital ne dirigent pas d'hôpitaux et qu'un certain nombre d'hôpitaux ne sont pas dirigés par un membre du corps des directeurs d'hôpital* »<sup>68</sup>. En effet, la plupart des fonctionnaires appartenant au corps des directeurs d'hôpital n'occupent en fait que des postes fonctionnels dans les équipes de direction des hôpitaux publics, tels que celui de directeur des finances, des ressources humaines ou encore des affaires économiques. De même, certaines personnes extérieures à ce corps peuvent occuper des fonctions de directeur d'hôpital, à l'image de Rose-Marie Van Lerberghe qui dirigea l'AP-HP (Assistance publique hôpitaux de Paris) de 2002 à 2006 après avoir été Directrice des ressources humaines chez Danone puis chez Altadia.

Toutefois, en France, contrairement à ce qui se passe ailleurs, le directeur d'hôpital reste en règle générale issu d'un corps de fonctionnaires auquel on accède sur concours. Même si les choses sont progressivement en train d'évoluer, le directeur est donc souvent un pur administratif, et jamais un médecin. Cette situation est vraiment spécifique à la France : dans la plupart des autres pays, le directeur est un élu local, un médecin ou alors une personne issue du privé. L'hôpital *Karolinska* de Stockholm (*Karolinska Universitetssjukhuset* en suédois) est notamment dirigé depuis avril 2007 par un pédiatre, Birgir Jakobsson.

---

<sup>68</sup> Robert HOLCMAN, *La fin de l'hôpital public ? Editions LAMARRE, Août 2007, page 40*

Le directeur est le dernier venu à l'hôpital, puisque l'institution a été longtemps dirigée directement par des congrégations religieuses, puis par un économiste dont la fonction sera consacrée au 19<sup>ème</sup> siècle. C'est cette fonction d'économiste qui sera à l'origine de la naissance, en 1941, du poste de directeur.

La fonction de directeur a en effet donc été créée par la loi du 21 décembre 1941, et son statut lui confère une compétence générale à la différence du conseil d'administration dont les prérogatives sont limitativement énumérées. Notamment, le directeur assure la conduite et la gestion de l'établissement, exécute les décisions du conseil d'administration et représente l'institution en justice. Il passe en réalité une grande partie de ses journées à animer de nombreuses réunions avec les corps constitués de l'établissement et avec la tutelle, ce qui lui laisse finalement peu de temps pour la réflexion stratégique.

Les directeurs d'hôpital sont nommés par le ministre sur avis (avis simple et non avis conforme) du président du conseil d'administration. Ils sont issus de l'Ecole de Rennes, l'ENSP (Ecole nationale de santé publique), qui a changé de nom le 1<sup>er</sup> janvier 2008 pour devenir l'EHESP (Ecole des hautes études en santé publique). Cette formation, reposant sur un corpus juridique, financier et administratif que viennent enrichir des stages à l'hôpital, est souvent critiquée, notamment parce que les directeurs d'hôpital sont des généralistes, de haut niveau certes, mais des généralistes tout de même. En outre, dans les années 1980, la raréfaction des moyens budgétaires a contraint les hôpitaux à une utilisation optimale des fonds alloués, et a donc nécessité de la part des directeurs des compétences managériales croissantes. Mais comme le déplore Robert Holcman, « *l'ENSP n'a pas suivi cette évolution : bien que la direction des hôpitaux lui réclame des managers, elle continue de former des gestionnaires.* »<sup>69</sup> La transformation de l'ENSP en EHESP semble entériner un début de changement, mais il est encore trop tôt pour juger de l'efficacité de la réforme.

## 2. LE PERSONNEL MEDICAL

Les personnels médicaux de l'hôpital public – soit environ 104 000 personnes selon le recensement du ministère de la santé au 31 décembre 2005 – se répartissent en de nombreuses catégories : l'annexe I du rapport de la Cour des Comptes sur *Les personnels des établissements publics de santé* paru en 2006 en recense ainsi plus d'une vingtaine<sup>70</sup>.

---

<sup>69</sup> Robert HOLCMAN, *La fin de l'hôpital public ?*, Paris : Editions LAMARRE, Août 2007, page 41

<sup>70</sup> Cour des Comptes, *Les personnels des établissements publics de santé*, Rapport public thématique, Mai 2006, 165 pages

Regroupant les catégories de médecin, de biologiste, d'odontologiste et de pharmacien (article L 6152-1 du *Code de la santé*), les personnels médicaux peuvent schématiquement être classés en trois groupes : les personnels strictement hospitaliers, les personnels enseignants et hospitaliers, liés à l'université (professeurs d'université et des maîtres de conférence des universités – praticiens hospitaliers), et les personnels en formation (internes, externes et stagiaires).

## LES PERSONNELS MEDICAUX

Les personnels médicaux sont les acteurs centraux du service public hospitalier. Outre la mission centrale de prise en charge du patient qui représente le cœur de leur profession, ils sont également chargés d'une mission plus large d'intérêt général à savoir l'accès égal de chaque patient à l'ensemble des prestations proposées et la continuité des soins. On distingue généralement au sein de cette catégorie les médecins des services médico-techniques (personnel des pharmacies, des laboratoires et d'électroradiologie), qui sont plus éloignés des soins donnés directement aux patients, mais n'en demeurent pas moins indispensables à l'activité de soin.

Au nombre de 76 000, ils relèvent du seul ministère de la Santé, et se répartissent entre les personnels titulaires (les praticiens hospitaliers, au nombre de 33 000) et les personnels temporaires aux statuts divers (34 000 praticiens attachés qui ont une activité libérale en ville et effectuent des vacations à l'hôpital, 3 000 médecins libéraux exerçant à temps partiel dans les hôpitaux locaux, etc.)

Les médecins, qu'ils soient professeurs, praticiens hospitaliers ou contractuels, bénéficient encore du prestige d'une profession dont les racines sont étroitement mêlées au sacré. Comme le rappellent les professeurs Philippe Even et Bernard Debré dans *Avertissement aux médecins, aux malades et aux élus*, les médecins furent historiquement « *d'abord grands prêtres, lévites, chamans ou devins, intercesseurs entre les dieux et les hommes, maîtres des rites, des prières et des purifications, sacrificateurs et ordonnateurs du cannibalisme exorcisme* »<sup>71</sup>.

Ces origines ainsi que la noblesse de leur sacerdoce leur confèrent une certaine aura, dont la littérature s'est entre autres fait le relais. *Le médecin de campagne* de Balzac, paru en 1833, met ainsi en scène le docteur Benassis, qui exerce son art dans un village des

---

<sup>71</sup>. Philippe EVEN et Pr. Bernard DEBRE, *Avertissement aux malades, aux médecins et aux élus*, Paris : Le cherche midi (Coll. Documents), 2002, page 109

Alpes et est présenté au lecteur comme un saint laïc, un « *ami du pauvre* »<sup>72</sup>. Alors qu'il découvre à son arrivée un canton où règne la misère, il décide de changer la condition de vie de ses habitants en devenant maire. Appliquant ses théories, il apportera au village la prospérité, en transformant notamment une terre aride en terre cultivable par des travaux hydrauliques, en faisant construire une route reliant le village à Grenoble, en améliorant les habitations et en créant une scierie ainsi qu'une petite industrie de vannerie. Le médecin est également décrit comme un sauveur, qui parviendra par exemple à guérir l'enfant adoptif malade du commandant Genestas devenu au fil du récit son compagnon.

Autre exemple de l'image positive du médecin véhiculée par la littérature, les *Récits d'un jeune médecin* de Mikhaïl Boulgakov<sup>73</sup> parus en 1923 décrivent le quotidien d'un jeune médecin de 24 ans qui vient de sortir de la faculté et se retrouve isolé dans la campagne russe des années vingt. Ce dernier raconte avec beaucoup d'humilité ses erreurs, ses échecs, ses réussites et ses angoisses. Notamment, l'auteur fait vivre au lecteur l'angoisse que peut ressentir le médecin dans certaines situations, principalement au cours d'une scène où le jeune médecin est appelé en pleine nuit pour un accouchement difficile.

La relation entre médecins et littérature nous rappelle également qu'historiquement, les hommes de lettre ont souvent été fascinés par la médecine. Mikhaïl Boulgarov a ainsi lui-même exercé la médecine jusque 1919 dans un petit hôpital de campagne. L'exemple le plus célèbre de cette tendance est celui de Flaubert, qui était passionné par l'anatomie et la médecine, disciplines au centre de son ouvrage le plus célèbre, *Madame Bovary*. D'ailleurs le pavillon de l'Hôtel-Dieu où il est né alors que son père y occupait un poste de chirurgien a-t-il été transformé en un « musée Flaubert de l'histoire de la médecine », dont les collections présentent à la fois des souvenirs de la famille Flaubert et l'histoire de la médecine du Moyen-âge au début du 20<sup>e</sup> siècle<sup>74</sup>.

A l'inverse, les médecins se revendiquent souvent être de grands lecteurs. Et le fait que le site « AMMPPU » (Association médicale mosellane de perfectionnement post-universitaire) comporte une rubrique proposant de nombreuses fiches de lectures réalisées par des médecins sur des ouvrages en relation avec la médecine (*Le médecin de Campagne* de Balzac et les *Récits d'un jeune médecin* de Bougakov y sont d'ailleurs présentés) en est une illustration.

Plus largement, la sociologie des professions a montré que les médecins hospitaliers, principalement les chirurgiens ou les professeurs, étaient enclins à se prévaloir d'une certaine culture, qui peut s'exprimer à travers le goût pour la littérature mais également

---

<sup>72</sup> Honoré de Balzac, *Le médecin de campagne*, Paris : Gallimard, Collection Folio, 1974, 470 pages.

<sup>73</sup> Mikhaïl BOULGAKOV, *Récits d'un jeune médecin*, Paris : LGF – livre de poche, Nouvelle édition du 1<sup>er</sup> janvier 1996, 157 pages

<sup>74</sup> Plus d'informations disponibles aux liens suivants : [http://www3.chu-rouen.fr/Internet/connaitreCHU/culture/musee\\_flaubert/](http://www3.chu-rouen.fr/Internet/connaitreCHU/culture/musee_flaubert/) et <http://auteurs.normands.free.fr/musee.htm>

pour certaines formes de musiques « *culturellement légitimes* » au sens bourdieusien du terme, ou alors par la pratique d'un instrument de musique. Le médecin alsacien Albert Schweitzer – grand oncle de Jean-Paul Sartre – était par exemple aussi un éminent organiste spécialiste de Jean-Sébastien Bach. Ce sont d'ailleurs ses récitals d'orgue qui lui permettront de recueillir les fonds nécessaires pour construire un hôpital à Lambaréné au Gabon, projet qui lui vaudra le lauréat du prix Nobel de la paix en 1953.

Mais cette conception du praticien hospitalier socialement reconnu pour le prestige de sa fonction est en crise. Et pour Robert Holcman, ceci résulte principalement d'une évolution sociologique : « *Autrefois notables, autorités respectées dans la cité, parfois mandarins, les médecins sont devenus des acteurs professionnels comme les autres – ou presque* »<sup>75</sup>.

Pour certains observateurs, ce phénomène est également lié à la faiblesse de leur rémunération. Pour Philippe Even et Bernard Debré, les médecins français figuraient, avant la loi sur les 35 heures, « *parmi les meilleurs, mais aussi les plus mal payés du monde occidental pour un travail d'en moyenne 56 heures par semaine* ». Ils toucheraient en effet, même si les comparaisons sont difficiles, en moyenne une fois et demi moins que les Anglais ou les Allemands, trois fois moins que les Suisses, quatre à cinq fois moins que les Américains.<sup>76</sup>

Mais il faut reconnaître que les médecins hospitaliers bénéficient, notamment depuis la revalorisation intervenue en 2000 et en 2001, d'une rémunération plus attrayante, notamment grâce aux primes et indemnités qui viennent s'agréger à la rémunération de base : prime de service public exclusif pour ceux qui n'exercent pas d'activité libérale, indemnité d'activité multi-site, indemnité sectorielle pour les psychiatres, indemnisation des permanences de nuit, etc. A titre d'exemple, un praticien hospitalier à plein temps au 7<sup>ème</sup> échelon (soit environ cinq ans d'ancienneté) et sans activité libérale perçoit un traitement brut d'environ 5600 euros par mois, auquel s'ajoutent les indemnités au titre de la permanence des soins qui ont été largement revalorisées ces dernières années. Il recevra par exemple 1554 euros bruts supplémentaires par mois pour une permanence de nuit par semaine et un dimanche par mois, ce qui lui garantira au total un salaire de 7150 euros brut par mois, auquel viendront s'ajouter les éventuelles autres indemnités et primes dont il pourrait se prévaloir.

---

<sup>75</sup> Robert HOLCMAN, *La fin de l'hôpital public ?*, Paris : Editions LAMARRE, Août 2007, page 4

<sup>76</sup> Philippe EVEN et Pr. Bernard DEBRE, *Avertissement aux malades, aux médecins et aux élus*, Paris : Le cherche midi (Coll. Documents), 2002, page 129/130

## LES CHEFS DE SERVICE

Certains médecins hospitaliers occupent de surcroît la fonction de chef de service.

Les chefs de service sont nommés par le Ministre de la Santé sur avis de la Commission médicale d'établissement et du Conseil d'administration, pour une durée de cinq ans renouvelable<sup>77</sup>. L'attribution du poste de chef de service est donc en principe renouvelable tous les cinq ans, mais dans les faits, ils sont pratiquement toujours reconduits, même lorsqu'ils sont gravement malades et incapables de diriger leur service. Du fait du fort corporatisme régnant au sein du corps médical, personne parmi leurs collègues n'ose en effet prendre une position brutale, et on entend souvent des phrases telles que « *Il n'a pas démérité* » lors des discussions concernant leur renouvellement.

La fonction de chef de service, exercée bénévolement, a longtemps revêtu un caractère honorifique, représentant le sommet convoité de toute carrière de praticien hospitalier. Mais elle a perdu de son prestige et de son attractivité.

Comme l'explique Alain-Charles Masquelet dans un article intitulé « La fonction de chef de service en milieu hospitalier », un récent rapport du Professeur Louis Hollender portant « La désaffection pour les carrières hospitalo-universitaire » insistait en effet sur l'existence d'un malaise des chefs de service, en expliquant qu'un tiers des chefs de service envisageait de quitter leur fonction, tandis que près de la moitié des médecins hospitaliers non-chefs de service se disait prête à refuser cette promotion<sup>78</sup>.

Peut-être cette dévalorisation croissante de la fonction de chef de service est-elle en partie liée à la balkanisation des services qui est allée de pair avec la balkanisation de la médecine évoquée précédemment. De quatre cent lits, la taille moyenne du service est passée à trente lits. Les chefs de service ont en conséquence vu leur poids dans la gestion de l'hôpital progressivement remis en cause, par l'action conjuguée de la législation et de leur perte d'influence dans les rapports de force les opposant à l'administration de l'hôpital.

Il y a une trentaine d'années, le chef de service disposait de sommes souvent considérables, liées à l'exploitation de laboratoires ou d'examen complémentaires, et décidait de la politique d'ensemble de son service hospitalier (concernant aussi bien l'attribution des ressources que la gestion des ressources humaines). Aujourd'hui, il est

---

<sup>77</sup> Décret n° 2005-840 du 20 juillet 2005 relatif à la sixième partie du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, publié au JORF n°172 du 26 juillet 2005 page 12113 et consultable en ligne au lien suivant :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000814956&dateTexte=>

<sup>78</sup> Alain-Charles MASQUELET, « *La Fonction de chef de service en milieu hospitalier* », Cité 2001/2 n°6, page 137 à 142, Paris : Presses Universitaires de France. Article disponible en ligne au lien suivant :

[http://www.cairn.info/article.php?ID\\_REVUE=CITE&ID\\_NUMPUBLIE=CITE\\_006&ID\\_ARTICLE=CITE\\_006\\_0143](http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=CITE&ID_NUMPUBLIE=CITE_006&ID_ARTICLE=CITE_006_0143)

selon Pierre Haehnel au mieux « *un technicien au service d'une stratégie d'établissement* »<sup>79</sup>. Le regroupement des services en pôles d'activités mis en place dans le cadre de la nouvelle gouvernance hospitalière a de surcroît partiellement remis en cause l'autorité du chef de service sur son 'territoire', ce qui sera analysé dans la seconde partie de ce mémoire.

Pour finir, les compétences requises pour diriger un service ne sont pas forcément pourvues aux médecins au cours de leur formation. Ainsi Véronique Fournier explique-t-elle dans *L'hôpital sens dessus-dessous* que « *ce ne sont pas forcément les esprits les plus brillants sur le plan scientifique qui font les meilleurs chefs de service* »<sup>80</sup>. La compétence des chefs de services est donc souvent remise en cause à la fois par les personnels administratifs, qui refusent de prendre en compte leurs points de vue, et par les personnels soignants, en général assez réticents à se soumettre dogmatiquement à leur hiérarchie.

## **LES PROFESSEURS DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)**

Les quelques 10 000 personnels « hospitalo-universitaires », c'est à dire les enseignants et hospitaliers des CHU, relèvent à la fois du Ministère de l'Education nationale pour leurs activités d'enseignement et de recherche et du Ministère de la santé pour leur activité hospitalière. Ces personnels se répartissent en onze catégories, selon qu'ils sont titulaires permanents, titulaires temporaires ou non titulaires, avec au sommet de la hiérarchie les 3 900 professeurs d'université-praticiens hospitaliers (PU-PH).

Les PU-PH, même si leur responsabilité de soin est finalement assez voisine de celle des praticiens hospitaliers, portent un titre aussi prestigieux qu'envié. Mieux payés, ils peuvent disposer de 50% de leur temps pour la recherche et l'enseignement, et « *monopolisent les fonctions de chefs de service dans les plus grands hôpitaux* »<sup>81</sup>. Le titre de professeur vient de surcroît souvent couronner un parcours universitaire brillant, puisque sur 4000 étudiants admis chaque année au concours d'entrée en médecine, on estime que seulement 4% deviendront professeurs<sup>82</sup>.

La réputation prestigieuse entourant le corps des professeurs est d'ailleurs souvent entretenue par ces professeurs eux-mêmes, ce dont ce court extrait de l'ouvrage *Avertissement aux malades, aux médecins et aux élus* écrit par les médiatiques professeurs Philippe Even et Bernard Debré est l'illustration :

« La mission des universitaires n'est pas de donner des soins selon des

---

<sup>79</sup> Pierre HAEHNEL, « *L'évolution du métier de médecin* », in Monique CAVALIER, Richard DALMASSO et Jean-Jacques ROMANET, *Médecins, directeurs : un PACS pour l'hôpital ?*, Paris : Erès (coll. Action santé), 2002, pages 42-43

<sup>80</sup> Véronique FOURNIER, *L'hôpital sens dessus dessous*, Paris : Michalon, 1996, page 110-111

<sup>81</sup> Philippe EVEN et Pr. Bernard DEBRE, *Avertissement aux malades, aux médecins et aux élus*, Paris : Le cherche midi (Coll. Documents), 2002, page 134

<sup>82</sup> Philippe EVEN et Pr. Bernard DEBRE, *Avertissement aux malades, aux médecins et aux élus*, Paris : Le cherche midi (Coll. Documents), 2002, page 129

règles pré-établies par d'autres, mais d'en créer de meilleures. Elle est de soigner en faisant progresser la médecine, en donnant des soins de type nouveau. (...) Le progrès des soins en dépend. La recherche n'est pas une pratique soustraite au temps de soins, c'est un état d'esprit, fondé sur la curiosité, le désir de comprendre, la volonté de créer des concepts originaux et d'innover »<sup>83</sup>.

### 3. LE PERSONNEL SOIGNANT

Les personnels soignants, aussi appelés « personnels des services médicaux », sont placés sous l'autorité du corps médical en ce qui concerne leurs activités de soins.

La plupart de ces personnels sont des infirmiers, des aides-soignants et des agents des services hospitaliers, sur lesquels se concentrera donc l'analyse. Mais on y retrouve également les sages-femmes, les personnels de rééducation, les puéricultrices, les ergothérapeutes, etc.

Tout comme les personnels médicaux, les personnels soignants font l'objet d'une perte de respect de la part des patients. Les agressions verbales et physiques, autrefois rarissimes, se multiplient, et preuve de ce « *désenchantement* » de la profession, la fonction de psychologue du personnel est en plein essor dans les établissements de santé.

## LES INFIRMIERS

Le corps des infirmiers est extrêmement féminisé, puisque sur environ 483 000 infirmiers exerçant en France (quel que soit leur statut), environ 87% sont des femmes, ce pourquoi on parle d'ailleurs généralement des « infirmières ».

Les personnels infirmiers suivent une formation de trois ans dans un Institut de formation en soins infirmiers (IFSI). Egalement et même si une diminution significative de ce mode d'accès à la profession est constaté depuis la fin des années quatre-vingt, la carrière d'infirmier est ouverte aux aides soignants et dans une moindre mesure aux agents des services hospitaliers au titre d'une promotion professionnelle.

Outre l'aspect technique de la réalisation de soins, les infirmiers participent à des actions de prévention, de dépistage et d'éducation à la santé. De plus, leur profession laisse une large part au relationnel. Cependant, les gestes techniques étant de plus en plus privilégiés aux dépens du temps passé auprès du malade, on observe une crise des

---

<sup>83</sup> Philippe EVEN et Pr. Bernard DEBRE, *Avertissement aux malades, aux médecins et aux élus*, Paris : Le cherche midi (Coll. Documents), 2002, page 134

vocations croissante au sein du corps infirmier : de moins en moins d'étudiants choisissent cette formation, tandis que le mal-être semble croissant au sein de la profession.

Les infirmières sont donc largement victimes du « *désenchantement du personnel hospitalier* » décrit dans le Rapport Couanau<sup>84</sup>.

En effet, comme l'expliquent les professeurs Philippe Even et Bernard Debré dans *Avertissement aux malades, aux médecins et aux élus*, les infirmières peinent à faire face à l'accroissement simultané des charges de soins et des charges administratives. D'autant plus que les normes imposées par les textes, qui prévoient par exemple la présence d'une infirmière pour deux lits dans des services lourds comme la réanimation ou la néonatalogie, sont généralement peu respectées, pour des raisons aussi bien budgétaires que de difficultés à pourvoir les postes vacants<sup>85</sup>.

Mais le métier offre de multiples perspectives de carrière, qui permettent de se spécialiser, en suivant une formation de puériculture, d'infirmière de bloc opératoire ou d'infirmier anesthésiste après le diplôme d'Etat, ou de s'orienter vers le management, puisqu'ils bénéficient de perspectives de carrières dans le corps des cadres de santé. Les infirmiers peuvent également être intégrés dans l'équipe de direction en tant que directeur des soins.

## **LES AIDES SOIGNANTS ET LES AGENTS DES SERVICES HOSPITALIERS QUALIFIES (ASHQ)**

Les aides-soignants sont spécifiquement formés pour assister l'infirmier ou l'infirmière en matière de soins, d'éducation et de logistique. Ils exercent donc leur activité sous la responsabilité de l'infirmier et réalisent des soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie. Quant aux 70 000 agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ) sont chargés de l'entretien et de l'hygiène des locaux de soins et participent aux tâches permettant d'assurer le confort des malades. Au besoin, ils apportent leur concours à l'aide-soignant dans ses fonctions.

Alors que le recrutement des agents est ouvert sans condition de titre ou de diplôme, les aides-soignants sont titulaires du Diplôme professionnel d'aide-soignant, qui se prépare en un an au sein d'instituts spécialisés. Par la validation des acquis d'expérience, l'agent

---

<sup>84</sup> Monsieur le Député René COUANAU, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales *Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital*, rapport n°714, douzième législature, 19 mars 2003, 81 pages

<sup>85</sup> Philippe EVEN et Pr. Bernard DEBRE, *Avertissement aux malades, aux médecins et aux élus*, Paris : Le cherche midi (Coll. Documents), 2002, page 157

peut être promu aide-soignant.

#### 4. LE PERSONNEL TECHNIQUE ET OUVRIER

Outre les trois grandes familles de métiers que sont les personnels administratifs, médicaux et soignants, l'hôpital public emploie également de nombreux personnels techniques, ouvriers et ingénieurs qui participent au fonctionnement logistique de l'hôpital. Ces personnels, bien qu'ils soient nombreux à l'hôpital, ne feront pas l'objet de long développement dans ce mémoire car leur poids est infime dans les luttes de pouvoir qui en sont l'objet d'étude.

les personnels des services techniques – qui exercent leur fonction dans des domaines à caractère technique et scientifiques comme l'appareillage biomédical, l'informatique, la télécommunication, l'architecture, la gestion des risques et les activités artistiques – et enfin les personnels ouvriers des parcs automobiles et des services intérieurs, constitués en douze corps (agents chefs, contremaîtres, ouvriers professionnels, chefs de garage, ambulanciers, agents de désinfection, agents du service intérieur, etc.).

Ces personnels ne sont pas soumis à des conditions spécifiques de recrutement, mais celui-ci se fait cependant par concours, comme pour tous les autres emplois publics.

## II. LES POUVOIRS AU SEIN DE L'HOPITAL PUBLIC

S'il existe une culture propre à l'hôpital public, il existe donc également des sous-cultures propres à chaque groupe professionnel. Or ces sous-cultures, qui sont le fruit de formations différentes et répondent à des systèmes de valeur distincts, vont s'organiser en véritables pouvoirs.

### A. DES SOUS-CULTURES A L'EMERGENCE DE POUVOIRS

Les acteurs des trois grandes sous-cultures que l'on distingue à l'hôpital public (culture administrative, culture médicale et culture soignante) vont en effet tenter – avec plus ou moins de succès – d'imposer leur conception de l'hôpital public aux autres acteurs, ce dont les instances de décision sont souvent le théâtre.

## 1. LES TROIS GRANDES SOUS CULTURES DE L'HOPITAL PUBLIC

En schématisant, il est donc possible de regrouper les personnels de l'hôpital public en trois groupes. Nathalie Kaczmarek, cadre supérieur de santé au CH d'Arras a ainsi différencié, au cours de son entretien, les administratifs, les médecins et les soignants en fonction de leur conception du patient, précisant que cette distinction lui a été enseignée au cours de la formation qu'elle a suivie à l'École de Rennes pour devenir cadre de santé.

Selon cette conception, les personnels administratifs ne considéreraient les patients qu'en termes budgétaires ou en termes de lits, tandis que les médecins ne verraient en lui que la pathologie, ou tout au plus un cas intéressant. Enfin, les soignants auraient une approche plus humaine du patient, et prendraient en considération son nom, sa famille, etc. Il faut tout de même insister sur le fait que cette distinction, particulièrement péjorative pour les administratifs et les médecins, a été rapportée à l'auteur de ce mémoire par une ancienne infirmière.

### LA SOUS-CULTURE ADMINISTRATIVE

Selon André Grimaldi, l'administration – à la différence des personnels médicaux et soignants –, est focalisée sur la procédure à suivre : « *Du point de vue de l'administration, le résultat est moins important que la procédure. L'essentiel est de respecter la procédure. Le résultat devient secondaire* »<sup>86</sup>. Exemple type de cette préoccupation procédurière que l'auteur développe dans *Réinventer l'hôpital public – contre l'hôpital entreprise*, on ferme régulièrement des maternités sans qu'il ne s'y soit nécessairement produit d'incident, mais simplement parce qu'elles n'atteignent pas les 330 accouchements par an, nombre d'accouchements jugé statistiquement optimal. Pour l'auteur, chef du service de diabétologie et métabolisme à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris, ce chiffre de 330 accouchements par an, même s'il découle d'un raisonnement pragmatique, constitue un glissement vers une norme bureaucratique : « *quel fondement médical justifie ce chiffre de 330 accouchements ? Pourquoi pas 292 ou 341 ?* »<sup>87</sup>.

Autre différence relevée par André Grimaldi, « *les directeurs d'hôpitaux sont formés à l'obéissance : appliquer les ordres sans les discuter et respecter le devoir de réserve* »<sup>88</sup>. De surcroît, ils agissent en général collectivement, ces deux caractéristiques les distinguant également des médecins, pour des raisons qui seront analysées dans le paragraphe suivant.

Ces 'traits de caractère' symptomatiques des directeurs d'hôpitaux et plus généralement de l'administration hospitalière sont encore plus flagrants lorsque l'on

<sup>86</sup> André GRIMALDI, *Réinventer l'hôpital public – contre l'hôpital entreprise*, Paris : Textuel (coll. La discorde), 2005, page 53

<sup>87</sup> André GRIMALDI, *Réinventer l'hôpital public – contre l'hôpital entreprise*, Paris : Textuel (coll. La discorde), 2005, page 53

<sup>88</sup> André GRIMALDI, *Réinventer l'hôpital public – contre l'hôpital entreprise*, Paris : Textuel (coll. La discorde), 2005, page 54

considère l'écart qui réside entre la gestion des hôpitaux par des fonctionnaires issus de l'Ecole nationale de santé publique et celle qui peut être mise en oeuvre par des directeurs extérieurs, « *qui n'ont pas cette culture publique et administrative* » pour reprendre les termes de Patrick Mordelet, lui même diplômé de l'ENSP.<sup>89</sup>

Selon l'ancien directeur d'hôpital, qui est également Docteur en droit et diplômé de sciences politiques, les directeurs qui ne sont pas issus de l'Ecole nationale de santé publique sont plus indépendants, aussi bien vis-à-vis de la culture médicale que vis-à-vis du personnel administratif de l'hôpital, ce pourquoi ils sont plus enclins à entreprendre des réformes. Notamment, il est probable que la réforme ambitieuse dont a fait l'objet l'AP-HP – alors que Rose-Marie Van Lerberghe « *dirigeante reconnue du monde de l'entreprise privée* », la dirigeait – n'aurait pu être entreprise par un directeur général « *issu du sérail* »<sup>90</sup>.

## LA SOUS-CULTURE MEDICALE

Comme l'explique Patrick Mordelet dans *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé*, il existe au sein des hôpitaux publics, parallèlement au pouvoir administratif considéré comme '*profane*', « *un pouvoir technique qui est quasi exclusivement tenu par le corps professionnel des médecins* »<sup>91</sup>. Bien que marqué par la diversité, ce corps professionnel des médecins constitue une véritable sous-culture, caractérisée par quelques normes communes.

Notamment, Rose-Marie Van Lerberghe affirme-t-elle dans *Oui, la réforme est possible !* que « *le souci d'indépendance des médecins par rapport à l'administration [...] fait l'objet d'un mimétisme universel au sein de l'hôpital* »<sup>92</sup>. L'unité du corps médical se forge donc en partie en opposition au corps administratif.

Ainsi André Grimaldi analyse-t-il dans *Réinventer l'hôpital public – contre l'hôpital entreprise* que – alors que l'administration est focalisée sur la procédure à suivre –, « *les médecins sont centrés sur le résultat de l'action* »<sup>93</sup>. Le suivi de la procédure serait plus important pour l'administration que les résultats eux-mêmes, alors que le corps médical serait davantage enclin à établir un bilan coût-avantage et à s'écarter de la procédure si le contournement de celle-ci se révèle peu risqué au regard des bénéfices escomptés.

Exemple d'application de cette théorie, les chefs de services de la Pitié-Salpêtrière se sont opposés à la fermeture de quatre des cinq unités de stérilisation de l'hôpital pour non-conformité avec les règlements européens, en argumentant que cela reviendrait ni plus

---

<sup>89</sup> Patrick MORDELET, *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé*, Paris : Editions ENSP, 2006, p. 103

<sup>90</sup> Patrick MORDELET, *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé*, Paris : Editions ENSP, 2006, p.103

<sup>91</sup> Patrick MORDELET, *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé*, Paris : Editions ENSP, 2006, p. 99

<sup>92</sup> Rose Marie VAN LERBERGHE, *Oui, la Réforme est possible !*, Paris : Albin Michel, octobre 2007, page 45

<sup>93</sup> André GRIMALDI, *Réinventer l'hôpital public – contre l'hôpital entreprise*, Paris : Textuel (coll. La discordie), 2005, page 53

ni moins à suspendre les activités de chirurgie de l'hôpital en attendant la mise en conformité : « *deux logiques et deux cultures coexistent au sein de l'hôpital : celle du corps médical, et celle de l'administration. En général, l'administration choisit le principe de précaution, qui lui permet d'ouvrir le parapluie en cas de pépin. Alors que nous raisonnons en terme de rapports bénéfice/risque, c'est-à-dire que nous prenons en permanence des risques calculés* »<sup>94</sup>.

Autre distinction entre les deux corps, alors que les directeurs d'hôpitaux ont été formés à l'obéissance et sont très attachés à ce principe, les médecins « *ne s'estiment pas liés par la politique des différents gouvernements, mais seulement par leur devoir à l'égard des patients* »<sup>95</sup>. Et à l'opposé des directeurs qui agissent collectivement, André Grimaldi – lui même diabétologue – décrit les médecins comme « *des individualistes attachés personnellement à [leurs] malades et à [leurs] services* »<sup>96</sup>.

Enfin, pour peser face à l'administration, le monde médical fait preuve d'un fort corporatisme, qui dépasse les clivages et les concurrences internes à ce corps. Et ce corporatisme est bien souvent encouragé par la manière dont la réglementation régit le fonctionnement de l'institution hospitalière.

Régis Nacry, lui même praticien hospitalier anesthésiste réanimateur au CH d'Arras, a même confié sur le ton de la plaisanterie lors de son entretien qu'il estime que la manière dont sont recrutés les praticiens hospitaliers « *fait un peu secte, Ku klux klan* ». Il explique en effet que lorsque l'on postule dans un établissement, on rencontre le chef de service, le chef de la Commission médicale d'établissement et les confrères, puis la CME émet un avis, à l'encontre duquel le directeur se positionne rarement, même s'il en a en théorie la possibilité.

Le corps médical, et principalement les praticiens ayant des responsabilités particulières sur le plan clinique ou en matière de gestion, représentent donc un pouvoir sans équivalent dans les hôpitaux publics.

## LA SOUS-CULTURE SOIGNANTE

Contrairement au monde médical, le monde soignant a lui échoué à se constituer en contrepoids au pouvoir administratif.

Cependant, il n'en reste pas moins éloigné des préoccupations de la direction, ce qu'explique Jean Peneff dans *l'Hôpital en urgence*. Le sociologue, après avoir travaillé

---

<sup>94</sup> André GRIMALDI, Réinventer l'hôpital public – contre l'hôpital entreprise, Paris : Textuel (coll. La discorde), 2005, page 53

<sup>95</sup> André GRIMALDI, Réinventer l'hôpital public – contre l'hôpital entreprise, Paris : Textuel (coll. La discorde), 2005, page 54

<sup>96</sup> André GRIMALDI, Réinventer l'hôpital public – contre l'hôpital entreprise, Paris : Textuel (coll. La discorde), 2005, page 54

pendant un an à mi-temps en tant que brancardier dans un grand hôpital dont il préfère conserver l'anonymat, dresse dans cet ouvrage une monographie des services d'urgence, en mettant l'accent sur les rapports complexes qui se tissent entre les différents groupes d'acteurs qui s'y côtoient.

Dans un chapitre consacré à « *la division du travail et la division des emplois* », il explique comment l'administration reprochait alors aux infirmières et aux aides-soignantes de faire preuve de mauvaise volonté en 'omettant' de rappeler aux malades l'obligation de passer à la caisse avant de quitter les lieux (son étude par participation observante se déroule à la fin des années 1980). Pour le sociologue, « *cette polémique cache en réalité deux conceptions du service hospitalier. Les soignants, surtout paramédicaux (IDE et AS), sont peu enclins à rappeler aux malades que leur service n'est pas gratuit [...] . Les agents estiment que le service public qu'ils rendent ne doit pas être entaché de préoccupations d'honoraires. Quand, après de nombreuses plaintes du service financier, le chef de service lors d'une réunion rappellera cette règle, l'opposition aux administratifs ressortit : 'On va leur envoyer les clodos dans le bureau, ça va les empester'* »<sup>97</sup>.

Lors des entretiens auxquels elle a procédé, l'auteur de ce mémoire a d'ailleurs pu prendre conscience de l'inimitié que ressentaient les personnels soignants à l'égard de certains membres de l'administration hospitalière. Ainsi par exemple, Nadine Sweertvagher, infirmière du CHRU de Lille à la retraite, en transmettant les coordonnées d'une personne qu'elle jugeait intéressant d'interroger, et qu'elle présentait comme étant une de ses amies « *cadre supérieure* », n'avait pu s'empêcher de répondre brusquement à la question « *administrative ou médicale ?* » : « *Médicale bien sûr* », comme s'il paraissait incongru qu'elle ait pu lier une amitié avec une cadre administrative.

La distanciation souvent opérée par les personnels soignants vis-à-vis des procédures trop strictes et de l'administration en général semble donc les rapprocher du corps médical. Manquant d'une reconnaissance sociale suffisante pour pouvoir réellement s'affirmer au sein de l'hôpital public, les soignants se réfugieront donc souvent derrière le corps médical, malgré les quelques divergences d'opinion qu'ils entretiennent avec lui et qui seront détaillés plus loin.

---

<sup>97</sup> Jean PENEFF, *L'hôpital en urgence – Etude par observation participante*, Paris : Métailié (coll. Leçons de choses), 1992, p. 116

## 2. LA REPRESENTATION DE LA DIVERSITE CULTURELLE DE L'HOPITAL PUBLIC AU SEIN DE SES INSTANCES DE REPRESENTATION

Les soignants ne représentant pas un véritable pouvoir au sein de l'hôpital public, ce sont donc surtout les personnels administratifs et médicaux qui composent les instances représentatives de l'hôpital public. D'ailleurs les principales instances de décision (direction, conseil d'administration, commission médicale d'établissement et conseil exécutif) sont toujours entre leurs mains.

Les instances de décision sont assez nombreuses – trop nombreuses selon certains observateurs – au sein de l'hôpital public : « *L'hôpital public manque de beaucoup de choses mais pas d'instances de décision* » écrit Robert Holcman dans *La fin de l'hôpital public ?*<sup>98</sup>.

Et la longue liste de ces instances vient corroborer ces propos : conseil d'administration, directeur, conseil exécutif, commission médicale d'établissement, conseils de pôle, sous-commission de la qualité et de la sécurité des soins, comité technique d'établissement, commission des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation, comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail, instance de concertation et de suivi chargée de la lutte contre les maladies nosocomiales, commissions administratives paritaires, commission d'appel d'offres et commission de l'activité libérale !

Le conseil d'administration et la commission médicale d'établissement étant les plus importantes en termes de prérogatives, elles feront l'objet d'une description détaillée. Quant aux conseils de pôle et au conseil exécutif mis en place dans le cadre du plan Hôpital 2007, ils seront plutôt décrits dans la seconde partie de ce mémoire.

### **LE CONSEIL D'ADMINISTRATION**

Jusqu'à l'adoption de la loi du 21 décembre 1941, l'assemblée délibérante des hôpitaux et hospices disposaient de tous les pouvoirs. Sous le régime de Vichy, l'amenuisement des attributions des commissions administratives des hôpitaux fut donc entériné au bénéfice du nouveau directeur.

Depuis, cette assemblée délibérante se livre donc à un exercice limité du pouvoir, tendance à laquelle l'ordonnance du 2 mai 2005<sup>99</sup> simplifiant le régime juridique des

---

<sup>98</sup> Robert HOLCMAN, *La fin de l'hôpital public ?*, Paris : Editions LAMARRE, Août 2007, page 42

<sup>99</sup> Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. J.O. Numéro 102 du 3 Mai 2005, Page 7626 à 7635, consultable en ligne au lien suivant : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000606537&dateTexte=>

établissements de santé n'a pas dérogé.

Le conseil d'administration comprend des représentants des collectivités territoriales, des représentants du corps médical et des personnels hospitaliers, des personnalités qualifiées et des représentants des usagers.

Il arrête la politique générale de l'établissement (article L.6143-1 du Code de la santé publique), et à ce titre délibère sur le projet d'établissement, le projet médical, les créations, transformations ou suppressions de structures médicales, et donne un avis sur la nomination des praticiens hospitaliers et des chefs de service.

## LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Composée de représentants des personnels médicaux et pharmaceutiques, la Commission médicale d'établissement est l'un des organes représentatifs des établissements de santé (article L.6144 du *Code de la santé publique*). Comme son nom l'indique, elle est l'organe qui représente les médecins auprès du chef d'établissement. Elue par l'ensemble de la communauté médicale de l'hôpital, elle est composée des représentants de chacune des catégories de personnels depuis les chefs de service jusqu'aux internes, et présidée par l'un de ses membres, désigné par ses pairs par voie de vote. Certains de ses membres font partie du conseil d'administration. Le président et le vice président de la CME en sont d'ailleurs des membres de droit.

Succédant à la commission médicale consultative issue de la loi du 21 décembre 1941, la Commission médicale d'établissement (CME) apparaît avec la loi du 24 juillet 1987<sup>100</sup>, qui lui confère un rôle délibérant en matière de choix médicaux. Ses compétences ont été élargies dans le cadre du plan Hôpital 2007. Sa composition, ses attributions et son fonctionnement sont aujourd'hui régis par le décret du 7 juillet 2005<sup>101</sup>.

La CME est en principe présente dans tous les projets structurants. C'est elle, avec le directeur, qui prépare le projet médical. La constitution d'un réseau de soins, les actions de coopération avec d'autres établissements, les modalités de constitution des centres de responsabilité ainsi que la désignation des responsables de ces centres sont examinées par la CME. Avant la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance hospitalière, l'avis de la CME

---

<sup>100</sup> Loi n°87-575 du 24 juillet 1987 relative aux établissements d'hospitalisation et à l'équipement sanitaire (1). Consultable en ligne au lien suivant : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006069016&dateTexte=20080523>

<sup>101</sup> Décret n° 2005-767 du 7 juillet 2005 relatif aux conseils d'administration, aux commissions médicales et aux comités techniques des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique. JORF n°203 du 1 septembre 2005 page 14203, texte n° 52 Consultable en ligne au lien suivant : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000812365&dateTexte=>

était requis pour la nomination des praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel, à l'exception des psychiatres.

## **B. POUVOIR MULTIPOLAIRE ET DYSFONCTIONNEMENT DE L'HOPITAL PUBLIC**

Même si – par souci de concision – seulement deux des instances de décision de l'hôpital ont ici été décrites, les organes décisionnels de l'hôpital sont nombreux et leurs domaines de compétences souvent redondants.

Or la dispersion des responsabilités entre de trop nombreux organes ne peut qu'amoindrir la légitimité des décisions prises par chacun d'entre eux. L'absence d'un pouvoir unipolaire à l'hôpital public se traduit par conséquent par de graves dysfonctionnements au sein de l'institution.

### **I. UN POUVOIR DISSEMINÉ**

Jean-Marie Clément a intitulé le quatrième chapitre de son ouvrage *Réflexions pour l'hôpital* – « *Une polyarchie proche de l'anarchie : le pouvoir décisionnel éclaté* »<sup>102</sup>. Il y analyse un éclatement du processus décisionnel entre quatre types d'acteurs : la décision financière appartiendrait à l'Etat, la décision politique au conseil d'administration, la décision organisationnelle au directeur et enfin la décision technique aux médecins.

## **L'ÉCLATEMENT DES DÉCISIONS CONCERNANT LES DÉPENSES**

Le pouvoir est donc disséminé au sein de l'hôpital public. Dans *La fin de l'hôpital public ?*, Robert Holcman prend pour le démontrer l'exemple de la dispersion des décisions concernant les dépenses au sein de l'équipe de direction.

Alors que les dépenses concernant le personnel sont gérées par le directeur des ressources humaines, la gestion des dépenses relatives aux travaux, à l'informatique et à l'équipement biomédical (scanner, IRM, etc.) est attribuée à un directeur de l'investissement et des travaux, secondé par trois ingénieurs (un pour chacun de ces types de dépenses), ou bien est directement répartie entre ces trois ingénieurs qui font alors office de directeur fonctionnel.

---

<sup>102</sup> Jean-Marie CLEMENT, *Les pouvoirs à l'hôpital*, Paris : Berger-Levrault, Collection Les cahiers hospitaliers, mars 1995, page 55

Enfin, les dépenses à caractère médical ainsi que les dépenses liées à la trésorerie de l'hôpital, à l'amortissement et aux provisions sont régies par le directeur des finances <sup>103</sup>.

## UNE REPARTITION CONSULAIRE DU POUVOIR

Quant à Bernard Bonnici, auteur de *L'hôpital – obligation de soins, contraintes budgétaires*, il propose, dans un encadré intitulé *Du consulat au directoire hospitalier*, une analyse originale montrant en quoi les établissements ont vécu, avant la mise en place de la nouvelle gouvernance hospitalière en 2005, selon une conception quasiment consulaire du pouvoir<sup>104</sup>.

En effet, l'autorité y est partagée entre trois grands pouvoirs, dont deux (les pouvoirs exécutif et judiciaire) sont entre les mains du directeur et le troisième (le pouvoir législatif) est exercé par le conseil d'administration sous le contrôle des autorités de tutelle.

Parallèlement, le pouvoir y est, comme le voulait l'organisation consulaire, réellement partagé entre trois hommes : le président du conseil d'administration (très souvent maire, député, ou même sénateur), le directeur et le président de la commission médicale d'établissement. De ce fait, « *toute décision stratégique pass[e] par le nécessaire compromis entre les intérêts politiques défendus par le premier, les contraintes financières ou réglementaires opposées par le second, les nécessités médicales avancées par le dernier* »<sup>105</sup>.

## 2. UNE ORGANISATION DYSFONCTIONNANTE

Pouvoir et responsabilités sont donc extrêmement dispersés au sein de l'hôpital public, ce qui va donc constituer une source de dysfonctionnement pour l'institution.

## LES DYSFONCTIONNEMENTS DANS LA PRISE DES DECISIONS FINANCIERES

Tout d'abord, pour reprendre l'exemple développé par Robert Holcman, la dissémination de la responsabilité et du contrôle des décisions de dépense est nuisible à la maîtrise des dépenses hospitalières.

---

<sup>103</sup> Robert HOLCMAN, *La fin de l'hôpital public ?*, Paris : Editions LAMARRE, Août 2007, page 23

<sup>104</sup> Bernard BONNICI, « L'hôpital - obligation de soins, contraintes budgétaires », dans *Les études de la documentation française*, Paris : la documentation française, 2007, page 106-107

<sup>105</sup> Bernard BONNICI, « L'hôpital - obligation de soins, contraintes budgétaires », dans *Les études de la documentation française*, Paris : la documentation française, 2007, page 106

En effet, le directeur des finances est souvent réticent au conflit avec les autres membres de l'équipe de direction. En conséquence, il restreindra prioritairement les dépenses dont il a lui-même la responsabilité, plutôt que de créer des tensions avec ses collègues en leur ordonnant de surveiller tel ou tel type de dépense. Or les dépenses dont il a la responsabilité concernent les activités fondatrices des établissements. La contrainte budgétaire leur sera donc appliquée en premier lieu, plutôt que de chercher à dégager prioritairement des économies dans les autres secteurs<sup>106</sup>.

## LES DYSFONCTIONNEMENTS DANS LA PRISE DES DECISIONS RELATIVES AU PERSONNEL

En mai 2006, la Cour des Comptes a affirmé dans un rapport public portant sur *Les personnels des établissements publics de santé* que cette dissémination des pouvoirs additionnée à une répartition éclatée des compétences entre le directeur et le conseil d'administration « ne crée pas [...] un cadre favorable à une gestion optimale des personnels ».<sup>107</sup>

En effet, les directeurs d'hôpitaux – il est ici question de la fonction et non du titre – ne contrôlent pas le recrutement des médecins hospitaliers : leur arrêté d'affectation est signé par le Ministre de la santé ou par le Ministre de l'Education lorsqu'il s'agit d'un poste hospitalo-universitaire. Et comme Jean de Kervasdoué l'explique dans son *Que sais-je* dédié à *L'hôpital*, ce système contraint l'établissement dans son organisation interne, puisqu'il faut parfois attendre, pour réorganiser un service ou une spécialité, que le chef de service en place démissionne ou parte à la retraite !

De surcroît, les directeurs d'hôpitaux n'ont hiérarchiquement aucun pouvoir sur le corps médical, système primordial en ce qu'il garantit aux praticiens le respect de leur liberté thérapeutique.

Cependant, ce principe peut s'avérer paralysant, notamment en cas de conflit entre un praticien hospitalier et son chef de service ou l'administration de l'hôpital, comme l'ont souligné trois inspecteurs de l'Inspection générale des affaires sociales – Charles de Batz, Françoise Lalande et Gérard Laurand – dans un rapport sur *La gestion des praticiens hospitaliers*<sup>108</sup>.

Rose-Marie Van Lerberghe rapporte par exemple dans *Oui, la réforme est possible !* que le projet de regrouper les deux laboratoires des hôpitaux Paul-Brousse au Sud de Paris

---

<sup>106</sup> Robert HOLCMAN, *La fin de l'hôpital public ?*, Paris : Editions LAMARRE, Août 2007, page 23

<sup>107</sup> Cour des Comptes, *Les personnels des établissements publics de santé*, Rapport public thématique, Mai 2006, page 24

<sup>108</sup> Charles de BATZ, Françoise LALANDE et Gérard LAURAND, *La gestion des praticiens hospitaliers*, Inspection générale des affaires sociales, Paris : La documentation française, 200, page 21. Consultable en ligne au lien suivant : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000388/index.shtml>

et Saint-Louis dans le 10<sup>ème</sup> arrondissement n'avait pas pu être mené à bien car un biologiste avait refusé le poste qui lui était proposé à l'hôpital Saint-Louis. « *Nul n'a eu le pouvoir de le lui imposer, seul le ministre lui-même aurait pu le faire, au terme d'une procédure disciplinaire* »<sup>109</sup>.

En outre, l'administration ne dispose pas non plus des outils nécessaires pour contrôler l'activité des médecins.

Le temps de présence à l'hôpital des médecins hospitaliers est par conséquent souvent mal connu de l'administration, et le rapport de la Cour des Comptes de 2006 sur *Les personnels des établissements publics de santé* rappelle que même si la tenue de tableaux de service récapitulant entre autres leurs horaires hebdomadaires d'activités de soins ou d'enseignement a été rendue obligatoire depuis un arrêté du 30 avril 2003, ces tableaux ne sont en pratique que rarement produits à l'administration.<sup>110</sup>

Le rapport précise d'ailleurs que la Conférence nationale des directeurs de centre hospitalier avait fait part à la Cour des difficultés rencontrées pour obtenir des tableaux de service correctement renseignés, évoquant « *les réticences à tout contrôle de temps travaillé par les praticiens quels que soient leurs statuts* ». <sup>111</sup>

Du fait de ces réticences, les activités extérieures des médecins (expertises, participation à des congrès autorisées qu'un arrêté de 1960 autorise à hauteur de six semaines par an pour les PU-PH, etc.) sont particulièrement difficiles à contrôler<sup>112</sup>. L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) avait d'ailleurs constaté, dans un établissement où des dysfonctionnements avaient été signalés, le cas d'un chef de service exerçant divers mandats et fonctions extérieures, qui n'était présent dans son service qu'une ou deux demi-journées par semaine !

Pour ce qui est des médecins hospitalo-universitaires, leurs obligations de service sont encadrées de manière encore plus floue, ce qui représente également une entrave au bon fonctionnement de l'hôpital public. Comme le rappelle le rapport de la Cour des comptes, l'arrêté et la circulaire du 21 décembre 1960 – qui régissent leurs obligations de service – fixe en effet la durée de leur temps de travail « *à titre indicatif* », considérant que « *l'activité du médecin, comme celle du professeur, et, a fortiori, celle du chercheur, se prête mal à une réglementation rigoureuse* »<sup>113</sup>.

---

<sup>109</sup> Rose Marie VAN LERBERGHE, *Oui, la Réforme est possible !*, Paris : Albin Michel, octobre 2007, page 149

<sup>110</sup> Cour des Comptes, *Les personnels des établissements publics de santé*, Rapport public thématique, , Mai 2006, page 30

<sup>111</sup> Cour des Comptes, *Les personnels des établissements publics de santé*, Rapport public thématique, , Mai 2006, page 30

<sup>112</sup> La chambre régionale des comptes de Midi Pyrénées a par exemple établi en Novembre 2000 qu' au CHU de Toulouse, « 70% des congrès à l'étranger n'avaient pas été signalés à l'administration ».

<sup>113</sup> Cour des Comptes, *Les personnels des établissements publics de santé*, Rapport public thématique, , Mai 2006, page 29

## L'APPORT DE LA SOCIOLOGIE DES ORGANISATIONS

Pour décrire l'impuissance des directeurs d'hôpital à diriger un établissement sans disposer d'un pouvoir de coercition à l'encontre des personnels y travaillant, les auteurs recourent souvent à la métaphore du monde de l'entreprise.

Rose-Marie Van Lerberghe – qui s'est heurtée personnellement à ce problème alors qu'elle était directrice de l'AP-HP – demande par exemple à son lecteur d'« *imagine[r] une entreprise industrielle où les ingénieurs n'obéiraient qu'au directeur industriel et les vendeurs qu'au directeur commercial, une entreprise sans un directeur général, sans un chef d'orchestre* »<sup>114</sup>.

Dans la même veine, Robert Holcman – qui a lui-même exercé de hautes responsabilités entre 2002 et 2004 au sein des hôpitaux Raymond Poincaré et Beaujon, qui font tous deux partie de l'AP-HP –, invite à se représenter « *une fabrique de boulons dont le recrutement des ingénieurs se ferait par cooptation sans demander ou presque l'avis du chef d'entreprise, sans recueillir ou presque l'avis de ceux censés les diriger, où le niveau de la production et les outils utilisés seraient fixés par le ministère de l'Industrie qui, au surplus, fixerait les spécifications auxquels devraient répondre les boulons fabriqués* »<sup>115</sup>.

L'apport de la sociologie des organisations est ici indispensable pour comprendre l'origine des dysfonctionnements dont est victime l'hôpital public.

Henri Mintzberg, auteur de *Structure et dynamique des organisations*, est une figure de référence internationale en la matière. Principal représentant du courant de la sociologie des organisations appelé 'école de la contingence', il a proposé une analyse systémique en expliquant que toutes les organisations, quelle que soit leur nature, sont constituées de cinq éléments de base, à savoir le *centre opérationnel*, le *sommet stratégique*, la *ligne hiérarchique*, la *technostructure* et les *fonctions de support logistique*<sup>116</sup> (voir sur ce point le schéma explicatif présenté en *Annexe*).

En transposant à l'hôpital public français ces hypothèses, on retrouve dans le rôle du sommet hiérarchique l'équipe de direction et le conseil d'administration. Le centre opérationnel rassemble les services cliniques et le support logistique est incarné par les activités de blanchisserie, de cantine, d'imagerie médicale, de pharmacie et par les laboratoires. Enfin, la technostructure, qui regroupe les « *analystes qui standardisent le travail des autres et qui, grâce à leurs techniques, aident l'organisation à s'adapter à son*

---

<sup>114</sup> Rose Marie VAN LERBERGHE, *Oui, la Réforme est possible !*, Paris : Albin Michel, octobre 2007, page 150

<sup>115</sup> Robert HOLCMAN, *La fin de l'hôpital public ?*, Paris : Editions LAMARRE, Août 2007, page 35

<sup>116</sup> Henri MINTZBERG, *Structure et dynamique des organisations*, Paris : Edition d'Organisation, 1982

*environnement* »<sup>117</sup>, est constituée à l'hôpital public des consultants, des infirmières générales et des directeurs des services de soins<sup>118</sup>.

Si la théorie de Mintzberg est si éclairante pour l'analyse des dysfonctionnements dont fait l'objet la gouvernance de l'hôpital public, c'est que le sociologue a démontré qu'une organisation ne pouvait fonctionner correctement qu'à condition qu'il y ait un lien de subordination entre le sommet hiérarchique et le centre opérationnel. Or ce lien hiérarchique est – comme cela vient d'être démontré – clairement absent de la gouvernance des hôpitaux publics.

Finalement, l'hôpital public est en outre confronté à un dernier problème majeur : parallèlement à l'éparpillement du pouvoir et à l'absence de pouvoir hiérarchique de la direction sur le corps médical s'opère une dilution des responsabilités. René Couanau rapporte d'ailleurs dans son rapport d'avril 2003 les propos suivants, tenus par le Docteur Rachel Bocher lors d'une table ronde le 17 septembre 2002 : « *Aujourd'hui, nous sommes confrontés à un problème de « patate chaude » : à qui doit-on s'adresser ? Au directeur, à l'ARH, au président de la CME, au directeur de pôle ? Qui détient la responsabilité, le pouvoir de décision ? La confusion des rôles est source d'une grande démotivation* ». <sup>119</sup>

\*

\*

\*

Pour résumer, existe t-il au sein de l'hôpital public une réelle concurrence entre différents groupes d'acteurs, concurrence qui concerne aussi bien le besoin de reconnaissance que le pouvoir et la responsabilité. Ces quelques lignes extraites de *Oui, la réforme est possible !* et écrites par celle qui, après plusieurs années dans le secteur privé dirigea pendant quatre ans l'AP-HP et a donc pu observer les jeux d'acteurs s'y déroulant de manière pratiquement neutre, du moins dans un premier temps, résument assez clairement la situation :

« Lorsqu'ils sont agacés par l'administration, les médecins lancent aux gestionnaires : 'c'est nous qui soignons les malades,

---

<sup>117</sup> Henri MINTZBERG, *Structure et dynamique des organisations*, Paris : Edition d'Organisation, 1982, page 36

<sup>118</sup> Résumé de la théorie de Mintzberg réalisé à partir de l'entretien avec Monsieur Deleater, secrétaire général de l'ARH de Lille, de *Structure et dynamique des organisations* et de la synthèse qui en a été faite par Robert Holcman dans sa thèse intitulée *L'ordre sociologique, élément structurant de l'organisation du travail (Robert HOLCMAN, L'ordre sociologique, élément structurant de l'organisation du travail – l'exemple des bureaucraties professionnelles : ordres soignant contre ordre dirigeant à l'hôpital*, Thèse de doctorat de Sciences de gestion, Directeur de recherche : M. Jean de Kervasdoué, Paris : Conservatoire national des arts et métiers, soutenue publiquement le 28 février 2006. Consultable en ligne au lien suivant : <http://www.robertholcman.net/these.php>).

<sup>119</sup> Monsieur le Député René COUANAU, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales *Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital*, rapport n°714, douzième législature, 19 mars 2003, page 33

*vous n'existeriez pas sans nous*'. Et c'est vrai. Mais les infirmières disent généralement dans leur dos : *'Certes, les médecins font le diagnostic, mas c'est nous qui prenons vraiment en charge le malade au quotidien. Eux, ils sont plus intéressés par les cas difficiles, et surtout par leurs publications, et ils sont souvent en congrès.* » Ce n'est pas toujours faux. La lutte contre la douleur a largement été imposée par le 'pouvoir infirmier'. Quant à l'administration, elle est chargée de la bonne utilisation des moyens humains et financiers, forcément rares au regard des besoins et se trouve affrontée aux différentes disciplines qui *'voient toutes midi à leur porte'* et estiment toutes être prioritaires »<sup>120</sup>.

Comme elle l'explique ensuite, *« chacun [...] porte des intérêts légitimes »*<sup>121</sup>. Or aucune instance de décision ne permet vraiment, du fait de l'éclatement du pouvoir, de trancher entre certaines prétentions, à la différence de la majorité des autres pays où *« les directeurs généraux des hôpitaux sont des médecins légitimes pour imposer leur point de vue et leurs exigences »*<sup>122</sup>. Ce qui n'étaient au départ que des 'divergences culturelles' voire des 'jeux de pouvoir' vont donc se muter en conflits.

---

<sup>120</sup> Rose Marie VAN LERBERGHE, *Oui, la réforme est possible !*, Paris : Albin Michel, octobre 2007, page 150-151

<sup>121</sup> Rose Marie VAN LERBERGHE, *Oui, la Réforme est possible !*, Paris : Albin Michel, octobre 2007, page 151

<sup>122</sup> Rose Marie VAN LERBERGHE, *Oui, la Réforme est possible !*, Paris : Albin Michel, octobre 2007, page 151



# SECOND CHAPITRE

## *Les conflits entre acteurs au sein de l'hôpital public*

L'hôpital public s'organise donc en pouvoirs parallèles qui tentent d'imposer leur logique au sein de l'institution. Mais le fait que ces différentes sources de pouvoir aient chacune une opinion divergente de l'hôpital et des valeurs qu'il doit prioritairement défendre a pour conséquence inéluctable l'émergence de conflits entre les différents acteurs du service public hospitalier.

### **I. LES TENSIONS ENTRE ADMINISTRATIFS ET SOIGNANTS**

Le docteur Gevaert, anesthésiste réanimateur à la polyclinique d'Hénin-Beaumont, déclarait lors de son entretien qu'« *il y a un mur de Berlin entre corps médical et corps administratif* ». Cette métaphore historique témoigne aussi bien du gouffre existant entre les cultures respectives de ces deux corps, que des conflits qui peuvent en découler.

#### **A. DEUX LEGITIMITES QUE TOUT SEPARÉ**

Il ressort des analyses du premier chapitre une opposition binaire entre le monde des soignants et le monde des gestionnaires « *d'un côté ceux qui soignent, qui sont proches du malade, au moins de la maladie; d'un autre côté ceux qui administrent, qui gèrent les finances et veillent à l'application de la réglementation. Les premiers n'ont d'autre préoccupation que de délivrer les meilleurs soins à chacun des malades qu'ils prennent en charge, les seconds n'ont d'autres soucis que celui d'équilibrer un budget et de faire respecter la loi* »<sup>123</sup>.

---

<sup>123</sup> Jean-Pierre D'HALLUIN, François MAURY, Jean-Claude PETIT et Chantal DE SINGLY, « *Pouvoirs et organisation à l'hôpital* », Dossier « *L'hôpital en mouvement* », *Esprit*, n°331, Janvier 2007, page 16

Cette opposition telle que l'ont présentée de manière ouvertement caricaturale Jean-Pierre d'Halluin, François Maury, Jean-Claude Petit et Chantal De Singly, dans un article intitulé « *Pouvoirs et organisation à l'hôpital* » et paru dans la revue *Esprit* en Janvier 2007 n'est cependant pas totalement déconnectée de la réalité : « *schématique à l'excès, [...] elle dessine [pourtant] assez justement le cadre de potentiels affrontements* »<sup>124</sup>.

Et ce '*cadre de potentiels affrontements*' – pour reprendre les termes des quatre auteurs – ne procède pas simplement des sens divergents que les deux groupes d'acteurs donnent à leur actions. Il est également le fruit d'une construction sociale différente, aussi bien du point de vue de la construction historique de ces corps que du point de vue de la formation puis de la carrière suivie par leurs membres.

## DEUX LEGITIMITES ANTAGONISTES

Tout d'ailleurs, l'opposition décrite par Jean-Pierre d'Halluin, François Maury, Jean-Claude Petit et Chantal De Singly n'est-elle pas aussi caricaturale que les auteurs n'ont bien voulu l'admettre, puisqu'elle est véhiculée par les acteurs de l'hôpital eux-mêmes, et les médecins en particulier.

Par exemple James Brodeur et Bernard Brechinac écrivaient-ils dans un article intitulé « *Comment en est-on arrivés là ?* » et paru dans *La Lettre syndicale SNMARHNU* (syndicat des médecins anesthésistes-réanimateurs non universitaires) n°45 de mars 2005 que « *la logique altruiste médicale est à l'opposé des exigences comptables des directeurs et de leur T2A* »<sup>125</sup>. Et un an et demi plus tard, dans la lettre n°47, Michel Vigner, alors président du syndicat, rappelait que « *les malades viennent à l'hôpital avant tout pour consulter un médecin, pas un directeur* »<sup>126</sup>.

Deux légitimités concurrentes et antagonistes évoluent donc bien au sein de l'hôpital public, que Robert Holcman définit dans *La fin de l'hôpital public ?* comme '*la légitimité de la connaissance*' (légitimité du corps médical) et '*celle de l'intérêt général*' (la vocation première des administrateurs hospitaliers étant pour Robert Holcman l'emploi optimal des deniers publics)<sup>127</sup>.

Une lutte pour le pouvoir va s'instaurer entre ces deux légitimités. Et l'organisation soignante va rejeter la domination « *réelle et/ou supposée* » de l'organisation dirigeante

---

<sup>124</sup> Jean-Pierre D'HALLUIN, François MAURY, Jean-Claude PETIT et Chantal DE SINGLY, « *Pouvoirs et organisation à l'hôpital* », Dossier « *L'hôpital en mouvement* », *Esprit*, n°331, Janvier 2007, page 16

<sup>125</sup> James BRODEUR et Bernard BREHINAC, « *Comment en est-on arrivés là ?* », *La Lettre syndicale SNMARHNU* n°45, mars 2005 Consultable en ligne au lien suivant : <http://www.smarnu.org/images/para/numero45.pdf>

<sup>126</sup> Michel VIGNER, « *La peur de l'autre : les pôles, la nouvelle gouvernance* », *La Lettre syndicale SNMARNU* n°47, septembre 2006. Consultable en ligne au lien suivant : <http://www.smarnu.org/images/para/lettre47.pdf>

<sup>127</sup> Robert HOLCMAN, *La fin de l'hôpital public ?*, Paris : Editions LAMARRE, Août 2007, page 51

parce que les priorités de cette dernière ne sont pas les mêmes que les siennes : « *les membres de l'organisation soignante privilégient la prise en charge du patient, la vie et l'organisation des services de soins, et font prévaloir la logique du métier ou de la profession sur celle de l'institution au sein de laquelle ils exercent* »<sup>128</sup>.

Peu importe la pertinence des préconisations de la direction, elles seront considérées avec méfiance par le monde soignant, parce qu'elles émanent d'une organisation dont la légitimité est différente et surtout concurrente<sup>129</sup>. Comme l'explique plus loin le docteur en sciences de gestion, ce n'est donc pas la nature des préconisations 'bureaucratiques' que rejettent le personnel soignant, mais « *la posture de pouvoir qui les sous-tend* » : « *c'est l'autorité accrue de l'administration, en filigrane de ces demandes, qui irrite* »<sup>130</sup>.

D'ailleurs ce paragraphe extrait d'un article de Fernand Daffos intitulé « *Du PACS improbable à la possible cohabitation* » confirme-t-il la thèse de Robert Holcman :

#### **« La relation directeur/médecin à la lumière de la psychanalyse**

La relation directeur – médecin quand elle aboutit au conflit n'est le plus souvent que l'expression d'une hostilité nécessaire au besoin de montrer sa puissance. L'impossibilité d'exprimer cette dernière et la privation inacceptable de pouvoir qu'elle entraîne peut aboutir à un fort sentiment de frustration, voire même à un sentiment de castration. L'expression déjà citée : « *ma principale préoccupation était de ne pas me faire court-circuiter* » illustre clairement ce propos »<sup>131</sup>

### **UNE CONSTRUCTION HISTORIQUE ANTAGONISTE**

Comme cela a déjà été expliqué précédemment, la création de la fonction de directeur d'hôpital public est relativement récente, puisqu'elle date du Régime de Vichy. Alors que les médecins hospitaliers s'inscrivent dans une histoire presque centenaire, les racines des directeurs d'hôpital ne remontent qu'à quelques décennies.

Et les racines historiques des médecins accentuent leur prestige. « *Les médecins chefs de service qui tiennent le haut du pavé aujourd'hui sont entrés dans la carrière en 1970, ont été formés par des médecins qui avaient commencé leurs études dans les années*

---

<sup>128</sup> Robert HOLCMAN, *La fin de l'hôpital public ?*, Paris : Editions LAMARRE, Août 2007, page 51

<sup>129</sup> Robert HOLCMAN, *La fin de l'hôpital public ?* Editions LAMARRE, Août 2007, page 46

<sup>130</sup> Robert HOLCMAN, *La fin de l'hôpital public ?* Editions LAMARRE, Août 2007, page 55

<sup>131</sup> Fernand DAFFOS, « *Du PACS improbable à la possible cohabitation* », in Monique CAVALIER, Richard DALMASSO et Jean-Jacques ROMANET, *Médecins, directeurs : un PACS pour l'hôpital ?*, Paris : Erès (coll. Action santé), 2002, page 54

1940, lesquels ont été formés par des médecins de la guerre de 1914»<sup>132</sup>. En remontant jusqu'au Moyen-âge ou même à l'Antiquité comme cela a été fait en introduction et dans le premier chapitre, on trouve même des racines religieuses, voire quasi-mystiques à la profession.

Mais l'évolution historique a depuis 1941 été plutôt favorable aux directeurs. Alors que les administratifs ont longtemps été assujettis aux médecins en tant que « support » à leur activité, chargé de l'organisation de l'activité, de l'approvisionnement et de l'émission des fiches de paie, l'accroissement progressive des pouvoirs du directeur a suscité une aversion croissante du corps médical, qui le considéraient comme un contrepoids à leur propre pouvoir. Alors que jusqu'en 1941 le pouvoir de nomination avait été exclusivement réservé au président de la commission administrative, en partie composée de médecins, le directeur obtient par exemple à partir de 1941 le pouvoir de nommer les personnels non médicaux dans les établissements publics de 200 lits, seuil qui disparaîtra en 1958.<sup>133</sup>

Puis les rapports de force entre administratifs et médecins vont se durcir dans les années 1980, au moment du passage à un système de dotation global, donc Robert Holcman estime qu'il a « transformé l'organisation support en organisation dirigeante », en plaçant les directeurs dans « une position de pouvoir vis-à-vis de l'organisation soignante » et en produisant par conséquent « un basculement dans les rapports de force »<sup>134</sup>. En effet, cette réforme a introduit la rareté budgétaire au sein de l'hôpital public en inscrivant son budget dans une enveloppe fermée. Or du fait de leur formation, les directeurs se sont révélés être les mieux à même de gérer l'incertitude budgétaire et la nécessité d'une gestion plus optimale des fonds : « la rareté budgétaire en a fait des experts, les a professionnalisés aux yeux mêmes des professionnels du soin »<sup>135</sup>.

Or ce nouveau rôle des administratifs portait en lui les germes d'une inévitable confrontation, puisque le directeur s'est alors retrouvé en position de régir le financement de l'activité des soignants, et donc les moyens indispensables à leur art.

## UNE ORGANISATION INTERNE ANTAGONISTE

De surcroît, les récentes réformes ont fait du directeur et du président de la Commission médicale d'établissement un véritable binôme dans le processus de prise de décision. Cependant, les systèmes de valeurs de ces deux acteurs sont – comme cela a été

---

<sup>132</sup> Jean-Pierre CLAVERANNE, « D'eau et de feu, un projet commun », in Monique CAVALIER, Richard DALMASSO et Jean-Jacques ROMANET, *Médecins, directeurs : un PACS pour l'hôpital ?*, Paris : Erès (coll. Action santé), 2002, page 30

<sup>133</sup> Robert HOLCMAN, *La fin de l'hôpital public ?*, Paris : Editions LAMARRE, Août 2007, page 52

<sup>134</sup> Robert HOLCMAN, *La fin de l'hôpital public ?*, Paris : Editions LAMARRE, Août 2007, pages 53-54

<sup>135</sup> Robert HOLCMAN, *La fin de l'hôpital public ?*, Paris : Editions LAMARRE, Août 2007, page 54

démontré précédemment – tellement éloignés que ce binôme se transforme bien souvent en un « cocktail subtil et parfois explosif entre un fonctionnaire nommé par le pouvoir central [le directeur] et un agent public légitimé par l'élection de ses pairs [le médecin] »<sup>136</sup>.

D'ailleurs Véronique Fournier, auteur de *L'hôpital sens dessus-dessous*, estime-t-elle qu'« avoir mis le président de la commission médicale d'établissement dans la position d'un directeur médical n'a fait qu'accroître le malaise qui existe depuis toujours entre administratifs et médecins » : d'une part, il existe un risque que le directeur ne se laisse déposséder encore plus de la chose médicale et devienne alors encore moins légitime pour s'exprimer sur ce sujet. D'autre part le directeur peut-il au contraire avoir la volonté de conserver ses prérogatives, ce qui aura pour conséquence, du fait de la formalisation de la procédure et de l'organisation plus puissante du corps médical qui « s'est organisé et a trouvé son porte-parole qu'il surveille et pilote de près », de durcir les relations avec le président de la CME, et plus largement de la communauté médicale toute entière : « le directeur ne peut prendre aucune décision contraire à l'avis des médecins : de consultatif, l'avis de la commission médicale d'établissement et de son président est devenu paralysant »<sup>137</sup>.

Censé remédier à cet état de fait, une commission nationale assurant la gestion de l'ensemble des postes de praticiens hospitaliers et de directeurs, en ce qui concerne aussi bien le recrutement que la nomination et la discipline vient d'être instituée en 2008, commission à laquelle ne semble favorables ni les médecins, ni les directeurs.

## UNE FORMATION ANTAGONISTE

Le type de formation reçu par les directeurs et les médecins hospitaliers prédispose également de l'incompréhension qui alimente ensuite les relations entre les deux corps.

Comme l'explique Pierre Haenhel dans « *L'évolution du métier de médecin* », « la formation des directeurs d'hôpitaux est souvent imprégnée de méfiance vis-à-vis du médecin qui est souvent décrit comme l'ennemi du directeur, l'ennemi de la bonne gestion et donc de la collectivité »<sup>138</sup>.

Mais au-delà des préjugés pouvant être transmis aux deux corps durant leur formation, c'est également la nature des études à la faculté de médecine et à l'École

---

<sup>136</sup> Bernard BONNICI, « *L'hôpital - obligation de soins, contraintes budgétaires* », dans *Les études de la documentation française*, Paris : la documentation française, 2007, page 107

<sup>137</sup> Véronique FOURNIER, *L'hôpital sens dessus dessous*, Paris : Michalon, 1996, page 113-114

<sup>138</sup> Pierre HAEHNEL, « *L'évolution du métier de médecin* », in Monique CAVALIER, Richard DALMASSO et Jean-Jacques ROMANET, *Médecins, directeurs : un PACS pour l'hôpital ?*, Paris : Erès (coll. Action santé), 2002, page 43

nationale de santé publique (aujourd'hui l'École des hautes études en santé publique) qui sont en effet très éloignés.

Dans « *D'eau et de feu, un projet commun* », Jean-Pierre Claveranne oppose en effet la « *formation carrée et sans surprise* » du directeur, qui une fois qu'il a réussi le concours de l'École nationale de santé publique (ENSP) est quasiment assuré d'être un jour directeur, et reçoit une formation juridique, administrative et financière qui est la même pour tous; et la « *longue course d'obstacles* » qu'est la formation du médecin hospitalier, dont le chemin sera difficile jusqu'à l'agrégation (concours de première année, premiers stages, expériences d'externe, concours de l'internat, internat, etc.)<sup>139</sup>.

C'est d'ailleurs au cours de ce long parcours que le médecin hospitalier va faire l'apprentissage du rejet de l'autorité de l'administration et du directeur. Comme cela est ressorti très nettement des entretiens menés auprès des étudiants en médecine fréquentés dans le cadre des cours de sport du SUAPS commun aux étudiants de Lille 2, et donc aux étudiants de Science Po. et aux étudiants en médecine, ces derniers ne sont absolument pas formés au fonctionnement de l'hôpital, qui ne fait l'objet que de quelques brèves heures de cours avant les premiers stages de seconde année. La quasi-totalité des étudiants de première, de deuxième, de troisième et même de quatrième année interrogés (parfois de manière informelle) sont ainsi restés dubitatifs à l'évocation de la Commission médicale d'établissement ou de la mise en place des pôles, dont ils n'avaient visiblement jamais entendu parler.

D'ailleurs Philippe Chambaud, interne en psychiatrie au CHRU de Lille, a-t-il précisé lors de son entretien que la plupart des étudiants en médecine n'ont même pas conscience de l'existence du directeur de l'hôpital durant leurs premières années d'études. Ils pensent que ce sont les médecins qui dirigent l'hôpital et ne prennent conscience de l'existence et du rôle du directeur qu'assez tard dans leur cursus, souvent au moment de l'internat.

Les étudiants en médecine sont donc livrés à eux-mêmes concernant l'apprentissage du fonctionnement de l'hôpital, qu'ils découvriront au fil de leurs stages. Cet apprentissage se fera donc de manière informelle, '*sur le tas*', et par conséquent souvent par le biais de discussions avec le personnel ou de bribes de conversations entendues dans les couloirs, les salles de garde ou encore au réfectoire. Comme le souligne Jean-Pierre Claveranne, « *ouvrir ses oreilles lui suffit pour entendre la plainte contre la gestion technocratique* », et ces « *multiples ragots, histoires, rumeurs et médisances qui scandent la vie quotidienne des*

---

<sup>139</sup> Jean-Pierre CLAVERANNE, « *D'eau et de feu, un projet commun* », in Monique CAVALIER, Richard DALMASSO et Jean-Jacques ROMANET, *Médecins, directeurs : un PACS pour l'hôpital ?*, Paris : Erès (coll. Action santé), 2002, page 31

*espaces clos* » ne seront que très rarement « *contrebalancés par des paroles institutionnelles* »<sup>140</sup>.

Plus tard, lors de l'internat, l'étudiant va se heurter à des problèmes d'organisation et prendre par exemple conscience de la limitation des ressources financières. Il va alors « *vivre cela, à défaut d'explication, comme une contrainte insupportable à l'exercice de son art* », qu'il attribuera, du fait de tout ce qu'il aura entendu pendant ses stages et son externat, à « *l'incurie administrative* ». Va alors s'opérer un processus d'appropriation du discours anti-administration, qu'il va commencer à transmettre et plus seulement à écouter passivement<sup>141</sup>.

La méfiance existant entre les corps administratifs et soignants résulte donc, d'un côté comme de l'autre, d'un véritable processus d'apprentissage.

## UNE CARRIERE ANTAGONISTE

En outre, les carrières de directeur d'hôpital et de médecin hospitalier sont-elles aussi très différentes, et source d'antagonisme.

A l'opposé des directeurs qui changent d'affectation en moyenne tous les cinq ans, la carrière d'un médecin se déroule souvent de manière linéaire dans le même hôpital, voire dans le même service. Il n'est d'ailleurs pas rare qu'un praticien hospitalier devienne chef du service où il avait fait ses études.

La stabilité de l'affectation des médecins constitue dès lors une source de pouvoir par rapport à un directeur dont ils savent dès le départ que sa présence sera limitée dans le temps.

### **B. DEUX LEGITIMITES CONCURRENTES QUI S'AFFRONTENT**

Les tensions entre la sphère administrative et la sphère du soin sont nettement ressorties des lectures et des entretiens qui ont été menées préalablement à la rédaction de ce mémoire.

---

<sup>140</sup> Jean-Pierre CLAVERANNE, « *D'eau et de feu, un projet commun* », in Monique CAVALIER, Richard DALMASSO et Jean-Jacques ROMANET, *Médecins, directeurs : un PACS pour l'hôpital ?*, Paris : Erès (coll. Action santé), 2002, page 31

<sup>141</sup> Jean-Pierre CLAVERANNE, « *D'eau et de feu, un projet commun* », in Monique CAVALIER, Richard DALMASSO et Jean-Jacques ROMANET, *Médecins, directeurs : un PACS pour l'hôpital ?*, Paris : Erès (coll. Action santé), 2002, page 32

## LA MANIFESTATION DES CONFLITS ENTRE SOIGNANTS ET ADMINISTRATIFS

Rose-Marie Van Lerberghe, dans *Oui, la réforme est possible !*, exprime clairement la vision péjorative que le corps médical a du siège de l'AP-HP : elle évoque notamment « *le siège, vilipendé par les médecins [...]* »<sup>142</sup>. Elle ne cache pas non plus l'accueil difficile que lui avaient réservé les syndicats à son arrivée à la direction de l'AP-HP. « *Les malades ne sont pas des yaourts* »<sup>143</sup> l'interpellaient-ils, en faisant référence à son passé en tant que directrice des ressources humaines au sein du groupe Danone. D'ailleurs la véracité de cette anecdote a-t-elle été confirmée au cours de l'entretien de trois praticiens hospitalier de l'hôpital Beaujon, qui appartient à l'AP-HP. Catherine Paugam-Burtz, anesthésiste réanimatrice, se rappelait en effet en riant que les médecins l'avaient appelé entre eux « *Madame Danone* » pendant plusieurs mois.

Une « *Enquête d'opinion auprès des praticiens hospitaliers* » commandée à la TNS Sofres (Société française d'études par sondage) par la Fédération hospitalière de France (FHF) a également laissé transparaître le ressentiment de certains médecins à l'égard de l'administration de leur hôpital. Les réponses de certains à la question ouverte « *Avez-vous d'autres remarques ou suggestions à nous communiquer concernant votre situation dans l'hôpital où vous travaillez* », étaient par exemple sans appel : « *là où je suis, il n'y a aucune concertation entre l'administration et les médecins* », « *c'est une collaboration médicale et administrative qui est nécessaire mais pas que le médical qui fasse tout car nous n'avons ni le temps, ni les moyens, ni les capacités* » ou encore « *La direction médicale est assurée par un médecin. Il faut une équipe de médecins administrateurs et que la direction de l'hôpital doit être assurée par un médecin* »<sup>144</sup>.

Les médecins reprochent également aux administratifs de ne pas connaître le terrain, ce que plusieurs personnels administratifs ont d'ailleurs avoué lors de leurs entretiens. Dans *Réinventer l'hôpital public – contre l'hôpital entreprise*, André Grimaldi, lui même praticien hospitalier, évoque l'ouvrage *L'hôpital vu du lit* de Jean de Kervasdoué avec beaucoup d'ironie. Celui qui fut directeur des hôpitaux de 1981 à 1986 y témoigne des conditions de son hospitalisation dans le service d'orthopédie de la Pitié-Salpêtrière – pour une fracture du bassin survenue à l'occasion d'un accident de patins à roulettes ! – qu'il juge scandaleuse. Et à André Grimaldi d'ironiser « *Cette expérience personnelle douloureuse lui a permis de vivre le dysfonctionnement des hôpitaux qu'il n'avait hélas pas perçu lorsqu'il dirigeait l'administration centrale au ministère de la Santé* »<sup>145</sup>.

---

<sup>142</sup> Rose Marie VAN LERBERGHE, *Oui, la Réforme est possible !*, Paris : Albin Michel, octobre 2007, page 33

<sup>143</sup> Rose Marie VAN LERBERGHE, *Oui, la Réforme est possible !*, Paris : Albin Michel, octobre 2007, page 172

<sup>144</sup> Sondage SOFRES/FHF, « *Enquête d'opinion auprès des praticiens hospitaliers* » - décembre 2005, Département stratégies d'opinion – Pôle Management, Commandé par la Fédération hospitalière de France, page 36. Consultable en ligne au lien suivant : <http://www.fhf.fr/dossiers/dossiers-fiche.php?id=1566&p=14&r=54>

<sup>145</sup> André GRIMALDI, *Réinventer l'hôpital public – contre l'hôpital entreprise*, Paris : Textuel (coll. La discordie), 2005, page 106

Certains écrits de médecins hospitaliers sont assez illustratifs de l'incompréhension qui règne entre les deux camps, et des excès auxquels cela peut mener. La lecture de certains propos tenus par les Professeurs Philippe Even et Bernard Debré dans *Avertissement aux malades, aux médecins et aux soignants*, donne ainsi une idée des préjugés que certains médecins hospitaliers véhiculent à propos des directeurs d'hôpital public.

Les deux professeurs évoquent une « *administration hospitalière affamée de pouvoir* »<sup>146</sup>, constituée du « *corps monobloc des directeurs d'hôpitaux, qui se sont multipliés comme des petits pains et se sont taillés depuis vingt ans un empire sans partage* »<sup>147</sup>, et que composent des fonctionnaires « *enfermé[s] dans [leurs] bureaux, loin des malades et des citoyens* », et « *toujours prêt[s] à évaluer les soignants mais jamais évalué[s] [eux]-même[s]* ».<sup>148</sup>

L'École nationale de santé publique est également vilipendée par les deux médecins. Elle est entre autres qualifiée de « *sous-ENA de la fonction publique hospitalière* »<sup>149</sup>, au nom usurpé puisque la formation qu'elle dispense ne comporte pas un mot de médecine, et dont « *la majorité des candidats, de moins en moins nombreux, vien[draient] des fins de promotion des divers instituts universitaires de sciences politiques de province* »<sup>150</sup>. Pour eux, cette école n'est « *en aucune façon une grande école, mais elle a tous les travers des écoles qui se veulent grandes. Non seulement l'arrogance, le clanisme, le monomorphisme culturel d'élèves coulés dans un moule unique, sans diversité, ni options, mais encore une mentalité de moine soldat plus teutoniques qu'hospitaliers, et qui se sentent assiégés dès que leur formation, leurs compétences ou leurs pouvoirs sont contestés* »<sup>151</sup>.

Plus loin apprend-on même que les directeurs, qualifiés de « *nouveaux mandarins* », auraient créé pour asseoir leur pouvoir « *une véritable machine de guerre* » : « *la FHF [Fédération hospitalière de France], un clan, une secte, un lobby, qui n'est puissant que de l'inconsistance des autres, en particulier des médecins, dont la plupart ignorent son existence. Elle a déjà presque une mainmise totale sur le système de santé et prétend le régenter plus encore* »<sup>152</sup>.

---

<sup>146</sup> Pr. Philippe EVEN et Pr. Bernard DEBRE, *Avertissement aux malades, aux médecins et aux élus*, Paris : Le cherche midi (Coll. Documents), 2002, page 8

<sup>147</sup> Pr. Philippe EVEN et Pr. Bernard DEBRE, *Avertissement aux malades, aux médecins et aux élus*, Paris : Le cherche midi (Coll. Documents), 2002, page 14

<sup>148</sup> Pr. Philippe EVEN et Pr. Bernard DEBRE, *Avertissement aux malades, aux médecins et aux élus*, Paris : Le cherche midi (Coll. Documents), 2002, page 8

<sup>149</sup> Philippe EVEN et Pr. Bernard DEBRE, *Avertissement aux malades, aux médecins et aux élus*, Paris : Le cherche midi (Coll. Documents), 2002, page 281

<sup>150</sup> Philippe EVEN et Pr. Bernard DEBRE, *Avertissement aux malades, aux médecins et aux élus*, Paris : Le cherche midi (Coll. Documents), 2002, page 281

<sup>151</sup> Philippe EVEN et Pr. Bernard DEBRE, *Avertissement aux malades, aux médecins et aux élus*, Paris : Le cherche midi (Coll. Documents), 2002, page 281

<sup>152</sup> Philippe EVEN et Pr. Bernard DEBRE, *Avertissement aux malades, aux médecins et aux élus*, Paris : Le cherche midi (Coll. Documents), 2002, page 282 Elle

L'existence de conflits ouverts entre administratifs et médecins hospitaliers a donc nettement transparu des lectures faites et des entretiens menés préalablement à la rédaction de ce mémoire. Mais l'actualité en a aussi été le témoin.

Notamment, les mouvements sociaux du printemps 2006 ont montré à quel point la procédure de nomination des médecins hospitaliers est un enjeu majeur dans la lutte de pouvoir les opposant aux directeurs. Le ministère de la Santé, qui avait émis le projet de déconcentrer la nomination des praticiens hospitaliers au niveau des établissements, avait alors dû reculer face à la pression syndicale et conserver cette prérogative.<sup>153</sup>

## LA NECESSITE D'INTRODUIRE UNE NUANCE

Malgré tous ces éléments, il faut se garder de toute généralisation, et la journée passée au CH d'Arras a montré que certains membres des deux corps pouvaient parfaitement s'entendre, et même bien s'entendre.

Danièle Goumard, Secrétaire générale du Syndicat des médecins anesthésistes réanimateurs non universitaires (SMARNU) et praticien hospitalier au CH de La Rochelle, précisait d'ailleurs que s'il existe certes des problèmes entre certains médecins et la direction, tous le corps médical n'est pas pour autant concerné.<sup>154</sup>

Bernard Debré et Philippe Even apportent eux-mêmes une nuance à leur propos à la fin de leur ouvrage, en affirmant : « *pris individuellement, les directeurs méritent estime et respect. [...] Et cela il faut aussi le dire fortement* ». Ils expliquent d'ailleurs ensuite expliquant que « *nombre de directeurs [...] ont de grandes qualités humaines, intellectuelles et professionnelles et ont, tout autant que les meilleurs médecins, c'est-à-dire plus que beaucoup d'entre eux, le sens du service public* »<sup>155</sup>. Ce qu'ils semblent abhorrer, c'est en fait leur regroupement en corps. Tout comme les directeurs redoutent d'ailleurs le corporatisme médical.

\*

\*       \*

---

<sup>153</sup> Robert HOLCMAN, *La fin de l'hôpital public ?*, Paris : Editions LAMARRE, Août 2007, page 38

<sup>154</sup> Elle estimait toutefois quelques minutes plus tard que la direction « *n'est tout de même pas toujours très transparente, et que les informations ne circulent pas, notamment au niveau de la comptabilité* ».

<sup>155</sup> Philippe EVEN et Pr. Bernard DEBRE, *Avertissement aux malades, aux médecins et aux élus*, Paris : Le cherche midi (Coll. Documents), 2002, page 281

Le directeur voit donc l'exercice de sa mission complexifiée par les tensions immanentes à ses relations avec les autres acteurs de l'hôpital. Mais en plus des conflits l'opposant aux corps médical et soignant, le directeur doit également gérer les conflits internes à chacun de ces deux corps. Comme l'écris Jean-Pierre Claveranne dans un article intitulé « *D'eau et de feu, un projet commun* », « *le territoire et la population qu'il administre sont [en effet] divisés en baronnies* »<sup>156</sup>.

## **II. LES CONFLITS INTERNES A LA SPHERE MEDICO-SOIGNANTE**

Dans un article intitulé « *Le banquet du PACS* », Jean-Michel Larrasquet et Isabelle Franchisteguy expliquent que la sphère soignante est un milieu « *hyperculturel* »<sup>157</sup>. Outre la dichotomie traditionnelle entre administratifs et médico-soignants, l'hôpital est donc le terrain de multiples identités professionnelles, d'une mosaïque de '*micro-cultures*' : la sous-culture soignante n'est donc pas uniforme, ce qui est source de conflits.

### **A. LE REJET DES SOIGNANTS AYANT DES RESPONSABILITES ADMINISTRATIVES PAR LEUR GROUPE D'APPARTENANCE INITIAL**

Tout d'abord, certains personnels appartenant à l'origine au monde soignant se voient au cours de leur carrière confier des responsabilités administratives. C'est le cas notamment des infirmières promues surveillantes ou – terme plus actuel – cadre de santé, ou des médecins-chefs de service et aujourd'hui des responsables de pôle. Certains indices portent à croire que ces soignants sont en quelque sorte rejetés par leur groupe d'appartenance d'origine, qui les assimile désormais à l'administration.

#### **LE CAS PARTICULIER DES SURVEILLANTES**

Les infirmières cadre de santé sont par exemple souvent craintes par les soignants placés sous leur hiérarchie. Ceci transparaît clairement des ouvrages d'Anne Vega et de Jean Peneff.

---

<sup>156</sup> Jean-Pierre Claveranne, « *D'eau et de feu, un projet commun* », in Monique CAVALIER, Richard DALMASSO et Jean-Jacques ROMANET, *Médecins, directeurs : un PACS pour l'hôpital ?*, Paris : Erès (coll. Action santé), 2002, page 29

<sup>157</sup> Jean-michel LARRASQUET et Isabelle FRANCHISTEGUY, « *Le banquet du PACS* », in Monique CAVALIER, Richard DALMASSO et Jean-Jacques ROMANET, *Médecins, directeurs : un PACS pour l'hôpital ?*, Paris : Erès (coll. Action santé), 2002, page 92

Anne Vega, spécialiste de l'anthropologie de la maladie qui s'est immergée plusieurs mois dans le service neurologique d'un des plus grands hôpitaux parisiens et décrit les observations qu'elle a pu y faire dans *Une ethnologue à l'hôpital, l'ambiguïté du quotidien infirmier*, raconte les suspicions dont faisait l'objet la surveillante de la part des infirmières et aides soignantes du service.

Rapportant l'atmosphère légère qui régnait lorsque les agents vacataires se retrouvaient dans leur salle pour discuter, elle rajoute que ces conversations personnelles se déroulaient « *en espérant qu'il n'y ait pas de visite de contrôle d'un cadre* »<sup>158</sup>.

Outre la méfiance, le ressentiment est également palpable, par exemple dans les propos d'une infirmière en gériatrie rapportés par l'ethnologue : « *la surveillante, c'est le chef, l'administration. Elle n'a pas les mêmes problèmes que nous, même si elle a beaucoup de responsabilités. Physiquement, son boulot n'a rien à voir avec celui des infirmières* »<sup>159</sup>. Dans la même veine, une infirmière en neurologie déclare : « *même quand on manque de personnel, les surveillantes restent assises, peïnard [...] les cadres ne mettent jamais la main à la pâte. Ça les salirait de nous aider au nursing* »<sup>160</sup>. Même Véronique, pourtant décrite quelques pages auparavant comme « *plutôt proche des cadres infirmiers* »<sup>161</sup>, est amenée à affirmer que « *les cadres cachent leur véritable jeu, ils collaborent avec l'administration* »<sup>162</sup>.

Les cadres hospitaliers sont ainsi parfois qualifiés de 'technocrates', de 'gestionnaires' voire de 'super secrétaires médicales' par les infirmières de terrain : « *beaucoup de surveillantes ne sont plus infirmières dans les faits, elles ont oublié les contraintes et deviennent administratives ou des petites cheffillons* »<sup>163</sup>. Interrogée par l'ethnologue, la surveillante avoue être parfois désemparée : « *pour parler au personnel, c'est le dilemme, je suis mal placée maintenant que je ne fais plus de soins* »<sup>164</sup>.

Pourtant les cadres de santé rencontrés au cours du travail de terrain n'ont pas semblé répondre à cette description péjorative. Au CH D'Arras, Nathalie Kaczmarek semblait par exemple extrêmement préoccupée par le fait de conserver de bons rapports avec les infirmières, déclarant par exemple « *je suis une soignante avec un rôle*

---

<sup>158</sup> Anne VEGA, *Une ethnologue à l'hôpital – l'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris : éditions des archives contemporaines, 2000, page 10

<sup>159</sup> Anne VEGA, *Une ethnologue à l'hôpital – l'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris : éditions des archives contemporaines, 2000, page 84

<sup>160</sup> Anne VEGA, *Une ethnologue à l'hôpital – l'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris : éditions des archives contemporaines, 2000, page 84

<sup>161</sup> Anne VEGA, *Une ethnologue à l'hôpital – l'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris : éditions des archives contemporaines, 2000, page 32

<sup>162</sup> Anne VEGA, *Une ethnologue à l'hôpital – l'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris : éditions des archives contemporaines, 2000, page 86

<sup>163</sup> Anne VEGA, *Une ethnologue à l'hôpital – l'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris : éditions des archives contemporaines, 2000, page 84

<sup>164</sup> Anne VEGA, *Une ethnologue à l'hôpital – l'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris : éditions des archives contemporaines, 2000, page 74

*administratif, mais je garderai toujours la fibre soignante* », et expliquant les efforts qu'elle mettait en œuvre pour ne pas donner d'instructions de manière frontale, mais en recourant plutôt à des modes indirects et informels de transmission des consignes (à la pause café, le midi au réfectoire, etc.).

## LES MEDECINS MEMBRES DE LA CME

Nicolas Funel, Guillaume Huart et Laure Santori présentent également dans un article paru en 2002 dans *Médecin et directeurs, un PACS pour l'hôpital ?* les propos recueillis au cours d'entretiens avec une quinzaine de médecins hospitaliers<sup>165</sup>. Les chercheurs avouent avoir été surpris par le fait que la représentativité du corps médical au travers de la Commission médicale soit largement remise en cause.

En effet, cette instance est souvent perçue par les médecins comme une simple chambre d'enregistrement des décisions de la direction, et tout comme les infirmières surveillantes sont considérées par leurs pairs comme « ayant pactisé avec l'administration, les médecins siégeant à la CME sont parfois considérés comme des 'traîtres' ».

S'est donc dégagée de cette étude l'existence d'un grand scepticisme des médecins vis-à-vis de l'instance pourtant censée les représenter. Notamment, un des médecins interrogé s'est exclamé : « *La hiérarchie de la compétence médicale est court-circuitée par la CME, qui n'est qu'une assemblée bavarde et incompétente, composée de sous-commissions trou-du-cul* »<sup>166</sup>, et que cette commission « *n'avalise que les décisions de la direction et d'un ramassis de médecins mégalomanes* »<sup>167</sup>.

### **B. LE RECOURS A DES STRATEGIES DE DISTINCTION**

En dehors du cas particulier des personnels soignants se voyant confier des responsabilités administratives, qui bien qu'ils continuent souvent à se considérer comme appartenant à la sphère soignante ne sont souvent plus considérés comme tel par leurs

---

<sup>165</sup> Nicolas FUNEL, Guillaume HUART et Laure SANTORI, « s », in Monique CAVALIER, Richard DALMASSO et Jean-Jacques ROMANET, *Médecins, directeurs : un PACS pour l'hôpital ?*, Paris : Erès (coll. Action santé), 2002, page 58. Cette étude a été réalisée à partir de quinze rencontres avec des médecins hospitaliers, exerçant dans les établissements suivants : Centre hospitalier de Lorient, Centre hospitalier spécialisé Guillaume Rénier de Rennes, Centre hospitalier universitaire de Rennes. Les médecins rencontrés n'étaient pas préparés à l'entretien et ne savaient pas précisément quels sujets allaient être abordés. Les auteurs estiment que « [leur] position complètement extérieure aux établissements a sans doute permis une plus grande franchise de leur part ? »<sup>165</sup>

<sup>166</sup> Nicolas FUNEL, Guillaume HUART et Laure SANTORI, « s », in Monique CAVALIER, Richard DALMASSO et Jean-Jacques ROMANET, *Médecins, directeurs : un PACS pour l'hôpital ?*, Paris : Erès (coll. Action santé), 2002, page 61.  
Monique CAVALIER, Richard DALMASSO et Jean-Jacques ROMANET, *Médecins, directeurs : un PACS pour l'hôpital ?*, Paris : Erès (coll. Action santé), 2002, page 61

<sup>167</sup> Monique CAVALIER, Richard DALMASSO et Jean-Jacques ROMANET, *Médecins, directeurs : un PACS pour l'hôpital ?*, Paris : Erès (coll. Action santé), 2002, page 61

pairs, le corps soignant va se scinder sous l'effet de stratégies de distinction émanant des différents sous-groupes la composant.

### 1. LA DISTINCTION SELON LE SERVICE

Ces stratégies de distinction peuvent par exemple émaner de certains services. Dans *L'hôpital en urgence*, Jean Peneff présente d'ailleurs l'hôpital comme « *un ensemble de territoires, les services, entre lesquels peu d'échanges s'effectuent* »<sup>168</sup>.

## UNE APPROCHE TERRITORIALE DE L'HOPITAL

Comme cela est le cas pour les différents quartiers d'une ville, tous les services d'un hôpital ne possèdent pas le même prestige. Une stratification s'opère donc entre « *les beaux et les bas quartiers* »<sup>169</sup> - pour reprendre les termes de Peneff – ou, comme l'explique Anne Vega, entre les « *services vitrine, [...],hypertechnicisés, médiatisés, spécialisés et fiers de l'être* » et les autres<sup>170</sup>.

Émerge donc une stratification entre d'un côté les services prestigieux et valorisés (réanimation, chirurgie, bloc opératoire, etc.) et les '*beaux quartiers*' comme le hall d'accueil et les bureaux confortables, et d'un autre côté les services dévalorisés (alcoolologie, gériatrie, etc.) ou les '*bas quartiers*' (lieux de travail des agents d'entretien, ateliers d'entretien des véhicules, morgue, etc). Ces activités '*impures*' sont d'ailleurs souvent reléguées au sous-sol, ce qu'une traversée des sous-sols reliant les deux bibliothèques de la faculté de médecine de Lille (celle du pôle formation et celle du pôle recherche) suffit à constater.

Cette segmentation entre les différents services a été confirmée par les personnels interrogés. Françoise Noël, infirmière à la polyclinique d'Hénin-Beaumont, a ainsi commenté la situation en expliquant que « *chacun prie un peu pour sa paroisse* », et que chaque service est persuadé d'être le plus important, et donc celui qui nécessite l'attribution du budget le plus important.

---

<sup>168</sup> Jean PENEFF, *L'hôpital en urgence – Etude par observation participante*, Paris : Métailié (coll. Leçons de choses), 1992, p. 28

<sup>169</sup> Jean PENEFF, *L'hôpital en urgence – Etude par observation participante*, Paris : Métailié (coll. Leçons de choses), 1992, p. 28

<sup>170</sup> Anne VEGA, *Une ethnologue à l'hôpital – l'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris : éditions des archives contemporaines, 2000, page 22

## L'EXEMPLE DES SERVICE D'URGENCE

De fait, les services des urgences sont par exemple souvent considérés comme marginaux.

Une culture spécifique y règne, ce qui a clairement transparu lors de l'entretien de Patrick Pelloux. Joint par téléphone, le président de l'Association des médecins urgentistes de France (AMUF) se trouvait alors dans le service des urgences de l'hôpital Saint-Antoine à Paris où il travaille depuis 1995. Malgré l'extrême rapidité de l'appel, les sept petites minutes de l'entretien ont suffi à le présenter comme un homme très occupé, travaillant dans un service au rythme effréné. Il interrompait en effet ses phrases pour saluer les patients qu'il croisait, et l'entretien fut en tout entrecoupé d'une dizaine de « au revoir madame », ou de formules plus personnelles dont on devinait au ton de sa voix qu'elles s'adressaient à des enfants. Au milieu de l'entretien, il fut même interpellé par une infirmière l'informant qu'un patient était arrivé avec un hamster et qu'elle ne savait qu'en faire, ce à quoi il répondit en riant « *mettez le dans un sac poubelle il repartira avec* » avant de reprendre la conversation téléphonique en expliquant : « *vous savez, les urgences c'est un peu la cour des miracles, on en voit vraiment de toutes les couleurs* ».

Les services des urgences ont donc un rythme bien particulier qui les distingue du reste de l'hôpital. D'ailleurs leur relation avec les autres services est-elle souvent difficile. En effet, la plupart des infirmières des services de soins généraux redoutent les appels des urgences, qui signifient souvent l'arrivée imprévisible de malades lourds. Comme l'explique Anne Vega dans *Une ethnologue à l'hôpital*, un des « rôles non officiels » des surveillantes de soins et de leurs secrétaires est ainsi devenu le maniement de « *tours de passe-passe* » destinés à accueillir de tels malades, en prétendant par exemple qu'il n'y a plus de lits disponibles<sup>171</sup>.

Les services cliniques déploient donc « *des trésors d'ingéniosité* » – pour reprendre les termes de Robert Holcman<sup>172</sup> – afin d'éviter l'accueil de patients provenant des urgences. Rose-Marie Van Lerberghe rapporte d'ailleurs dans *Oui, la réforme est possible !* comment les médecins urgentistes dénonçaient les astuces recourues par les chefs des autres services pour « *planquer des lits* » : « *On retarde, par exemple, une sortie du vendredi soir au lundi matin afin d'éviter que le lit ne soit confisqué le week-end pour une urgence au détriment du malade dont l'arrivée était programmée pour le lundi matin* »<sup>173</sup>.

---

<sup>171</sup> Anne VEGA, *Une ethnologue à l'hôpital – l'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris : éditions des archives contemporaines, 2000, page 43-44

<sup>172</sup> Robert HOLCMAN, *La fin de l'hôpital public ?* Editions LAMARRE, Août 2007, page 16

<sup>173</sup> Rose Marie VAN LERBERGHE, *Oui, la Réforme est possible !*, Paris : Albin Michel, octobre 2007, page 22

## 2. LA DISTINCTION SELON LA SPECIALITE

Comme c'est le cas pour les services, certaines spécialités sont valorisées, ce qui est parfois lié au système de valeurs partagé par les soignants. Ainsi par exemple, la forte adhésion du corps soignant à l'objectif de guérison rend certaines spécialités peu attractives. C'est notamment le cas de la gériatrie ou de la neurologie (car beaucoup de maladies neurologiques sont incurables, et que les services de neurologie se transforment en services d'accompagnement de fin de vie).

### L'EXEMPLE DE LA CHIRURGIE

D'autres spécialités vont se différencier par le jeu de stratégies de distinction, ce qui est notamment le cas de la chirurgie.

Les chirurgiens disposent par exemple d'un syndicat qui leur est spécifique : le syndicat des chirurgiens hospitaliers (SCH), qui publie un bulletin mensuel significativement intitulé *Le scialytique*, en référence à la marque déposée du système d'éclairage utilisé dans les salles d'opération. En parcourant quelques-uns de ces bulletins, l'existence d'une stratégie de distinction ne laisse aucun doute. La lettre n°12 de mai 2004 par exemple – intitulée « *bistouri blues* » – rappelait par exemple que le syndicat en question réclamait depuis presque trois ans la création d'une 'cellule chirurgie' auprès du ministre, c'est-à-dire un traitement spécifique et privilégié des problèmes et des attentes de la profession.

Il existe par ailleurs une forte rivalité de pouvoir entre le corps des chirurgiens et celui des anesthésistes-réanimateurs. Comme l'explique André Grimaldi dans *Réinventer l'hôpital public – contre l'hôpital entreprise*, même si le chirurgien « *est au poste de commande* », « *il ne peut rien faire sans l'anesthésiste* »<sup>174</sup>.

Interrogée à ce sujet par téléphone, Jacqueline Cohen - Praticien hospitalier anesthésiste réanimateur à l'hôpital Beaujon à Clichy – expliquait qu'« *avant, la réanimation dépendait des chirurgiens* », mais que les anesthésistes-réanimateurs en avaient recouvert le commandement. Cette dernière, pourtant mariée à un chirurgien depuis une vingtaine d'années, donnait l'impression d'abhorrer cette profession. Elle affichait ainsi ouvertement sa rancœur contre un des chirurgiens avec qui elle avait été amenée à travailler, qui, « *brillant, mais paranoïaque* », était « *un grand malade* », et avait même été jusqu'à affirmer un jour que les anesthésistes étaient « *chirurgico-dépendants* ».

---

<sup>174</sup> André GRIMALDI, *Réinventer l'hôpital public – contre l'hôpital entreprise*, Paris : Textuel (coll. La discorde), 2005, page 51

Plus généralement, un certain nombre des personnels interrogés semblaient partager une certaine inimitié envers les chirurgiens. Un anonyme déclara par exemple que beaucoup d'entre eux étaient « *obsédés par le fantasme d'avoir la vie et la mort entre leurs mains* », et Patrick Pelloux, délibérément provocateur et caricatural, affirma que « *tous les chirurgiens ne parlent que de leur fric et de leur compte épargne* ».

### 3. LA DISTINCTION SELON LA POSITION HIERARCHIQUE

Contrairement à ce qui se passe à l'usine, des catégories d'agents hiérarchiquement éloignés se côtoient et agissent dans une certaine proximité physique à l'hôpital. Au sein de cette institution, il est donc impossible aux acteurs de « *s'isoler et d'éviter les appréciations d'autrui* »<sup>175</sup>, ce qui est une situation quasiment inexistante pour les supérieurs hiérarchiques dans la plupart des organisations : « *dans les autres milieux professionnels, les subordonnés ne sont pas en contact permanent avec leurs chefs et sont rarement en position de les voir à l'œuvre, parce qu'ils ne travaillent pas côte à côte sur une longue durée* »<sup>176</sup>.

En conséquence, le contexte prédispose donc aux conflits entre les personnels soignants évoluant au sein de l'hôpital public. Et ces conflits seront d'autant plus virulents que, ses acteurs s'inscrivant dans une certaine proximité spatiale, ils ne connaîtront pas la médiation de l'écrit ou la prise de distance que permettent l'éloignement spatial habituel du subalterne et de son supérieur.

## LES CONFLITS ENTRE LE CORPS MEDICAL ET LES PERSONNELS SOIGNANTS

Comme la configuration de l'hôpital le permet, les soignants auront par exemple l'occasion de surveiller le travail de leurs supérieurs hiérarchiques : les libertés que les médecins hospitaliers prendraient avec les contraintes de leur emploi du temps sont par exemple souvent dénoncées. L'encadrement du travail de leur supérieur hiérarchique fait d'ailleurs partie de la mission des infirmiers : « *la profession de l'infirmière se caractérise par la nécessité de mobiliser et relancer les supérieurs hiérarchiques afin de recevoir d'eux directives et instructions* »<sup>177</sup>. Par exemple amené à réveiller le médecin la nuit quand il est de garde, le personnel infirmier ne peut donc pas se contenter, comme l'employé de bureau, d'une attitude passive. Or devoir mobiliser son supérieur n'est pas

---

<sup>175</sup> Jean PENEFF, *L'hôpital en urgence – Etude par observation participante*, Paris : Métailié (coll. Leçons de choses), 1992, p. 51

<sup>176</sup> Jean PENEFF, *L'hôpital en urgence – Etude par observation participante*, Paris : Métailié (coll. Leçons de choses), 1992, p. 51

<sup>177</sup> Jean PENEFF, *L'hôpital en urgence – Etude par observation participante*, Paris : Métailié (coll. Leçons de choses), 1992, p. 120

toujours facile à gérer, surtout lorsqu'il s'agit d'un cas peu valorisant car routinier ou dégradant.

En retour, les chefs de service et les autres médecins vont critiquer, comme le montre Jean Peneff, la manière dont le poste de contrôle (PC) est souvent transformé en salle de réunion : « *L'exclamation fréquente est : 'C'est le bordel ici ! le salon où l'on cause'* »<sup>178</sup>.

Dans *L'ambiguïté du quotidien infirmier*, Anne Vega rapporte par ailleurs plusieurs scènes dans lesquelles une infirmière se fait réprimander par un médecin hospitalier. Un jour par exemple, un médecin invectivera Véronique, une infirmière proche de l'ethnologue, en lui reprochant de l'avoir vue assise quelques instants plutôt dans le bureau de la surveillante, ce à quoi l'infirmière répondra, excédée : « *Je suis là depuis 6 heures 30*<sup>179</sup>, *vous depuis 9 heures, si je suis assise, c'est pour une minute !* ». Une fois le médecin sorti de la pièce, elle expliquera à l'ethnologue : « *Certains jours, on a la flemme, mais pas aujourd'hui. Tous ces médecins, ils ont peur de piquer, ne savent pas poser une sonde ou une canule [...] et ça se sent supérieur, ça ne dit même pas bonjour le matin, ça demande une infirmière pour changer un bassin. Surtout lui, il est Juif tunisien, il se croit encore dans les sociétés patriarcales, il se croit le plus fort* ».<sup>180</sup> Cet agacement éprouvé de l'infirmière peut d'ailleurs rappeler le slogan « *ni bonnes, ni nonnes, ni connes* » que les soignantes avaient arboré sur des banderoles et scandé pendant les manifestations de 1990.

Un jeune médecin, Xavier, prendra même le parti des infirmières dans une conversation avec Anne Vega, en lui expliquant que beaucoup de praticiens hospitaliers « *se croient encore supérieurs aux infirmières. Elles seraient là pour faire des tâches subalternes et eux uniquement pour poser des diagnostics, réfléchir et pas du tout pour les malades* ». Anne Vega constatera d'ailleurs pour les dénoncer « *les jeux de pouvoir parfois humiliants, car publics* », auxquels les médecins se livrent avec les infirmières<sup>181</sup>.

Outre leurs relations avec les médecins hospitaliers, les relations des infirmières avec les internes sont également assez particulières puisque celles-ci ont souvent davantage d'expérience pratique des services. Dans les services de neurologie notamment, Anne Vega estime qu'après trois ans de formation, « *l'infirmière a déjà touché à tout* » alors que les internes qui ne restent en général que six mois, et les externes qui changeront de service au bout de trois mois, n'ont « *que des connaissances générales, abstraites* »<sup>182</sup>. Constance Cavrot, externe au CHRU de Lille, rapporte que les infirmières

<sup>178</sup> Jean PENEFF, *L'hôpital en urgence – Etude par observation participante*, Paris : Métailié (coll. Leçons de choses), 1992, p. 68

<sup>179</sup> Anne Vega précise que l'infirmière « exagère un peu » son horaire d'arrivée.

<sup>180</sup> Anne VEGA, *Une ethnologue à l'hôpital – l'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris : éditions des archives contemporaines, 2000, pages 68-69

<sup>181</sup> Anne VEGA, *Une ethnologue à l'hôpital – l'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris : éditions des archives contemporaines, 2000, page 70

sont souvent dures avec les stagiaires puis les externes. A son avis, elles reportent l'agacement qu'elles ont souvent envers certains internes et médecins sur les jeunes étudiants, avant que ceux-ci n'acquièrent un réel statut.

Malgré et sans doute grâce à cette diversité des acquis et de l'expérience, il faut toutefois rappeler qu'il n'est cependant pas rare que de réels partenariats s'installent entre blouses blanches. Dans *L'hôpital sens dessus-dessous*, Véronique Fournier explique d'ailleurs que le SIDA a quelque peu transformé le lien entre médecins et infirmières, car au chevet des malades du Sida, l'équipe a dû être « *plus forte et plus solidaire* »<sup>183</sup> : au sein des équipes confrontées à cette maladie, le médecin s'appuie davantage sur l'infirmière et l'infirmière davantage sur le médecin.

Il serait d'ailleurs intéressant de réfléchir à des solutions visant à l'évolution de la relation entre médecin et infirmière vers un partenariat. La situation en Suède est à ce propos très éclairante, comme l'expliquait Anne-Karine Lescarmontier lors de son entretien. Attachée de coopération linguistique à l'Ambassade de France à Stockholm, sa petite fille, alors âgée de quelques mois a été victime d'une méningite pour laquelle elle est traitée depuis plus d'un an. La jeune femme, qui a donc personnellement fait l'expérience du système hospitalier suédois, expliquait qu'elle avait ressenti un vrai lien au sein des équipes soignantes, lien qu'elle n'avait jusque là jamais perçu en France.

## LES CONFLITS ENTRE PERSONNELS INFIRMIERS ET AIDES-SOIGNANTS

Les rapports entre le personnel infirmier et les aides-soignants sont également souvent conflictuels, ce dont l'ouvrage d'Anne Vega constitue un véritable témoignage.

L'ethnologue rapporte par exemple les plaintes des aides-soignants, accusant les infirmières de ne pas assez contribuer aux soins de nursing, qui sont pourtant à la base du travail infirmier. Lucie, aide-soignante, déclare par exemple : « *Je n'attends plus rien des infirmières. Ce sont les agents et les aides-soignantes qui font tout* ». Et à l'auteur de rajouter : « *c'est en effet l'impression que l'on a, à travailler à leurs côtés* ».

Les aides-soignants défendent d'ailleurs l'idée que les nursing sont des soins très importants pour le bien-être des patients, et n'ont donc rien de dévalorisant : « *Les infirmières rechignent sur les toilettes, pourtant le malade parle plus pendant les toilettes, c'est un plus pour son état psychologique et ça permet de connaître les rythmes de son corps*,

---

<sup>182</sup> Anne VEGA, *Une ethnologue à l'hôpital – l'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris : éditions des archives contemporaines, 2000, pages 39-40

<sup>183</sup> Véronique FOURNIER, *L'hôpital sens dessus dessous*, Paris : Michalon, 1996, page 228-229

*sa santé par rapport à sa pathologie[.] changer un malade souillé, c'est aussi vital que de changer une perf'* » expliquera d'ailleurs à l'auteur une aide-soignante en gériatrie<sup>184</sup>.

De surcroît, les aides-soignants se revendiquent comme plus proche des malades que les autres personnels médicaux et soignants, qui bien qu'ils opposent en permanence « *l'intérêt du patient* » à chaque fois qu'ils s'opposent à une proposition de l'administration, ne s'en préoccuperaient pas autant qu'eux. Anne Vega rapporte par exemple les propos suivants d'une infirmière en psychiatrie : « *les médecins et les infirmières sont moins proches des malades, ils se cachent derrière la technique, c'est nous qui suivons les malades quotidiennement* »<sup>185</sup>.

## **B. LA MANIFESTATION DES STRATEGIES DE DISTINCTION**

Pour marquer leur corps d'appartenance, les soignants vont développer des stratégies de distinction. La répartition du personnel entre les différentes tables au self de l'hôpital en est en général assez symptomatique. A l'hôpital Beaujon, les médecins ont même une salle de garde où ils mangent. Et Jacqueline Cohen, anesthésiste réanimatrice, racontait que l'administration avait tenté de la faire disparaître mais qu'elle avait dû céder devant la mobilisation des praticiens hospitaliers pour la conserver.

D'autres stratégies de différenciation concernent également la tenue vestimentaire des personnels, et leur aversion pour certaines tâches considérées comme dévalorisantes.

### **LE PORT DE LA BLOUSE**

Dans *L'hôpital en urgence*, Jean Peneff explique que dans le service des urgences où il a travaillé, les uniformes – blouse et pantalon blanc – étaient les mêmes quelque soit la profession ou le statut<sup>186</sup>.

Cependant, il décrit comment les personnels cherchaient à se distinguer par le recours à des signes discrets : façon de mettre ou de boutonner la blouse, port ou non du stéthoscope, crayon ou stylo dans la poche du haut, permettaient à un « *œil exercé* » de différencier catégories et individus en offrant « *une gamme d'indicateurs subtils de position et de statut* ». Il explique par exemple que le non-boutonnage du haut de la blouse peut devenir un prétexte pour laisser entrevoir « *une chemise Benetton [ou] un polo Lacoste* », le

---

<sup>184</sup> Anne VEGA, *Une ethnologue à l'hôpital – l'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris : éditions des archives contemporaines, 2000, page 64

<sup>185</sup> Anne VEGA, *Une ethnologue à l'hôpital – l'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris : éditions des archives contemporaines, 2000, page 65

<sup>186</sup> Jean PENEFF, *L'hôpital en urgence – Etude par observation participante*, Paris : Métailié (coll. Leçons de choses), 1992, p. 24

*sumum* de la distinction restant « *le port négligent de la blouse, non-boutonnée comme si on venait de l'enfiler ou seulement posée sur les épaules, mais il faut être sûr de son style et de la qualité de ses vêtements de dessous* »<sup>187</sup>. Si les nouveaux internes, les stagiaires ou les jeunes infirmières se permettent rarement de telles déviances, les acteurs confirmés « *manipulent avec aisance les symboles pour signifier l'ancienneté dans le grade* ».

L'auteur décrit également comment la créativité des professionnels de la santé est stimulée par les maisons de produits hospitaliers, offrant une gamme du plus en plus fournie, à l'exemple des modèles '*Pierre Cardin – Ligne Santé*', apparemment très recherchés à l'époque. A plusieurs reprises, le sociologue explique également comment la mise en évidence de certains objets va permettre de se distinguer. Notamment, le port d'un *biper* indique une « *personne importante à contacter en priorité* ». Par contre, les instruments dits classiques ont été relégués aux infirmières, mais qui les porteront de manière différente selon leur affectation : entre autres, « *le stéthoscope porté non au cou mais dans la poche de côté avec une branche qui tombe singularise l'infirmière des urgences* »<sup>188</sup>.

#### **LES PROCESSUS DE DISTANCIATION PAR RAPPORT AUX TACHES CONSIDEREES COMME INGRATES OU AVILISSANTES**

A la lecture des ouvrages de Jean Peneff et d'Anne Vega, les stratégies d'évitement auxquelles se livrent les soignants, vis-à-vis de ce qu'ils considèrent comme des '*basses besognes*', apparaissent également comme très prégnantes au sein de l'hôpital.

Anne Vega explique par exemple que dans le service de neurologie qu'elle a fréquenté, les tâches qui étaient le plus volontiers reléguées au petit personnel étaient « *le tri des poubelles et des vêtements souillés des malades, les douches, lavages de bouche, nettoyage des ongles [et] les changements de couches des incontinents et des poches à uriner* »<sup>189</sup>. Font donc l'objet d'une distanciation les affaires personnelles des malades, et surtout l'ensemble de leurs sécrétions corporelles.

Jean Peneff a quant à lui déduit de ses observations que « *le contact avec la saleté est un critère essentiel pour évaluer la position hiérarchique et les différences de*

---

<sup>187</sup> Jean PENEFF, *L'hôpital en urgence – Etude par observation participante*, Paris : Métailié (coll. Leçons de choses), 1992, p. 38-39

<sup>188</sup> Jean PENEFF, *L'hôpital en urgence – Etude par observation participante*, Paris : Métailié (coll. Leçons de choses), 1992, page 40

<sup>189</sup> Anne VEGA, *Une ethnologue à l'hôpital – l'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris : éditions des archives contemporaines, 2000, page 157

*statut* »<sup>190</sup>. En effet, le rapport à la saleté reflète clairement les rapports pouvoirs. D'abord parce que – comme aucun texte ne tranche clairement la distribution de ces tâches qui dépend donc des rapports d'autorité – des luttes pour se démarquer des tâches socialement dévalorisées vont émerger. Et elles ont pour résultat le fait que « *le degré de souillure auquel on est exposé dépend exactement de la position hiérarchique : docteurs qui sont relativement protégés, infirmières qui sont concernées mais délèguent aux AS, lesquels à leur tour tendent à abandonner ces tâches aux agents de service ou aux filles de salle* »<sup>191</sup>.

D'autre part, certains groupes, du fait de la « *connotation morale qu'ils ont parvenus à imposer à la société* », parviennent à échapper aux stigmates de leur proximité à certaines matières *impures*. Les chirurgiens notamment, « *ont réussi à convaincre d'une certaine noblesse de leur fonction malgré le contact avec des organes dégradés* ». De même, « *la noblesse de la fonction de mise au monde* » a pour conséquence de conférer aux maternités « *une image valorisante que l'obstétrique ne laisserait pas prévoir* »<sup>192</sup>.

---

<sup>190</sup> Jean PENEFF, *L'hôpital en urgence – Etude par observation participante*, Paris : Métaillé (coll. Leçons de choses), 1992, p. 59

<sup>191</sup> Jean PENEFF, *L'hôpital en urgence – Etude par observation participante*, Paris : Métaillé (coll. Leçons de choses), 1992, p. 61-62

<sup>192</sup> Jean PENEFF, *L'hôpital en urgence – Etude par observation participante*, Paris : Métaillé (coll. Leçons de choses), 1992, p. 59

# SYNTHESE

## ANALYSE DU DEBAT SUSCITE PAR UN ARTICLE DE GUY VALLANCIEN RECEMMENT PUBLIE SUR LE SITE DU FIGARO

*Les éléments analysés se trouvent en annexe (ANNEXE N°2)*

Le 9 janvier 2008, Guy Vallancien, Professeur en urologie, rédigeait pour *Le Figaro* un article volontairement provocateur intitulé « *Les urgentistes n'ont pas le monopole du cœur* ».

Publié sur le site du journal<sup>193</sup>, cet article suscita un débat houleux. Une quinzaine de personnes (praticiens hospitaliers – urgentistes ou non – et directeurs d'hôpital pour l'essentiel) laissèrent un ou plusieurs commentaires, afin de signifier leur désaccord ou leur adhésion au propos du Professeur. Or le ton du débat qui s'est construit au fil de ces commentaires et la nature des arguments y étant développés est très symptomatique de l'affrontement des légitimités et des luttes de pouvoir évoquées dans cette première partie.

Tout d'abord, l'antagonisme entre la direction des hôpitaux et le corps médical surgit, un individu postant dès le lendemain de la parution de l'article un commentaire intitulé « *un directeur d'hôpital : Pauvre Hypocrate* », qui pose aux médecins quelques questions ouvertement provocantes et pas toujours cohérentes, donc voici un exemple : « *le corps médical se plaint en permanence en justifiant d'études longues. Combien de fils ou filles d'ouvriers terminent le cursus?* » (Commentaire 2).

Quelques heures plus tard, un internaute lui répond sous le pseudonyme de *hospitaquin*, dans un post intitulé « *orthographe* », qui explique en substance que la première des urgences serait d'enseigner l'orthographe au directeur d'hôpital, qui avait omis un [p] et remplacé le [i] par un [y] en écrivant *Hippocrate*. Immédiatement, il en profite pour réaffirmer le manque de légitimité technique des administratifs en ironisant : « *c'est excusable, il n'a pas prêté serment* ».

Les tensions divisant le corps médical sont également particulièrement flagrantes à la lecture de certains commentaires.

---

<sup>193</sup> Article consultable en ligne au lien suivant : <http://www.lefigaro.fr/debats/2008/01/09/01005-20080109ARTFIG00371-les-urgentistes-n-ont-pas-le-monopole-du-cur-.php>

Tout d'abord se dégage une ligne de fracture entre les praticiens hospitaliers universitaires et les autres praticiens hospitaliers. Notamment, un commentaire posté le 11 janvier parodie le titre de l'article de Guy Vallancien : « *Les professeurs n'ont pas le monopole du savoir* » (Commentaire n°11). Son auteur y tourne l'urologue en dérision, expliquant que les professeurs « *réfléchissent beaucoup... mais [qu']ils ont visiblement du mal à compter* », et termine son article en lui souhaitant ironiquement « *Bonne réflexion dans votre cercle...* » en référence au Cercle Santé Société dont le professeur est présenté comme un membre dans l'article.

De même, Urg 59, dans un commentaire enregistré le 11 janvier et intitulé « *Monsieur le Professeur de Ragologie...* » affirme qu' « *il est dommage pour un homme probablement brillant dans sa spécialité d'utiliser son aura professorale pour déverser son mépris, son ignorance sur une profession* », l'invitant également à « *garder le 'Professeur Vallancien' pour l'urologie et juste 'Mr Vallancien' pour le reste et surtout quand il s'agit de donner son avis sur les services des urgences* ». (Commentaire n°13)

Les querelles entre les praticiens relevant de différentes spécialités se font ensuite jour, notamment lorsque – à plusieurs reprises –, la spécialité de l'auteur, l'urologie, est tournée en dérision. Un individu enregistré sous le pseudonyme de *bernd* débute par exemple son post en affirmant que « *les urgentistes méritent mieux que des accusations de sous-spécialistes* ». Dans un commentaire daté du 12 janvier, *thiecher urg03* précise quant à lui que « *la longueur et la qualité de la formation des médecins Urgentistes n'a rien à envier à sa grande spécialité professorale d'Urologie, aussi enviable et respectable que restrictive et liée à un certain degré de cooptation dans la profession* ».

Ce commentaire est une réponse directe à la première phrase de l'article de Guy Vallancien, qui qualifie les urgentistes de « *médecins généralistes qui ont acquis une capacité d'aptitude à la médecine* », ce qui apparaît d'autant plus provocateur que la précision n'apporte absolument rien à son argumentation et paraît sans grand rapport avec le reste de la phrase. Clairement, le seul but de l'auteur était de souligner ce que *mister prime* appellera dans un commentaire du 12 janvier « *le secret honteux sur les urgences hospitalières* », c'est-à-dire le fait que les médecins-urgentistes sont des candidats qui n'ont pas tenté ou n'ont pas été reçus au concours de l'internat. (Commentaire n°17)

Au milieu de son article, Guy Vallancien revient de plus à la charge en affirmant premièrement que « *les urgentistes sont parmi les mieux payés des praticiens hospitaliers, car ils peuvent concentrer leur temps de travail, garde comprise, en très peu de jours* », et deuxièmement qu'ils « *réclament une rémunération des gardes alignée sur les gardes hospitalo-universitaires, mais pour la majorité d'entre eux leur formation a été jusqu'alors moins longue, moins sélective* ». La marginalisation des médecins-urgentistes est donc

clairement pointée du doigt par l'auteur, puisqu'outre leur niveau de formation, c'est également leur niveau de rémunération qu'il remet en cause, ce qui ne manque pas de susciter l'indignation des internautes.

Dès le lendemain de la parution de l'article, un post intitulé « ben voyons » sera posté sous le pseudonyme de *urges45*, qui débute par ces mots : « *Je suis urgentiste et fais donc partie de cette catégorie de médecins bien payée et à la formation moins longue et moins sélective* » (Commentaire n°4). Le lendemain, *JMDL* rappellera que l'urologue « *fait un calcul scabreux et une analyse encore plus scabreuse* », et rappellera que « *les professeurs cumulent une paye de PH, de Professeur, et bénéficient pour bon nombre d'un secteur privé !!!* » (Commentaire N°11).



Analysés tout au long de la première partie et illustrés par cette synthèse, les conflits sont donc fréquents et inévitables entre les acteurs de l'hôpital public, aussi bien entre les sphères administrative et médico-soignante qu'au sein de chacune de ces sphères.

Parce qu'ils entraînent des dysfonctionnements au sein de l'institution, une solution structurelle doit-être trouvée afin de juguler ces rapports de forces, conflits entre acteurs et autres luttes de pouvoir.

Dans le cadre du Plan Hôpital 2007, la nouvelle gouvernance hospitalière va être proposée comme une solution possible, mais quelle portée aura cette réforme sur les conflits entre acteurs régnant à l'hôpital public ?



# SECONDE PARTIE :

## *Bilan de la réforme dite de la nouvelle gouvernance hospitalière à l'hôpital public*



In Monique CAVALIER, Richard DALMASSO et Jean-Jacques ROMANET,  
*Médecins, directeurs : un PACS pour l'hôpital ?*,  
Paris : Erès (coll. Action santé), 2002

# INTRODUCTION

Pour reprendre la métaphore filée par Jean-Pierre Claveranne tout au long de son article « *D'eau et de feu, un projet commun* », publié en 2002 dans un ouvrage intitulé *Médecins et directeurs : un PACS pour l'hôpital ?*, les médecins et directeurs – tels l'eau et le feu – se combattent. Mais en travaillant ensemble, « *ils font la qualité de l'acier* », ce métal issu de l'action combinée de l'eau et du feu<sup>194</sup>.

L'hôpital public gagnerait donc énormément à ce que les luttes de pouvoir et les conflits d'intérêts décrits dans la partie précédente s'estompent au profit d'une coopération entre administratifs et soignants, et plus largement entre tous les acteurs de l'hôpital public.

C'est justement l'objectif qu'ont cherché à atteindre les concepteurs du plan « Hôpital 2007 », qui vise, notamment de par son volet consacré à la « nouvelle gouvernance hospitalière » que l'ordonnance du 2 mai 2005 est venue concrétiser<sup>195</sup>, à décloisonner l'organisation de l'hôpital public et à améliorer les relations entre ses différents acteurs.

*En quoi le plan Hôpital 2007 a-t-il tenté d'apporter des solutions aux tensions internes de l'hôpital public ? Quel est le bilan de cette réforme ? Comment la réforme a-t-elle été accueillie et mise en œuvre ? Les méthodes employées étaient-elles appropriées ? Les objectifs visés ont-ils été atteints ?*

---

<sup>194</sup> Monique CAVALIER, Richard DALMASSO et Jean-Jacques ROMANET, *Médecins, directeurs : un PACS pour l'hôpital ?*, Paris : Erès (coll. Action santé), 2002, page 34

<sup>195</sup> Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. J.O. Numéro 102 du 3 Mai 2005, Page 7626 à 7635, consultable en ligne au lien suivant :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000606537&dateTexte=>

# **TROISIEME CHAPITRE**

## *Les solutions apportées aux tensions internes à l'hôpital public par la nouvelle gouvernance hospitalière*

Suite à plusieurs mouvements de grève des personnels hospitaliers, au battage médiatique qui les a entourés et aux rapports parlementaires qui s'en sont suivis, les pouvoirs publics ont pris conscience de la nécessité d'une nouvelle réforme de l'hôpital.

### **I. DE LA PRISE DE CONSCIENCE DES DYSFONCTIONNEMENTS DE L'HOPITAL PUBLIC A LA MISE SUR PIEDS DU PLAN HOPITAL 2007**

L'élaboration du plan hôpital 2007 a été précédée d'une longue réflexion sur les dysfonctionnements du système hospitalier français et sur les solutions susceptibles d'y remédier.

#### **A. RAPPORTS OFFICIELS ET PRISE DE CONSCIENCE DE LA NECESSITE D'UNE REFORME**

La prise de conscience de la nécessité d'une réforme pour pallier les dysfonctionnements internes de l'hôpital public a donc été progressivement alimentée par une série de rapports officiels, dont les préconisations ont ensuite été concrétisées par le plan hôpital 2007.

## LE RAPPORT PIQUEMAL

Déjà en novembre 2002, le rapport dit « Piquemal »<sup>196</sup> avait fait un constat jugé préoccupant par les pouvoirs publics : celui d'une mauvaise gestion interne de l'hôpital public, manquant de souplesse et facteur de souffrance pour les personnels hospitaliers.

Partant du constat que l'application de la réduction du temps de travail à l'hôpital public a provoqué une « *onde de choc* », représentant à la fois une des causes et un des révélateurs de la crise du secteur public hospitalier, les membres de la mission ont été chargés par Jean François Mattei de dresser un état des lieux des difficultés auxquelles s'est heurtée la mise en place des 35 heures au sein des établissements de santé.

Une « *Mission Nationale d'Evaluation* » – pour reprendre les termes de la lettre de mission confiée à Monsieur Piquemal, président de cette mission mais également président de la conférence des directeurs de CH et directeur du CH de la Côte Basque à Bayonne – a donc été mise sur pied, composée au total de cent vingt-quatre professionnels de la santé (directeurs d'établissement, médecins hospitaliers, cadres infirmiers et inspecteurs de santé publique).

Le rapport produit par cette mission, même s'il traite principalement des dysfonctionnements de l'hôpital public liés à la mise en œuvre des 35 heures, révèle également, dans sa dernière partie, en quoi la réduction du temps de travail a agi comme le « *révéléateur d'une crise de l'organisation et du fonctionnement interne des établissements* » (titre du II.3.2). Notamment sont désignés le cloisonnement entre les métiers et les structures, le manque d'implication du corps médical dans les réflexions concernant la politique de l'hôpital et l'avenir de l'hôpital public en général, l'absence de coordination entre les organisations médicales et les organisations soignantes, les clivages entre les chefs de service, le sentiment « *d'exclusion, d'amertume et de non-reconnaissance* » de certains cadres, etc.

Ce rapport a donc amplifié, aussi bien chez les hospitaliers que chez les autorités, la conviction qu'une réforme de l'hôpital était nécessaire. D'ailleurs le président de la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale de l'époque, le professeur Jean-

---

<sup>196</sup> Angel Piquemal, *Mission nationale d'évaluation de la mise en place de la R.T.T. dans les établissements de santé*, novembre 2002, consultable en ligne au lien suivant : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/rtt2/index.htm>

Michel Dubernard, n'a cessé, entre 2002 et 2003, d'organiser des colloques pour rénover la gestion hospitalière<sup>197</sup>.

Mais au-delà de ces constatations, le rapport propose également certaines préconisations, entendant ainsi s'inscrire comme « *l'instrument d'une mutation dans une politique à moyen terme de décloisonnement tant à l'intérieur des établissements qu'entre ceux-ci* »<sup>198</sup>. Au sujet des cloisonnements internes de l'hôpital public, le rapport propose par exemple de « *rénover l'organisation et le management* »<sup>199</sup>, de refondre l'organisation de soins, en élaborant immédiatement dans chaque établissement un plan d'action portant sur les adaptations envisageables. Le rapport préconisait ainsi que des « *forums* » aient lieu dans les conseils de service, au cours desquels les acteurs se pencheraient sur l'organisation de l'hôpital public, puis qu'un programme expérimental soit être organisé sur un échantillon de cent établissements, afin de tester certaines formes d'organisations innovantes.

Finalement, la mission a souligné la nécessité d'un « *repyramidage vers le haut* », qui passerait notamment par un remaniement de la fonction de cadre. Ces cadres devraient entre autres être mieux informés par la direction, et être davantage intégrés à la définition, la mise en place et l'évaluation des projets stratégiques des établissements afin de pallier leur sentiment de n'être que de simples « *courroies de transmission* ». La part de leur tâche administrative devrait également être allégée par le renforcement des secrétariats, et leur formation renforcée en termes de maniement des techniques de management des organisations complexes.

## LE RAPPORT COUANAU<sup>200</sup>

Quelques mois plus tard, le 19 mars 2003, un rapport sur *L'organisation interne de l'hôpital* était rendu public, déposé par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale et présenté par le Député René Couanau.

Le rapport, après avoir passé en revue les symptômes et les aspects de la crise, s'interroge sur ses causes<sup>201</sup>. Outre le fait que l'hôpital soit « *victime de son succès* » et de

---

<sup>197</sup> Jean-Marie Clément, *Deux ordonnances 2003-2005 : pour une réforme hospitalière*, Paris : Les Etudes hospitalières (coll. « tout savoir sur »), 2005, page 108

<sup>198</sup> Angel Piquemal, *Mission nationale d'évaluation de la mise en place de la R.T.T. dans les établissements de santé*, novembre 2002, consultable en ligne au lien suivant : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/rtt2/index.htm>. Citation extraite de la première partie du rapport intitulée « I- La Mission »

<sup>199</sup> Angel Piquemal, *Mission nationale d'évaluation de la mise en place de la R.T.T. dans les établissements de santé*, novembre 2002, consultable en ligne au lien suivant : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/rtt2/index.htm>. Paragraphe 3 : « Rénover l'organisation et le management »

<sup>200</sup> Monsieur le Député René COUANAU, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales *Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital*, rapport n°714, douzième législature, 19 mars 2003. Disponible en ligne : <http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i0714.asp>

facteurs externes tels que l'« absence de vision stratégique »<sup>202</sup> et un « mode de financement sclérosant »<sup>203</sup>, le rapport souligne également l'existence de facteurs de la crise relevant du fonctionnement interne de l'hôpital<sup>204</sup>.

Notamment, le rapport explique en quoi la multitude d'acteurs intervenant au sein de l'hôpital sans que ne se dégage une réelle autorité nuit à l'efficacité du fonctionnement de l'hôpital, en complexifiant l'élaboration des décisions et en ralentissant leur exécution. En effet, le conseil d'administration est tout d'abord qualifié d'« incapable majeur », « devenu le siège de débats convenus et formels » par le rédacteur du rapport<sup>205</sup>. Il n'est pas le lieu où se préparent les décisions, mais celui où elles sont enregistrées et donc légitimées : le conseil d'administration est donc « davantage une instance d'enregistrement et d'interpellation »<sup>206</sup>. Quant aux directeurs d'hôpitaux, ils sont « responsables mais pas patrons ». Tirillés entre différentes autorités et contraints de composer avec de multiples autorités, il n'ont « ni les outils ni les moyens pour travailler comme un véritable manager »<sup>207</sup>. Par ailleurs, la CME aurait selon René Couanau « un rôle variable et ambigu » et l'autorité des chefs de service serait limitée.<sup>208</sup>

Par ailleurs, le fonctionnement de plus en plus bureaucratique de l'hôpital public est également considéré comme un des facteurs internes alimentant sa crise. Elle se traduit notamment par la multiplication des textes à respecter (lois, règlements, circulaires, etc.), mais également des instances de réunion. La Commission du service de soins infirmiers par exemple est toujours en place, même si elle n'a jamais rempli le rôle que lui avaient confié ses créateurs : répondre à la crise identitaire du personnel soignant. A cela s'ajoute le fait que l'organisation de l'hôpital en services soit l'objet d'une balkanisation croissante (multiplication des services et intensification de la concurrence entre eux), même si cette remarque vaut surtout pour les établissements les plus importants<sup>209</sup>.

---

<sup>201</sup> Monsieur le Député René COUANAU, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales *Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital*, rapport n°714, douzième législature, 19 mars 2003, partie C: « les causes de la crise : une demande accrue adressée à l'hôpital et des facteurs de désorganisation internes et externes ».

<sup>202</sup> Monsieur le Député René COUANAU, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales *Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital*, rapport n°714, douzième législature, 19 mars 2003, page 25

<sup>203</sup> Monsieur le Député René COUANAU, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales *Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital*, rapport n°714, douzième législature, 19 mars 2003, page 28

<sup>204</sup> Monsieur le Député René COUANAU, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales *Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital*, rapport n°714, douzième législature, 19 mars 2003, page 32

<sup>205</sup> Monsieur le Député René COUANAU, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales *Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital*, rapport n°714, douzième législature, 19 mars 2003, page 33

<sup>206</sup> Monsieur le Député René COUANAU, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales *Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital*, rapport n°714, douzième législature, 19 mars 2003, page 33

<sup>207</sup> Monsieur le Député René COUANAU, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales *Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital*, rapport n°714, douzième législature, 19 mars 2003, page 34

<sup>208</sup> Monsieur le Député René COUANAU, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales *Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital*, rapport n°714, douzième législature, 19 mars 2003, page 34

<sup>209</sup> Monsieur le Député René COUANAU, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales *Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital*, rapport n°714, douzième législature, 19 mars 2003, pages 35 à 37

Pour pallier ces dysfonctionnements internes, la mission préconise que le fonctionnement de l'hôpital soit simplifié, afin de lutter « *contre la complexité administrative, la 'réunionite' et la surenchère normative* »<sup>210</sup>. Notamment, les compétences du conseil d'administration doivent être élargies et sa composition renouvelée, et le directeur pourrait désormais être entouré d'un « *comité de direction* » composé de trois membres de la commission Médicale d'établissement (dont le président), de membres de la direction administrative et du cadre supérieur infirmier, et serait soumis à une évaluation de nature managériale réalisée par le président du conseil d'administration. De même, des efforts devraient être fournis pour encourager des fonctionnaires mais également des personnes issues du privé ou des médecins à occuper des postes de directeurs et de cadres dans le secteur public hospitalier. La formation des directeurs d'hôpital nécessiterait également une réforme, afin que les reçus au concours ne soient plus aussi systématiquement intégrés au corps des directeurs hôpital et que les stages effectués au cours de la formation entrent davantage en compte dans la validation de leurs aptitudes.

Par ailleurs, le rapport insiste sur la nécessité d'une réforme du mode de financement de l'hôpital public, notamment par le passage d'un financement par la dotation globale à la tarification à l'activité, réforme alors en cours et dont le rédacteur du rapport précise clairement que « *les membres de la mission [la] soutiennent* »<sup>211</sup>. De surcroît, René Couanau préconise que la gestion des ressources humaines à l'hôpital s'attache davantage à la motivation et à la qualification du personnel. Surtout, il faut « *imaginer de nouvelles formes de rémunération capables de mieux reconnaître les postes à responsabilité [et] les postes à risques* »<sup>212</sup> (par exemple pour les personnes exerçant les fonctions de président de CME, de chef de service, de responsable de pôle, etc.) et aussi rémunérer davantage les praticiens ayant participé à des formations supplémentaires ou « *dont la qualité aura été objectivement reconnue* »<sup>213</sup>.

René Couanau insiste également sur la nécessité d'assouplir les conditions de fonctionnement de l'hôpital public<sup>214</sup>, en proposant notamment de simplifier les procédures de consultation et de fonctionnement des instances. Il est également préconisé que les services soient regroupés en « *pôles de responsabilité* » afin de mettre fin à la balkanisation des services, et que le pragmatisme puisse davantage s'exprimer dans l'organisation

---

<sup>210</sup> Monsieur le Député René COUANAU, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales *Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital*, rapport n°714, douzième législature, 19 mars 2003, page 43

<sup>211</sup> Monsieur le Député René COUANAU, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales *Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital*, rapport n°714, douzième législature, 19 mars 2003, page 49

<sup>212</sup> Monsieur le Député René COUANAU, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales *Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital*, rapport n°714, douzième législature, 19 mars 2003, page 50

<sup>213</sup> Monsieur le Député René COUANAU, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales *Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital*, rapport n°714, douzième législature, 19 mars 2003, page 51

<sup>214</sup> Monsieur le Député René COUANAU, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales *Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital*, rapport n°714, douzième législature, 19 mars 2003, page 53

médicale de l'hôpital public, notamment par l'application de l'amendement liberté (cet amendement adopté lors des débats relatifs à la loi du 30 juillet 1991, permet à chaque hôpital, puisque l'organisation d'un CHU est par exemple très différente de celle d'un hôpital local, de pouvoir organiser son activité de soins comme il le souhaite).

## LE RAPPORT VALLANCIEN

Peu après la parution du rapport de René Couanau fut rendu public un rapport réalisé par la Mission sur la modernisation du statut de l'hôpital et de sa gestion sociale. Jean-François Mattei avait en effet, à l'occasion de la présentation du plan Hôpital 2007 en Conseil des ministres le 20 novembre 2002, annoncé la constitution d'un groupe de travail animé par Denis Debrosse, le directeur de l'hôpital d'Angoulême, Antoine Perrin, le président de la Commission médicale (CME) de l'hôpital du Mans et Guy Vallancien, professeur d'Urologie à l'université René Descartes et auteur de l'article évoqué précédemment pour le débat houleux qu'il avait provoqué sur le site internet du quotidien *Le Figaro*.

Ce rapport résume parfaitement les difficultés liées à la multiplicité des acteurs de l'hôpital public et à la diversité de leur rationalité. Ainsi Jean-Marie Clément explique-t-il dans son ouvrage *Deux ordonnances 2003-2005 : pour une réforme hospitalière*, que le constat des rapporteurs peut être résumé en une phrase : « *les administrations administrent plus qu'elles ne gèrent ou ne dirigent, les médecins n'ont guère de culture du management et prescrivent sans prendre en compte le coût de leur décision, les usagers voudraient avoir le SAMU sur leur paillason sans déboursier un euro et les élus s'opposent presque toujours aux restructurations nécessaires par crainte du verdict populaire* »<sup>215</sup>.

C'est surtout sur l'organisation interne que les rapporteurs ont fait preuve de plus d'imagination, en proposant notamment la suppression de la division territoriale de l'hôpital en services ou en départements au profit de la mise en place de pôles à la tête desquels serait placé un médecin<sup>216</sup>. Le plan hôpital 2007 reprendra finalement cette idée, mais se montrera moins ambitieux, puisque les services survivront à la réforme.

Egalement, le rapport préconise la fin du système du 'maire président-né' qui prévaut depuis la loi du 7 octobre 1796 municipalisant les hôpitaux, lui préférant un nouveau système dans lequel le Conseil d'administration serait présidé par un des administrateurs élu par ses collègues. La mise en place d'un 'comité stratégique' est aussi

---

<sup>215</sup> Jean-Marie CLEMENT, *Deux ordonnances 2003-2005 : pour une réforme hospitalière*, Paris : Les Etudes hospitalières (coll. « tout savoir sur »), 2005, page 10

<sup>216</sup> Denis DEBROSSE, Antoine PERRIN et Guy VALLANCIEN, *Projet Hôpital 2007 - Mission sur la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale*, Paris : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), 3 Avril 2003, 250 pages. Consultable en ligne au lien suivant : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/034000153/0000.pdf>

proposée, afin que l'exécutif ne soit plus seulement entre les mains du directeur, mais entre cette nouvelle instance composée des membres de l'équipe de direction, du président de la CME et des responsables de pôle, mais qui resterait tout de même présidée par le directeur, qui conserverait ainsi la fonction de représentant légal de l'établissement. Les propositions concernant l'organisation ou la réforme de l'établissement seraient élaborées au sein de ce comité stratégique, puis soumis à la délibération du Conseil d'administration.

De surcroît, la vingtaine d'instances consultatives existantes pourraient être regroupées en trois instances : la Commission médicale d'établissement (organe représentatif du corps médical), le Comité technique d'établissement (organe représentatif du personnel) et le Comité de la qualité, de la gestion des risques et des conditions de travail.

Les modifications proposées concernant les directeurs sont également très importantes, puisque le rapport insiste sur le caractère « *trop 'Sciences Po' et administrative* » de la formule de recrutement actuelle. Par exemple l'avis conforme du président du Conseil d'Administration et du président de la CME pourrait-il désormais être requis en plus de la nomination par le ministre.

Il a finalement été prévu que la part de responsabilité dont chacun est investi à l'hôpital soit accrue, le rapport insistant sur le passage de la notion d'agent à celle d'acteur. Par exemple les auteurs du rapport rejoignent-ils les préconisations du rapport Berland sur la démographie des professions de santé<sup>217</sup>, en proposant que les actes actuellement pratiqués par des médecins soient délégués par ces derniers aux infirmiers et, conséquemment, des actes pratiqués par des infirmiers soient délégués à des aides-soignants.

## **B. L'ELABORATION DU PLAN HOPITAL 2007**

Comme le précise le rapport au Président de la République concernant l'ordonnance du 2 mai 2005, « *plusieurs rapports parlementaires ou administratifs récents convergent [donc] pour demander que soient levés, afin de ne pas laisser perdurer le dangereux « désenchantement » des praticiens et de l'ensemble du personnel soignant et administratif, les freins qui pèsent sur les hôpitaux, au moment où ces derniers, confrontés à*

---

<sup>217</sup> Yvon BERLAND et Thierry GAUSSERON, Mission "démographie des professions de santé", Paris : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2002, 110 pages. Consultable en ligne au lien suivant : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/024000643/0000.pdf>

*des exigences économiques et de sécurité croissantes, doivent au contraire témoigner d'un dynamisme sans faille. »*<sup>218</sup>

Le plan Hôpital 2007 a en effet été principalement élaboré à partir de trois rapports : le rapport Couanau et le rapport dit « modernisation » de Denis Debrosse, Antoine Perrin et Guy Vallancien, évoqués dans le détail ci-dessus, ainsi qu'un troisième rapport, dit « rapport CHU »<sup>219</sup>, qui ne sera pas détaillé ici car sa spécificité le rend moins pertinent dans le cadre de l'analyse poursuivie dans ce mémoire<sup>220</sup>.

A la suite de la réception de ce troisième rapport en avril 2003, le Ministre de la Santé a dévoilé en juin 2003 les grandes lignes du dernier volet de son plan de réforme de l'hôpital, consacré à la « gouvernance » de l'institution, grandes lignes qui prenaient en fait la forme de sept propositions ouvertes, soumises à l'approbation des professionnels concernés tout au long de l'été, puis de l'automne. La concertation avec les professionnels, qui devait initialement durer jusqu'en décembre, a finalement été prolongée jusqu'à la fin du mois de janvier 2004, date à laquelle les divers groupes de réflexions ont rendu leurs 'propositions abouties' nommées HOP2007.

Un point d'honneur a donc été mis sur le recueil des avis et des propositions des acteurs de l'hôpital (durant les concertations, le « *groupe 2* » était par exemple constitué de directeurs d'hôpitaux, et le « *groupe 3* » de médecins hospitaliers). Par ailleurs, le Ministre avait précisé que les documents servant de base à la discussion seraient certes son discours de novembre 2002 et les trois rapports « *Couanau* », « *Modernisation* » et « *CHU* », mais également « *toutes les contributions écrites au débat qui pourront être versées par l'un ou l'autre partenaire et qui seront diffusées à tous, si possible par courriel* ».

Cependant, le manque de représentativité des 'partenaires' ayant pris part à ces concertations a ensuite été dénoncé par certains acteurs. Patrick Pelloux, président de l'Association des médecins urgentistes de France (AMUF) et Francis Fellingier, président de la Conférence des présidents de CME de centre hospitalier, ont d'ailleurs rappelé lors de leur entretien téléphonique la vieille polémique autour du fait que les syndicats de praticiens hospitaliers soient 'noyautés' par les psychiatres, qui ne sont pas pour autant les mieux placés pour défendre les intérêts de la profession étant donné qu'ils ne sont pas concernés par la plupart des réformes (la T2A ne concerne par exemple pas pour l'instant

---

<sup>218</sup> Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 2005-1516 du 8 décembre 2005 relative aux échanges électroniques entre les usagers et les autorités administratives et entre les autorités administratives, JORF n°286 du 9 décembre 2005 page 18985, texte n° 8. Consultable en ligne au lien suivant :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000636231&dateTexte=>

<sup>219</sup> Dominique DUCASSOU, Daniel JAECK et LECLERCQ Benoît, Mission relative aux spécificités des CHU : « Restaurer l'attractivité des CHU et leur partenariat avec le monde de la santé et l'université », Paris : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2003, 49 pages, consultable en ligne :

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/034000171/0000.pdf>

<sup>220</sup> Dans *Oui, la Réforme est possible*, Rose-Marie Van Lerberghe explique que la réforme a également été largement inspirée par les travaux des assises hospitalo-universitaires de Montpellier et de Nice qui réunissent, tous les deux ans, les bureaux des différentes conférences de directeurs d'hôpitaux, de présidents de commissions médicales d'établissements et des doyens.

les activités de psychiatrie, et la loi n'oblige pas les services de psychiatrie à se regrouper en pôles).

## **II. NOUVEVELLE GOURNANCE HOSPITALIERE ET AMELIORATION DES RELATIONS ENTRE ACTEURS A L'HOPITAL PUBLIC**

A l'issue de cette période de concertation qui a mené à la prise de conscience du « *désenchantement hospitalier* », la réforme de la nouvelle gouvernance hospitalière a été mise en œuvre.

Celle-ci contient plusieurs éléments susceptibles d'améliorer les relations au sein de l'hôpital public : la réorganisation des établissements publics de santé en pôles d'activité, la mise en place d'un conseil exécutif et le recentrage des prérogatives du conseil d'administration autour des fonctions stratégiques, d'évaluation et de contrôle.

### **A- LE CONTENU DE L'ORDONNANCE DU 2 MAI 2005**

La réforme de la gouvernance hospitalière résulte donc de l'ordonnance du 2 mai 2005<sup>221</sup>. Le rapport qui en a été fait au Président de la République résume ainsi son apport : « *L'ordonnance recentre le conseil d'administration sur ses missions stratégiques d'évaluation et de contrôle et s'emploie, par la création d'un conseil exécutif et de pôles ou par la révision des compétences des principales instances, à associer les directeurs et les praticiens à la gestion et à la mise en œuvre des orientations fondamentales de l'établissement. Le recours à une démarche de contractualisation avec les pôles d'activité – dotés d'une masse critique suffisante pour constituer le support d'une gestion déconcentrée – doit permettre le « décloisonnement » des hôpitaux et ainsi améliorer la prise en charge des patients aussi bien que la qualité du travail pluridisciplinaire* »<sup>222</sup>.

## **UN CONSEIL D'ADMINISTRATION AUX MISSIONS RECENTREES**

Dans *Deux ordonnances 2003-2005 : pour une réforme hospitalière*, Jean-Marie Clément établit que la comparaison entre les attributions du conseil d'administration avant

---

<sup>221</sup> Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. J.O. Numéro 102 du 3 Mai 2005, Page 7626 à 7635, consultable en ligne au lien suivant :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000606537&dateTexte=>

<sup>222</sup> Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 2005-1516 du 8 décembre 2005 relative aux échanges électroniques entre les usagers et les autorités administratives et entre les autorités administratives, JORF n°286 du 9 décembre 2005 page 18985, texte n° 8. Consultable en ligne au lien suivant :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000636231&dateTexte=>

et après l'entrée en vigueur de l'ordonnance du 2 mai 2005 ne laisse entrevoir que « *quelques modifications mineures* ». Le conseil d'administration bénéficie en effet pratiquement des mêmes prérogatives que lorsqu'il était régi par la loi du 3 juillet 1991, y compris après sa modification par l'ordonnance du 24 avril 1996<sup>223</sup>.

Par exemple, la composition de l'instance recouvre exactement les mêmes acteurs qu'auparavant. Si le premier Ministre évoque dans sa présentation de l'ordonnance au Président de la République que « *le nombre de catégories représentées dans le conseil d'administration passe de six à trois* », une simple lecture des nouvelles catégories suffit à constater que « *la diminution du nombre de catégories est une contraction de ceux-ci* »<sup>224</sup>. Par exemple, alors que l'ordonnance du 24 avril 1996 proposait une catégorie pour '*les personnels qualifiés*' et une autre pour '*des représentants des usagers*', la nouvelle ordonnance propose une catégorie '*des personnes qualifiées des représentants des usagers*'.

De légères modifications interviennent toutefois en ce qui concerne le mode de désignation des représentants des collectivités territoriales. Et l'étendue des incompatibilités frappant les membres du conseil d'administration des établissements publics de santé est élargie.

De surcroît, l'ordonnance du 2 mai 2005 restreint le champ de compétence du conseil d'administration. Depuis la loi du 31 décembre 1970<sup>225</sup>, la compétence du conseil d'administration n'est plus générale et ses prérogatives sont listées limitativement. Au nombre de dix-huit avant l'ordonnance de 2005, elles vont passer à quatorze, les attributions relatives aux dons et legs, aux actions judiciaires, aux transactions et aux hommages publics étant transférées au bénéfice du directeur.

L'ordonnance du 2 mai 2005 s'inscrit donc également dans la tendance de l'affirmation croissante du directeur : longtemps cantonné dans une fonction subalterne d'exécution, il obtient une légitimité locale et nationale en 1958, puis la compétence générale sur l'établissement grâce aux lois du 31 décembre 1970 et du 31 juillet 1991. Avec l'ordonnance dite « *simplifiant le régime juridique des établissements de santé* » de 2005, le directeur devient donc réellement le détenteur du pouvoir légal, puisqu'il obtient le pouvoir d'ester en justice et de régler les conflits en recourant à la procédure transactionnelle.

Mais si depuis 1941, le directeur a vu son pouvoir sans cesse renforcé, sa dépendance à l'égard du pouvoir central s'est, elle aussi, accrue, et l'ordonnance du 2 mai

---

<sup>223</sup> Jean-Marie CLEMENT, *Deux ordonnances 2003-2005 : pour une réforme hospitalière*, Paris : Les Etudes hospitalières (coll. « tout savoir sur »), 2005, page 119

<sup>224</sup> Jean-Marie CLEMENT, *Deux ordonnances 2003-2005 : pour une réforme hospitalière*, Paris : Les Etudes hospitalières (coll. « tout savoir sur »), 2005, page 123

<sup>225</sup> Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. Consultable en ligne au lien suivant :

[http://legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?jsessionid=478156D69F556AFF70D0BB2430E8D9DD.tpdjo08v\\_3?cidTexte=JORFTEXT000000874228&idArticle=LEGIARTI000006695637&dateTexte=20080512&categorieLien=id](http://legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?jsessionid=478156D69F556AFF70D0BB2430E8D9DD.tpdjo08v_3?cidTexte=JORFTEXT000000874228&idArticle=LEGIARTI000006695637&dateTexte=20080512&categorieLien=id)

2005 s'inscrit également dans cette mouvance. Selon Jean-Marie Clément, l'Etat n'a en effet « *eu de cesse que de contrôler la gestion des établissements publics de santé.* » Par exemple, les directeurs sont nommés depuis 1958 par le Ministre chargé de la santé, et les directeurs généraux de l'assistance publique de Paris, de Marseille et des Hospices civils de Lyon font l'objet d'une nomination discrétionnaire du gouvernement. Et l'ordonnance du 2 mai 2005 abonde en ce sens, en autorisant le directeur de l'Agence régionale de santé (ARH) à mettre sous administration provisoire les établissements publics de santé qui ne respecteraient pas l'état prévisionnel des recettes et des dépenses leur étant octroyées (article L.6143-3-1 de l'ordonnance du 2 mai 2005).

## LA CREATION DU CONSEIL EXECUTIF

Deuxième axe de la nouvelle gouvernance hospitalière, le conseil exécutif permet selon les termes du rapport au président de la République accompagnant l'ordonnance du 2 mai 2005 « *de mieux associer les praticiens à la gestion des centres hospitaliers, des centres hospitaliers régionaux et des centres hospitaliers universitaires* »<sup>226</sup>.

Présidé par le directeur et constitué à parité de personnels administratifs et de médecins hospitaliers, le conseil exécutif contribue donc à la fois à rapprocher le monde médical et le monde administratif en même temps qu'il associe plus étroitement les soignants à la gestion de leur établissement.

Cette nouvelle instance paritaire participe à la préparation des projets liés à la mise en œuvre du projet d'établissement et du contrat pluriannuel, à sa coordination et au contrôle de son exécution. Il est également chargé de la préparation du projet médical ainsi que des plans de formation et d'évaluation, participe à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan de sauvegarde ou de redressement. En outre, son avis est requis concernant la nomination des responsables de pôles d'activité clinique et médicotechnique et des chefs de service<sup>227</sup>.

La réussite de l'instance, que Bernard Bonnici qualifie de « *directoire médico-administratif* », ne peut passer selon l'auteur que « *d'une part, par la disparition progressive mais attendue des clivages historiques entre administration et médecins, d'autre part, par la participation active, en son sein, du coordonnateur général des soins qui représente à lui seul un « peuple » paramédical, souvent muet, mais loin d'être sourd à*

---

<sup>226</sup> Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 2005-1516 du 8 décembre 2005 relative aux échanges électroniques entre les usagers et les autorités administratives et entre les autorités administratives, JORF n°286 du 9 décembre 2005 page 18985, texte n° 8. Consultable en ligne au lien suivant : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000636231&dateTexte=>

<sup>227</sup> Robert HOLCMAN, *La fin de l'hôpital public ?*, Paris : Editions LAMARRE, Août 2007, page 43

*l'égard des aspirations des malades ou aveugles sur les enjeux institutionnels* »<sup>228</sup>. Et le quatrième chapitre sera l'occasion de s'interroger sur l'aboutissement de cette démarche.

D'ores et déjà, il faut cependant préciser que le conseil exécutif présente l'inconvénient d'ajouter un nouvel organe de décision à l'hôpital public. Comme cela a été souligné en première partie, l'institution souffre d'un éparpillement des responsabilités. Certes, le Conseil exécutif remédie donc à l'absence des soignants du processus de décision. Mais il ne résout absolument pas – bien au contraire – un second problème majeur : *« l'absence d'une structure unique d'arbitrage et de résolution des conflits »*<sup>229</sup>.

Par ailleurs, une nouvelle réforme dont les modalités définitives seront précisées fin 2008 devrait renforcer le pouvoir de décision du conseil exécutif. Sa composition serait modifiée, pour comprendre le Directeur et les chefs de pôle. Il est également prévu de diminuer le pouvoir de décision des médecins membre de la CME, tout « propulsant » le président de la CME dans un rôle de co-directeur au côté du directeur de l'hôpital (dont les adjoints et sous-directeurs seraient également et symétriquement moins associés).

## LA MISE EN PLACE DES POLES D'ACTIVITE

Finalement, Jean-Pierre Raffarin justifie dans le rapport de présentation de l'ordonnance du 2 mai 2005 la mise en place des pôles d'activité en précisant que *« le recours à une démarche de contractualisation avec les pôles d'activités dotés d'une masse critique suffisante pour constituer le support d'une gestion déconcentrée, doit permettre le 'décloisonnement' des hôpitaux et ainsi améliorer la prise en charge des patients aussi bien que la qualité du travail pluridisciplinaire »*<sup>230</sup>.

Dans *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé*, Patrick Mordelet décrit comment la plupart des pays de l'OCDE ont choisi de créer, au sein de leurs établissements de santé, des pôles autonomes regroupant des unités cliniques afin de *« créer des ensembles disposant d'une taille critique relativement importante, afin de les faire bénéficier d'une réelle autonomie et d'une gestion individualisée et contractualisée »*<sup>231</sup>. L'objectif du regroupement en pôles semble donc généralement économique.

---

<sup>228</sup> Bernard BONNICI, *L'hôpital - obligation de soins, contraintes budgétaires*, dans *Les études de la documentation française*, Paris : la documentation française, 2007, page 106-107

<sup>229</sup> Robert HOLCMAN, *La fin de l'hôpital public ?*, Paris : Editions LAMARRE, Août 2007, page 45

<sup>230</sup> Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 2005-1516 du 8 décembre 2005 relative aux échanges électroniques entre les usagers et les autorités administratives et entre les autorités administratives, JORF n°286 du 9 décembre 2005 page 18985, texte n° 8. Consultable en ligne au lien suivant :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000636231&dateTexte=>

<sup>231</sup> Patrick MORDELET, *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé*, Paris : Editions ENSP, 2006, p. 108

Cependant, l'objectif du pôle tel qu'il est conçu dans la version française de la nouvelle gouvernance est plus large. Dans la première partie de ce mémoire, les établissements publics ont en effet été décrits comme un « monde très cloisonné où chaque catégorie de personnel poursuit sa logique avec beaucoup de bonne volonté mais aussi pas mal de corporatisme »<sup>232</sup>. Or pour Rose-Marie Van Lerberghe, qui a vécu en tant que directrice générale la mise en place des pôles au sein de l'AP-HP, « le pôle doit être le lieu de confrontation et de convergence des points de vue, au bénéfice du malade »<sup>233</sup>.

L'ordonnance du 2 mai 2005 crée donc une nouvelle structure : les pôles d'activité, qui devaient être mis en place avant le 31 décembre 2006, dans tous les établissements publics de santé, excepté les hôpitaux locaux exclus de la réforme du fait de leur petite taille (article 7 de l'ordonnance)<sup>234</sup>.

Chaque pôle d'activité clinique ou médico-technique est placé sous l'autorité d'un responsable de pôle, qui est un praticien hospitalier inscrit sur une liste nationale d'habilitation, nommé par décision conjointe du directeur et du président de la CME, ainsi que par le doyen de l'UFR de médecins dans les CHU (article L.6146-3 du Code de la santé publique).

Un conseil de pôle est également élu dans chaque pôle, qui, siégeant alors en formation restreinte, donne son avis lors de la nomination du responsable de pôle. Au sein de ce conseil de pôle, on distingue des membres de droit et d'autres élus parmi le personnel.

En partenariat avec le conseil de pôle, qui représente en quelques sortes son bureau élargi, le praticien responsable du pôle élabore un '*projet de pôle*' qui prévoit l'orientation des activités de la structure ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins. Il met également en œuvre la politique générale de l'établissement au sein du pôle, et organise son fonctionnement technique.

Le pôle composé de quelques dizaines à plusieurs centaines d'équivalent temps pleins est en fait géré par un trinôme, car le responsable de pôle est assisté par un cadre administratif, et par un cadre de santé qui l'assistent dans l'organisation et la gestion des activités du pôle (en fonction de l'activité du pôle, le rôle du cadre de santé peut être tenu par une sage-femme cadre).

Les établissements ont une large marge de manœuvre dans leur mise en œuvre de la réforme instituant les pôles d'activité.

---

<sup>232</sup> Rose Marie VAN LERBERGHE, *Oui, la Réforme est possible !*, Paris : Albin Michel, octobre 2007, page 172

<sup>233</sup> Rose Marie VAN LERBERGHE, *Oui, la Réforme est possible !*, Paris : Albin Michel, octobre 2007, page 172

<sup>234</sup> Selon Jean-Marie Clément, l'hôpital local constituerait en effet « à lui seul un pôle d'activité ». (Jean-Marie CLEMENT, *Deux ordonnances 2003-2005 : pour une réforme hospitalière*, Paris : Les Etudes hospitalières (coll. « tout savoir sur »), 2005, page 163)

Par exemple, c'est le règlement intérieur qui fixe la durée du mandat des responsables de pôle, dont la réglementation précise toutefois qu'elle doit être comprise entre trois et cinq ans (al.14 de l'article L.6143-1 et article L.6146-2 du Code de la santé publique).

De plus, c'est le conseil d'administration qui définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité sur proposition du Conseil exécutif (article L.6146-1 du CSP). La dénomination, le nombre, la taille et la composition des pôles sont laissés au choix de l'établissement. Leur dimension doit toutefois être suffisante pour permettre la contractualisation.

Malgré la publication au cours du premier semestre 2008 d'une liste d'aptitude à la fonction de chef de service, preuve que l'existence des services n'est pas menacée à court terme, la question du devenir des services est posée par l'avènement des pôles. L'organisation médicale des établissements publics de santé en services date de la loi du 21 décembre 1941 et du décret du 17 avril 1943<sup>235</sup>. Cependant, un sentiment de propriété sur les installations mises à leur disposition s'est progressivement développé chez les chefs de service. Des expressions telles que '*mandarinet*', '*organisation médicale féodale*' ou '*balkanisation des services*' sont d'ailleurs souvent utilisées pour évoquer cette époque.

Pour pallier cette *balkanisation*, les observateurs ont très tôt préconisé la collaboration inter-services. Bernard Bonnici explique d'ailleurs que l'idée d'un « *travail en équipes médicales interdisciplinaires* » a germé des 1965, et a été transcrite dans deux circulaires ministérielles du 2 mai et du 2 décembre 1976 qui conseillaient « *d'organiser au sein de chaque établissement, dans le cadre de structures souples à définir, [...] la prise en charge globale des malades et de leurs traitements par une réelle coordination des décisions médicales* »<sup>236</sup>.

Jack Ralite, Ministre de la santé de 1981 à 1983, a également tenté de regrouper les services. La loi du 3 janvier 1984 a ainsi introduit la notion de '*départementalisation*', en initiant une réforme ayant vocation à pallier l'évolution rapide des technologies médicales (le nombre de disciplines médicales est passé depuis 1939 de 5 à plus de 65), et à orienter l'hôpital public vers une prise en charge plus globale des patients. La loi provoquera cependant une large vague de contestation, et sera donc un échec malgré quelques expériences isolées assez réussies. La loi du 24 juillet 1987 reviendra donc sur le caractère

---

<sup>235</sup> Décret n°43-891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics. Consultable en ligne au lien suivant : <http://www.droit.org/jo/20030527/SANP0321523D.html>

<sup>236</sup> Bernard BONNICI, *L'hôpital - obligation de soins, contraintes budgétaires*, Paris : la documentation française, Coll. Les études de la documentation française, 2007, page 100

obligatoire de la mise en œuvre des *départements*, laissant au conseil administration une large autonomie dans le choix de l'organisation des établissements publics de santé.

Cependant et comme l'explique Rose-Marie Van Lerberghe dans *Oui, la réforme est possible !*, « *les services sont parfois devenus si petits (certains n'ont que quatre lits !) qu'il n'est pas envisageable de déléguer de vraies responsabilités de gestion à ce niveau* »<sup>237</sup>. Il fallait donc instaurer des unités plus larges, atteignant une masse critique qui permettrait la délégation de certaines responsabilités, concernant par exemple la gestion autonome d'un budget ou de personnel<sup>238</sup>.

La création des pôles d'activité médicaux et medico-techniques par l'ordonnance du 2 mai 2005 reprend l'idée de la départementalisation, en précisant que « *les pôles d'activité peuvent comporter des structures internes* », ce qui amène Jean-Marie Clément à penser que « *les rédacteurs de cette ordonnance ne semblent se faire guère d'illusion sur la suppression des services* »<sup>239</sup>.

## **B. UNE « REMEDICALISATION DE L'HOPITAL PUBLIC ? »**

Déjà en 1996, Raymond Soubie – dans la préface qu'il rédige pour l'ouvrage de Véronique Fournier (*L'hôpital sens dessus-dessous*) – rappelle que pour que la réforme de l'hôpital soit efficace, il faut que ce soit « *autour de la raison médicale que se réorganise l'hôpital, et qu'on en vienne à allouer à partir d'elle les ressources financières disponibles, plutôt que de les affecter selon des critères avant tout gestionnaires* »<sup>240</sup>.

D'ailleurs les Professeurs Philippe Even et Bernard Debré rappellent-ils eux-mêmes que la mise à l'écart des médecins constitue un contresens, en expliquant que « *dans un domaine aussi complexe que la santé, le pouvoir doit être aux professionnels et non aux amateurs* »<sup>241</sup>, et qu'une co-direction, voire une direction médicale des établissements publics de santé est incontournable. D'ailleurs estiment-ils que « *si les pouvoirs publics ne comprennent pas à quel point d'exaspération médecins et infirmières sont aujourd'hui*

---

<sup>237</sup> Rose Marie VAN LERBERGHE, *Oui, la Réforme est possible !*, Paris : Albin Michel, octobre 2007, page 152

<sup>238</sup> Philippe Even et Bernard Debré précisent par exemple qu'il s'agit de « *contre la balkanisation des hôpitaux et la multiplication des services par divisions successives des anciens grands services mandarinaux de 100 à 400 lits* ». Ils rappellent en effet que l'AP-HP compte plus de quatre cent services d'hospitalisation pour une vingtaine par hôpitaux, et trente-cinq lits en moyenne par service (dix pour les plus petits, quatre-vingt pour les plus grands)<sup>238</sup>. Ils comparent à ce propos l'hôpital à « *un puzzle* » et à un « *patchwork* » ingérables (Philippe EVEN et Pr. Bernard DEBRE, *Avertissement aux malades, aux médecins et aux élus*, Paris : Le cherche midi (Coll. Documents), 2002, page 347).

<sup>239</sup> Jean-Marie CLEMENT, *Deux ordonnances 2003-2005 : pour une réforme hospitalière*, Paris : Les Etudes hospitalières (coll. « tout savoir sur »), 2005, page 164

<sup>240</sup> Véronique FOURNIER, *L'hôpital sens dessus dessous*, Paris : Michalon, 1996, page 12

<sup>241</sup> Philippe EVEN et Pr. Bernard DEBRE, *Avertissement aux malades, aux médecins et aux élus*, Paris : Le cherche midi (Coll. Documents), 2002, page 345

*arrivés et si on les écarte encore d'une participation déterminante à la gestion de l'hôpital, l'hôpital est mort* »<sup>242</sup>.

Dans *Avertissement aux médecins, aux malades et aux élus*, les deux professeurs se proclament « *non seulement pour la remédicalisation du ministère et de la gestion des hôpitaux, mais pour celle de l'organisation interne de l'hôpital en services, départements ou pôles, peu importe les mots, mais autonomes et responsables, dans le cadre de contrats internes d'objectifs et de moyens avec la direction* ».

Dans *La crise de confiance hospitalière*, Jean-Marie Clément, ancien élève de l'École nationale de la Santé publique et ancien membre de l'Inspection générale des affaires sociales, explique à son tour que « *la remédicalisation doit redonner du sens aux établissements de santé, remédicaliser les directions car il n'y a pas suffisamment de tonalité médicale dans les options stratégiques* »<sup>243</sup>.

Comme Jean-Marie Clément l'affirme dans *Deux ordonnances 2003-2005 : pour une réforme hospitalière*, l'ordonnance du 2 mai 2005 - qui médicalise aussi bien la décision, les recettes et les dépenses à l'hôpital public – ne peut donc être que bénéfique pour le fonctionnement de l'hôpital public<sup>244</sup>.

### 1. LA MEDICALISATION DE LA DECISION

Selon Jean-Marie Clément, ce sont tout d'abord les décisions qui sont médicalisées par la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance hospitalière.

Avant l'ordonnance du 2 mai 2005, la décision appartenait dans les établissements publics de santé au directeur de l'établissement et au conseil d'administration. Depuis la loi du 31 décembre 1970<sup>245</sup>, quelques personnels médicaux faisaient partie de cette instance et les décisions qu'elle prenait devaient recevoir l'avis de la Commission médicale d'établissement.

Avec l'ordonnance du 2 mai 2005, toutes les délibérations du conseil d'administration doivent désormais être soumises à l'avis de la Commission médicale d'établissement.

La mise en place des conseils exécutifs, certes présidés par le directeur mais composés à parité d'administratifs et de personnel médical, est également un élément de la

---

<sup>242</sup> Philippe EVEN et Pr. Bernard DEBRE, *Avertissement aux malades, aux médecins et aux élus*, Paris : Le cherche midi (Coll. Documents), 2002, page 346

<sup>243</sup> Jean-Marie Clément, *La crise de confiance hospitalière*, Paris : Les Etudes hospitalières, 2003, page 169

<sup>244</sup> Jean-Marie CLEMENT, *Deux ordonnances 2003-2005 : pour une réforme hospitalière*, Paris : Les Etudes hospitalières (coll. « tout savoir sur »), 2005, page 110

médicalisation de la décision. Le Conseil exécutif dispose en effet de prérogatives importantes, puisqu'il donne notamment son avis sur la nomination des responsables de pôles d'activité cliniques, et participe à l'élaboration du projet médical et du projet d'établissement puis en suit l'exécution.

Finalement, le président de la Commission médicale d'établissement forme désormais un véritable binôme avec le directeur de l'hôpital. Il est donc davantage associé à la gestion interne de l'établissement : dorénavant, il cosigne par exemple certains actes, comme les décisions d'affectation des chefs de service et des praticiens hospitaliers et de nomination des responsables des pôles d'activité cliniques et médico-techniques.

## 2. LA MEDICALISATION DES RECETTES PAR LA TARIFICATION A LA PATHOLOGIE

Selon François Goulard, rapporteur pour l'Assemblée nationale de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004<sup>246</sup> qui a introduit la T2A, un des bénéfices attendus de cette réforme était « *une plus grande médicalisation du financement* »<sup>247</sup>. La réforme de la T2A s'est faite en marge de l'ordonnance du 2 mai 2005, mais fait partie, avec la nouvelle gouvernance hospitalière, du projet d'ensemble que constitue le plan Hôpital 2007.

Dans la première partie, l'analyse de l'évolution historique antagoniste de l'organisation des établissements publics de santé a montré que le corps médical a mal vécu l'ascendant qu'avaient pris les personnels administratifs dans les années 1980, lors de l'introduction de ce système de dotation globale.

Mais avec la tarification à l'activité, ce n'est plus la gestion des moyens alloués qui est au centre des préoccupations, mais l'activité médicale, et plus précisément « *la pertinence des choix de cette activité médicale* », comme l'explique Jean-Marie Clément dans *Deux ordonnances 2003-2005 : pour une réforme hospitalière*<sup>248</sup>.

En conséquence, l'ancien directeur d'hôpital, explique que même si pour le moment « *de nombreux praticiens restent perplexes face à cette réforme, craignant une évaluation*

---

<sup>245</sup> Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. Consultable en ligne au lien suivant : [http://legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?jsessionid=478156D69F556AFF70D0BB2430E8D9DD.tpdjo08v\\_3?cidTexte=JORFTEXT000000874228&idArticle=LEGIARTI000006695637&dateTexte=20080512&categorieLien=id](http://legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?jsessionid=478156D69F556AFF70D0BB2430E8D9DD.tpdjo08v_3?cidTexte=JORFTEXT000000874228&idArticle=LEGIARTI000006695637&dateTexte=20080512&categorieLien=id)

<sup>246</sup> Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, JORF n°293 du 19 décembre 2003 page 21641, texte n° 1. Consultable en ligne au lien suivant : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000249276&dateTexte>

<sup>247</sup> Jean-Marie CLEMENT, *Deux ordonnances 2003-2005 : pour une réforme hospitalière*, Paris : Les Etudes hospitalières (coll. « tout savoir sur »), 2005, page 113

<sup>248</sup> Jean-Marie CLEMENT, *Deux ordonnances 2003-2005 : pour une réforme hospitalière*, Paris : Les Etudes hospitalières (coll. « tout savoir sur »), 2005, page 114

*trop stricte de leur activité* », « *les médecins ne peuvent qu'être satisfaits par cette réformes* ». Il précise d'ailleurs que certains ont d'ailleurs compris l'enjeu de la réforme en « *réinvestissant le département d'information médicale* », devenu un « *véritable enjeu stratégique pour mesurer l'activité de chaque praticien* ». <sup>249</sup>

### 3. LA MEDICALISATION DES DEPENSES

Enfin, Jean-Marie Clément estime qu'avec la nouvelle gouvernance hospitalière, les dépenses des établissements publics de santé sont également médicalisées.

La contractualisation interne aura en effet pour conséquence de déléguer au responsable de pôle, et donc à un médecin dans le cadre des pôles cliniques et médico-techniques, la responsabilité de la rentabilité des dépenses de son pôle.

Mais le quatrième chapitre s'attachera à le montrer, cette nouveauté, qui constitue un véritable bouleversement, suscite la crainte parmi le personnel médical, qui ne veulent pas '*avoir à gérer la pénurie*'.

\*

\*

\*

« *Remédicaliser... nous en avons suffisamment appelé la venue pour être satisfait de l'ordonnance du 2 mai 2005* » <sup>250</sup>. C'est en ces termes que s'exprime Jean-Marie Clément à propos de la réforme portant nouvelle gouvernance hospitalière.

Cette satisfaction émane d'un ancien élève de l'École nationale de santé publique puis directeur d'hôpital, et concernant l'octroi de responsabilités plus importantes au corps médical. On pouvait donc *a priori* imaginer que les acteurs administratifs aussi bien que les personnels médicaux se réjouiraient globalement de la réforme.

Mais seule une enquête sur le terrain à la rencontre des acteurs de l'hôpital peut permettre de trancher la question de savoir si la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance hospitalière a rencontré ou non l'adhésion et le succès escompté.

---

<sup>249</sup> Jean-Marie CLEMENT, *Deux ordonnances 2003-2005 : pour une réforme hospitalière*, Paris : Les Etudes hospitalières (coll. « tout savoir sur »), 2005, page 114

<sup>250</sup> Jean-Marie CLEMENT, *Deux ordonnances 2003-2005 : pour une réforme hospitalière*, Paris : Les Etudes hospitalières (coll. « tout savoir sur »), 2005, page 110

# QUATRIEME CHAPITRE

## *Quel bilan pour cette réforme ? Etat des lieux un an après le début de la mise en œuvre de la réforme*

Comme l'écrit Rose Marie Van Lerberghe dans son ouvrage *Oui, la Réforme est possible !*, « *Tout n'est pas écrit d'avance et la façon de mettre en œuvre la réforme est plus importante que la réforme elle-même* »<sup>251</sup>.

Ainsi, même si la réforme de la nouvelle gouvernance hospitalière avait l'air cohérente sur le papier, et si certains spécialistes de l'hôpital public comme Jean-Marie Clément l'ont premièrement jugée comme globalement satisfaisante<sup>252</sup>, sa mise en œuvre fut loin d'être évidente.

Afin de déterminer si la nouvelle gouvernance hospitalière a été un succès, il faut donc s'intéresser à la manière dont les acteurs de l'hôpital ont vécu cette réforme, et à la manière dont elle a été mise en œuvre dans les établissements publics de santé.

### **I. UN ACCUEIL TRES VARIABLE DE LA REFORME PAR LES ACTEURS**

Lorsque l'on interroge des acteurs de l'hôpital public à propos de la nouvelle gouvernance hospitalière ou que l'on lit les articles qui ont été écrits à son sujet, on réalise l'extrême variété des sentiments suscités par cette réforme.

---

<sup>251</sup> Rose Marie VAN LERBERGHE, *Oui, la Réforme est possible !*, Paris : Albin Michel, octobre 2007, page 159

<sup>252</sup> Jean-Marie CLEMENT, *Deux ordonnances 2003-2005 : pour une réforme hospitalière*, Paris : Les Études hospitalières (coll. « tout savoir sur »), 2005, page 110

## **A. DE PONCTUELLES OPINIONS FAVORABLES**

Rares ont été, dans le panel des personnes interrogées et lues, les acteurs de l'hôpital à être totalement satisfaits de la réforme. La plupart se sont en effet montrés soit désintéressés, soit réticents. Et même parmi les personnes globalement satisfaites, la quasi-totalité n'étaient pas convaincues par certains points de détail, voir même parfois par des pans entiers de l'ordonnance du 2 mai 2005.

Cependant, il faut reconnaître que certains contacts ont fait preuve d'enthousiasme par rapport à la réforme.

Jacqueline Cohen, qui exerce la fonction d'anesthésiste réanimateur en banlieue parisienne à l'Hôpital Beaujon, a ainsi déclaré que la restructuration des établissements publics de santé en pôles était une véritable chance, car cela représentait une occasion de changement considérable et que le service public hospitalier souffrait d'un grand besoin de réforme.

Plus pragmatique, André Grimaldi, salue dans *Réinventer l'hôpital public – contre l'hôpital entreprise* la plus grande adaptabilité qui sera permise grâce à la structuration de l'hôpital public en pôles. En effet, il explique que l'hôpital manque cruellement de facultés adaptatives. Le diabétologue prend l'exemple du traitement des malades atteints du sida, qui, avec l'arrivée des trithérapies, ne sont pratiquement plus suivis qu'en ambulatoire. Les malades du SIDA ne viennent donc plus à l'hôpital que ponctuellement pour des examens ou des consultations, et le nombre de lits dans les services spécialisés dans la prise en charge du SIDA s'est donc rapidement avéré trop élevé. En ce sens, la réforme des pôles est bienvenue, car les services très spécialisés sont devenus inadaptés et que des « *structures plus grandes, fédérant plusieurs unités fonctionnelles, sont donc préférables* »<sup>253</sup>.

### **L'APPRENTISSAGE DES REALITES DU TERRAIN PAR LES ADMINISTRATIFS**

Par ailleurs, il est ressorti de plusieurs entretiens que la présence obligatoire d'un cadre administratif aux côtés du responsable de pôle, était relativement bien perçue par les acteurs. Certaines personnes interrogées ont en effet estimé que cela permettrait aux personnels administratifs occupant ces postes de faire l'expérience, directement sur le terrain, des problèmes qui se posent au quotidien pour les soignants. Obligés de descendre

---

<sup>253</sup> André GRIMALDI, *Réinventer l'hôpital public – contre l'hôpital entreprise*, Paris : Textuel (coll. La discorde), 2005, page 79

de leur *'tour d'ivoire'*, ils seraient par exemple directement confrontés aux difficultés que pose la conciliation de la contrainte budgétaire et de l'impératif de soin.

Jean-François Cros, Directeur adjoint du CH d'Arras, a notamment admis spontanément lors de son entretien que les administratifs, lui y compris, ne prennent pas assez le temps d'aller sur le terrain, mais que la mise en place des pôles les forcent à le faire davantage.

La réforme des pôles a donc donné l'occasion aux membres de la direction de prendre conscience de la réalité médicale de l'hôpital, et les amènera peut-être à la prendre davantage en compte, ce que le personnel médico-soignant réclame depuis longtemps.

### **L'APPRENTISSAGE DES REALITES ECONOMIQUES PAR LES MEDECINS**

Inversement, la mise en œuvre des pôles cliniques et médico-techniques a permis aux médecins de découvrir la réalité des dépenses et les impératifs d'équilibre économique. Cette conséquence fut d'ailleurs selon le Docteur Gevaert, médecin anesthésiste-réanimateur à la polyclinique d'Hénin-Beaumont, l'une des premières motivations du législateur.

Claude Payen, directeur des ressources humaines au CH d'Hénin-Beaumont, a notamment déclaré trouver *'passionnante'* l'implication des médecins dans la gestion de l'hôpital. Surtout, il expliquait que le fait de confier certaines responsabilités aux médecins allait leur permettre de prendre conscience de la difficulté de prendre parfois certaines décisions, le refus d'un congé à une infirmière par exemple. Avec la réforme, les responsables de pôle réaliseront les impératifs liés à la gestion d'un budget et d'une équipe, et se heurteront aux mêmes contraintes budgétaires et organisationnelles que la direction. En conséquence, ceci pourrait resserrer les liens entre ces médecins et le personnel administratif, en remédiant à l'incompréhension qui règne habituellement entre les deux corps. Cependant, Claude Payen reconnaît que l'absence d'un langage commun pourrait poser problème, auquel il faudra donc remédier.

### **LA NOUVELLE GOUVERNANCE HOSPITALIERE : UN PROCESSUS D'ACCULTURATION**

La nouvelle gouvernance hospitalière peut ainsi par certains abords être considérée comme un véritable processus d'acculturation.

La première partie de ce mémoire a en effet montré à quel point les divergences culturelles entre corps médico-soignant et administratif étaient à l'origine des

dysfonctionnements dont souffre l'hôpital public. Or, on peut penser que certains aspects de l'ordonnance du 2 mai 2005 tendent à instaurer un dialogue interculturel entre soignants et administratifs.

Notamment, dans le prolongement du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et de la T2A, la nouvelle gouvernance hospitalière, avec l'instauration du conseil exécutif et de la fonction de chef de pôle, contribue à associer plus étroitement les médecins à la gestion de l'hôpital. Et ce faisant, ils incitent les médecins à apprendre le langage administratif.

Certains sont sceptiques vis-à-vis de cette faculté des médecins à saisir les tenants et les aboutissants de la gestion des établissements de santé. C'est d'ailleurs ce que signifie Véronique Fournier lorsqu'elle écrit dans *L'hôpital sens dessus dessous* que le corps médical est « *imperméable, pense-t-on, à toute considération d'ordre budgétaire* »<sup>254</sup>. Et il ressort des entretiens que les médecins sont les premiers à véhiculer ce préjugé.

Seulement, dans *Oui, la réforme est possible !*, Rose-Marie Van Lerberghe démontre par une anecdote que l'apprentissage de la gestion par les médecins n'est pas impossible, même s'il « *est de bon ton d'affirmer, et les médecins le revendiquent presque eux-mêmes, 'qu'ils ne connaissent rien à la gestion, qu'ils n'ont pas été formés à cela et qu'en plus ça ne les intéresse pas'* »<sup>255</sup>. En effet, elle explique comment Yves le Prost, alors président de la CME, avait alors surpris l'assemblée en décelant '*un bug dans un tableau de bord*' seulement trois réunions après que ce nouveau moyen ait été introduit à l'AP-HP, et alors que peu de personnes maîtrisaient vraiment l'outil. D'ailleurs, l'ancienne directrice des Hôpitaux de Paris précise que les médecins sont souvent amenés à avoir des responsabilités de gestion dans les facultés de médecine ou concernant leurs travaux de recherche, et qu'il n'y a donc aucune raison que la gestion du budget et du personnel d'un pôle ne soit pas à leur portée, d'autant plus qu'ils sont assistés dans cette tâche par deux cadres.

## **B. LE SCEPTICISME D'UNE LARGE MAJORITE D'ACTEURS**

Malgré quelques témoignages enthousiastes, il faut cependant reconnaître que la plupart des opinions recueillies au cours des entretiens n'étaient pas favorables. Et la lecture de quelques déclarations enregistrées à cette occasion ne laisse aucun doute à ce sujet.

---

<sup>254</sup> Véronique FOURNIER, *L'hôpital sens dessus dessous*, Paris : Michalon, 1996, page 194

<sup>255</sup> Rose Marie VAN LERBERGHE, *Oui, la Réforme est possible !*, Paris : Albin Michel, octobre 2007, page 192

Parmi les plus hostiles au système, Patrick Pelloux a par exemple déclaré : « *Je suis très critique sur ce système. Là où ça marchait, ça ne marche plus. Là où ça ne marchait pas, c'est encore pire* ». Didier Dubois, chef du service de réanimation au CH d'Arras dont la forte personnalité est apparemment réputée dans tout l'hôpital, qualifiait quant à lui la réforme de « *complètement ridicule* », affirmant qu'elle lui inspirait « *un mépris profond* ».

En ce qui concerne Catherine Paugam-Burtz, praticien hospitalier anesthésiste réanimateur à l'hôpital Beaujon, elle a indiqué qu'« *en temps qu'acteur travaillant dans le système, la réforme ne change strictement rien* ». La seule différence qu'elle constate au quotidien, c'est l'existence d'un niveau supplémentaire dans la hiérarchie : « *le vécu, c'est juste un étage en plus* ». Elle a d'ailleurs expliqué sans détour au cours de son entretien qu'autour d'elle, les gens n'étaient pas intéressés par la réforme (« *les gens s'en foutent* »), la nouvelle gouvernance ne concernant de toute manière à son avis que « *10 personnes sur 200* » au sein de l'hôpital.

Didier Delefosse, qui travaille dans le même service de l'hôpital Beaujon, partage cette conception, expliquant qu'il a « *juste l'impression qu'on a ajouté un échelon* », et qu'il n'enregistre « *pas de grosses différences dans sa vie de tous les jours* », ni dans les relations entre médecins et administratifs.

François Douchain, Chef du service de pédiatrie du CH d'Arras, a par ailleurs précisé que les résultats des élections syndicales de l'année précédente, qui ont eu comme enjeu la nouvelle gouvernance, étaient très parlants : les deux intersyndicales qui s'étaient engagées en faveur de cette réforme n'ont totalisé que 20% des voix.

Plus nuancé, Régis Nacry, lui même responsable du pôle anesthésie / réanimation / bloc-opératoire au CH d'Arras a déclaré qu'aucun médecin n'était à sa connaissance franchement favorable à la nouvelle gouvernance, surtout parce qu'ils ne s'estimaient pas avoir été suffisamment consultés. Cependant, il explique que la réforme étant à présent passée, il faut de toute façon s'y mettre et avancer en essayant de tirer le meilleur du système.

Lorsqu'on les interroge sur les raisons de leur refus de la nouvelle gouvernance hospitalière, les personnes qui y sont opposées avancent des arguments très divers, et plus ou moins recevables.

#### 1. LES RETICENCES LIEES A LA NOUVELLE GOUVERNANCE HOSPITALIERE ET AU PLAN HOPITAL 2007 EN GENERAL

Tout d'abord, beaucoup d'arguments contre l'ordonnance du 2 mai 2005 s'opposent à la nouvelle gouvernance hospitalière en général. D'ailleurs certaines de ces

remarques concernent-elles plus globalement le plan Hôpital 2007 dans son ensemble, et surtout la réforme la tarification à l'activité.

## LE 'RAS LE BOL' DES REFORMES

C'est en premier lieu un 'ras le bol' des réformes qui a été révélé par les entretiens. Beaucoup d'opposants à la nouvelle gouvernance hospitalière soulignent en effet que les tentatives de réforme de l'hôpital public se succèdent à un rythme beaucoup trop rapide, sans que ne soit accordée une attention suffisante à leur évaluation. Et ce sentiment est d'autant plus paradoxal que les acteurs de l'hôpital sont en général les premiers à réclamer le changement.

Cependant, il est ressorti des entretiens qu'ils souhaiteraient une réforme ambitieuse et définitive – à condition bien sûr que celle-ci aille dans le sens de leur conception du service public hospitalier – plutôt qu'une multiplication des « réformettes », quasi-systématiquement remises en cause par la réforme suivante. Et les propositions faites par Nicolas Sarkozy en janvier 2008, qui semblent revenir sur l'esprit du plan Hôpital 2007, en sont un exemple supplémentaire.

Jean-Marie Clément ironisait d'ailleurs dans *Deux ordonnances 2003-2005 : pour une réforme hospitalière* en écrivant à propos de l'hôpital : « nous croulons sous les ordonnances : on aurait bien envie de demander pitié pour le malade et surtout d'arrêter toute nouvelle thérapie dont les effets iatrogènes vont se faire sentir. Est-ce de l'acharnement thérapeutique ou des soins palliatifs ? »<sup>256</sup>.

Dans le même ouvrage, Jean-Marie Clément rappelle par exemple les réformes incohérentes qui se sont succédées concernant les services hospitaliers : supprimés et remplacés par les départements avec la loi du 3 janvier 1984, ils seront réintroduits par la loi du 24 juillet 1987 sans que les départements ne soient pour autant supprimés. Aujourd'hui, avec l'ordonnance du 2 mai 2005 et la mise en place des pôles d'activités, on assiste au « maintien non obligatoire, mais autorisé, des anciens services »<sup>257</sup>.

Certaines réformes sont par ailleurs accusées d'être purement formelles. C'est par exemple le cas de la soi-disant diminution du nombre des catégories de membres du conseil d'administration, dont Jean-Marie Clément a montré, comme cela a été rappelé dans le troisième chapitre, qu'elle était 'pour le moins fallacieuse'<sup>258</sup>.

---

<sup>256</sup> Jean-Marie CLEMENT, *Deux ordonnances 2003-2005 : pour une réforme hospitalière*, Paris : Les Etudes hospitalières (coll. « tout savoir sur »), 2005, page 7

<sup>257</sup> Jean-Marie CLEMENT, *Deux ordonnances 2003-2005 : pour une réforme hospitalière*, Paris : Les Etudes hospitalières (coll. « tout savoir sur »), 2005, page 116

<sup>258</sup> Jean-Marie CLEMENT, *Deux ordonnances 2003-2005 : pour une réforme hospitalière*, Paris : Les Etudes hospitalières (coll. « tout savoir sur »), 2005, page 123

## UN RENFORCEMENT INUTILE DU NOMBRE DE PERSONNELS ADMINISTRATIFS

Certains considèrent également que l'ordonnance du 2 mai 2005 s'accompagnera d'une augmentation du personnel administratif pour gérer les nouvelles structures que ce texte met en place. Or beaucoup estiment déjà que l'institution possède plus de personnel administratif qu'elle n'en aurait besoin.

Dans *Avertissement aux malades, aux médecins et aux élus*, les professeurs Philippe Even et Bernard Debré écrivent ainsi que « *privé du nécessaire, au moins l'hôpital est-il riche de l'inutile* ». Au-delà de cette formule volontairement provocante, ils expliquent, chiffres à l'appui, que tandis que l'hôpital manque d'équipements et de personnel soignant, l'administration ne cesse de se renforcer : de 0,25 administrateurs par lits à la fin des années 1970, on est passé aujourd'hui à un chiffre allant de 0,30 à 0,60 administrateurs en fonction des hôpitaux.<sup>259</sup>

Certains personnels administratifs ont même avoué être conscients de ce phénomène. Richard Cros, Directeur adjoint au CH d'Arras, a par exemple reconnu que l'administration de cet hôpital souffrait de « *problèmes de riches* », c'est-à-dire de difficultés qui n'auraient pas lieu d'être s'ils n'étaient pas aussi nombreux.

Cependant, il faut préciser que l'ordonnance du 2 mai 2005 n'a en fait pas vraiment eu de conséquences sur le nombre de postes administratifs. Et si le nombre d'emplois de ce type a récemment augmenté, cela est à relier à la mise en œuvre de la tarification à l'activité, qui a considérablement augmenté le volume de documents administratifs à remplir et a donc nécessité un accroissement des effectifs.

Mais comme cela sera précisé plus loin, un amalgame a souvent été fait entre plan Hôpital 2007, tarification à l'activité et nouvelle gouvernance hospitalière, ce qui amène certains acteurs à rejeter tous ces projets en bloc, en leur prêtant les mêmes torts.

---

<sup>259</sup> Philippe EVEN et Pr. Bernard DEBRE, *Avertissement aux malades, aux médecins et aux élus*, Paris : Le cherche midi (Coll. Documents), 2002, page 352

## LE PERSONNEL MEDICO-SOIGNANT ETOUFFE PAR LA 'PAPERASSERIE BUREAUCRATIQUE'

Plus généralement, c'est également la lourde augmentation des activités dites de 'paperasse' qui agace certains des acteurs rencontrés. Quelques-uns des médecins et soignants interrogés ont en effet estimé que les récentes réformes ont contribué à accroître la masse de documents administratifs qu'ils ont à remplir.

Françoise Noël, infirmière en pneumologie à la polyclinique d'Hénin-Beaumont, a par exemple décrit l'obligation que les soignants ont aujourd'hui de tout noter et de tout archiver, ce qui est extrêmement chronophage et se fait souvent au détriment du temps passé auprès du patient. Elle estimait ainsi que « *les dernières réformes se sont traduites par plus de paperasse, sans spécialement de retombées positives* ».

Similairement, Didier Delefosse, anesthésiste réanimateur à l'hôpital Beaujon, a expliqué que les activités de codage liées à la réforme de la tarification à l'activité représentaient une lourde charge de travail supplémentaire, sans que n'en soient ressentis pour autant les bénéfices.

Quant à Bernard Deleater, secrétaire général de l'ARH de Lille, il a estimé durant son entretien que le fait que la part d'activités administratives et de gestion requises des médecins et des soignants soit en constante augmentation est problématique. D'ailleurs a-t-il souligné que dans les cliniques privées, les médecins embauchaient des cadres pour justement se libérer des tâches administratives et pouvoir « *se consacrer à leur art* ».

Comme pour l'accroissement de la part de personnel administratif au détriment du personnel médico-soignant, l'augmentation de la 'paperasse' à traiter par ces derniers n'est donc pas spécifiquement liée à la nouvelle gouvernance hospitalière.

Cependant, comme un amalgame est fait par la plupart des acteurs entre nouvelle gouvernance hospitalière, T2A et plan Hôpital 2007, ce sentiment général de détérioration des conditions de travail et d'accroissement de la part des tâches administratives dans leurs activités quotidiennes est indistinctement imputé aux « *récentes réformes* », et donc en partie à la nouvelle gouvernance hospitalière.

## LA CONNOTATION LIBERALE DU TERME DE 'GOUVERNANCE' ET LE REJET DE LA MARCHÉ VERS « L'HOPITAL ENTREPRISE »

Egalement, les personnes interrogées se sont montrées préoccupées parce qu'elles estiment que la gestion et le fonctionnement des hôpitaux publics prennent un

virage libéral, et que cela est contraire à la conception qu'elles ont du service public hospitalier.

L'existence de telles craintes a d'ailleurs été confirmée par un Sondage Sofres commandé en 2005 par la Fédération hospitalière de France. A la question ouverte « *Avez-vous quelques remarques ou suggestions à nous communiquer concernant votre situation dans l'hôpital où vous travaillez* », certains des praticiens hospitaliers interrogés ont en effet spontanément exprimé leur aversion pour l'« *hôpital entreprise* » : « *on va vers la privatisation, on va vers ce qui est à l'encontre de la Santé publique* », « *je déplore qu'on opte pour la rentabilité. J'ai l'impression qu'on fait un choix au détriment de la qualité, de la gratuité aux plus démunis* » ou encore « *on oublie le serment d'Hippocrate et on déshumanise l'hôpital* ». <sup>260</sup>

Les craintes d'une dérive vers un hôpital public 'entreprise' ne sont pas nouvelles. Dans *Hippocrate malade de ses réformes*, Frédéric Pierru explique d'ailleurs que « *la vogue de l'hôpital-entreprise* » a commencé avec la création du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) impulsée en 1980 par Jean de Kervasdoué, alors responsable de la Direction des hôpitaux <sup>261</sup>.

Ceci explique pourquoi le Docteur Michel Vignier, ancien président du Syndicat des médecins anesthésistes réanimateurs non hospitaliers (SMARNU), n'a pas attendu l'ordonnance du 2 mai 2005 pour affirmer sur le forum du syndicat, dès décembre 2002, être « *inquiet de la façon avec laquelle on cherche à faire exploser l'hôpital public vers une forme ultra libérale* » <sup>262</sup>.

Puis ces inquiétudes ont été largement renforcées par l'introduction de la tarification à l'activité par la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 relative au financement de la sécurité sociale pour 2004 <sup>263</sup> et par l'annonce par le gouvernement de l'objectif de la convergence des tarifs de prise en charge par pathologie entre le public et le privé, fixé pour l'horizon 2012.

Pour de nombreux médecins et soignants, cette réforme est déshumanisante, et manque cruellement d'éthique, ce qu'a d'ailleurs affirmé François Douchain, directeur du service de pédiatrie au CH d'Arras : « *avec la T2A, on a une perte d'éthique* ». Le médecin a

---

<sup>260</sup> Sondage SOFRES/FHF, « *Enquête d'opinion auprès des praticiens hospitaliers* » - décembre 2005, Département stratégies d'opinion – Pôle Management, Commandé par la Fédération hospitalière de France, page 34. Consultable en ligne au lien suivant : <http://www.fhf.fr/dossiers/dossiers-fiche.php?id=1566&p=14&r=54>

<sup>261</sup> Frédéric PIERRU, *Hippocrate malade de ses réformes*, Paris : Editions du croquant, avril 2007, page 245

<sup>262</sup> Commentaire disponible en ligne au lien suivant : <http://forum.lixium.fr/d-1621400.htm>

<sup>263</sup> Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004. JORF n°293 du 19 décembre 2003 page 21641, texte n° 1 ; Consultable en ligne au lien suivant : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000249276&dateTexte=>

d'ailleurs rappelé que « *le comité national d'éthique a pris position contre, mais que Sarkozy les a balayé d'un revers de manche et a mis des gens plus dociles à la place* ».

Globalement, il ressort en effet des entretiens et des lectures qui ont pu être menés préalablement à la rédaction de ce mémoire que la réforme de la tarification à l'activité suscite l'inquiétude du corps médico-soignant.

L'origine des réticences dont l'auteur de ce mémoire a eu connaissance a été parfaitement résumée par André Grimaldi, Thomas Papo et Jean-Paul Vernant, tous trois chefs de service dans de grands hôpitaux parisiens, dans un article paru en février 2008 dans *Le Monde Diplomatique* et explicitement intitulé « *Traitement de choc pour tuer l'hôpital public* » : la tarification à l'activité est en effet faite « *pour mesurer la quantité, pas la qualité* »<sup>264</sup>.

Si la plupart des personnes interrogées ne veulent pas d'un hôpital entreprise, c'est qu'ils estiment que la valeur de leur activité n'est tout simplement pas quantifiable, et encore moins réductible à un simple code.

Parmi les principaux arguments allant dans ce sens figure par exemple le fait que la tarification à l'activité ne prend en compte que les actes mesurables, sans intégrer le temps passé par les soignants auprès du malade qui est pourtant jugé très important, surtout par le personnel paramédical.

De même la complexité des cas n'est pas prise en compte par la T2A. Or André Grimaldi rapporte dans *Réinventer l'hôpital public – contre l'hôpital entreprise* que son collègue, le professeur Jean-Charles Piette lui a indiqué qu'il lui fallait parfois une heure trente à deux heures pour étudier un dossier médical complexe. La tarification à l'activité comporte donc le risque que, pour pouvoir effectuer plus d'actes, les praticiens passent moins de temps sur chaque dossier, au détriment de la finesse de leurs diagnostics : « *Le comble serait que la vision technicienne et marchande, dominante chez les penseurs de la réforme, soit une prime à la mauvaise médecine et pénalise la médecine de qualité comme les Etats Unis en offrent l'exemple* »<sup>265</sup>.

Par ailleurs, l'éducation du patient est elle aussi difficilement compatible avec la tarification à l'activité. Le pédiatre François Douchain expliquait par exemple qu'en ce qui concerne les enfants asthmatiques, il serait beaucoup moins coûteux pour la sécurité sociale que les hôpitaux mettent en place des formations afin de les informer sur leur maladie, et sur les règles d'hygiène de vie susceptibles de leur éviter des complications ; plutôt que de supporter ensuite le coût du traitement de ces complications. Ce type de formation est

---

<sup>264</sup> André GRIMALDI, Thomas PAPO ET Jean-Paul VERNANT, « *Traitement de choc pour tuer l'hôpital public* », *Le Monde diplomatique*, février 2008, pages 4 et 5. Article consultable en ligne au lien suivant : <http://www.monde-diplomatique.fr/2008/02/GRIMALDI/15627>

<sup>265</sup> André GRIMALDI, *Réinventer l'hôpital public – contre l'hôpital entreprise*, Paris : Textuel (coll. La discordie), 2005, page 49-50

cependant difficilement compatible avec la tarification à l'activité. Dans la même veine, André Grimaldi explique que dans son service, les patients atteints de diabète sont reçus une semaine par groupe de six pour y recevoir des conseils d'hygiène de vie et de prévention qui leur éviteront des complications futures, mais que ce type d'initiative est largement remis en cause par la T2A, parce que son bénéfice n'est pas directement quantifiable. Or soigner de futures complications impliquant une dialyse rénale, voire une greffe, coûtera beaucoup plus cher à la sécurité sociale que ces quelques mesures d'éducation à la santé. D'ailleurs l'OMS a-t-elle récemment reconnu le haut degré de rentabilité de l'éducation thérapeutique auprès des diabétiques<sup>266</sup>.

Le système de financement en fonction de l'activité est donc paradoxalement considéré comme inflationniste à long terme, ce qui a d'ailleurs été mis en exergue en 2005 par un rapport conjoint de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des Finances (IGF) qui n'a jamais été rendu public. Des fuites ont cependant permis au *Quotidien du médecin* de révéler en décembre 2005 que le rapport spécifiait que la T2A « *comporte des risques inflationnistes incontestables* » et que « *sa crédibilité et sa légitimité paraissent aujourd'hui entamées* »<sup>267</sup>.

Le choix des diagnostics et des actes lors du codage de manière à ce que les séjours soient le plus rentable possible est ainsi devenu un véritable art, et toute une série de 'techniques' ont été élaborées, notamment par les cliniques privées, afin de tirer profit du système. Philippe Rivat, cardiologue, a ainsi expliqué durant son entretien comment, dans la clinique de la région où il travaille, on cherchait à '*optimiser*' le codage. Il a également précisé devant sa femme infirmière au CH de Valenciennes qu'il ne comprenait pas que les hôpitaux publics ne fassent pas la même chose, et que cela montrait bien que s'ils n'étaient pas rentables, c'est qu'ils ne cherchaient pas assez à l'être.

François Douchain, qui est également visiteur pour la Haute autorité de santé (HAS) dans le cadre de la certification des établissements de santé a d'ailleurs rapporté avoir été scandalisé par un logiciel qu'il avait découvert à l'occasion de l'évaluation d'un hôpital. Le but de ce logiciel était de coder les actes de la manière la plus rentable possible, et un petit bonhomme applaudissait même lorsqu'un codage astucieux permettait de dégager un bénéfice important.

Ce qui inquiète, c'est également l'objectif de « *la convergence public privée* ». Dans « *Traitement de choc pour tuer l'hôpital public* », André Grimaldi, Thomas Papo et

---

<sup>266</sup> André GRIMALDI, Réinventer l'hôpital public – contre l'hôpital entreprise, Paris : Textuel (coll. La discord), 2005, page 27

<sup>267</sup> Delphine CHARDON, « *Un rapport explosif sur les dépenses hospitalières – La T2A, inflationniste, doit marquer un pas selon l'IGAS et l'IGF* », *Le Quotidien du Médecin* n°7861, Lundi 12 décembre 2005, page 5. Plus d'informations aux liens suivants : <http://www.smarnu.org/images/para/qdm-t2ainflationniste-12-12-05.pdf>

Jean-Paul Vernant, tous trois chefs de service dans de grands hôpitaux parisiens, ont estimé qu'elle était « *aberrante en raison d'une différence structurelle des coûts* »<sup>268</sup>.

En effet, comment l'hôpital public pourrait-il lutter à armes égales avec les cliniques privées alors qu'il doit assurer la permanence des soins, c'est à dire accueillir vingt-quatre heures sur vingt-quatre l'ensemble des personnes se présentant, même les plus défavorisés, et en conséquence avoir toujours des lits vides pour recevoir des urgences<sup>269</sup> ? Et comment les CHU pourraient-ils être compétitifs face aux établissements privés alors que s'y exercent des activités hautement spécialisées, et donc moins rentables ? Comment peut-on comparer l'intervention faite dans un hôpital universitaire par un interne aidé d'un chirurgien, et celle faite dans une clinique par un chirurgien expérimenté ?

Toutes les activités ne pouvant être quantifiées, le législateur a autorisé que certaines missions d'intérêt général soient placées hors du champ de la T2A. Il s'agit par exemple des activités de soins d'urgence, de médecine expérimentale, de formation, de recherche et de vigilance. Mais cette mesure ne satisfait pas les opposants au système de la tarification à l'activité.

Lors de son entretien, François Douchain, chef du service de pédiatrie du CH d'Arras, a d'ailleurs annoncé qu'il était en train d'écrire le prochain éditorial de son syndicat (la Confédération des praticiens hospitaliers) qui s'intitulerait « *les hôpitaux, machines à soins, machines à sous* ».

Quant à Claude Payen, Directeur des ressources humaines au CH d'Hénin-Beaumont, il a expliqué que les risques de dérive existaient. Il a pris l'exemple du service de soins de suite de l'établissement, qui rencontre une telle demande qu'il est souvent contraint de refuser des patients. Une tentation pourrait dès lors exister, si les objectifs de rentabilité se faisaient plus pressants, de sélectionner les patients selon leur profitabilité. Car avec le système de tarification à l'activité, certains patients deviennent effectivement plus rentables que d'autres : les hospitalisations de longue durée et les polyopathologies sont par exemple plus coûteuses.

Si les quelques paragraphes précédents peuvent paraître longs et sans lien précis avec le sujet de ce mémoire, il était toutefois nécessaire, pour comprendre certaines réticences vis-à-vis de la nouvelle gouvernance hospitalière, de préciser l'origine du

---

<sup>268</sup> André GRIMALDI, Thomas PAPO ET Jean-Paul VERNANT, « *Traitement de choc pour tuer l'hôpital public* », *Le Monde diplomatique*, février 2008, pages 4 et 5. Article consultable en ligne au lien suivant : <http://www.monde-diplomatique.fr/2008/02/GRIMALDI/15627>

<sup>269</sup> Les trois médecins estiment qu'une admission non programmée coûte environ 60 % plus cher qu'une admission programmée

sentiment de libéralisation de la gestion du service public hospitalier qui préoccupe de nombreux acteurs.

Dans ce contexte général de mise en œuvre de la tarification à l'activité, l'introduction de la nouvelle gouvernance hospitalière a en effet été perçue comme une pierre supplémentaire apportée à l'édifice de « *l'hôpital entreprise* ».

En effet, le concept de '*gouvernance*' est clairement associé dans les représentations collectives à un tournant libéral. Le terme est fortement connoté, ce que confirme la définition qu'en donne Patrick Mordelet dans la première partie de son ouvrage *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé* - partie d'ailleurs explicitement intitulée « *les principes du gouvernement d'entreprise appliqués à l'hôpital* ». Empruntant cette définition au *Governance Institute* des hôpitaux américains à but non lucratif – il explique ainsi que la gouvernance est l' « *ensemble de structures et de processus qui définissent les orientations stratégiques de l'organisation (mission, vision, valeurs et objectifs), et les moyens par lesquels les ressources humaines et financières, dont dispose cette organisation, sont allouées et utilisées afin d'atteindre, de la manière la plus efficiente possible, les orientations stratégiques définies* »<sup>270</sup>.

Appliquer les principes de la gouvernance à l'hôpital introduit donc ouvertement l'objectif de performance et d'efficacité au cœur de l'institution, ce qui s'inscrit dans le contexte du '*nouveau management public*', c'est à dire l'influence croissante des règles de management sur l'administration publique. Avec la nouvelle gouvernance hospitalière, le raisonnement suivi par les décideurs politiques est en effet d'appliquer à l'hôpital les règles d'autonomie de gestion et de gouvernement d'entreprise afin de remédier à leurs problèmes de productivité.

Le concept de '*nouvelle gouvernance*' n'a d'ailleurs pas seulement été appliqué à l'hôpital public : il était par exemple également au cœur de la loi dite « LRU »<sup>271</sup> qui est venue réformer la '*gouvernance des universités*' à la rentrée 2007. Le terme de '*nouvelle gouvernance*' semble donc aujourd'hui très en vue en France. Cependant, le Docteur François Douchain, Chef du service de pédiatrie du CH d'Arras qui possède des responsabilités syndicales au niveau national et a une vision assez critique de ce concept, a expliqué au cours de son entretien qu'il y avait un véritable pouvoir du terme « *gouvernance* », mais que la notion s'userait d'ici trois à cinq ans.

Beaucoup de personnes interrogées se sont donc montrées assez hostiles au concept même de gouvernance, souvent parce qu'ils ne l'estiment pas compatible avec la conception française du service public.

---

<sup>270</sup> Patrick MORDELET, *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé*, Paris : Editions ENSP, 2006, p. 43

<sup>271</sup> Loi n° 2007-1199 du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des universités (dite loi LRU ou loi Pécresse)

Or comme le précise Patrick Mordelet, « *de nombreuses conditions doivent être remplies pour que les rôles du gouvernement d'entreprise, appliquées à l'hôpital, fournissent tous leurs effets* »<sup>272</sup>. Et figure parmi ces conditions 'indispensables' que l'auteur énumère ensuite un 'réel consensus' autour de la notion, et notamment l'adhésion des acteurs internes de l'hôpital à la réforme.

## L'INSUFFISANCE DE L'INFORMATION PRODIGUÉE AUX PERSONNELS MÉDICAUX ET SOIGNANTS CONCERNANT LES RÉCENTES RÉFORMES

Le manque d'informations liées à la réforme a également été souligné par plusieurs personnes interrogées.

Didier Delefosse, de l'hôpital Beaujon, a par exemple expliqué lors de son entretien s'être vu refuser par l'administration une demande de formation relative aux récentes réformes.

Quant à Nathalie Kaczmarek, Cadre de santé au CH d'Arras, elle a expliqué ne pouvoir s'exprimer au sujet de la mise en oeuvre des réformes que du point de vue de son expérience personnelle. Elle a en effet déploré n'avoir pas eu d'échos de ce qui a pu se passer ailleurs, hormis de temps en temps par le site *Hospimedia*. Et ce sentiment est partagé par ceux de ses collègues qui étaient alors présents dans la pièce. Ceux-ci se sont d'ailleurs révélés très intéressés par le travail ici présenté, expliquant que cela leur donnerait l'occasion de « *voir ce qu'il se passe ailleurs, et comment ça se passe* ».

L'information des personnels médicaux et soignants au sujet de la réforme a donc généralement été jugée insuffisante, et un sondage commandé en 2005 à la Sofres par la Fédération hospitalière de France a d'ailleurs souligné l'attente d'information marquée dont font preuve les praticiens hospitaliers sur les réformes en cours<sup>273</sup>. A la question « *vous sentez vous bien informés plutôt mal informés ou pas informés du tout en ce qui concerne les réformes en cours* », 52% des praticiens hospitaliers interrogés se sont par exemple déclarés plutôt mal informés concernant l'organisation en pôles.<sup>274</sup>

---

<sup>272</sup> Patrick MORDELET, *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé*, Paris : Editions ENSP, 2006, p. 48

<sup>273</sup> Sondage SOFRES/FHF, « *Enquête d'opinion auprès des praticiens hospitaliers* » - décembre 2005, Département stratégies d'opinion – Pôle Management, Commandé par la Fédération hospitalière de France, pages 13, 42 et 53. Consultable en ligne au lien suivant : <http://www.fhf.fr/dossiers/dossiers-fiche.php?id=1566&p=14&r=54>

<sup>274</sup> Sondage SOFRES/FHF, « *Enquête d'opinion auprès des praticiens hospitaliers* » - décembre 2005, Département stratégies d'opinion – Pôle Management, Commandé par la Fédération hospitalière de France, page 42.

## UNE REFORME PERÇUE PAR LES ADMINISTRATIFS COMME FAVORISANT LES MEDECINS, ET VICE-VERSA

Dernière des critiques globales recensées à l'encontre de la nouvelle gouvernance hospitalière et du plan hôpital 2007 en général, ces réformes ont été considérées par les administratifs comme favorables aux médecins et par les soignants comme renforçant l'emprise de l'administration sur leurs activités.

Ce paradoxe n'est cependant pas tellement surprenant. L'animosité entre les deux légitimités est parfois telle qu'elle en devient aveugle, et conduit à un certain manque de discernement vis-à-vis des réformes proposées.

De plus, plusieurs acteurs expliquent que certains éléments de la réforme sont plutôt favorables au personnel médico-soignant, tandis que d'autres éléments renforcent les pouvoirs de la direction des établissements publics de santé.

En effet, la nouvelle gouvernance hospitalière est globalement favorable aux médecins, puisque comme le troisième chapitre s'est attachée à le démontrer, elle procède à une '*remédicalisation*' de la gestion, des dépenses et des recettes de l'hôpital public.

Cependant, la création du conseil exécutif a été perçue par certains médecins comme un renforcement du poids du directeur au sein des établissements de santé publics.

### 2. LES RETICENCES SPECIFIQUES A LA CREATION DU CONSEIL EXECUTIF

En effet, le conseil exécutif, composé à parité de personnel administratif et de personnel médical, est censé associer plus étroitement les deux corps.

Cependant, et c'est le problème de toute instance paritaire, il a fallu octroyer une voie prépondérante à l'un des membres du conseil exécutif, au cas où un vote mènerait à un partage équitable des voies. Et cette voie prépondérante a été octroyée au directeur de l'établissement, qui est également le président du conseil exécutif. Au cas où l'ensemble des administratifs y siégeant appuient une décision, celle-ci sera donc adoptée, même dans le cas où tous les représentants de la communauté médicale s'y opposeraient.

Par ailleurs, tant que les deux légitimités de l'équipe de direction et des médecins hospitaliers ne seront pas compatibles, il y a peu de chance qu'un réel partenariat s'instaure au sein du conseil exécutif entre « *les deux camps* », comme cela a souvent été entendu au cours des entretiens.

De surcroît, Régis Nacry, anesthésiste-réanimateur au CH d'Arras, a expliqué que lors de l'élection des cinq médecins qui siègeraient au conseil exécutif (le sixième est automatiquement le président de la Commission médicale d'établissement), des jeux de concurrence entre les pôles ont émergés : « il s'agissait d'essayer de placer ses hommes ». Preuve de ces manœuvres, un responsable de pôle finalement élu au Conseil exécutif a bénéficié de plusieurs bulletins ne portant que son nom, qui enlevaient donc relativement des voix aux autres candidats.

Finalement, certains soulignent que la création du conseil exécutif vient complexifier le processus décisionnel au sein d'un hôpital public, dont la première partie a montré qu'il comptait déjà de nombreuses instances de décision. Le secrétaire général de l'ARH de Lille Bernard Deleater a notamment précisé qu'il était au départ prévu que la Commission médicale d'établissement (CME) et que le comité technique d'établissement (CTE) soient supprimés, mais qu'ils ont finalement été laissés en place, ce qui « *rend finalement le jeu encore plus compliqué pour les médecins* ».

### 3. LES RETICENCES SPECIFIQUES A LA MISE EN PLACE DES POLES D'ACTIVITE

Finalement, les derniers témoignages de réticence recueillis à l'occasion des entretiens concernaient plus spécifiquement la mise en place des pôles.

## **UNE REFORME PERCUE COMME UNE DELEGATION AUX MEDECINS DE LA GESTION DE LA PENURIE**

Le premier argument expliquant l'hostilité de certains médecins et soignants au regroupement des services en pôles à l'hôpital public est que cette réforme serait en fait un prétexte pour reporter sur les médecins responsables de pôles la gestion de la pénurie.

Or ils estiment qu'ils n'en auront par ailleurs pas forcément les moyens. C'est notamment le problème des chefs de pôles médico-techniques, qui expliquent qu'ils ne sont pas responsables des dépassements budgétaires, puisque leur activité dépend de celle des autres services.

## UNE REFORME QUI NE VA PAS ASSEZ LOIN

Pour d'autres au contraire, la réforme ne va pas assez loin. Notamment, il est reproché aux concepteurs de l'ordonnance du 2 mai 2005 de s'être montrés trop timides en ne supprimant pas purement et simplement les services. De plus, comme l'explique Jean-Marie Clément, le fait de conserver les services et autres unités fonctionnelles « *donne l'impression de ne pas croire aux pôles* »<sup>275</sup>.

Le spécialiste du droit hospitalier estime ainsi qu'« *il aurait certainement été plus efficace de donner un délai d'extinction des services et unités fonctionnelles plutôt que de les renforcer dans leur pérennité* ». D'ailleurs précise-t-il que la suppression des services aurait par exemple pu se faire au fur et à mesure de la fin du mandat quinquennal des chefs de service en activité.

## UNE REFORME QUI MANQUE D'ORIGINALITE

Par ailleurs, certains estiment que la mise en place des pôles d'activité manque d'originalité. En effet, comme cela a déjà été expliqué, des expériences similaires ont été conduites dans le passé.

La notion de pôle est en effet apparue pour la première fois lors de la réforme hospitalière du 24 juillet 1987 qui avait été menée par Michèle Barzach, Ministre alors chargée de la santé. Ces pôles n'étaient pas des regroupements de services, mais au contraire de segments de services dirigés par un responsable médical placé sous l'autorité du chef de service. Ils deviendront, avec la loi du 31 juillet 1991 des '*unités fonctionnelles*'.

Si les pôles de l'ordonnance du 2 mai 2005 n'ont pas grand-chose à voir avec ceux de la loi du 24 juillet 1987, ils sont cependant assez proches des '*départements médicaux*', introduits par les lois du 7 janvier 1982 et du 3 janvier 1984. Cette réforme, qui supprimait la division en services pour éviter la balkanisation et le cloisonnement des hôpitaux, a suscité une grande protestation parmi les médecins chefs de service. La réforme ayant été initiée par un Ministre de la santé communiste – Jack Ralite-, le Professeur Bernard Debré ira même jusqu'à créer un syndicat des médecins hospitaliers qu'il appellera '*solidarité*', en référence au syndicat anti-communiste '*Solidarnosc*' de Lech Walesa. Le gouvernement finira par céder, et la loi du 24 février 1987 recrée les services sans toutefois supprimer les départements, qui subsisteront jusqu'à l'ordonnance du 2 mai 2005.

---

<sup>275</sup> Jean-Marie CLEMENT, *Deux ordonnances 2003-2005 : pour une réforme hospitalière*, Paris : Les Etudes hospitalières (coll. « tout savoir sur »), 2005, page 165

Entre temps, la loi hospitalière de 1991 a instauré les fédérations de médecine, c'est-à-dire des regroupements volontaires de services, de départements ou d'unités fonctionnelles, qui mettent en commun la gestion de leurs moyens en personnel, en matériel et en lits. Les fédérations de médecine reposent donc sur la base du volontariat, et elles pouvaient à l'époque bénéficier d'un contrat de délégation de gestion signé avec le chef d'établissement, qui définissait des objectifs, des moyens, des indicateurs de suivi et des modalités d'intéressement aux résultats. Les fédérations de médecine étaient donc très proches de ce que sont aujourd'hui les pôles d'activité, mais n'ont pas eu le succès escompté : très peu d'établissements les ont finalement mises en place.

La réforme instaurant les pôles d'activité n'est donc pas une nouveauté en soi. Et comme l'écrit Robert Holcman dans *La fin de l'hôpital public ?*, « on ne voit pas pourquoi médecins et directions d'établissement accorderaient davantage d'importance aux pôles d'activité, si proches des dispositifs précédents »<sup>276</sup>. De plus, les résultats peu concluants de ces expériences préalables amènent les acteurs à s'interroger sur l'opportunité de remettre les regroupements de services au goût du jour. Robert Holcman estime à ce propos qu'« il aurait peut-être été judicieux d'explorer les raisons de l'insuccès relatif des fédérations de médecine et des centres de responsabilités avant que de procéder à l'application d'une mesure qui s'adosse aux mêmes principes... et qui rencontrera les mêmes difficultés d'application »<sup>277</sup>.

## UNE REFORME QUI N'EST PAS MISE EN ŒUVRE DANS LES CLINIQUES PRIVÉES

Pour prouver le manque d'efficacité du dispositif des pôles, Bernard Deleater, secrétaire général de l'ARH de Lille, a souligné le fait que les établissements privés, à qui le choix a été laissé d'appliquer ou non la nouvelle gouvernance hospitalière, ont pour la majorité d'entre eux décidé de pas recourir à ce mode de d'organisation. Non contraints de s'organiser en pôles, ils ont donc délibérément choisi de ne pas le faire.

Interrogé à ce sujet, le Docteur Pierre Gevaert, à qui a été confié l'examen de la question à la Polyclinique d'Hénin-Beaumont, a par exemple précisé que le directeur général de La Catho avait décidé de ne pas structurer son hôpital en pôle. Quant à son établissement, les pôles qui y ont été mis en place sont 'intercliniques'. Les moyens des services d'urgence de la polyclinique d'Hénin-Beaumont, de l'établissement Riaumont à Liévin et de la clinique de la Clarence à Divion ont par exemple été mutualisés.

---

<sup>276</sup> Robert HOLCMAN, *La fin de l'hôpital public ?*, Paris : Editions LAMARRE, Août 2007, page 78

<sup>277</sup> Robert HOLCMAN, *La fin de l'hôpital public ?*, Paris : Editions LAMARRE, Août 2007, page 78

## LE MANQUE DE LEGITIMITE DU RESPONSABLE DE POLE

Outre la structuration en pôles, c'est également la fonction de responsable de pôle qui est remise en question. En effet, le fait de placer à la tête de chaque pôle un praticien hospitalier avait à l'origine pour ambition de créer un trait d'union entre les décisions de l'administration et leur mise en œuvre sur le terrain. Le responsable de pôle, en tant que médecin occupant des fonctions administratives, aurait été légitime pour exprimer auprès de la direction les revendications de l'équipe soignante, et pour justifier auprès de son équipe soignante les décisions de l'administration.

Cependant, les choses ne se sont pas passées aussi simplement dans la réalité. Lorsqu'ils acceptent la responsabilité de chef de pôle, les praticiens hospitaliers sont parfois considérés par leurs pairs comme ayant « *pactisé avec l'administration* » selon les termes du Docteur Pierre Gevaert. « *Le chef de pôle est devenu un traître* ». Rejeté par la communauté médicale et soignante, il n'aura donc pas beaucoup plus de légitimité que l'administration pour mettre en œuvre ses décisions.

De surcroît, la fonction de chef de pôle est extrêmement chronophage. Régis Nacry rapportait les résultats d'une étude dont il a eu connaissance, et qui avait démontré que les responsables de pôles consacraient environ la moitié de leur temps de travail à l'exercice de leur fonction. Mathématiquement, les chefs de pôles passent donc moins de temps '*sur le terrain*' que leurs collègues, ce qui entame également leur légitimité.

Preuve de ce manque de légitimité, François Douchain, lui-même chef de service au CH d'Arras, a déclaré que « *les chefs de pôle ne sont pas forcément les plus compétents, mais les plus avides de pouvoir* ». Même si cette opinion n'était pas celle de la majorité des personnes interrogées, elle a tout de même été exprimée par plusieurs acteurs.

Enfin, le risque existe également pour le responsable de pôle de se faire court-circuiter par les chefs de service, notamment dans les hôpitaux universitaires où il peut arriver que le responsable de pôle soit un praticien hospitalier non-universitaire et le chef de service un grand professeur. Dans une telle configuration, il y aura en effet de fortes chances pour que le professeur adresse directement ses revendications à la direction, sans passer par le responsable de pôle.

Didier Delefosse, praticien hospitalier à l'hôpital Beaujon, soulignait par exemple la difficulté qu'avait le chef de son pôle, anesthésiste-réanimateur, à « *mettre son grain de sel dans la manière dont la maternité gère ses sages-femmes* ».

La situation du pôle '*Métabolique et endocrinien*' du CH d'Arras offre un autre exemple des situations complexes qui peuvent émerger. Le président de la Commission médicale de l'établissement est en effet le chef du service '*Diabétologie et endocrinologie*' au sein de ce pôle, et est donc censé se soumettre à la responsabilité d'un chef de pôle qui n'est autre qu'un médecin de son service !

Par ailleurs, Alain Le Hyaric a précisé que les responsables de pôle de certains établissements n'avaient pu choisir eux-mêmes le cadre administratif et le cadre de santé qui l'assisteraient. Or il est toujours plus évident de travailler avec certaines personnes qu'avec d'autres. D'ailleurs Régis Nacry avait-il avoué lors de son entretien qu'il aurait aimé travailler avec Jean-François Cros, directeur adjoint également rencontré au cours des entretiens, qu'il considère comme « *un gars en or* ».

La structuration en pôles, au lieu de les apaiser, attise donc certains jeux de pouvoirs, qui s'expriment aussi bien dans la manière dont le responsable de pôle sera choisi que dans la manière dont il exercera sa fonction.

#### **LES NOUVEAUX JEUX DE POUVOIR CONSEQUENTS A LA MISE EN PLACE DES POLES**

Plutôt que de remédier aux conflits, la mise en place des pôles aurait donc par certains aspects attisé les tensions, notamment avec la mise en place de la fonction de responsable de pôle, qui pourrait susciter la convoitise et donc la concurrence entre praticiens hospitaliers.

Comme l'explique Jean-Marie Clément dans *Deux ordonnances 2003-2005 : pour une réforme hospitalière*, « hors les cas où le chef de service sera choisi comme responsable de pôle et à condition qu'il soit l'unique chef de service, les autres cas verront des logiques professionnelles et de carrière s'affronter ouvertement ou subrepticement ; dans tout les cas, les dysfonctionnements seront importants »<sup>278</sup>.

D'ailleurs Patrick Pelloux a-t-il déclaré lors de son entretien que comme partout, « *on assiste à des querelles de clocher, on reste gaulois* ».

Il faut également rappeler que l'objectif initial de la mise en place des pôles était de décloisonner l'hôpital public, en amenant les services à coopérer entre eux, en mettant par exemple leurs moyens en commun. En effet - alors que le service appartient en théorie à l'hôpital -, s'est mis en place une véritable '*féodalité hospitalière*', et il est courant

---

<sup>278</sup> Jean-Marie CLEMENT, *Deux ordonnances 2003-2005 : pour une réforme hospitalière*, Paris : Les Etudes hospitalières (coll. « tout savoir sur »), 2005, page 165-166

d'entendre les personnels médico-soignants parler de « *leurs lits* » ou encore de « *leur matériel* », comme s'ils étaient la propriété privée du service.

Cependant, beaucoup d'acteurs sont très sceptiques quant aux dépassements des comportements paternalistes que devrait susciter la mise en place des pôles. En effet, comme cela a déjà été expliqué, les pôles se surajoutent en pratique aux services sans les remplacer. Il n'est donc pas sûr que les mentalités évoluent.

Et même si elles évoluaient et que le cloisonnement des services était dépassé, certains prédisent que la balkanisation subsisterait mais au niveau des pôles et non plus au niveau des services : le mandarinat en serait donc même amplifié, puisque les mandarins exerceraient leur influence sur des territoires plus larges. Autrement dit et pour reprendre les mots de Bernard Bonnici: « *on a fait disparaître un mandarinat médical de service au profit d'un super - mandarinat médical de pôle* ». <sup>279</sup>

#### **LES RESPONSABLES DE POLES NE FONT PAS L'OBJET D'UNE RECONNAISSANCE SUFFISANTE**

Les quelques responsables de pôles interrogés ont quant à eux insisté sur le manque de reconnaissance qu'ils subissent.

Alain le Hyaric a ainsi insisté sur le fait qu'il n'existait pas vraiment de valorisation pour les médecins occupant la fonction de responsable de pôle. S'il juge que l'ambiance de travail est satisfaisante, il a expliqué avoir le sentiment d'un manque de reconnaissance. De plus, il a précisé que les projets élaborés par le trinôme de pôle étaient souvent contrecarrés par la persistance de multiples organes hiérarchiques. L'indépendance des pôles d'activité semble donc encore insuffisante pour que la réforme soit réellement efficace.

D'ailleurs, les quelques hôpitaux privés qui ont mis en place des structures similaires aux pôles offrent pour la plupart une gratification supplémentaire aux personnes en exerçant la responsabilité. Pierre Gevaert expliquait par exemple qu'à l'institut Montsouris à Paris, les responsables de pôle touchaient une rémunération environ 20% supérieure à celle des autres médecins.

Catherine Paugam Burtz, praticien hospitalier à l'hôpital Beaujon, a également souligné qu'elle jugeait la rémunération des cadres administratifs assistant le responsable de pôle très insuffisante. Or « *à salaire de concierge, travail de concierge* » a-t-elle déclaré, en expliquant que l'hôpital ne se donnait pas les moyens de recruter de bons cadres administratifs en ne leur offrant pas un salaire suffisamment attrayant. Elle citait par exemple le cas d'un jeune diplômé de polytechnique qui avait candidaté pour le poste de

---

<sup>279</sup> Bernard BONNICI, « *L'hôpital - obligation de soins, contraintes budgétaires* », dans *Les études de la documentation française*, Paris : la documentation française, 2007, page 100-101

cadre administratif, mais qui « *est reparti quand il a vu le salaire* », relatant comment le candidat finalement sélectionné – « *un ancien de l'administration territoriale* » - avait « *mis huit mois pour comprendre comment fonctionne un hôpital, et encore sans parler de l'intégration à la nouvelle structure* ».

Plusieurs personnes interrogées ont donc précisé que l'exercice de la fonction de pôle devrait être récompensée, par une prime par exemple. D'autant plus que cette fonction entraîne un surcroît de la part des tâches de nature administrative pour les médecins en ayant la responsabilité. Or les membres de la communauté ont pour la plupart une aversion pour ce type d'activité.

Cette aversion soulève d'ailleurs un paradoxe : les médecins veulent gérer plus de prérogatives administratives, mais sans avoir à s'occuper de davantage de '*paperasse*'. Nadine Swearteger, infirmière du CHRU de Lille à la retraite, a d'ailleurs déclaré avec ironie : « *le médecin veut bien s'occuper d'administratif mais en gros sans faire d'administratif* ». Elle expliquait qu'il était certes toujours agréable pour un médecin de s'occuper de commander le matériel, mais que les médecins étaient par contre assez réticents par rapport à tout ce qui concerne la gestion du personnel, sûrement par «  *Crainte de se mettre le personnel à dos* ».

Cette ambiguïté a été confirmée par Alain Le Hyaric, qui avouait : « *on est très hypocrites : on veut diriger plus, mais en même temps ça n'est pas vraiment notre truc* ». Comme il l'expliquait, beaucoup de médecins préfèrent accomplir des tâches qu'ils n'apprécient pas forcément plutôt que de les confier à l'administration.

Plus radicaux, certains ont même été jusqu'à affirmer que la gestion n'est tout simplement pas un domaine dans lequel les médecins sont compétents, et la délégation de certaines prérogatives concernant la gestion du budget et des ressources humaines au responsable de pôle est donc une erreur, même si ce dernier est assisté d'un cadre administratif qui l'accompagne dans ses démarches. Patrick Pelloux a ainsi déclaré : « *gérer une entreprise, c'est un métier, or les médecins ont fait médecine, pas entrepreneurs* ». Il a quand même fini par avouer que « *des fois, ça marche* », mais en rétablissant immédiatement « *mais des fois, ça ne marche pas* ».

Pour le syndicaliste, si le pôle fonctionne mal parfois c'est d'ailleurs parce que l'on a donné trop d'objectifs aux responsables de pôles, qui ne sont pas des spécialistes en la matière. Et en conséquence, « *beaucoup passent leur temps à essayer de comprendre ce qu'on leur demande* ».

\*

\*            \*

Les motifs de mécontentement ou d'absence d'adhésion à la réforme de la nouvelle gouvernance hospitalière sont donc multiples. Et cette diversité peut notamment s'expliquer par le fait que la réforme a été mise en œuvre de manière très variable selon les établissements.

Car les entretiens menés préalablement à la rédaction de ce mémoire ont montré que l'intelligence avec laquelle a été appliquée l'ordonnance du 2 mai 2005 dans chaque hôpital public a souvent influencé l'opinion que s'en sont forgés les acteurs y travaillant.

### **III. UN SUCCES TRES VARIABLE SELON LES ETABLISSEMENTS**

Dans *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé*, Patrick Mordelet insiste sur le caractère spécifique de l'institution qu'est l'hôpital : « *organisation très complexe et très spécifique* », elle est, « *au carrefour entre une administration et une entreprise* », « *une institution unique, avec une culture et une histoire forgées parfois au cours de plusieurs décennies, voire plusieurs siècles* »<sup>280</sup>.

L'ancien élève de l'Ecole nationale de santé publique précise par ailleurs qu'au sein de cette culture hospitalière spécifique, chaque établissement comporte lui-même ses spécificités : « *chaque hôpital se comporte comme un microcosme humain spécifique. C'est une société particulière, avec son identité propre, sa culture personnelle et son code de conduite, mais également ses normes et ses valeurs, ses luttes, ses victoires, sa réputation, ses compétences ses forces et ses faiblesses. Cela signifie que chaque hôpital est une entité et donc spécifique. Tout processus de changement et d'adaptation doit donc tenir compte de cette unicité et de cette spécificité* »<sup>281</sup>.

---

<sup>280</sup> Patrick MORDELET, *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé*, Paris : Editions ENSP, 2006, pages 15 et 16

<sup>281</sup> Patrick MORDELET, *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé*, Paris : Editions ENSP, 2006, p. 16

**A. UNE LARGE AUTONOMIE DANS LA MISE EN ŒUVRE DE LA  
REFORME PREVUE PAR L'ORDONNANCE DU 2 MAI 2005.**

Conscients que la réforme ne pourrait réussir sans une prise en compte de cette spécificité de l'hôpital public et du fait que chaque hôpital soit 'une entité unique', les concepteurs de la réforme de la nouvelle gouvernance hospitalière – comme cela a déjà été esquissé dans le troisième chapitre – ont souhaité laisser aux établissements publics de santé une large marge de manœuvre dans leur application de l'ordonnance du 2 mai 2005.

Par exemple, la partie de l'article 6 de l'ordonnance du 2 mai 2005 qui modifie l'article L.6146-1 du Code de santé publique est rédigé en ces termes :

« Pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne, sous réserve des dispositions du présent chapitre.

Dans les établissements autres que les hôpitaux locaux, le conseil d'administration définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité sur proposition du conseil exécutif. Les pôles d'activité peuvent comporter des structures internes.

Les pôles d'activité clinique et médico-technique sont définis conformément au projet médical de l'établissement. Les structures internes de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que les structures médico-techniques qui leur sont associées peuvent être constituées par les services et les unités fonctionnelles créés en vertu de la législation antérieure à celle issue de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

[...]

Le conseil d'administration organise donc la structuration de l'hôpital en pôles comme il l'entend (« *librement* » dit l'ordonnance), et détermine s'il faut conserver ou non, à l'intérieur des pôles, les services. En conséquence, il y aura autant de schémas de structuration en pôles qu'il n'existe d'hôpitaux soumis à l'obligation de mettre en œuvre cette réforme.

Cependant, la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) a tenté de conseiller les conseils d'administration, en proposant trois logiques de regroupements par pôles pouvant être retenues. Premièrement, la DHOS identifie la possibilité d'une logique de cohérence médicale, qui consisterait à regrouper au sein du même pôle les services ayant en commun une discipline, un organe, un type de population, une compétence, un mode de prise en charge, ou même une logique client-fournisseur en ce qui concerne par exemple les activités médico-techniques comme l'imagerie médicale ou les blocs opératoires. Ensuite, une logique mixte médico-économique ou médico-architecturale est envisageable, qui consisterait à regrouper les services selon leur poids financier ou selon

leur localisation au sein de l'hôpital. Finalement, la DHOS souligne la possibilité de retenir une logique « opportune », c'est-à-dire de regrouper les services selon la bonne volonté de chacun.

La DHOS précise cependant que ces trois logiques envisageables ne sont pas 'exclusives', et n'interviennent donc qu'à titre indicatif. La créativité des instances de décision des établissements a donc été sollicitée, et il est intéressant de constater que certains hôpitaux ont vraiment joué le jeu.

## **B. DES RESULTATS INEGAUX SELON LES ETABLISSEMENTS**

L'article 7 de l'ordonnance du 2 mai 2005<sup>282</sup> dispose que « *les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux mettent en place les pôles d'activité au plus tard le 31 décembre 2006* ». Or comme l'explique Dominique PELJAK dans *La gestion de pôle à l'hôpital*, seuls les pôles totalement opérationnels - et donc ayant été créés par délibération du conseil d'administration, dont le responsable de pôle a été nommé, le conseil de pôle élu et qui ont signé un contrat interne avec le directeur et le président de la Commission médicale d'établissement et ont reçu une délégation de gestion – peuvent être juridiquement considérés comme « *mis en place* » au sens de l'article 7 de l'ordonnance du 2 mai 2005<sup>283</sup>.

Comme l'a avoué Alain Le Hyaric, la mise en place des pôles prend donc du temps, ce qui explique pourquoi bientôt un an et demi après la date butoir, certains hôpitaux n'ont toujours pas inauguré la délégation de gestion au niveau des pôles, d'autant plus que la loi ne prévoit pas de sanction particulière en cas de retard dans la mise en place des pôles.

La mise en place de la réforme a donc pris du retard, notamment du fait du pragmatisme affiché par les autorités de tutelles, consciente du fait que la réussite de la réforme ne passerait que par une adhésion des acteurs de l'hôpital. L'ARH du Nord a par exemple accordé au CH d'Arras une dérogation permettant une mise en place plus tardive des pôles, du fait du déménagement des locaux qui était alors en cours et mobilisait déjà une part importante du personnel. Au CH de Montereau, où Alain Le Hyaric est responsable du pôle médico-économique et médico-technique, il est prévu que les contrats

---

<sup>282</sup> Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. J.O. Numéro 102 du 3 Mai 2005, Page 7626 à 7635, consultable en ligne au lien suivant : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000606537&dateTexte=>

<sup>283</sup> Dominique PELJAK, *La gestion de pôle à l'hôpital*, Paris : Les Etudes Hospitalières, Collection essentiel, 2007

d'objectifs soient signés au cours du second semestre 2008, et les délégations de moyens ne seront vraisemblablement en place qu'en 2009.

Mais globalement, la mise en œuvre de la réforme de la nouvelle gouvernance hospitalière est bien avancée, comme le précisait Monsieur Deleater, Secrétaire général de l'ARH de Lille, lors de son entretien en décembre 2007, avant cependant de préciser que quelques originaux n'avaient pas encore commencé. Ainsi est-il possible d'en tirer quelques conclusions.

## **LA DIVERSITE DES ORGANIGRAMMES MIS EN PLACE**

Comme le paragraphe précédent l'a rappelé, une large marge d'autonomie a été laissée aux conseils d'administration concernant la mise en place des pôles, dont ils ont donc pu déterminer librement le nombre, les noms et la répartition. En conséquence, les solutions retenues sont donc très variées.

En observant les organigrammes des différents établissements, on retrouve bien sûr des regroupements classiques, à l'instar du pôle « *mère/enfant* » qui a été mis en place dans la quasi-totalité des hôpitaux possédant un service de maternité.

Mais à côté de ces pôles « *classiques* » ont été mis sur pieds des pôles surprenants. Par exemple Patrick Pelloux ironisait-il sur le pôle dont il fait partie à l'hôpital Saint Antoine à Paris, et qui regroupe les urgences, les services de médecine générale ainsi que la psychiatrie. Ce pôle a en effet été intitulé par ses créateurs le pôle 'UMP' (urgence médecine et psychiatrie), ce que le syndicaliste semblait prendre sur le ton de la blague.

## **LES REGROUPEMENTS NE SE BASANT PAS SUR UNE LOGIQUE MEDICALE**

Dans certains hôpitaux, la réforme n'a pas du tout été mise en œuvre de manière stratégique. Pierre Gevaert a par exemple cité l'exemple de l'hôpital du Mans, où de '*faux pôles*' ont été mis en place pour satisfaire aux obligations réglementaires.

Parfois, les services ont été regroupés en pôles simplement en fonction de leur localisation. Pour un hôpital dont les services occupaient cinq étages par exemples, on a créé cinq pôles, un par étage.

Or comme l'affirme *André Grimaldi dans Réinventer l'hôpital public – contre l'hôpital entreprise*, « *il est aberrant de concevoir des regroupements sur une simple base*

*géographique, en l'occurrence les services qui sont abrités dans un même bâtiment* »<sup>284</sup>. C'est cependant ce qui s'est souvent passé, pour des raisons logistiques : à la Pitié Salpêtrière par exemple, les services d'urologie, de néphrologie et d'orthopédie ont été regroupés dans un même pôle, car ils sont abrités par le même bâtiment (le bâtiment Gaston Cordier). Mais en dehors du service de brancard et des caisses de consultation qui pourront être mutualisés, ces pôles n'ont alors aucune cohérence médicale.

D'autres hôpitaux ont dû tenir compte des personnalités qui les composent, et notamment des tensions qui existent entre certaines d'entre elles. Car comme l'écrit Rose-Marie Van Lerberghe, « *on ne peut sérieusement faire travailler ensemble des gens qui se détestent depuis l'internat ou qui ont épousé les querelles de leurs prédécesseurs.* »<sup>285</sup>. Mais tout le monde n'est pas de cet avis, et Catherine Paugam-Burtz estime par exemple qu'il est dommage que les intérêts personnels aient parfois prévalu sur la logique médicale : « *c'était censé être stratégique, mais tout s'est fait en fonction des gens en place* ». Quant à Alain Le Hyaric, il a reconnu que la plupart des problèmes rencontrés lors de la mise en place des pôles « *étaient d'ordre relationnels* ».

Au centre hospitalier d'Arras, le Directeur adjoint Jean-François Cros explique que les inimitiés entre les différents chefs de service ont été prises en compte au moment du regroupement de ces services en pôle. Clairement, certaines personnalités n'auraient pas pu collaborer efficacement, et la direction a donc préféré les séparer. Notamment, le pôle le plus petit de l'établissement est le pôle '*métabolique et endocrinien*', composé d'environ soixante-dix agents pour une quarantaine de lits. Initialement, il était prévu que les services liés aux voies aériennes et digestives soient joints à ce pôle, mais la mésentente entre les deux chefs de service les a incités à préférer ce que Jean-François Cros a appelé « *la paix des ménages* ».

Poursuivant cette métaphore intéressante, le directeur adjoint a expliqué qu'il existait des mariages de raison, d'amour et d'intérêt, et que les mariages d'intérêts duraient parfois plus longtemps que les mariages d'amour, raison pour laquelle. Jean-François Cros a d'ailleurs ajouté que '*les règles de divorce*' étaient spécifiées dans le règlement intérieur, expliquant qu'« *il est toujours préférable de discuter des modalités d'une éventuelle séparation quand tout va bien qu'au moment où ça ne va plus* ».

---

<sup>284</sup> André GRIMALDI, *Réinventer l'hôpital public – contre l'hôpital entreprise*, Paris : Textuel (coll. La discorde), 2005, page 84

<sup>285</sup> Rose Marie VAN LERBERGHE, *Oui, la Réforme est possible !*, Paris : Albin Michel, octobre 2007, page 161

## LES SPECIFICITES PROPRES A CHAQUE ETABLISSEMENT

Comme ceci est décrit dans *l'Etude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière* publié en 2007 par le Ministère de la santé et l'ENSP, une grande hétérogénéité a été constatée dans la structuration en pôle, due à la variétés des établissements aussi bien en ce qui concerne leur taille, leur historique, la nature des activités qu'il propose et la configuration spatiale des bâtiments qui le composent<sup>286</sup>.

Ainsi, la mise en place des pôles sera beaucoup plus évidente si la départementalisation y était déjà en place depuis une vingtaine d'année, et que le regroupement de services était donc '*rentré dans les mœurs*'. Par contre, il était prévisible que l'application de l'ordonnance du 2 mai 2005 serait plus compliquée dans les établissements où les outils de base du management (les tableaux de bord par exemple) n'étaient pas encore bien implantés.

A Paris par exemple, les 750 services de l'AP-HP ont finalement été regroupés en 170 pôles. Une large place a été faite au pragmatisme, car il fallait tenir compte des spécificités de chaque établissement. Rose-Marie Van Lerberghe explique donc dans *Oui, la réforme est possible !* qu'il a été décidé « *de ne pas imposer un seul modèle* ». <sup>287</sup> Si l'on prend l'exemple des activités chirurgicales, elles ont parfois été regroupées entre elles afin de mutualiser les blocs opératoires, et d'autres fois regroupées chacune autour d'un organe ou d'une pathologie.

Au CH d'Hénin-Beaumont, le directeur des ressources humaines Claude Payen a expliqué que la taille de l'établissement avait favorisé le succès de la mise en place des pôles. Après avoir passé trente ans à Lille dans un hôpital comptant onze mille employés, il affirmait saisir la chance qu'il avait de travailler à présent dans un établissement où il connaissait tout le monde, et où, même s'il ne le faisait pas par respect, il pourrait se permettre de tutoyer certains médecins.

Dans ce petit établissement, trois pôles ont été mis en place : le premier regroupant les trois services de psychiatrie, le second regroupant tous les autres éléments médicaux et le dernier, intitulé « *stratégie, gestion et production* », englobant la direction des ressources humaines, les services économiques, la restauration et la blanchisserie. Aucun problème majeur n'a apparemment été rencontré dans la mise en oeuvre de la réforme, si ce n'est la volonté de chacun des trois chefs de services psychiatriques de devenir chef de pôle, qui les a amenés à s'accorder sur le fait que la meilleure solution serait la mise en place de trois

---

<sup>286</sup> Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, *Etude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière*, Tome 2, « *Monographie de 10 métiers et groupes de métiers sensibles* », Paris : ENSP, 2007, page 19

<sup>287</sup> Rose Marie VAN LERBERGHE, *Oui, la Réforme est possible !*, Paris : Albin Michel, octobre 2007, page 162

pôles psychiatriques. Cependant, la direction a voulu éviter la multiplication des structures, et n'a donc pas cédé à leur revendication.

Le problème qui a émergé à Hénin-Beaumont est classique selon Alain Le Hyaric, qui explique qu'il est fréquent que chacun des chefs de services veuille devenir chef de pôle, et que le risque existe donc que pour satisfaire tout le monde, il soit décidé de mettre en place des pôles de petite taille qui ne répondraient alors pas à l'objectif de la réforme qui est justement d'atteindre une taille critique suffisante pour permettre la délégation de gestion.

\*

\*

\*

En définitive, le succès que certains établissements ont rencontré dans leur mise en place des pôles a largement dépendu des acteurs : de leur volonté d'aller de l'avant, des tensions qui les animaient ou pas préalablement à la mise en œuvre de l'ordonnance du 2 mai 2005, de la prégnance des luttes de pouvoirs au sein de l'établissement.

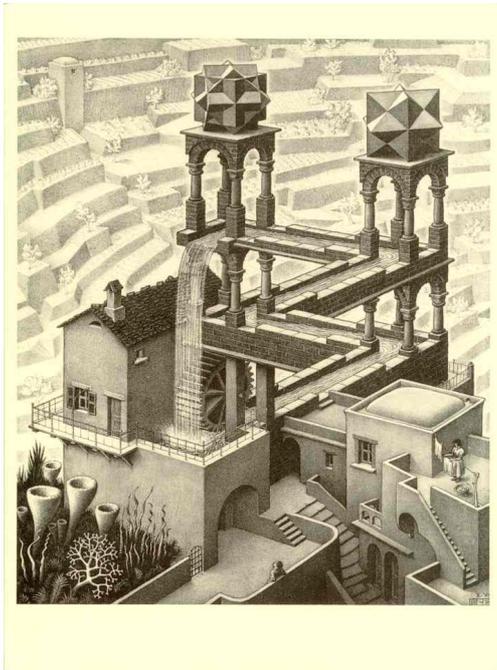
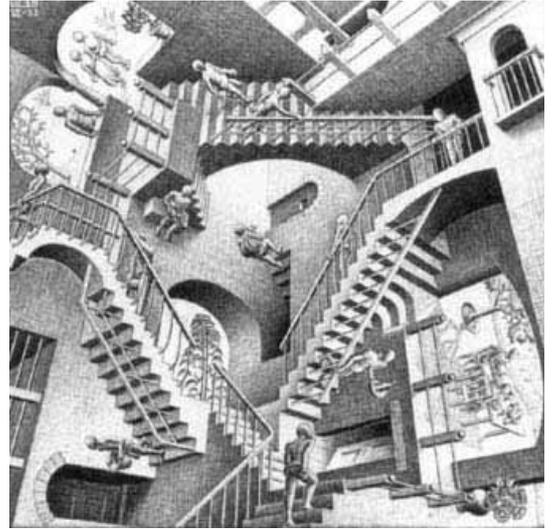
Comme cela avait été esquissé en introduction, les conflits entre acteurs à l'hôpital public posent donc réellement un double problème. D'un côté, ils causent des dysfonctionnements au sein du service public hospitalier. D'un autre côté, ils entravent sa réforme, puisqu'il est extrêmement difficile de mettre en œuvre de nouvelles mesures dans des établissements rongés par les dissensions.



# CONCLUSION

Pour illustrer un billet publié sur son blog intitulé « *l'Hôpital dans tous ses états* » et traitant du débat entourant l'avenir des hôpitaux, Pierre-Henri Thoreux – praticien hospitalier de profession - a choisi la gravure de Maurits Cornelis Escher reproduite ci-contre<sup>288</sup>.

La métaphore entre la délicate réforme de l'hôpital et la représentation de constructions impossibles à laquelle s'est livré l'artiste néerlandais dans toute son œuvre est ingénieuse, et peut être filée.



En 1961, l'artiste réalise « *Le mouvement perpétuel* », œuvre représentée ci-contre. Tout comme la chute d'eau qu'il y grave paraît s'autoalimenter lorsqu'on la considère sous un certain angle, la réforme de l'hôpital semble elle aussi être un défi insoluble lorsqu'on la considère sous l'angle des conflits entre acteurs.

En effet, les luttes de pouvoir qui provoquent le dysfonctionnement de l'institution rendent certes les réformes nécessaires, et les pôles constituent un exemple des tentatives qui ont été mises en œuvre pour concilier les logiques antagonistes se côtoyant au sein de l'hôpital public. Mais d'un autre côté, les conflits entre acteurs régnant au sein des établissements publics de santé entravent la mise en œuvre de ces réformes.

<sup>288</sup> [http://libertylovers.blogspot.com/2007\\_02\\_01\\_archive.html](http://libertylovers.blogspot.com/2007_02_01_archive.html)

## **L'ETAT DES LIEUX DE LA REFORME DITE DE LA NOUVELLE GOUVERNANCE HOSPITALIERE EN 2008**

Environ trois ans après le vote de l'ordonnance portant nouvelle gouvernance hospitalière à l'hôpital public, le bilan de la réforme est donc assez mitigé. Certes, il faudrait davantage de recul pour établir un réel bilan de la réforme. Et la prochaine procédure de certification (V2010), dont les visites débiteront en 2010, devrait permettre d'évaluer plus précisément l'impact de la réforme.

Il est cependant possible dès à présent et malgré le manque de recul d'affirmer que la réforme a eu un impact positif indéniable sur les relations entre les différents services, désormais obligés de co-opérer, que ce soit dans le cadre des pôles ou de la tarification à l'activité.

Toutefois, les entretiens menés auprès d'une trentaine d'acteurs de l'hôpital montrent que les angoisses suscitées par la réforme persistent, ainsi que les conflits et les luttes de pouvoir. Parmi les principaux points d'achoppements demeure la reconnaissance officielle des responsables de pôles ainsi que des deux cadres qui l'assistent. De même, si la mise en œuvre des pôles cliniques et médico-techniques est relativement avancée, les services administratifs des établissements de santé sont encore trop peu souvent regroupés en pôle.

Quant aux contrats d'objectifs et de moyens, ils ne seront vraisemblablement signés qu'au deuxième semestre 2008, voire en 2009 dans la plupart des établissements. D'ailleurs, le cadrage légal et fonctionnel qui permettra la délégation de pouvoirs ou de signatures entre le directeur et les responsables de pôle est-il encore balbutiant, et les établissements semblent donc peu pressés de s'engager plus en avant dans la mise en œuvre de ce pan de la réforme.

### **LE RAPPORT LARCHER ET LE NOUVEAU PROJET DE REFORME**

Dans le sillage du rapport Larcher remis au Président de la République le 10 avril 2008, de nouvelles consultations sont déjà en cours, et un projet de loi devrait être débattu au Parlement dès l'automne 2008, qui compléterait entre autres les dispositifs de l'ordonnance du 2 mai 2005.

Les grandes lignes de cette réforme, qui sera donc mise en œuvre selon les préconisations du rapport Larcher, ont été dévoilées le 17 avril 2008 par Nicolas Sarkozy, alors en déplacement à Neufchâteau dans les Vosges.

Concernant la gouvernance de l'hôpital il a notamment affirmé que les établissements publics de santé ne devaient avoir « *qu'un patron et un seul* », et que cet unique patron serait le directeur de l'hôpital. Parmi les principaux changements en perspective, il est donc prévu que les directeurs d'hôpital soient désormais nommés par les Agences régionales de santé (ARS, anciennes ARH) et que son salaire soit indexé sur la qualité des soins et de la gestion des ressources humaines. Egalement, il est prévu que le conseil d'administration devienne un simple conseil de surveillance, chargé de la stratégie et de l'équilibre financier. Certaines déclarations laissent aussi penser que le conseil exécutif pourrait devenir un directoire, comprenant le Directeur de l'hôpital et l'ensemble des responsables de pôles, et que les prérogatives de cette instance pourraient être accrues au détriment de celles de la Commission médicale d'établissement.

On peut cependant s'interroger sur l'opportunité d'amorcer une nouvelle réforme, alors que le plan hôpital 2007/2012 n'en est qu'à la moitié de son exécution et que son impact n'a pour l'instant été que partiellement analysé. D'autant plus que le Sénateur Larcher, auteur du rapport sur lequel se base cette réforme, a déclaré vouloir « *libérer l'hôpital de ses carcans* »<sup>289</sup>, comme s'il s'agissait d'une ambition nouvelle, alors même que René Couanau avait déjà exprimé cinq ans plus tôt son désir de « *décloisonner l'hôpital public* ».

\*

\*                      \*

Comme le déclarait un des membres de la mission à l'origine du rapport 'Couanau' sur *L'organisation interne de l'hôpital* lors d'une table ronde organisée le 17 septembre 2002 : « *en matière hospitalière, il n'y [a] que de lentes évolutions* »<sup>290</sup>.

En effet, l'hôpital - comme s'est attaché à le démontrer ce mémoire - est d'abord une communauté d'hommes et de femmes. Les facteurs culturels y sont « *d'une pesanteur extrême* », ce pourquoi, pour améliorer l'organisation interne de cette institution, il faudra

---

<sup>289</sup> Olivier AUGUSTE et Béatrice TAUPIN, « Larcher veut libérer l'hôpital de ses carcans », le Figaro, le 10 avril 2008. Article consultable en ligne au lien suivant : <http://www.lefigaro.fr/sante/2008/04/10/01004-20080410ARTFIG00006-larcher-veut-liberer-l-hopital-de-ses-carcans.php>

<sup>290</sup> Monsieur le Député René COUANAU, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales *Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital*, rapport n°714, douzième législature, 19 mars 2003, page 65

d'abord faire évoluer les mentalités. Or « *le changement des mentalités est le plus long et le plus difficile à mettre en œuvre* »<sup>291</sup>.

Sans un travail sur les mentalités, il semble donc peu probable que l'hôpital puisse être réformé avec succès. Et tant que ceci ne sera pas compris par les politiques, la France semble condamnée à voir se succéder les réformes, comme c'est le cas depuis la Seconde Guerre mondiale, et de manière encore plus intensive depuis une vingtaine d'années.

Si l'on veut voir un jour de résorber les jeux de pouvoir et autres conflits qui animent l'hôpital public, il semble donc indispensable d'agir directement sur la formation de ses acteurs. Par exemple, l'École centrale de Paris, « *propose à chaque corps de l'hôpital des formations passerelles vers les autres cultures* », en croisant les formations<sup>292</sup>. Depuis 1994, les praticiens hospitaliers y ont la possibilité de suivre des cours de management, dans le cadre d'un cursus de quarante jours en « *Gestion et Administration des établissements de soins* ». A l'inverse et ce depuis 1996, les cadres de l'hôpital peuvent y suivre un programme intitulé « *Médecine pour directeur d'hôpital* ».

Mais la participation à de tels programmes demeure l'exception. Or c'est de mesures d'ampleur dont l'hôpital a besoin. Il semble dès lors indispensable que les formations des directeurs d'hôpital et des médecins soient réformées afin d'intégrer l'apprentissage de la sociologie de l'hôpital et de la compréhension des enjeux posés par les conflits entre acteurs à l'hôpital public.

---

<sup>291</sup> Monsieur le Député René COUANAU, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales *Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital*, rapport n°714, douzième législature, 19 mars 2003, page 65

<sup>292</sup> Monique CAVALIER, Michèle SEREZAT, Jean-Dominique TORTUYAUX, « *Croiser les formations : aventure ou nécessité* », in Monique CAVALIER, Richard DALMASSO et Jean-Jacques ROMANET, *Médecins, directeurs : un PACS pour l'hôpital ?*, Paris : Erès (coll. Action santé), 2002, page 68

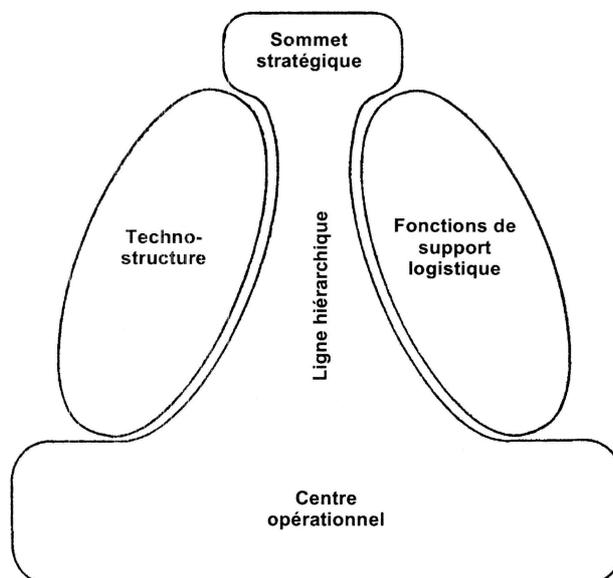
# ANNEXES



# ANNEXE 1

## SCHEMA EXPLICATIF DE LA THEORIE D'HENRI MINTZBERG

Figure 3. Les cinq parties de base de l'organisation selon Mintzberg



Source : Mintzberg (1982, p. 37).

Extrait de Robert HOLCMAN, *L'ordre sociologique, élément structurant de l'organisation du travail – l'exemple des bureaucraties professionnelles : ordres soignant contre ordre dirigeant à l'hôpital*, Thèse de doctorat de Sciences de gestion, Directeur de recherche : M. Jean de Kervasdoué, Paris : Conservatoire national des arts et métiers, soutenue publiquement le 28 février 2006, page 47.

Consultable en ligne au lien suivant :

<http://www.robertholcman.net/these.php>



# ANNEXE 2

## *ARTICLE DU PROFESSEUR VALLANCIEN PARU SUR LE SITE LEFIGARO.FR ET REACTIONS EN LIGNE LE CONCERNANT*

*Consultable en ligne au lien suivant :*

<http://www.lefigaro.fr/debats/2008/01/09/01005-20080109ARTFIG00371-les-urgentistes-n-ont-pas-le-monopole-du-cur-.php>

Voici un article du Professeur Vallancien tel qu'il a été publié sur le site du *Figaro* le 9 janvier 2008 :

### **LES URGENTISTES N'ONT PAS LE MONOPOLE DU CŒUR**

*Par Guy Vallancien, professeur d'urologie, membre du Cercle Santé Société.*

Les urgentistes, médecins généralistes qui ont acquis une capacité d'aptitude à la médecine d'urgence, sont en grève. Soit. Mais que se cache-t-il derrière cette parodie qui consiste à se faire réquisitionner, donc à être payé tout en faisant semblant de faire grève ?

Les urgentistes seraient-ils si mal rémunérés pour se commettre dans un bras de fer hasardeux avec les autorités sanitaires ? Ceux qui accueillent les malades et les blessés seraient-ils les seuls à travailler la nuit ? Quand un malade rentre en urgence à l'hôpital, ce sont des dizaines de professionnels médicaux, paramédicaux, techniques et administratifs qui sont sur le pont. Les urgentistes n'ont en rien le monopole du cœur ni celui du sauvetage.

Radiologues, biologistes, chirurgiens, psychiatres, pédiatres et tous les autres personnels sont sur le pied de guerre pour réparer, panser et traiter.

Alors pourquoi cette flambée revendicative qui a débuté comme par hasard le jour de Noël, alors que le ministre ouvre des discussions avec tous les représentants des centrales syndicales de médecins hospitaliers ?

La vérité doit être connue dans sa nudité : depuis qu'un jour d'août 2003 un certain urgentiste aujourd'hui fameux a pris son téléphone pour alerter le ministre de la santé de l'époque c'était son devoir de médecin, la France est régulièrement secouée par les déclarations tonitruantes de ce monsieur sur le manque de moyens pour l'organisation des urgences. Or, en réalité, de gros moyens financiers et matériels ont été développés ces dernières années. Autant nous devons saluer les performances incontestables des Services d'aide médicale d'urgence, les fameux Samu, tout comme celles des Services mobiles d'urgence et de réanimation (Smur) et de leurs personnels dévoués, autant il faut nous méfier des déclarations à l'emporte-pièce consistant à claironner aux Français de se présenter aux urgences pour un oui ou pour un non. Pour éclairer le débat, voici certains faits qui ne sont pas connus :

1. Les urgentistes sont parmi les mieux payés des praticiens hospitaliers, car ils peuvent concentrer leur temps de travail, garde comprise, en très peu de jours.
2. Ils réclament une rémunération des gardes alignée sur les gardes hospitalo-universitaires, mais pour la majorité d'entre eux leur formation a été jusqu'alors moins longue, moins sélective.

3. La question réelle du compte épargne-temps (CET) concerne tous hospitaliers, pas seulement la catégorie des urgentistes.

4. Les mêmes urgentistes seront à la table des négociations, représentés dans les centrales syndicales qui discuteront avec le ministre.

L'utilisation d'une aura médiatique à des fins partisans et politiques calculées ne grandit pas les médecins qui s'y complaisent.

Sur le fond, la création d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires (Desc) de médecine d'urgence est une bonne initiative, car il faut accélérer le développement de la recherche clinique de la médecine d'urgence dans les CHU et les grands hôpitaux régionaux. La mutualisation des secours par le 15, qui n'est que partiellement effective, reste une priorité absolue.

La concentration des moyens d'accueil et d'orientation des urgences en est une autre, et la délégation de l'accueil et de l'orientation des urgences à des infirmiers spécialisés est une voie d'avenir.

Les hôpitaux risquent d'être fortement entravés dans leur activité parce que certains médecins qui travaillent de façon postée, c'est-à-dire à horaires fixes, sans la charge du suivi à moyen et long terme des malades, refusent le vrai changement et la modernisation des établissements.

L'hôpital ne doit pas s'enfoncer dans la prolétarianisation de ses médecins sous peine de disparaître. Deux rapports, l'un sur les missions de l'hôpital et l'autre sur l'égalité d'accès aux soins, seront très prochainement sur le bureau du ministre de la Santé, mais nous savons déjà qu'il faudra mieux hiérarchiser les actions des différents établissements de soins, de la proximité de l'hôpital local au recours hautement technique des CHU, et mieux coordonner les relations entre médecins de ville et hospitaliers.

Telle est la vérité sur cette pseudo-grève. Pour que les Français aient un meilleur accès aux soins, vouloir faire de la journée du 24 janvier celle de l'« hôpital mort » est une curieuse façon de régler les problèmes. Nous sommes nombreux à vouloir plutôt un « hôpital vivant » adapté à la modernité du monde qui l'entoure.

\*

\*

\*

Voici à présent quelques extraits des réactions en ligne provoquées par cet article, présentés par ordre chronologie :

*(les commentaires ont été retranscrits tels qu'ils paraissent sur le site, y compris les fautes d'orthographe et de syntaxe. Pour faciliter l'utilisation de ce contenu, les commentaires ont été numérotés.)*

### **COMMENTAIRE N°1**

*AUTEUR : tesphil  
INTITULE : objectif  
Le 9/01/2008 - 14:26*

Ils agacent, ils réveillent, l'attitude des urgentistes est un symptôme ou une conséquence. Conséquence de multiples réformes non abouties, d'erreurs d'analyses, de rapports inexploités par les gouvernements successifs, de tarification inadaptée. La vérité : l'hôpital ne recrute plus, n'attire plus, les salaires sont ridiculement bas (cf. DREES) par rapport au privé. Question : que fait-on de l'argent public ? Exemple : La Générale de Santé, chaîne de cliniques à 95 % françaises, redistribue plusieurs centaines de millions d'euro d'argent public à ses actionnaires, de cotisations sociales payées par chacun d'entre nous : pourquoi ? est-ce honteux ou est-ce un bel exemple de gestion ? (cf. rapport Larcher) Où est l'objectivité ? Que les médecins hospitaliers se rassemblent et montrent enfin la vérité d'un système qui repose sur la perversité d'une politique avant tout électoraliste ou intéressée.

### **COMMENTAIRE N°2**

*AUTEUR : un directeur d'hôpital  
INTITULE : Pauvre Hypocrate  
Le 10/01/2008 - 06:33*

Les praticiens hospitaliers ont obtenu le repos obligatoire suite à une garde afin de se reposer pour ne pas mettre le patient en danger par une fatigue liée à une activité intense. Pourtant combien de médecins profitent de ce jour de repos pour effectuer des gardes à des tarifs exorbitants dans d'autres structures privées ou publiques au mépris de leurs engagements ? Enfin combien, ces cinq dernières années, en euros, a-t-elle été la valorisation des médecins ? Le corps médical se plaint en permanence en justifiant d'études longues. Combien de fils ou filles d'ouvriers terminent le cursus ? Combien est rémunéré un chercheur au CNRS après tant d'années d'études ? Pourquoi la nation ne peut-elle pas imposer à des nouveaux diplômés qui ont bénéficié de l'hôpital public, du matériel public, de professeurs publics, une installation dans une région afin d'assurer le service public ? Pourquoi un médecin, en plus d'un salaire très confortable, bénéficie de primes multisites (alors que son activité multisites est réalisée sur son temps de travail), d'une prime pour ne pas avoir d'activité privée ou bien d'honoraires pour une activité libérale réalisée avec le matériel, le personnel, les locaux du public en échange d'une redevance déclarée au bon vouloir du praticien avec tous les débordements que tout le monde connaît et que tout le monde tait.

### **COMMENTAIRE N°3**

*AUTEUR : Michel 80  
INTITULE : Bien visé  
Le 10/01/2008 - 09:55*

Tout d'abord, je tenais à vous exprimer mon admiration pour votre vista "opératoire". Vous avez opéré un mes amis. Quel plaisir de vous voir travailler. Passons..  
Votre article comme plein d'autres dénonce l'hypocrisie du milieu médical et singulièrement la Chirurgie dans notre Pays.  
..D'accord que nos collègues étrangers font tourner pas mal de nos hôpitaux, mais combien sont-ils

vraiment qualifiés ?.

..Certains établissements hospitaliers restent sous développés (peu d'interventions et beaucoup de transferts dans les CHR proches pour des cas plus sérieux si j'ose dire), parce que M. le Maire tient à son Hôpital. Bref, c'est un autre sujet.

Pour parler des urgentistes, ils se plaignent grâce au rayonnement médiatique de M. Pelloux alias M. cannicule 2003 qui lui colle à la peau ; (il voulait être nommé chef de service). Pensez vous !.

..Je peux témoigner sur l'honneur, que ces praticiens ne sont pas à la dèche. Ils entretiennent un "buzz". La réforme de l'Hôpital arrive, vous avez raison.

Par contre, un mot d'encouragement pour les anesthésistes qui méritent un peu plus, ce ne serait pas de trop de la part des chirurgiens.

..Responsabilité énorme + stress du réveil et du post opératoire. Je n'oublie pas que leur traitement est conséquent. Mais à quel prix ?.

.. Mon Maître, René Louis de Marseille avait beaucoup d'affection pour eux. Il les appelait "les gaziers" en plaisantant bien sûr. Je vous remercie.

#### **COMMENTAIRE N°4**

*AUTEUR* : urge45

*INTITULE* : ben voyons...

*Le 10/01/2008 -10:52*

Je suis urgentiste et fait donc parti de cette catégorie de médecins bien payée et à la formation moins longue et moins sélective.

Monsieur le professeur d'urologie, vu ses assertions, doit être resté bloqué sur l'image du médecin vacataire corvéable à souhait qui avait l'honneur de travailler aux urgences de l'hôpital pour un smic horaire.

Le mandarinat est une attitude du passé: c' est ce genre de discours qui permet de continuer à précariser certains médecins (souvent des enfants de "prolétaires" pour les urgentistes?). je rappelle par ailleurs à monsieur le professeur que dire qu'un urgentiste travaille peu de jours, considérant probablement qu'un lendemain de 24h de travail est un jour de repos au même titre qu'un repos hebdomadaire, est équivalent à affirmer qu'un collègue qui rentre le soir chez lui et dort dans son lit est en repos.... Il est vrai que les petites mains d'il y a 10 ans avaient pour habitude de travailler 36h d'affilée.

Les urgentistes les mieux payés de l'hôpital ? Comparez vous Mr le professeur, leurs émoluments à ceux de leurs collègues (cardiologues, urologues et autres chirurgiens) qui font du privé avec les moyens de l'hôpital ? Par contre vous avez raison sur un point : le travail de nuit en France pour l'instant est en théorie mieux rémunéré (chez les prolétaires je veux dire...).

Non, monsieur le professeur, nous , urgentistes, n'avons pas le monopole du coeur, mais je vous reconnais le monopole de la mauvaise fois

#### **COMMENTAIRE N°5**

*AUTEUR* : lambdasolon

*INTITULE* : cet individu devient pénible...

*Le 10/01/2008 -11:41*

Je veux parler de celui qui se présente comme le représentant officiel des urgentistes !!! Je sais ce dont je parle: Je suis médecin, j'ai pratiqué avec passion toute la gamme de la médecine, urgence largement comprise ! Cet individu se repait de sa notoriété médiatique !! Complètement Narcissique et Accro à la diffusion de son image !! Il faut l'appeler Monsieur "Soleil" car il critique tout et a réponse à tout. Les médias rendent un bien mauvais service à la médecine en lui prêtant leurs estrades !! Cet individu, comme un certain président des Etudiants, ne pense qu'à se forger un personnage qu'il exploitera plus tard sur le plan politique

## COMMENTAIRE N°6

*AUTEUR* : hospitaquin

*INTITULE* : orthographe

*Le 10/01/2008 -13 :10*

urgence , dites-vous ?

urgence à enseigner l'orthographe :

Qu'un directeur d'hôpital ne sache pas écrire Hippocrate ce n'est que de l'hypo-orthographe c'est excusable , il na pas prêté serment;

qu'un urgentiste confonde la FOI même mauvaise et les fois où il travaille la nuit

voila qui est plus triste.

## COMMENTAIRE N°7

*AUTEUR* : whitespirit

*INTITULE* : facile quand on dirige l'hopital

*Le 10/01/2008 -13 :15*

Que je sache les hospitalo-universitaires ont le monopole de l'organisationnel du chu alors si ça ne marche pas ne tapez pas sur le voisin d'en dessous et arrêtez de regarder votre nombril. Quand au problème du coeur, c'est un problème de chirurgien un patient = une prostate=Kc150.(Pas d humanité, pas de coeur)

Quand au dirigeant syndicale ,on en a pas le control et il ne peut pas plaire à tout le monde

## COMMENTAIRE N°8

*AUTEUR* : testphil

*INTITULE* : Réponse à Monsieur le Directeur

*Le 10/01/2008 -13 :15*

1 - Revalorisation des salaires entre 2001 et 2006 0,95% par an à comparer à l'inflation

2 - Le concours de médecine est ouvert à tous avec un tutorat qui permet l'égalisation des chances entre tous

3 - Les chercheurs ont ils le même niveau de responsabilité, se lèvent ils la nuit, parlons aussi des pilotes d'avion, ...

4 - N'avez vous pas une prime lorsque vous assurez l'intérim dans un hôpital voisin dans le cadre de vos obligations de service ou lorsque vous exercez dans un établissement classé difficile ?

5 - Le secteur libéral s'accompagne d'un reversement de 30% des honoraires au CH, vous l'avez oublié (5% au plus dans le privé)

6 - Activité illicite des PH sur des remplacements qu'ils n'ont pas le droit de faire ou débordements en secteur libéral : c'est vous qui signez les contrats et la paie, une commission d'activité libérale contrôle et encadre ces activités, la chambre régionale des comptes vient vous voir tous les cinq ans, c'est votre fonction de contrôler la gestion des établissements, ne l'oublions pas ...

Votre intervention est le reflet de l'hôpital d'aujourd'hui : que tous rament dans le même sens et que le barreur pilote, seul le patient doit être notre motivation et non le pouvoir ou la jalousie

Relisez cette expérience sur les singes capucins et le sens de l'iniquité chez l'animal, parue dans ces mêmes feuilles il y a quelques jours, c'est notre histoire ...

## COMMENTAIRE N°9

*AUTEUR* : Cloaque Tarnier

*INTITULE* : DériveSS

*Le 10/01/2008 -13 :15*

Tous ces commentaires font peur. La santé en France est malade, prise entre deux dérives:

1) une dérive libérale: je m'installe où je veux, quand je veux. Je choisis mon temps d'exercice, ma spécialité, mes heures d'ouvertures et de fermeture. Je suis l'objet de spéculation à très court terme. Je gagne beaucoup d'argent, je dépasse en secteur II, et seules les spécialités rémunératrices m'intéressent.

2) une dérive publique: je fais la grève pour mes RTT, je compte chichement mes heures de travail, je

passé mon temps en réunions, j'investis à tort et à travers guidé par les principes de précaution et de sécurité, je ne subis aucune critique ni ne reçois aucune valorisation, je me plains en permanence de tout et de rien, et je traite des patients mais pas mes patients.  
Alors il faut rapprocher le privé du public, c'est à dire n'avoir qu'un seul système de soin fait pour le malade et pas pour les "professionnels de la santé"

### **COMMENTAIRE N°10**

*AUTEUR* : svenska

*INTITULE* : Un grand coup de chapeau

*Le 11/01/2008 -11 :42*

Je souhaite simplement saluer bien bas la médecine et les services hospitaliers français. Français, si vous saviez! Nous avons vécu dans des pays très développés, membres de l'UE mais leurs hôpitaux n'arrivent pas à la cheville des nôtres, ni le sourire des personnels hospitaliers d'ailleurs! Je souhaite surtout que nous puissions garder ces gens et ces équipements, même si là il y a encore à faire! Et surtout que ceux qui nous gouvernent apprécient les personnels soignants et les paient à leur juste valeur. Nous sommes loin d'un conducteur de TGV! On marche toujours sur la tête en France!

### **COMMENTAIRE N°11**

*AUTEUR* : JMDL

*INTITULE* : Les professeurs n'ont pas le monopole du savoir

*Le 11/01/2008 -12 :41*

Les « Professeurs » n'ont pas le monopole du savoir !!! Cela se vérifie une fois de plus !!! Certes ils réfléchissent beaucoup...mais ils ont visiblement du mal à compter...Quand Ce Monsieur, nous dit que « les urgentistes sont parmi les mieux payés des praticiens hospitaliers, car ils peuvent concentrer leur temps de travail, garde comprise, en très peu de jours » !!! Il fait un calcul scabreux et une analyse encore plus scabreuse. Je n'ai pas notion que les urgentistes aient des échelons différents des autres, et un statut particulier...par contre je sais, pour avoir travaillé 20 ans en CHRU que les professeurs cumulent une paye de PH, de Professeur, et bénéficient pour bon nombre d'un secteur privé !!! Sans doute êtes vous dans ce cas...  
Bonne réflexion dans votre cercle...

### **COMMENTAIRE N°12**

*AUTEUR* : PARKER

*INTITULE* : amont aval

*Le 11/01/2008 -14 :18*

en amont, une ville qui ne répond pas à la bobologie, au tri des patients qui doivent effectivement aller à l'hôpital  
une ville qui ne peut rendre efficient le maintien à domicile  
en aval, des services qui regimbent à admettre le "tout venant", qui trient selon leur spécialité, et qui recommencent tout le bilan des urgences après l'admission  
des services coincés par l'insuffisance de la ville à reprendre les chroniques, les soins de suite en structure insuffisants  
au rez de chaussée des urgences noyées sous la bobologie, la gériatrie, la médecine interne...mais les urgentistes ont leurs limites  
et au milieu le samu qui passe direct vers la réa...il gère lui-même ses besoins en place  
cette gare de triage encombrée est sans arrêt restructurée en espace en matériels et s'encombre à nouveau  
les seniors spécialistes viennent en fin de matinée donner leur concours, les étages admettrons quand les sorties seront faites!!!  
si vous dites à un médecin: préparez les sorties le matin; il vous répond: alors le malade sortira la veille!  
j'espère que vous n'avez rien compris, c'était petite chronique d'un système complexe qui impose je sais, la modération ne me publiera pas

### COMMENTAIRE N°13

*AUTEUR* : Monsieur le Professeur de Ragologie

*INTITULE* : Urg59

*Le 11/01/2008 -15 :41*

Il est dommage pour un homme probablement brillant dans sa spécialité d'utiliser son aura professorale pour déverser son mépris, son ignorance sur une profession qui malheureusement existe belle et bien : Médecin Urgentiste, qu'il soit intra ou extra hospitalier, notion qui semble vous échapper aussi.

Il est dommage pour un homme de science que vous êtes et qui publie largement d'oublier d'appliquer les règles les plus simples quand il s'agit d'étudier un phénomène. Je ne vois dans votre travail épistolaire, que des allégations de cloché qui semble traduire votre ressentiment plus que votre intelligence. Vous ne vous appuyez que sur vos propres convictions, sur des ragots et peut être quelques faits probablement réel. Il vous arrive même de vous contredire sur 80 lignes.

Mais votre avis semble sincère, celui d'un homme comme un autre qui s'exprime sur différents sujets qui le touche mais dont il ne connaît pas tous les tenants et les aboutissants.

C'est pourquoi je vous invite à garder le "Professeur Vallancien" pour l'urologie et juste "Mr Vallancien" pour le reste et surtout quand il s'agit de donner son avis sur les services des urgences.

Bon continuation... en urologie

### COMMENTAIRE N°14

*AUTEUR* : bernd

*INTITULE* : Pourquoi des chambres de garde aux urgences ?

*Le 11/01/2008 -20 :48*

Les médecins urgentistes sont rémunérés de la manière suivante : un salaire de base accru par une rémunération supplémentaire des gardes réalisées sur place au prorata du nombre de gardes réalisées. Ce qui est normal, statutaire, mais est très loin d'être anecdotique, et ne devrait pas entraîner les pleurs de qui que ce soit...

Mais alors, pourquoi des chambres de garde dans tous les services d'urgence, pour permettre de dormir à celui qui est rémunéré, en plus de sa rémunération de base (la même que tous les praticiens hospitaliers), pour travailler... ?

Je ne me souviens pas d'avoir entendu nos urgentistes évoquer cette particularité, d'être sans doute travailleurs hospitaliers payés, et même avec une prime, pour dormir....

### COMMENTAIRE N°15

*AUTEUR* : testphil

*INTITULE* : Arrêt cardiaque

*Le 12/01/2008 -12 :03*

De tous temps il a été nécessaire d'être disponible immédiatement pour prendre en charge une urgence vitale en anesthésie, aux urgences, en réanimation, en cardiologie, en obstétrique !!! Il n'y a pas des urgences vitales tous les quart d'heure, heureusement, mais nous sommes là. C'est la définition de la garde sur le lieu de travail, c'est une nécessité vitale. Il y a un temps d'inaction et de repos, de là à croire que nous dormons sur nos deux oreilles, seuls ceux qui n'y ont jamais "gouté", ne se sont jamais recouchés après avoir sauvé une vie ou annoncé le décès de leur parent à une famille en pleur après s'être battu plusieurs heures durant contre la mort peuvent le croire.

Le temps est de 48 heures maximum hebdomadaire, de jour comme de nuit, avec un haut niveau de responsabilité, l'absence de droit à l'erreur qui implique bien souvent la mort ou un handicap fonctionnel majeur et cela jusqu'à une retraite hier à 65 ans demain à 68 ans.

Nous sommes bien loin des 35 heures et des heures supplémentaires en sus : esclaves de la société levez vous (j'exagère, c'est le plus beau métier du monde...)

A tous les corps de métiers, la société reconnaît la nécessité d'une rémunération supérieure pour cette contrainte (marins, chauffeurs poids lourd, pilotes, hôtesses de l'air...).

Les revendications portent sur l'égalisation de cette rémunération pour une même activité avec le secteur libéral (pourquoi les différencier) et une reconnaissance de cette pénibilité par nos pairs et par la société.

Pourquoi ?

Parce que ces secteurs n'attirent plus les jeunes médecins, plus de 3000 postes sont vacants dans les secteurs de la permanence des soins, les premiers médecins à l'internat choisissent dermato ou radiologie, beaucoup plus reposant et lucratif. Les vieux médecins ne sont plus remplacés. C'est un fait objectif et mesurable. Les jeunes migrent vers des structures privées plus rémunératrices et qui n'ont pas à charge cette permanence des soins souvent (mais pas toujours) orientées vers le programmé moins coûteux.

Reconnaître cette pénibilité, valoriser ces activités est une urgence sinon demain à l'image de nos campagnes, plus personne ne sera là pour prendre en charge votre césarienne en urgence ou votre arrêt cardiaque, Madame ou Monsieur le directeur, je suppose ...

Il faut arrêter de nous présenter comme un mal de société alors que tous les jours nos actes, notre profession sont là pour témoigner du contraire. Nous sommes simplement des humains avec nos qualités, nos défauts et une énorme contrainte qui s'alourdit de procès en procès ...

### **COMMENTAIRE N°16**

*AUTEUR* : thiecher urg03

*INTITULE* : Merci de pouvoir vous répondre sans aucune animosité

*Le 12/01/2008 -17 :37*

A lire les propos du Dr Vallancien, et le débat qu'il suscite, on constate que ce Monsieur certainement très peu impliqué dans la permanence des soins et encore plus mal informé de ce qui s'y passe, n'a que le but d'essayer de diviser les différentes catégories de soignants. Certes ce n'est pas grâce à lui, comme il semble le préciser implicitement, que nous avons pu limiter la catastrophe de la canicule de 2003, il nous présente surtout une grande méconnaissance du fonctionnement de la permanence des soins, sans savoir que ce sont les mêmes Médecins qui interviennent dans les SAMU, les SMUR et les Urgences. Je pense que la longueur et la qualité de la formation des médecins Urgentistes n'a rien à envier à sa grande spécialité professorale d'Urologie, aussi enviable et respectable que restrictive et liée à un certain degré de coaptation dans la profession. Je pense qu'il évoque avec nostalgie les chambres de garde où il pouvait prendre un peu de repos lorsqu'il était encore interne ou assistant, il y a bien longtemps. Les temps ont changé, Professeur Vallancien, mais vous ne prenez plus, peut-être, que de rares astreintes à domicile. L'activité augmente de 5 à 10 % chaque année dans les services d'Urgences. La permanence des soins de la médecine de ville n'est plus qu'un souvenir, sans que ce soit la faute de cette médecine générale isolée et épuisée que vous sembler mépriser dès la première phrase de votre article. Les services de médecine et de chirurgie qui suppriment leurs lits au fil des ans ne peuvent plus recevoir l'ensemble des patients qui ont pourtant besoin de vos compétences. La difficulté et l'usure des Médecins Urgentistes vient du fait qu'ils se trouvent au milieu de cette mêlée, qu'ils dérangent parfois la tranquillité des moins impliqués mais qu'ils continueront toujours de ce battre non seulement pour la faisabilité de leur exercice mais surtout pour l'accueil et les soins de leurs patients. Ce qui vous ennui, Pr Vallancien, c'est la popularité de notre mouvement mais il se comprend facilement, notre combat c'est celui de ne refuser aucun malade, c'est de trouver un lit à chaque patient, c'est d'apporter du soin de la bienveillance et du réconfort.

Il existe par contre une explication à vos déclarations. Dans chaque exemple de manifestation unanime, il se trouve toujours, à un certain moment, un magicien extirpant de son chapeau quelques contre vérités et quelques propos diffamatoires, manipulations suspectes enclin à diviser pour mieux gérer.

### **COMMENTAIRE N°17**

*AUTEUR* : mister prime

*INTITULE* : le secret honteux sur les urgences hospitalières

*Le 12/01/2008 -21 :28*

Les conflits récurrents au sujet des urgences hospitalières méritent que le grand public soit informé sur l'un des secrets le plus caché de notre profession à savoir la hiérarchie propre aux médecins et notamment au sein des hôpitaux.

Ce secret c'est la réussite ou non au concours de l'internat en médecine.

Toute la hiérarchie médicale résulte de ce passage, véritable épreuve initiatique (tant le concours et sa préparation, que la formation, avec toutes ses étapes d'apprentissages visibles et invisibles).

Ainsi les urgentistes sont tous, et ce sans exception, des non reçus au concours alors que les autres médecins hospitaliers sont tous des reçus à ce concours.

Pendant leurs années de formation comme internes puis chefs de clinique, les médecins spécialistes

des hôpitaux ont assuré sans compter les servitudes des urgences, depuis comme médecins seniors ils jugent légitime de laisser ces tâches ingrates et épuisantes aux plus jeunes et maintenant aux urgentistes qui ont été "sélectionnés par l'échec».

C'est le Rapport du Pr Steg qui dans les années 90 avait proposé une seniorisation des urgences, c'est à dire que les médecins spécialistes seniors des hôpitaux devaient participer aux urgences et aux servitudes afférentes (la nuit et les week end).

Partout (dans les CHU comme dans tous les autres centres hospitaliers) l'esprit de ce rapport a été détourné au profit de la lettre, c'est donc des médecins généralistes thésés donc senior (au sens juridique, mais non médical) qui ont été recruté pour assurer les urgences hospitalières.

Bien évidemment les relations entre les sélectionnés par la réussite ou par l'échec ont souvent été difficiles et conflictuelles (pour simplifier : l'incompétence des urgentistes contre la lâcheté des spécialistes), mais toujours déontologiques, donc sans jamais évoquer ce sujet, jugé comme insultant envers l'ensemble de notre profession.

Maintenant que les urgences hospitalières sont devenues une place forte des centres hospitaliers, les urgentistes (précédemment décrits comme sélectionnés par l'échec) souhaitent obtenir la place et la reconnaissance qu'ils jugent légitime au vu de leurs services rendus.

Seulement les spécialistes seniors restent toujours réticents à subir les servitudes des urgences, et à laisser une place jugée trop importante à des sélectionnés par l'échec.

Une meilleure participation de tous aux seins des urgences est indispensable pour résoudre les difficultés actuelles. Sans régler ce problème sociologique de hiérarchie médicale, l'ajout constant de ressources financières sera sans effets.

Pour finir un autre problème spécifique à ma profession de pédiatre hospitalier. Nous sommes les seuls spécialistes (reçut au concours de l'internat) à assurer de façon identique aux urgentistes toutes les servitudes des urgences, il faut savoir que de 25 à 30 % des passages aux urgences sont le fait d'enfants qui sont le plus souvent (toujours en CHU et assez souvent dans les autres centres hospitaliers) pris en charge par des pédiatres. Malheureusement, par manque de pugnacité, nos demandes sont rarement prises en compte, et nos confrères urgentistes ne sont pas les derniers à ignorer nos difficultés, jugeant les leurs, bien plus importantes et prioritaires. Ainsi dans les négociations passées et présentes les pédiatres sont absents et inaudibles. Situation cocasse pour les seuls praticiens hospitaliers présents sur les deux fronts ici décrits (les servitudes et la réussite au concours). Mais il paraît que c'est souvent le cas quand on a le cul entre deux chaises !

## COMMENTAIRE N°18

*AUTEUR* : bernd

*INTITULE* : Les urgentistes méritent mieux que des accusations de sous spécialistes.

*Le 12/01/2008 -22 :00*

Les urgentistes méritent mieux que des accusations de sous spécialistes.

L'évolution de leur discipline en témoigne. Le Pr Vallencian pêche sans doute parfois par excès, même si appuyer là où cela fait mal est parfois une étape du diagnostic...

Plus sérieusement, la difficulté de cette affaire est la variété des situations, sur le plan spatial selon les établissements, les régions, ... dans le temps, selon la période de la journée que l'on considère.

C'est aussi le caractère passionnel de ce genre de débats, ou la transparence n'est pas exempte de défauts, liés à la passion que les uns et les autres mettent dans le débat, ou l'absence d'indicateurs, voire l'oubli des réalités objectives.

Considérer les urgentistes comme de simples aiguilleurs, en leur déléguant la responsabilité de toute la permanence des soins, en ville, à l'hôpital - au sein de l'hôpital - est un errement dont bien des médecins se sont rendus coupables : libéraux, mais aussi hospitaliers, dans les disciplines d'organe.... combien de temps perdus en conversations téléphoniques stériles pour trouver une place pour une personne (âgée souvent) dont personne ne veut....

Considérer que l'urgentiste reste urgentiste de 30 ans à 65 ans - comme trop souvent spécialistes divers, directions parfois, urgentistes même, aiment à le penser relève de l'inconscience...

Essayer de faire croire qu'à toute heure du jour et de la nuit se pressent dans tous les services d'urgences de France toute la misère du monde et toutes les urgences graves relève de l'image d'Épinal ou du mensonge ....

Ne pas admettre la réalité, à savoir que le dans le monde de l'urgence, il n'est pas rare d'avoir plusieurs employeurs, et que cela arrange tout le monde (la fin de mois des urgentistes - et pas à la marge-, mais aussi des hôpitaux qui sans cela ne trouveraient pas de médecins), et qu'une des vraies raisons des chambres de garde se trouve là, ne permet pas de faire avancer raisonnablement le dossier,

Dire aussi que la peur que procure aux pouvoirs publics la réussite médiatique d'un certain Pelloux, le fantasme que procure à la population d'activité médicale d'urgence (voire le succès de la série

télévisée éponyme), le désintérêt des autres médecins pour la permanence des soins, le rapport de force qu'on su établir les urgentistes, ... finalement ne permet pas vraiment d'avancer sur le dossier. Bref un dossier qui ressemble à des ces jeux de société ou cacher une partie de la réalité, des cartes, fait partie de la règle.

Des urgentistes sont parfois très excessifs à l'intérieur de l'institution hospitalière comme à l'extérieur, le mépris dont ils sont fréquemment victime en est peut être une des causes. Ils ne sont surement pas fondés à penser être les plus malheureux du monde hospitalier, ni ceux qui travaillent le plus, ni les seuls à pouvoir s'exprimer sur le sujet de la permanence des soins.

Le vrai sujet, abordé par le Dr Grall dans un rapport récent, est une réorganisation complète de cette permanence, et un débat ferme, sans complaisance, sur l'organisation des métiers de l'urgence - dont les médecins - avec les avantages et les inconvénients, les droits et les devoirs, les contraintes et les libertés inhérents à celle-ci.

Ce débat indispensable doit engager les pouvoirs publics, mais ne doit pas non plus être un objet de chantage.

### **COMMENTAIRE N°19**

*AUTEUR* : thiecher urg03

*INTITULE* : Les Pédiatres font un travail remarquable.

*Le 12/01/2008 -22 :40*

Les médecins urgentistes ont la chance d'avoir des partenaires formidables : les Pédiatres.

Ils accueillent sans restriction les patients atteints d'affections médicales, souvent après notre première évaluation et prise en charge. Ils appellent notre SMUR pour toutes les réanimations médicales néonatales délicates, les transferts des nouveaux nés en incubateur ou les conditionnements médicaux de tous les nourrissons ou enfants avant orientation vers les services de réanimation pédiatrique. Ces additions de compétences profitent à tous.

Les médecins urgentistes sont des médecins passionnés, engagés dans leurs missions de soins. Leur discipline est encore peut-être trop jeune pour ressentir toute forme de frustration ou de jalousie envers les autres. Ce ne sont bien sur que des Médecins qui ont fait le choix de leur orientation, qui ont suivis et obtenus leurs nombreuses qualifications lors d'examens universitaires (écrits et oraux) et qui pour la plus-part ont été reçu au concours national des Praticiens Hospitaliers. Restons passionnés et solidaires pour la seule cause valable, qui est le soin à apporter à nos patients. (SMUR et Urgences CH Vichy)

### **COMMENTAIRE N°20**

*AUTEUR* : thiecher urg03

*INTITULE* : La véritable vocation des Médecins urgentistes

*Le 13/01/2008 - 10 :19*

Les médecins urgentistes sont des médecins passionnés, engagés dans leurs missions de soins. Leur discipline est encore peut-être trop jeune pour qu'ils ressentent toute forme de frustration ou de jalousie envers les autres. Ce ne sont bien sur que des Médecins qui ont fait le choix de leur orientation, qui ont suivis et obtenus leurs nombreuses qualifications lors d'examens universitaires (écrits et oraux), ont été formés longuement par leurs pairs et qui pour la plus-part ont été reçu au Concours National des Praticiens Hospitaliers. Restons passionnés et solidaires pour la seule cause valable, qui est le soin à apporter à tous nos patients. (SMUR et Urgences CH Vichy)

### **COMMENTAIRE N°21**

*AUTEUR* : thiecher urg03

*INTITULE* : Rendons la parole à ceux qui la méritent : les Patients.

*Le 13/01/2008 - 12 :44*

Ce sont eux qui cherchent des médecins la nuit pour leurs enfants ou pour eux-mêmes.

Ce sont eux qui attendent souvent des heures, parfois en grande souffrance dans les salles d'attentes des services d'urgence.

Ce sont eux qui espèrent un simple lit et une chambre avec fenêtre.

Ce sont eux qui souhaitent un peu de chaleur humaine, de considération et de solutions à leurs

imprévus médicaux.

Ce sont malheureusement aussi eux qui n'osent même plus espérer à ce qu'on leur demande leur avis. Messieurs les médecins arrêtez de vous regarder le nombril, arrêtez votre corporatisme honteux, oeuvrez à gérer humainement tous les patients sans les trier par intérêt de ce qu'ils vous rapportent. Demandons aux patients et à leurs familles ce qu'ils en pensent, c'est un urgentiste qui vous le demande.

(SMUR, Urgences CH Vichy)

## COMMENTAIRE N°22

*AUTEUR* : nicprev24

*INTITULE* : la fameuse chambre de garde....

*Le 13/01/2008 – 14 :32*

sur 14 heures de travail je mange environ 2 fois 20 mn et je dors 2 heures en moyenne. Parfois, je dors sur un brancard mais les alcooliques hurlent souvent quand ils sont attachés alors ma chambre est plus calme ..mister prime votre article est criant de vérité et de bon sens.

## COMMENTAIRE N°23

*AUTEUR* : testphil

*INTITULE* : Enfin un peu de heuteur

*Le 13/01/2008 – 14 :37*

J'ai lu honte, remise à plat, secret, ragologie mais quel est le vrai débat ?

N'est ce pas avant tout un problème sociétal ?

Au fil des ans qu'est ce qui a fait de ces services d'urgence un tel succès ?

Pourquoi vient on s'y faire soigner à 90% pour de la médecine générale ? Pourquoi les hôpitaux n'ouvrent ils pas des maisons médicales permettant de recentrer cet outil aussi précieux que coûteux sur la médecine d'urgence ?

Pourquoi les "spécialistes d'organe" se sont ils désinvestis d'une part de leur métier ?

Pourquoi la société n'admet elle pas enfin son évolution ?

Pourquoi les médecins qui sont tous formés par l'hôpital ne veulent plus y rester ?

Pourquoi les fonds de pension américains achètent ils les actions des chaînes de clinique française financées à 100 % par la SS ?

Pourquoi, lorsque l'on parle de permanence des soins seules les urgences sont sollicitées ?

L'anesthésiste que je suis a connu les services d'urgences à leurs débuts, petites salles gérées par des internes dépendant de médecins spécialistes, puis d'anesthésistes, puis d'urgentistes.

Au fil du temps ces structures ont connues un afflux toujours croissant de patients rassemblant les vraies urgences, la misère humaine, les patients en quête d'avis médical qu'ils ne trouvaient pas ailleurs, des patients impatientes d'un service qui devait tout leur offrir sans délai ni erreur et à n'importe quel coût.

Il y a eu des plans d'urgence pour sauver les urgences, les lits portes salle d'attente améliorée en attendant que le jour se lève, les maisons médicales de garde, les services d'urgence financés au nombre de passage quelque soit l'acte...

La capacité de médecine d'urgence a émergé et aujourd'hui la spécialité de médecine d'urgence.

Cette évolution est indéniable, il est temps de l'accepter et puisque nous n'avons pas su ni en mesurer les conséquences ni en prévoir les coûts arrêtons nous un instant et pensons à l'avenir.

D'un autre coté ces médecins dits de la permanence des soins, urgentistes, anesthésistes, réanimateur, pédiatres et bien d'autres qu'ils ne faut pas oublier tiennent tous le même discours :

STOP, regardez où nous en sommes, la société a évolué, la médecine aussi, il est temps de réfléchir à notre avenir, de gérer l'avenir des ressources humaines et l'organisation des hôpitaux, nous ne pouvons plus faire tout partout, subir la déconnection de la gestion et des moyens à mettre en oeuvre.

Soigner doit il être à but lucratif ou non lucratif sachant qu'il s'agit au départ de sommes mutualisées pour assurer la sécurité sociale des plus fragiles ?

Ces médecins dit de la permanence des soins doivent pouvoir s'exprimer dans le cadre d'un choix de société ou de modes organisationnels hospitaliers qu'ils subissent de plus en plus sans que personne le maîtrise.

Arrêtons de parler de chambre de garde, de repos, de repas pris honteusement pendant les gardes, le problème est loin d'être là, ce n'est pas cela qui ruine la SS, cela fonctionne ainsi partout dans le monde (bien qu'il n'y ai pas partout un hôpital tout les 35 km).

Cessons d'être franchouillard jusqu'au bout d'un porte monnaie qui ne nous appartient pas : oui j'ai le courage de le dire, en embrassant une carrière hospitalière d'anesthésiste je n'ai pas fait vœux de pauvreté et je supporte de moins en moins l'iniquité entre des secteurs de soins de moins en moins comparables, les combats malsains, les hôpitaux dans les hôpitaux, le non dialogue ou le corporatisme déplacé.

Madame la ministre vous signez nos arrêtés de nomination mais en bon employeur vous interrogez vous lorsqu'un PH démissionne, a t on un jour interrogé ces démissionnaires ? Pourquoi le Centre National de Gestion des carrières hospitalières n'existe t il que depuis un an ?

#### **COMMENTAIRE N°24**

*AUTEUR* : chiragaré

*INTITULE* : le motif de cette grève est politique

*Le 15/01/2008 – 09 :10*

effectivement, les urgences ont été particulièrement gâtées ces dernières années et les médecins urgentistes ont vu leur statut et leur rémunération faire un bond;avec les plages additionnelles payées et les gardes ils sont les mieux payés de l'hôpital.Ce sont ces mêmes praticiens secondés par les anesthésistes hospitaliers qui se sont opposés au découpage du statut de praticien hospitalier et qui à présent voudraient faire reconnaître pour eux seuls la pénibilité du travail! Qu'ils ne comptent pas sur mon soutien.

#### **COMMENTAIRE N°25**

*AUTEUR* : thiecher urg03

*INTITULE* : Le motif de cette grève est avant tout humain.

*Le 15/01/2008 – 11 :31*

Ce sont des hommes qui peinent à accueillir et à soigner, à toute heure du jour et de la nuit, des patients.

Ce sont des patients qui souffrent et qui se sentent abandonnés à certains moments du jour et de la nuit, du reste de la médecine.

C'est une médecine hospitalière qui a tendance à trier les patients par l'intérêt de ce qu'ils leur rapportent (T2A et secteur privé).

Les services de médecine sont des services au nombre de patients défini, jamais extensible, à l'activité souvent bien programmée.

Les services des urgences sont des services au nombre de lits (et surtout de brancards) indéfinis et au remplissage qui semble infini.

Les médecins urgentistes sont quasiment les seuls à être tournés vers un exercice exclusivement public, les autres praticiens ont très souvent, en plus, l'exercice très lucratif d'un secteur privé. Certains praticiens ont de surcroît à cet exercice privé la facturation de leurs gestes diagnostiques techniques : les Radiologues, les Cardiologues... Nous n'en éprouvons aucune jalousie.

La pénibilité des services des urgences a besoin d'être reconnue et valorisée, afin d'y endiguer la fuite de ses soignants. Il en va du sort de l'accueil médical public et surtout du salut de ses patients.

(smur, Urgences CH Vichy)

#### **COMMENTAIRE N°26**

*AUTEUR* : thiecher urg03

*INTITULE* : Savez vous ce qu'est la T2A ?

*Le 15/01/2008 – 16 :39*

La T2A est une valorisation du travail à l'activité pratiquée sur le patient à l'hôpital.

La T2A est une valeur financière attribuée à chaque patient en fonction de sa pathologie.

La T2A est ce que va rapporter chaque patient au service qui l'accueille, en fonction des soins et des examens qui lui seront apportés.

Conséquences :

La T2A catégorise les patients en rentables et non rentables, intéressants ou non à soigner.

La T2A incite à la production du maximum d'examens ou de soins au même patient, éventuellement aussi ceux qui pourraient être inutiles, afin de le rentabiliser.

La T2A incite à la dépense et à la "ségrégation" humaine.

Ex : Un patient âgé ou démuné polypathologique nécessitant peu d'exams, peu de soins coûteux, mais une hospitalisation longue est beaucoup moins intéressant qu'un patient plus jeune nécessitant des investigations et des gestes techniques multiples dans le cadre d'une hospitalisation courte.

Ne vous trompez plus, certains patients ont une faible valeur, d'autres en ont une forte. C'est la valeur T2A.

Vous comprendrez mieux, pourquoi certains patients âgés ou indigents peinent à trouver leur place dans certains services d'un hôpital.

C'est aussi un des problèmes de la stagnation des patients dans les services des Urgences et de la pseudo rentabilité de ces services.

Pour un Urgentiste chaque patient a la même valeur absolue, seule la priorité de sa prise en charge change, sur le très court terme, en fonction de sa gravité initiale.

L'hôpital ne peut être une entreprise jugée en fonction de la rentabilité. Il ne s'agit pas de faire du commerce sur le dos de la maladie, qui reste avant tout un accident de la vie.

L'hôpital se doit par contre de se développer et de s'organiser sur des critères d'efficacité et d'adaptation à la population qu'il reçoit.

smur, Urgences CH Vichy.

## **COMMENTAIRE N°27**

*AUTEUR* : Madmax

*INTITULE* : Grève des urgentistes publics.

*Le 19/01/2008 – 20 :07*

La pseudo-grève des urgentistes suscite mon indifférence.

Médecin libéral, j'ai participé à la mise en place d'un secrétariat faisant travailler cardiologues et services d'urgences. Pour une raison de pouvoir, déguisée en réglementation, cette activité nous a été volée par une association d'urgentiste, avec l'aide bienveillante de l'ARH locale.

Quel dommage. Quelle énergie gachée. Faire travailler secteur public et privé est certainement l'avenir, mais le secteur public et les tutelles font en réalité tout pour que cela ne fonctionne pas, accrochés qu'ils sont à leur pouvoir de décision et de contrôle.

Ainsi fonctionne pour de nombreuses années encore notre pauvre France presque communiste.



# ANNEXE 3

## ORDONNANCE N° 2005-406 DU 2 MAI 2005 SIMPLIFIANT LE RÉGIME JURIDIQUE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET LIENS VERS LES DECRETS D'APPLICATION

□□

(Extrait de

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000606537&dateTexte=>)

### TITRE Ier

DISPOSITIONS RELATIVES À LA RÉFORME DES RÈGLES D'ORGANISATION ET  
DE FONCTIONNEMENT DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ

□□

#### Article 1

Le chapitre III du titre IV du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique (partie législative) est modifié ainsi qu'il suit :  
I. - Dans l'intitulé du chapitre III, les mots : « et directeur » sont remplacés par les mots : « , directeur et conseil exécutif ».  
II. - L'article L. 6143-1 est remplacé par les dispositions suivantes :  
« Art. L. 6143-1. - Le conseil d'administration arrête la politique générale de l'établissement, sa politique d'évaluation et de contrôle et délibère, après avis de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement, sur :  
1° Le projet d'établissement et le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1, après avoir entendu le président de la commission médicale d'établissement ;  
2° La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment pour les urgences ;  
3° L'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, ses modifications, ses éléments annexes, le rapport préliminaire à cet état, ainsi que les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale ;  
4° Le plan de redressement prévu à l'article L. 6143-3 ;  
5° Les comptes et l'affectation des résultats d'exploitation, ainsi que le bilan social ;  
6° L'organisation de l'établissement en pôles d'activité et leurs éventuelles structures internes ainsi que les structures prévues à l'article L. 6146-10 ;  
7° La politique de contractualisation interne prévue à l'article L. 6145-16 ;  
8° La politique sociale et les modalités d'une politique d'intéressement ;  
9° La mise en oeuvre annuelle de la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 et d'actions de coopération mentionnées au titre III du présent livre, définie par le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;  
10° Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, ainsi que les conditions des baux de plus de dix-huit ans ;  
11° Les baux emphytéotiques mentionnés à l'article L. 6148-2, les contrats de partenariat conclus en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 et les conventions conclues en application de l'article L. 6148-3 et de l'article L. 1311-4-1 du code général des collectivités territoriales, lorsqu'elles répondent aux besoins d'un établissement public de santé ou d'une structure de coopération sanitaire dotée de la personnalité morale publique ;  
12° La convention constitutive des centres hospitaliers et universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ;  
13° La prise de participation, la modification de l'objet social ou des structures des organes dirigeants, la modification du

capital et la désignation du ou des représentants de l'établissement au sein du conseil d'administration ou de surveillance d'une société d'économie mixte locale, dans les conditions prévues par le présent code et par le code général des collectivités territoriales ;

□□« 14° Le règlement intérieur. »□□III. - Le premier alinéa de l'article L. 6143-2 est remplacé par les dispositions suivantes : □□« Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation, de recherche, de gestion et détermine le système d'information de l'établissement. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet social. Le projet d'établissement, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire, définit, dans le cadre des territoires de santé, la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 et d'actions de coopération mentionnées au titre III du présent livre. Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. Il comprend également les programmes d'investissement et le plan global de financement pluriannuel. »□□IV. - Après l'article L. 6143-2-1, il est rétabli un article L. 6143-3 ainsi rédigé : □□« Art. L. 6143-3. - Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut demander au conseil d'administration de présenter un plan de redressement lorsqu'il estime que la situation financière de l'établissement l'exige. □□« A défaut d'adoption par le conseil d'administration d'un plan de redressement adapté à la situation et si la dégradation financière répond à des critères définis par décret, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut mettre en demeure l'établissement de prendre les mesures de redressement appropriées. »□□V. - Avant l'article L. 6143-4, il est inséré un article L. 6143-3-1 ainsi rédigé : □□« Art. L. 6143-3-1. - Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut, par décision motivée et pour une durée n'excédant pas douze mois, placer l'établissement sous l'administration provisoire de conseillers généraux des établissements de santé désignés dans les conditions prévues à l'article L. 6141-7-2 lorsque la mise en demeure prévue à l'article L. 6143-3 est restée sans effet pendant plus de deux mois ou lorsque le plan de redressement adopté n'a pas permis de redresser la situation financière de l'établissement. □□« Pendant la période d'administration provisoire, les attributions du conseil d'administration et du directeur, ou les attributions de ce conseil ou du directeur, sont assurées par les administrateurs provisoires. Le cas échéant, un des administrateurs provisoires, nommément désigné, exerce les attributions du directeur. Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut en outre décider la suspension du conseil exécutif. Les administrateurs provisoires tiennent le conseil d'administration régulièrement informé des mesures qu'ils prennent. □□« Deux mois au moins avant la fin de leur mandat, les administrateurs provisoires remettent un rapport de gestion au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Au vu de ce rapport, ce dernier peut décider de mettre en oeuvre les mesures prévues à l'article L. 6122-15. Il peut également proroger l'administration provisoire pour une durée maximum de douze mois. A défaut de décision en ce sens avant la fin du mandat des administrateurs, l'administration provisoire cesse de plein droit. »□□VI. - L'article L. 6143-4 est remplacé par les dispositions suivantes : □□« Art. L. 6143-4. - 1° Les délibérations autres que celles prévues aux 1° et 3° de l'article L. 6143-1 sont exécutoires de plein droit dès leur réception par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. □□« Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation défère au tribunal administratif les délibérations portant sur ces matières qu'il estime illégales dans les deux mois suivant leur réception. Il informe sans délai l'établissement et lui communique toute précision sur les illégalités invoquées. Il peut assortir son recours d'une demande de sursis à exécution. Il est fait droit à cette demande si l'un des moyens invoqués paraît de nature à justifier l'annulation de la délibération attaquée. □□« 2° Les délibérations portant sur les matières mentionnées au 1° de l'article L. 6143-1, à l'exclusion du contrat pluriannuel, et au 3° du même article, à l'exclusion du rapport préliminaire et des annexes de l'état des prévisions de recettes et de dépenses, sont réputées approuvées si le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation n'a pas fait connaître son opposition dans des délais et pour des motifs déterminés par voie réglementaire. »□□VII. - L'article L. 6143-5 est rédigé ainsi qu'il suit : □□« Art. L. 6143-5. - Le conseil d'administration des établissements publics de santé comprend trois catégories de membres : □□« 1° Des représentants des collectivités

territoriales ;□□« 2° Des représentants du personnel médical, odontologique et pharmaceutique, de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques prévue à l'article L. 6146-9 et des représentants du personnel relevant du titre IV du statut général des fonctionnaires ;□□« 3° Des personnalités qualifiées et des représentants des usagers.□□« Dans les établissements comportant des unités de soins de longue durée ou gérant des établissements d'hébergement pour personnes âgées mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, un représentant des familles de personnes accueillies dans ces unités ou établissements peut assister, avec voix consultative, aux réunions du conseil d'administration.□□« Les catégories mentionnées au 1° et au 2° comptent un nombre égal de membres. Les représentants mentionnés au 1° sont désignés en leur sein par les assemblées des collectivités territoriales. Les personnalités qualifiées mentionnées au 3° comportent au moins un médecin et un représentant des professions paramédicales non hospitaliers.□□« Le président de la commission médicale d'établissement est membre de droit du conseil d'administration de l'établissement, au titre de la catégorie mentionnée au 2°.□□« Dans les centres hospitaliers universitaires, le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical est membre de droit du conseil d'administration.□□« La présidence du conseil d'administration des établissements communaux est assurée par le maire, celle du conseil d'administration des établissements départementaux par le président du conseil général.□□« Toutefois, le président du conseil général ou le maire peut renoncer à la présidence du conseil d'administration pour la durée de son mandat électif. Dans ce cas, son remplaçant est élu par et parmi les membres mentionnés au 1° et au 3° ci-dessus.□□« Le président du conseil d'administration désigne, parmi les représentants des catégories mentionnées au 1° et au 3°, celui qui le supplée en cas d'empêchement.□□« Dans les établissements intercommunaux et interdépartementaux, le président du conseil d'administration est élu par et parmi les représentants des catégories mentionnées au 1° et au 3°. »□□VIII. - L'article L. 6143-6 est modifié ainsi qu'il suit :□□a) Le 4° est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :□□« 4° S'il est lié à l'établissement par contrat ; toutefois, cette incompatibilité n'est opposable ni aux personnes ayant conclu avec l'établissement un contrat mentionné aux articles L. 1110-11, L. 1112-5 et L. 6134-1, ni aux membres prévus au 2° et au huitième alinéa de l'article L. 6143-5 ayant conclu un contrat mentionné aux articles L. 6142-3, L. 6142-5, L. 6145-16, L. 6146-10, L. 6152-4 et L. 6154-4 ; »□□b) Au 5°, les mots : « de la commission du service de soins infirmiers » sont remplacés par les mots : « de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques » ;□□c) Après le 5° sont insérés un 6° et un 7° ainsi rédigés ;□□« 6° S'il est membre du conseil exécutif à l'exception du président de la commission médicale d'établissement, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale intéressée ou, en cas de pluralité d'unités de formation et de recherche, du président du comité de coordination de l'enseignement médical ;□□« 7° S'il exerce une autorité sur l'établissement en matière de tarification ou s'il est membre de la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation ; »□□d) Au dernier alinéa, les mots : « ou au vice-président » sont supprimés.□□IX. - Après l'article L. 6143-6, il est inséré un article L. 6143-6-1 ainsi rédigé :□□« Art. L. 6143-6-1. - Dans les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux, le conseil exécutif, présidé par le directeur, associe à parité :□□« 1° Le directeur et des membres de l'équipe de direction désignés par celui-ci ;□□« 2° Le président de la commission médicale d'établissement et des praticiens désignés par celle-ci, dont au moins la moitié doivent exercer les fonctions de responsables de pôles d'activité, ainsi que, dans les centres hospitaliers universitaires, le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou, en cas de pluralité d'unités de formation et de recherche, le président du comité de coordination de l'enseignement médical.□□« En outre, dans les centres hospitaliers universitaires, le président du comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique prévu à l'article L. 6142-13 assiste avec voix consultative aux séances du conseil exécutif.□□« Lorsque le président de la commission médicale d'établissement est en même temps directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou président du comité de coordination de l'enseignement médical, la commission médicale d'établissement désigne un de ses membres pour le remplacer.□□« Le conseil exécutif :□□« 1° Prépare les mesures nécessaires à l'élaboration et à la mise en oeuvre du projet d'établissement et du contrat pluriannuel et, à ce titre, les délibérations

prévues à l'article L. 6143-1. Il en coordonne et en suit l'exécution ; □□« 2° Prépare le projet médical ainsi que les plans de formation et d'évaluation mentionnés aux 2° et 3° de l'article L. 6144-1 ; □□« 3° Contribue à l'élaboration et à la mise en oeuvre du plan de redressement prévu à l'article L. 6143-3 ; □□« 4° Donne un avis sur la nomination des responsables de pôle d'activité clinique et médico-technique et des chefs de services ; □□« 5° Désigne les professionnels de santé avec lesquels la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques prévue à l'article L. 6146-9 peut conduire des travaux conjoints dans les matières relevant de ses compétences. □□« En cas de partage égal des voix, le directeur a voix prépondérante. □□« Le nombre de membres du conseil exécutif est fixé par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement dans des limites fixées par décret. » □□X. - L'avant-dernier alinéa de l'article L. 6143-7 du même code est abrogé à compter du 1er janvier 2006. □□XI. - Après l'article L. 6143-7 du même code, il est inséré un article L. 6143-7-1 ainsi rédigé : □□« Art. L. 6143-7-1. - La protection prévue à l'article 11 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires est mise en oeuvre au bénéfice des personnels de direction des établissements mentionnés au 1° de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. » □□XII. - A l'article L. 6143-8, les mots : « à l'article L. 6143-5 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 6143-4 et L. 6143-5 ». □□XIII. - L'article L. 554-6 du code de justice administrative est remplacé par les dispositions suivantes : □□« Art. L. 554-6. - La décision de suspension des délibérations des conseils d'administration des établissements publics de santé obéit aux règles définies au 1° de l'article L. 6143-4 du code de la santé publique ci-après reproduit : □□« Art. L. 6143-4. - 1° Les délibérations autres que celles prévues aux 1° et 3° de l'article L. 6143-1 sont exécutoires de plein droit dès leur réception par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. □□« Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation défère au tribunal administratif les délibérations portant sur ces matières qu'il estime illégales dans les deux mois suivant leur réception. Il informe sans délai l'établissement et lui communique toute précision sur les illégalités invoquées. Il peut assortir son recours d'une demande de sursis à exécution. Il est fait droit à cette demande si l'un des moyens invoqués paraît de nature à justifier l'annulation de la délibération attaquée. » □

## Article 2

□□I. - Après l'article L. 6141-7-1 du même code, il est inséré un article L. 6141-7-2 ainsi rédigé : □□« Art. L. 6141-7-2. - Des conseillers généraux des établissements de santé, placés auprès du ministre chargé de la santé, assurent à sa demande, dans le cadre d'une mission de coordination financée par le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés, les attributions suivantes : □□« 1° Proposer au ministre toutes mesures propres à améliorer le fonctionnement de ces établissements et leurs relations avec les collectivités territoriales, les usagers et l'Etat ; □□« 2° Entreprendre toutes études et enquêtes portant sur la gestion administrative et financière des établissements ; □□« 3° Assurer des missions d'assistance technique, d'audit et de contrôle de gestion, que les établissements peuvent demander au ministre. □□« Les conseillers généraux des établissements de santé sont recrutés sur des emplois dotés d'un statut fonctionnel dans des conditions définies par **décret en Conseil d'Etat** parmi les fonctionnaires de catégorie A et les praticiens titulaires ou parmi les personnalités qui ont exercé des responsabilités dans des instances ou des organismes en relation avec l'hôpital ou ayant réalisé des travaux scientifiques dans le domaine de la santé publique. A la demande du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et dans les conditions prévues à l'article L. 6143-3-1, des conseillers généraux des établissements de santé peuvent être désignés par le ministre chargé de la santé pour assurer l'administration provisoire d'un établissement public de santé. » □□II. - L'article 48 de la loi n° 84-575 du 9 juillet 1984 portant diverses dispositions d'ordre social est abrogé. □

### Article 3

Le chapitre IV du titre IV du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique (partie législative) est modifié ainsi qu'il suit :  
I. - L'article L. 6144-1 est remplacé par les dispositions suivantes :  
« Art. L. 6144-1. - I. - Dans chaque établissement public de santé, il est créé une commission médicale d'établissement dotée de compétences consultatives et appelée à prendre des décisions dans des matières et dans des conditions fixées par voie réglementaire.  
II. - La commission médicale d'établissement comporte au moins une sous-commission spécialisée, créée par le règlement intérieur de l'établissement, en vue de participer par ses avis à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne :  
1° Le dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire des produits de santé mentionnés à l'article L. 5311-1 ;  
2° La lutte contre les infections nosocomiales mentionnée à l'article L. 6111-1 ;  
3° La définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et l'organisation de la lutte contre les affections iatrogènes mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 5126-5 ;  
4° La prise en charge de la douleur mentionnée à l'article L. 1112-4.  
Cette sous-commission ou ces sous-commissions spécialisées comportent, outre des membres désignés par la commission médicale d'établissement, les professionnels médicaux ou non médicaux dont l'expertise est nécessaire à l'exercice de ces missions. »  
II. - L'article L. 6144-3 est remplacé par les dispositions suivantes :  
« Art. L. 6144-3. - Dans chaque établissement public de santé, il est créé un comité technique d'établissement doté de compétences consultatives dans des matières et dans des conditions fixées par voie réglementaire. »  
III. - Après l'article L. 6144-6, il est inséré un article L. 6144-6-1 ainsi rédigé :  
« Art. L. 6144-6-1. - Le conseil d'administration peut décider, après avis conforme de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement, de constituer à titre expérimental, pour une durée de quatre ans, un comité d'établissement se substituant à ces deux instances pour donner un avis sur les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1. Le comité d'établissement est composé à parité de représentants désignés par la commission médicale d'établissement, d'une part, de représentants désignés par le comité technique d'établissement proportionnellement au nombre de sièges détenus dans cette instance par les organisations syndicales et d'un collègue des cadres, d'autre part. Le directeur préside le comité d'établissement. »

### Article 4

L'article L. 5126-5 du code de la santé publique est complété par l'alinéa suivant :  
« Toutefois, dans les établissements publics de santé, cette commission est constituée par la sous-commission créée en vue d'examiner les questions mentionnées au 3° du II de l'article L. 6144-1. Sa composition, son organisation et ses règles de fonctionnement sont fixées par le règlement intérieur de l'établissement. »

### Article 5

L'article L. 6145-16 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :  
« Art. L. 6145-16. - Les établissements publics de santé mettent en place des procédures de contractualisation interne avec leurs pôles d'activité, qui bénéficient de délégations de gestion de la part du directeur. Le contrat négocié puis cosigné entre le directeur et le président de la commission médicale d'établissement, d'une part, et chaque responsable de pôle d'activité, d'autre part, définit les objectifs d'activité, de qualité et financiers, les moyens et les indicateurs de suivi des pôles d'activité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat. La délégation de gestion fait l'objet d'une décision du directeur.  
« Les conditions d'exécution du contrat, notamment la réalisation des objectifs assignés au pôle, font l'objet d'une

évaluation annuelle entre les cosignataires selon des modalités et sur la base de critères définis par le conseil d'administration après avis du conseil de pôle, de la commission médicale d'établissement et du conseil exécutif. »

#### Article 6

Le chapitre VI du titre IV du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique (partie législative) est modifié ainsi qu'il suit : I. - Son intitulé est ainsi libellé : « Chapitre VI : Organisation interne ». II. - Les articles L. 6146-1 à L. 6146-6 sont remplacés par les dispositions suivantes : « Art. L. 6146-1. - Pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne, sous réserve des dispositions du présent chapitre. « Dans les établissements autres que les hôpitaux locaux, le conseil d'administration définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité sur proposition du conseil exécutif. Les pôles d'activité peuvent comporter des structures internes. « Les pôles d'activité clinique et médico-technique sont définis conformément au projet médical de l'établissement. Les structures internes de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que les structures médico-techniques qui leur sont associées peuvent être constituées par les services et les unités fonctionnelles créés en vertu de la législation antérieure à celle issue de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. « Pour les activités psychiatriques, le secteur peut constituer un pôle d'activité. « Par délégation du pôle d'activité clinique ou médico-technique, les services ou autres structures qui le constituent assurent, outre la prise en charge médicale des patients, la mise au point des protocoles médicaux, l'évaluation des pratiques professionnelles et des soins et le cas échéant l'enseignement et la recherche. « Art. L. 6146-2. - Dans chaque pôle d'activité, il est institué un conseil de pôle dont les attributions, la composition et le mode de fonctionnement sont fixés par voie réglementaire. « Art. L. 6146-3. - Peuvent exercer les fonctions de responsable d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique les praticiens titulaires inscrits par le ministre chargé de la santé sur une liste nationale d'habilitation à diriger un pôle. « Ils sont nommés par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement. Dans les centres hospitaliers universitaires, cette décision est prise conjointement avec le directeur de l'unité de formation et de recherche ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical. En cas de désaccord, les responsables de pôle sont nommés par délibération du conseil d'administration. Il peut être mis fin à leur mandat dans les mêmes conditions. « Le conseil d'administration définit la durée du mandat des responsables de pôle clinique et médico-technique et des responsables de leurs structures internes, ainsi que les conditions de renouvellement de leur mandat, dans des limites et selon des modalités fixées par décret. « Les conditions d'inscription sur la liste nationale d'habilitation à diriger un pôle sont fixées par voie réglementaire. « Les responsables des autres pôles d'activité, choisis parmi les cadres de l'établissement ou les personnels de direction, sont nommés par le directeur. « Art. L. 6146-4. - Peuvent exercer la fonction de chef de service les praticiens titulaires nommés par le ministre chargé de la santé sur une liste nationale d'habilitation à diriger les services mentionnés au troisième alinéa de l'article L. 6146-1. Les conditions de nomination sur la liste nationale d'habilitation à diriger un service sont fixées par voie réglementaire. Ils sont affectés par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement. Dans les centres hospitaliers universitaires, cette décision est, en outre, cosignée par le directeur de l'unité de formation et de recherche après avis du conseil restreint de gestion de l'unité de formation et de recherche. **(Décret n° 2007-1608 du 13/11/2007)** « Il peut être mis fin à leur mandat dans les mêmes conditions. « Art. L. 6146-5. - Les praticiens titulaires responsables des structures internes cliniques et médico-techniques autres que les services sont nommés par les responsables de pôles d'activité clinique et médico-technique. Il peut être mis fin à leur mandat dans les mêmes conditions. « Art. L. 6146-5-1. - Les praticiens mentionnés aux articles L. 6146-4 et L. 6146-5 assurent la mise en oeuvre des missions assignées à la structure dont ils ont la responsabilité et la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée. « Art. L. 6146-6. - Le praticien responsable d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en oeuvre au sein du pôle la politique générale de l'établissement et les moyens définis par le contrat passé avec le

directeur et le président de la commission médicale d'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise avec les équipes médicales, soignantes et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement technique du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités de structure prévues par le projet de pôle. Il est assisté selon les activités du pôle par une sage-femme cadre, un cadre de santé pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences, et par un cadre administratif. » « Le praticien responsable élabore avec le conseil de pôle un projet de pôle qui prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en oeuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins. » « Les éléments d'activité et d'évaluation fournis, notamment au directeur et au président de la commission médicale d'établissement, dans le cadre de la contractualisation interne précisent l'état d'avancement du projet et comportent une évaluation de la qualité des soins. Les projets de pôle comportent des objectifs en matière d'évaluation des pratiques professionnelles. Ces objectifs et leur suivi sont approuvés par les chefs de service du pôle. » « III. - L'article L. 6146-8 est abrogé. » « IV. - L'article L. 6146-9 est ainsi rédigé : » « Art. L. 6146-9. - Dans chaque établissement, la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est confiée à un directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, membre de l'équipe de direction et nommé par le directeur. » « Une commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et composée des différentes catégories de personnels de soins, est consultée sur des matières et dans des conditions fixées par voie réglementaire. »

## Article 7

I. - Les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux mettent en place les pôles d'activité prévus à l'article L. 6146-1 du code de la santé publique au plus tard le 31 décembre 2006. Jusqu'à la mise en place des pôles d'activité clinique et médico-technique, les dispositions du code de la santé publique relatives aux services, aux départements, aux unités fonctionnelles, aux fédérations et aux structures prévues à l'article L. 6146-8 continuent à s'appliquer dans leur rédaction antérieure à la publication de la présente ordonnance. » « II. - Jusqu'à la date de publication de la liste nationale d'habilitation prévue à l'article L. 6146-4 du code de la santé publique, les chefs des services mentionnés au troisième alinéa de l'article L. 6146-1 du même code sont nommés dans les conditions définies par la législation antérieure à la publication de la présente ordonnance. » « III. - Les mandats des membres des commissions médicales des établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux, en cours à la date de publication de la présente ordonnance, sont prorogés jusqu'à l'expiration d'un délai de quatre mois suivant la constitution de l'ensemble de l'établissement en pôles d'activité clinique et médico-technique. Le cas échéant, ce délai est prolongé jusqu'à l'expiration d'un délai de quatre mois suivant la publication du décret prévu à l'article L. 6144-2 du code de la santé publique. » « Les membres des commissions médicales des établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux dont le mandat a expiré entre le 1er janvier 2005 et la publication de la présente ordonnance sans que la commission ait été renouvelée délibèrent valablement jusqu'à l'échéance définie à l'alinéa précédent. » « IV. - Par dérogation à l'article L. 6146-4 du code de la santé publique et pour une période de cinq ans à compter de la publication de la présente ordonnance, les chefs de service de la spécialité de psychiatrie sont nommés par le ministre chargé de la santé dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat. » « V. - Dans le mois qui suit la constitution de l'ensemble de l'établissement en pôles d'activité clinique et médico-technique et au plus tard le 31 janvier 2007, la commission médicale d'établissement désigne les responsables de ces pôles appelés à siéger au conseil exécutif en vertu du 2° de l'article L. 6143-6-1 du code de la santé publique. Jusqu'à cette date, lorsque le nombre de responsables de pôles au sein de l'établissement n'est pas suffisant pour satisfaire à la condition posée au 2° de l'article L. 6143-6-1 du code de la santé publique, les sièges vacants sont attribués à des chefs de services, de département ou des coordonnateurs de fédération. » « VI. - Jusqu'à la

publication de la liste nationale d'habilitation à diriger un pôle d'activité clinique ou médico-technique, au plus tard le 31 décembre 2007, les responsables de pôles sont nommés conformément aux dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 6146-3 du code de la santé publique. □ □ VII. - Dans les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux, les centres de responsabilité constitués en vertu de l'article L. 6145-16 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la date de publication de la présente ordonnance deviennent, sauf délibération contraire du conseil d'administration, des pôles d'activité. Leurs responsables poursuivent leur mandat jusqu'à la date de publication de la liste nationale d'habilitation prévue au VI du présent article. □ □ VIII. - Dans les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux qui disposent à la date de publication de la présente ordonnance d'une instance associant tout ou partie de l'équipe de direction et des praticiens en vue d'assurer au moins l'une des attributions du conseil exécutif définies à l'article L. 6143-6-1 du code de la santé publique, cette instance exerce, jusqu'à la date de renouvellement de la commission médicale d'établissement, les attributions de ce conseil dans la composition qui était la sienne à la date de publication de la présente ordonnance et nonobstant les dispositions du 6° de l'article L. 6143-6 dudit code. □ □ IX. - La commission médicale mentionnée à l'article L. 6144-1 du code de la santé publique, le comité technique d'établissement mentionné à l'article L. 6144-3 du même code et la commission mentionnée à l'article L. 6146-9 du même code continuent à exercer les attributions qui leur étaient confiées par la législation antérieure à la publication de la présente ordonnance, jusqu'à la publication du décret fixant leurs nouvelles attributions. □

□

## TITRE II □ □ DISPOSITIONS RELATIVES À L'ORGANISATION □ □ HOSPITALIÈRE ET UNIVERSITAIRE □

□ □

### Article 8

□ I. - L'article L. 6114-1 du code de la santé publique est ainsi modifié : □ □ 1° Au premier alinéa, après le mot : « durée », est inséré le mot : « maximale » ; □ □ 2° Le quatrième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes : □ □ « Des organismes concourant aux soins, des universités, des établissements publics scientifiques et technologiques ou d'autres organismes de recherche ainsi que des professionnels de santé exerçant à titre libéral, peuvent être appelés au contrat pour tout ou partie de ses clauses. En cas de pluralité d'organismes de recherche, le contrat est signé par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale. » □ □ II. - Le dernier alinéa de l'article L. 6114-3 du même code est remplacé par les dispositions suivantes : □ □ « Pour les établissements publics de santé, ces contrats précisent également les transformations relatives à leur organisation et leur gestion. Ils comportent un volet social. Dans les centres hospitaliers universitaires, le volet relatif à l'enseignement, à la recherche et à l'innovation est préparé avec les universités associées et, dans les conditions définies à l'article L. 6114-1, les organismes de recherche. » □

### Article 9

□ Le chapitre II du titre IV du livre Ier de la sixième partie du même code est modifié ainsi qu'il suit : □ □ I. - L'article L. 6142-13 est remplacé par les dispositions suivantes : **(Décret n° 2006-1355 du 7/11/2006)** □ □ « Art. L. 6142-13. - Dans chaque centre hospitalier et universitaire, il est créé un comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique consulté sur des matières déterminées par voie réglementaire, notamment sur les conditions dans lesquelles l'établissement organise sa politique de recherche conjointement avec les universités et avec les établissements publics scientifiques et technologiques ou autres organismes de recherche ayant passé une convention d'association au fonctionnement du centre hospitalier universitaire dans les conditions prévues à l'article L. 6142-5. » □ □ II. - Le 3° de l'article L. 6142-16 est abrogé. □

### □ TITRE III □ DISPOSITIONS FINANCIÈRES □

□ □

#### Article 10

□ Le chapitre V du titre IV du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique (partie législative) est modifié ainsi qu'il suit : □ □ I. - L'article L. 6145-1 est remplacé par les dispositions suivantes : □ □ « Art. L. 6145-1. - L'état des prévisions de recettes et de dépenses est établi, d'une part, en tenant compte des tarifs nationaux des prestations prévus au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, de ceux des consultations et actes mentionnés à l'article L. 162-26 du même code, de ceux des médicaments et produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du même code, des forfaits annuels prévus à l'article L. 162-22-8 du même code, de la dotation de financement des activités d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévue à l'article L. 162-22-14 du même code et, le cas échéant, des dotations annuelles prévues aux articles L. 162-22-16 et L. 174-1 du même code, ainsi que de l'activité prévisionnelle de l'établissement et, d'autre part, en cohérence avec les objectifs et les orientations du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. L'état des prévisions de recettes et de dépenses donne lieu à révision du plan global de financement pluriannuel mentionné à l'article L. 6143-2. Il est présenté par le directeur de l'établissement au conseil d'administration et voté par ce dernier. □ □ « Dans le cas où l'état des prévisions de recettes et de dépenses n'est pas approuvé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, le directeur de l'établissement présente au conseil d'administration un nouvel état des prévisions de recettes et de dépenses tenant compte des motifs du refus opposé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. □ □ « Si un nouvel état n'est pas adopté ou si ce nouvel état ne tient pas compte des motifs du refus opposé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, ce dernier arrête l'état des prévisions de recettes et de dépenses de l'établissement dans les conditions prévues à l'article L. 6145-3. □ □ « Les modifications de l'état des prévisions de recettes et de dépenses sont établies dans les mêmes conditions. □ □ « Le suivi et l'analyse de l'exécution de l'état des prévisions de recettes et de dépenses sont présentés périodiquement au conseil d'administration et transmis à l'agence régionale de l'hospitalisation. » □ □ II. - L'article L. 6145-2 est abrogé. □ □ III. - Les articles L. 6145-3 à L. 6145-5 sont remplacés par les dispositions suivantes : □ □ « Art. L. 6145-3. - Si l'état des prévisions de recettes et de dépenses n'est pas adopté par le conseil d'administration à une date fixée par voie réglementaire, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation arrête l'état des prévisions de recettes et de dépenses. Cet état a alors un caractère limitatif. □ □ « En cas de carence de l'ordonnateur, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut, après mise en demeure restée sans suite au terme d'un délai fixé par voie réglementaire, procéder au mandatement d'office d'une dépense ou au recouvrement d'une recette régulièrement inscrite à l'état des prévisions de recettes et de dépenses initial et aux décisions modificatives éventuelles. □ □ « Art. L. 6145-4. - I. - Pour permettre le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ou des autres objectifs mentionnés au code de la sécurité sociale, en cas de révision de leur montant, ou en cas de révision des tarifs des prestations mentionnées au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation demande aux établissements de délibérer sur une modification de leur état des prévisions de recettes et de dépenses prenant en compte, le cas échéant, les éléments suivants : □ □ « 1° Une modification des éléments mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ; □ □ « 2° Une modification de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-14 du même code ; □ □ « 3° Une modification de la dotation mentionnée à l'article L. 174-1 du même code. □ □ « II. - Lorsqu'il apparaît que l'évolution de l'activité réelle de l'établissement ou du niveau de ses dépenses constatées sont manifestement incompatibles avec le respect de son état des prévisions de recettes et de dépenses, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation demande à l'établissement de délibérer sur une modification de cet état tenant compte de l'écart entre l'activité réelle et l'activité prévisionnelle ou de l'écart entre les dépenses

constatées et les dépenses prévisionnelles prises en compte lors du vote de l'état des prévisions de recettes et de dépenses. » III. - A défaut d'adoption par le conseil d'administration de la décision modificative mentionnée au I ou II ci-dessus, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation modifie l'état des prévisions de recettes et de dépenses. » Art. L. 6145-5. - Dans le cadre des marchés publics les conditions de règlement des intérêts moratoires sont fixés conformément à l'article 55 de la loi n° 2001-420 du 15 mai 2001 relative aux nouvelles régulations économiques. Le comptable assignataire informe l'ordonnateur de la date de mise en paiement du principal et lui rappelle ses obligations de mandater les intérêts moratoires dans un délai de trente jours à compter de la date de mise en paiement du principal. » En cas de carence de l'ordonnateur, le comptable informe le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, qui engage alors la procédure de mandatement d'office dans des conditions fixées par voie réglementaire. » Si, dans le délai dont il dispose pour mandater les intérêts moratoires, l'ordonnateur notifie un refus d'exécution motivé par l'insuffisance des crédits disponibles, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, après avoir constaté cette insuffisance, met en demeure l'établissement d'adopter une décision modificative de l'état des prévisions des recettes et des dépenses. En cas de carence du conseil d'administration, il modifie l'état des prévisions des recettes et des dépenses et procède ensuite au mandatement d'office. » IV. - L'article L. 6145-6 est ainsi modifié : A. - Au premier alinéa, le mot : « quand » est remplacé par le mot : « quant ». B. - Au second alinéa, les mots : « les marchés passés sans formalités préalables en raison de leur montant » sont remplacés par les mots : « les marchés passés selon la procédure adaptée ». V. - L'article L. 6145-7 est ainsi modifié : A. - Les deux premiers alinéas sont ainsi rédigés : « Sans porter préjudice à l'exercice de leurs missions, les établissements publics de santé peuvent : 1° A titre subsidiaire, assurer des prestations de service, valoriser les activités de recherche et leurs résultats, exploiter des brevets et des licences dans le cadre de services industriels et commerciaux ; ». B. - Le quatrième alinéa est abrogé. VI. - L'article L. 6145-8 est ainsi modifié : A. - Le 2° est remplacé par les dispositions suivantes : 2° De mauvaise imputation comptable des dépenses ; ». B. - Après le 3° est inséré un 4° ainsi rédigé : 4° De dépenses mandatées sur des crédits irrégulièrement ouverts ou insuffisants lorsque ces crédits ont un caractère limitatif. »

## Article 11

I. - A l'article L. 1611-5 du code général des collectivités territoriales, après le mot : « locaux » sont ajoutés les mots : « ainsi que celles des établissements publics de santé ». II. - L'article L. 1617-4 du même code est ainsi modifié : 1° Les mots : « , à l'exception des établissements publics de santé » sont supprimés ; 2° L'article est complété par une phrase ainsi rédigée : « Toutefois, elles ne sont pas applicables aux établissements publics de santé, sauf disposition particulière du code de la santé publique. » III. - Il est inséré au début de l'article L. 1617-5 du même code un alinéa ainsi rédigé : « Les dispositions du présent article s'appliquent également aux établissements publics de santé. » IV. - L'article L. 6145-9 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes : Art. L. 6145-9. - Les créances des établissements sont recouvrées comme il est dit à l'article L. 1611-5 et à l'article L. 1617-5 du code général des collectivités territoriales. »

## Article 12

I. - Après l'article L. 6161-3 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6161-3-1 ainsi rédigé : Art. L. 6161-3-1. - Dans les établissements de santé privés mentionnés aux articles L. 6161-4 et L. 6161-6, lorsque le suivi et l'analyse de l'exécution de l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévus à l'article L. 6145-1 font apparaître un déséquilibre financier significatif et prolongé ou lorsque sont constatés des dysfonctionnements dans la gestion de ces établissements, et sans préjudice des dispositions relatives au contrôle des établissements prévus au chapitre VI du titre Ier du livre Ier de la sixième partie du présent code, le directeur de l'agence régionale de

l'hospitalisation adresse à la personne morale gestionnaire une injonction de remédier au déséquilibre financier ou aux dysfonctionnements constatés, dans un délai qu'il fixe. Ce délai doit être raisonnable et adapté à l'objectif recherché. » « Cette injonction peut porter sur des mesures de réorganisation, d'économie ou de cessation d'activité. » « S'il n'est pas déféré à l'injonction, l'agence régionale de l'hospitalisation peut suspendre le contrat mentionné à l'article L. 6114-1. » « II. - Le premier alinéa de l'article L. 6161-4 du même code est remplacé par les dispositions suivantes : « Les établissements de santé privés à but non lucratif ne participant pas à l'exécution du service public hospitalier, mentionnés au c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, ayant opté pour le financement par dotation globale sont, pour ce qui concerne les activités définies par les articles L. 6111-1 et L. 6111-2 et les modalités de tarification applicables, soumis aux dispositions fixées à l'article L. 6161-7. » « III. - Le premier alinéa de l'article L. 6161-7 du même code est remplacé par les dispositions suivantes : « Le dernier alinéa de l'article L. 6143-4 et l'article L. 6145-1 sont applicables aux établissements mentionnés à l'article L. 6161-6 pour ce qui concerne leurs activités de participation au service public. »

### Article 13

I. - La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 6114-4 du code de la santé publique est remplacée par les dispositions suivantes : « Les litiges relatifs à l'application des dispositions financières de ces contrats sont portés devant les tribunaux des affaires de sécurité sociale. » « II. - A l'article L. 6142-17 du même code, les mots : « le budget » sont remplacés par les mots : « l'état des prévisions de recettes et de dépenses ». « A l'article L. 6161-8 du même code, les mots : « de budget » sont remplacés par les mots : « d'état des prévisions de recettes et de dépenses ». « III. - Le 2° du A du V de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est complété d'une phrase ainsi rédigée : « Les litiges relatifs à la dotation annuelle complémentaire sont formés devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale mentionné à l'article L. 351-1 du code de l'action sociale et des familles. » « IV. - A. - En 2005, les dispositions de l'article L. 6143-7 du code de la santé publique s'appliquent dans leur rédaction antérieure à la publication de la présente ordonnance. Pour l'application en 2005 des articles L. 6122-16, L. 6142-17, L. 6143-1, L. 6143-4, L. 6145-1, L. 6145-3, L. 6145-4, L. 6145-5, L. 6161-8 et L. 6162-9 du même code, les mots : « état des prévisions de recettes et de dépenses » ou : « état » sont remplacés par le mot : « budget ». « B. - Les dispositions de l'article L. 6145-1 du même code dans leur rédaction issue de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 s'appliquent au budget de l'exercice 2005. Toutefois, pour cet exercice et par dérogation à ces dispositions, le budget est présenté par groupes fonctionnels dans les conditions prévues à cet article dans sa rédaction antérieure à la publication de la loi du 18 décembre 2003. « C. - En 2005, le contrôle du comptable s'effectue selon les modalités prévues par l'article L. 6145-8 du même code dans sa rédaction antérieure à la publication de la présente ordonnance. « V. - Dans l'attente de la notification des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 du code de la sécurité sociale, de la dotation annuelle mentionnée à l'article L. 174-1 du même code, de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-14 du même code et de la dotation annuelle complémentaire mentionnée au 2° du A du V de l'article 33 de la loi du 18 décembre 2003 susmentionnée, pour l'exercice 2005, la caisse d'assurance maladie désignée en application de l'article L. 174-2 verse aux établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale des allocations mensuelles égales au douzième de la dotation globale accordée en 2004, dans les conditions fixées en application de l'article L. 174-2 susmentionné.

TITRE IV DISPOSITIONS RELATIVES AUX CENTRES DE LUTTE CONTRE LE  
CANCER

(les dispositions du titre IV ne sont pas reproduites ici car elles ne concernent pas le sujet)

□ TITRE V □ DISPOSITIONS RELATIVES À CERTAINS PERSONNELS □ DE LA  
FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE □

□ □

**Article 15**

□ I. - La loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est modifiée ainsi qu'il suit : □ □ 1° Le 2° de son article 3 est remplacé par les dispositions suivantes : □ □ « 2° Directeur général de l'assistance publique de Marseille, directeur général des hospices civils de Lyon et directeur général des centres hospitaliers régionaux de Toulouse, Bordeaux, Nancy, Montpellier, Lille, Strasbourg. » ; □ □ 2° Le deuxième alinéa de son article 77 est remplacé par les dispositions suivantes : □ □ « Un décret fixe la liste des catégories de fonctionnaires astreints, du fait de leurs fonctions, à résider dans ou à proximité de l'établissement. Les établissements ne pouvant assurer le logement de ces fonctionnaires leur versent une indemnité compensatrice. Le décret détermine les conditions dans lesquelles ces fonctionnaires peuvent bénéficier d'avantages en nature. » □ □ II. - Après le quatorzième alinéa de l'article L. 6115-3 du code de la santé publique, il est inséré l'alinéa suivant : □ □ « Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation désigne la personne chargée d'assurer l'intérim des fonctions de directeur et de secrétaire général dans les établissements mentionnés au 1° de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986, à l'exception des centres hospitaliers régionaux et des établissements mentionnés aux articles L. 6141-5 et L. 6147-4 du code de la santé publique. » □ □ □

**Article 16**

□ I. - Le 1° de l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique est ainsi modifié : □ □ 1° Avant les mots : « de l'ordonnance n° 82-298 du 31 mars 1982 précitée », sont insérés les mots : « de l'article 4 » ; □ □ 2° Après le mot : « précitée », sont ajoutés les mots : « et, à compter du 1er janvier 2004, les deux tiers de la différence entre le traitement, l'indemnité de résidence, les primes et les indemnités de toute nature correspondant aux quotités de travail à temps partiel réellement effectuées et le traitement et les rémunérations accessoires effectivement servies aux bénéficiaires de la cessation progressive d'activité rémunérés dans les conditions prévues par l'article 2-1 de la même ordonnance ». □ □ II. - Les établissements énumérés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière versent une contribution, dont le taux est fixé par **décret** et ne peut excéder 0,6 % du montant des salaires versés au sens des chapitres Ier et II du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale, à un organisme paritaire agréé par l'Etat, chargé de la gestion et de la mutualisation de ces fonds, aux fins d'assurer le financement des études relatives à la promotion professionnelle des personnels des établissements mentionnés à l'article L. 970-5 du code du travail. Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent II. □

□ TITRE VI □ DISPOSITIONS DIVERSES □

□ □

**Article 17**

□ I. - A l'article L. 6113-9 du code de la santé publique, les mots : « à l'article L. 6114-3 » sont remplacés par les mots : « au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale

».  
II. - A l'article L. 6161-4 du même code, la référence : « L. 6114-2 » est remplacée par la référence : « L. 6114-1 », et, à l'article L. 6161-8, les mots : « aux articles L. 6114-1 et L. 6114-2 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 6114-1 ».  
III. - A. - L'article L. 6122-16 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :  
« Art. L. 6122-16. - Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut demander, dans le cadre d'une opération de restructuration ou de coopération, la suppression d'emplois médicaux et la révision du contrat d'objectifs et de moyens, et réduire en conséquence le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale ou des crédits de la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 du même code.  
« Lorsqu'il s'agit d'un établissement public de santé, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut également demander à l'établissement de délibérer sur une modification de son état des prévisions de recettes et de dépenses pour prendre en compte la modification de ses recettes et aux établissements publics de santé susceptibles de reprendre l'activité des services supprimés ou convertis de délibérer sur la création d'emplois médicaux et non médicaux.  
« A défaut de l'adoption de ces mesures dans un délai fixé par voie réglementaire par les conseils d'administration des établissements, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation prend les décisions qui rendent ces mesures exécutoires de plein droit dès leur réception par les établissements.  
« Les praticiens hospitaliers titulaires demeurent nommés sur les emplois transférés. »  
B. - Par dérogation aux dispositions de l'article L. 6122-16 du même code, entre 2005 et 2012, la réduction des dotations prévues à cet article peut porter sur les crédits prévus à la dotation annuelle complémentaire mentionnée au 2° du A du V de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.  
IV. - A. - Au premier alinéa de l'article L. 6132-3 du même code, les mots : « et V » sont remplacés par les mots : « , V et VIII ».  
B. - Après le deuxième alinéa du même article, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :  
« Pour l'application du 5° de l'article L. 6143-1 et de l'article L. 6145-16, les syndicats interhospitaliers autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé organisent leurs activités en structures permettant la conclusion de contrats internes. »  
V. - La deuxième phrase du quatrième alinéa de l'article L. 6132-7 du même code est remplacée par les dispositions suivantes :  
« Cette délégation ne peut porter sur les matières énumérées aux 1° à 3°, 5° à 8°, 10° et 12° de l'article L. 6143-1 ni sur les attributions mentionnées à l'article L. 6143-3. »  
VI. - L'article L. 6148-6 du même code est abrogé.

## Article 18

I. - L'article L. 351-1 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :  
1° Après les mots : « dotations globales », sont insérés les mots : « les dotations annuelles, les forfaits annuels, les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation » ;  
2° Après les mots : « de statut public ou privé », sont insérés les mots : « et d'organismes concourant aux soins ».  
II. - A l'article L. 351-6 du même code, après les mots : « dotations globales », sont insérés les mots : « , les dotations annuelles, les forfaits annuels ».

## Article 19

Le Premier ministre, le ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, le ministre des solidarités, de la santé et de la famille et le ministre de la fonction publique et de la réforme de l'Etat sont responsables, chacun en ce qui le concerne, de l'application de la présente ordonnance, qui sera publiée au Journal officiel de la République française.

□Fait à Paris, le 2 mai 2005.



# BIBLIOGRAPHIE

## \*\*\* MONOGRAGHIES \*\*\*

### OUVRAGES DE SOCIOLOGIE

- ⇒ Philippe ADAM et Claudine HERZLICH, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris : Nathan Université, Collection Sociologie, 1994 (*Chapitre 6: l'hôpital comme organisation et lieu de production du travail médical – page 91 à 105*)
- ⇒ Philippe BERNOUX, *La sociologie des organisations – initiation*, Paris : Editions points, collection essais, octobre 1985
- ⇒ Danièle CARRICABURU et Marie MENORET, *Sociologie de la Santé – Institutions, professions et maladies*, (*Chapitre 2: l'hôpital comme Organisation – page 27 à 39*)
- ⇒ Henri MINTSBERG, *Structure et dynamique des organisations*, Paris : Edition d'Organisation, 1982

### OUVRAGES SUR L'HOPITAL, SES PROBLEMATIQUES ET SA REFORME

- ⇒ Jean ABBAD, *Organisation et management hospitalier*, Paris : Berger-Levrault, mai 2001
- ⇒ George ARBUZ et Denis DEBROSSE, *Réussir le changement de l'hôpital*, Préface de Bernard HONORE, Paris : InterEditions, 1996
- ⇒ M. BINST, *Du mandarin au manager hospitalier*, Paris : L'Harmattan, 1990
- ⇒ Bernard BONNICI, *L'hôpital – Obligation de soins, contraintes budgétaires*, Paris : La documentation Française, Collection études de la documentation française, 2007
- ⇒ Jean-Marie CLEMENT, *Les pouvoirs à l'hôpital*, Paris : Berger-Levrault, Collection Les cahiers hospitaliers, mars 1995
- ⇒ Jean-Marie CLEMENT, *Deux ordonnances 2003-2005 : pour une réforme hospitalière*, Paris : Les Etudes hospitalières, Collection tout savoir sur, 2005
- ⇒ Jean-Marie CLEMENT, *Réflexions pour l'hôpital*, Paris : Les Etudes hospitalières, 2004

- ⇒ Olivier DUPUY, *La nouvelle gouvernance hospitalière – l'organisation en pôles d'activité*, Paris : Editions heure de France, Collection Droit Professionnel, 2007
- ⇒ Véronique FOURNIER, *L'hôpital sens dessus-dessous*, Paris : Michalon, 1996
- ⇒ André GRIMALDI, *Réinventer l'hôpital public – contre l'hôpital entreprise*, Paris : Textuel, Collection La discorde , 2005
- ⇒ Robert HOLCMAN, *La fin de l'hôpital public ?*, Paris : Lamarre,, 2007
- ⇒ Bernard KITOUS, *Soigner l'hôpital – management pour l'autonomie au quotidien*, Paris : Eres, Collection action santé, 1994
- ⇒ Jean de KERVASDOUE, *L'hôpital*, Paris : PUF, Collection Que sais-je ?, mai 2004
- ⇒ Denis LABAYLE, *Tempête sur l'hôpital*, Paris : Seuil, Collection l'Épreuve des faits, février 2002
- ⇒ Pierre LACHEZE-PASQUET et Didier STINGRE, *L'administration de l'hôpital*, 8<sup>ème</sup> édition, Paris : Berger-Levrault, Collection L'administration nouvelle, septembre 1999
- ⇒ Jean-Marie MIRAMON, Denis COUET et Jean-Bernard PATURET, *Le métier de directeur, techniques et fictions*, Paris : Editions ENSP, 3<sup>ème</sup> édition, 2005
- ⇒ Patrick MORDELET, *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé*, Paris : ENSP, 2006
- ⇒ Georges NIZARD, *L'hôpital en turbulence – Les réponses managériales à la crise des établissements de santé*, Paris : Privat, 1994
- ⇒ Dominique PELJAK, *La gestion de pôle à l'hôpital*, Paris : Les Etudes Hospitalières, Collection essentiel, 2007
- ⇒ Jean PENEFF, *L'hôpital en urgence*, Paris : Métailié, Collection Leçons de choses, 1992
- ⇒ Frédéric PIERRU, *Hippocrate malade de ses réformes*, Paris : Editions du croquant, avril 2007
- ⇒ Maurice ROCHAIN, *Les questions hospitalières – de la fin de l'ancien régime à nos jours*, Paris : Berger-Levrault, COlection Manuels B .-L. Santé, mars 1996
- ⇒ Louis ROLLAND (Sous la direction de), *L'hôpital expliqué – son organisation et son fonctionnement*, Paris : Fédération Hospitalière de France, 2007
- ⇒ Ivan SAINSAULIEU, *L'hôpital et ses acteurs – appartenances et égalité*, Paris : Belin, Collection perspectives sociologiques, 2007
- ⇒ Rose-Marie VAN LERBERGHE, *Oui, la réforme est possible !*, Paris : Albin Michel, 2007

**\*\*\* RAPPORTS OFFICIELS \*\*\***

**RAPPORTS DU MINISTERE DE LA SANTE**

- ⇒ *Mission nationale d'évaluation de la mise en place de la R.T.T. dans les établissements de santé*, Angel PIQUEMAL, novembre 2002, consultable en ligne au lien suivant : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/rtt2/index.htm>
  
- ⇒ Yvon BERLAND et Thierry GAUSSERON, *Mission "démographie des professions de santé"*, Paris : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2002, 110 pages. Consultable en ligne au lien suivant : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/024000643/0000.pdf>
  
- ⇒ Denis DEBROSSE, Antoine PERRIN et Guy VALLANCIEN, *Projet Hôpital 2007 - Mission sur la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale*, Paris : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), 3 Avril 2003, 250 pages. Consultable en ligne au lien suivant : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/034000153/0000.pdf> Dominique
  
- ⇒ DUCASSOU, Daniel JAECK et LECLERCQ Benoît, *Mission relative aux spécificités des CHU : « Restaurer l'attractivité des CHU et leur partenariat avec le monde de la santé et l'université »*, Paris : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2003, 49 pages, consultable en ligne : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/034000171/0000.pdf>
  
- ⇒ *T2A : Expériences européennes* – colloque co-organisé par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins (DHOS) et la Mission tarification à l'activité, Jeudi 10 et vendredi 11 février 2005, Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille
  
- ⇒ *L'hospitalisation et l'organisation des soins en France*, Ministère de la santé – Direction de l'ospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), Octobre 2006, (consultable en ligne au lien suivant :  
⇒ [http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/chiffrescles\\_dhos/rapport\\_2006.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/chiffrescles_dhos/rapport_2006.pdf))
  
- ⇒ *Présentation de la réforme de la gouvernance hospitalière*, DHOS, Janvier 2007, 113 pages : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/gouvernance/gouvernance.pdf>
  
- ⇒ *Etude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière*, Tome 2, « Monographie de 10 étiers et groupes de métiers sensibles », Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports et éditions ENSP, 2007 (disponible en ligne : [http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/fonction\\_publ\\_hosp/edutes\\_prospectives/tome2.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/fonction_publ_hosp/edutes_prospectives/tome2.pdf))

## **RAPPORTS DU CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL**

- ⇒ *L'hôpital public en France : Bilan et perspectives*, Eric MOLINIÉ, Conseil économique et social, Section des affaires sociales, Année 2005, n°10, Mardi 28 juin 2005 (disponible en ligne : <http://www.ces.fr/rapport/doclon/05062810.pdf>)

## **RAPPORTS DE L'INSPECTION GENERALE DES FINANCES (IGAS)**

- ⇒ *Gestion des praticiens hospitaliers*, rapport présenté par Charles de BATZ, Françoise LALANDE et Gérard LAURAND, Inspection générale des affaires sociales, Rapport n°2002.143, décembre 2002
- ⇒ *Contrôle du centre hospitalier des Pyrénées à Pau*, rapport présenté par Fernand LORANG et Sylvain PICARD, Inspection générale des affaires sociales, Rapport n°2005-020, Avril 2005

## **RAPPORTS CONJOINTS DE L'INSPECTION GENERALE DES FINANCES (IGF) ET DE L'INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES (IGAS)**

- ⇒ *Rapport d'enquête sur le pilotage des dépenses hospitalières*, François Merceau, Sylvie Boutereau Tichet, Gautier Magne, Henri Guillaume, Marguerite Bérard, Gilles Clavreul et Guillaume SARLAT, rapport de l'IGF n°2005-137, rapport de l'Inspection générale des finances n°2005-M-021-02

## **RAPPORTS DE LA COUR DES COMPTES**

- ⇒ *Les personnels des établissements publics de santé*, Cour des comptes, Rapport public thématique, Mai 2006

## **RAPPORTS PARLEMENTAIRES**

- ⇒ *Rapport d'information sur la réforme du financement des établissements de santé*, Alain Vasseur, Sénateur, au nom de la commission des affaires sociales, rapport n°298, session ordinaire de 2005-2006, 6 avril 2006
- ⇒ *Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital*, René COUANAU, Député, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, rapport n°714, douzième législature, 19 mars 2003

## **RAPPORTS DE LA DRESS**

- ⇒ *Les conditions de travail dans les établissements de santé*, Dossiers solidarité et santé, Hors-série 2007

## DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE

- ⇒ Nicolas JOUNIN et Loup WOLFF (Centre d'études de l'emploi), *Les relations hiérarchiques en établissement de santé, Dossiers solidarité et santé*, Hors-série 2007 : « *Les conditions de travail dans les établissements de santé* », page 23 à 40
- ⇒ Anne VEGA, Chercheur à l'École des hautes études en Sciences sociales (EHESS), *Perceptions du travail et identité professionnelle chez les médecins salariés et libéraux*, dans *Dossiers solidarité et santé*, Hors-série 2007 : « *Les conditions de travail dans les établissements de santé* », page 41 à 50

## ESPRIT

- ⇒ François CREMIEUX, « *Introduction. Silence, on bouge !* », Dossier « *L'hôpital en mouvement* », *Esprit*, n°331, Janvier 2007, pages 6 à 10
- ⇒ Jean-Pierre D'HALLUIN, François MAURY, Jean-Claude PETIT et Chantal DE SINGLY, « *Pouvoirs et organisation à l'hôpital* », Dossier « *L'hôpital en mouvement* », *Esprit*, n°331, Janvier 2007, pages 14 à 32

## ETUDES

- ⇒ Pierre PANEL, « *L'hôpital public - ses contradictions, ses mutations* », *Etudes* n°4074, Octobre 2007, page 319 à 330

## LE DEBAT, HISTOIRE, POLITIQUE ET SOCIETE

- ⇒ *L'hôpital public en péril*, Robert HULCMAN, *Le débat - histoire, politique, société*, Editions Gallimard, n°146, septembre - octobre 2007, page 148 à 156

## MUTATION

- ⇒ Maurice LEMOINE, « *Le blues des blouses* », in Michel CREPU et Aline HOUDY, *L'hôpital à vif*, Paris : Autrement, *Série Mutation* n°109, septembre 1989, page 155 à 161

## REVUE FRANÇAISE DES AFFAIRES SOCIALES

- ⇒ Geneviève PICOT, « *Entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : un rapport social instable - le cas de deux services hospitaliers* », *Revue française des affaires sociales* n°1, 59ème année, janvier-mars 2005: *Dynamiques professionnelles dans le champ de la santé*, pages 83 à 100
- ⇒ Magali ROBELET, Marina SERRÉ et Yann BOURGUEIL, « *La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles* », *Revue française des affaires sociales* n°1, 59ème année, janvier-mars 2005: *Dynamiques professionnelles dans le champ de la santé*, pages 233 à 260

## REVUE FRANÇAISE DE SOCIOLOGIE

- ⇒ Patrick CASTEL, « *Le médecin, son patient et ses pairs - une nouvelle approche de la relation thérapeutique* », *Revue française de sociologie*, 46-3, 2005, pages 443 à 467
- ⇒ Isabelle FERONI et Anémone KOBER-SMITH, « *La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande Bretagne* », *Revue française de sociologie*, 46-3, 2005, pages 469 à 494

## SOINS CADRES DE SANTE

- ⇒ Régine DELPLANQUE, « *Les enjeux de la nouvelle gouvernance* », *La nouvelle gouvernance, Soins cadres de santé* n°63, août 2007, page 15
- ⇒ Carène PONTE, « *Les textes réglementaires de la nouvelle gouvernance hospitalière* », *La nouvelle gouvernance, Soins cadres de santé* n°63, août 2007, page 16
- ⇒ Michel CARSIN, « *Hôpital 2007, une réforme ambitieuse mais complexe* », *La nouvelle gouvernance, Soins cadres de santé* n°63, août 2007, page 22
- ⇒ Barbara ROBERT, « *Comment conserver une stratégie d'action collective avec Hôpital 2007 ?* », *La nouvelle gouvernance, Soins cadres de santé* n°63, août 2007, page 24
- ⇒ Henri ANTHONY-GERROLDT, « *Mise en place des pôles d'activité au CHU de Dijon et impact sur les fonctions d'encadrement des soins* », *La nouvelle gouvernance, Soins cadres de santé* n°63, août 2007, page 28
- ⇒ Jean-Marie CLEMENT, « *Résolution ou exacerbation des conflits avec le Plan Hôpital 2007 ?* » *La nouvelle gouvernance, Soins cadres de santé* n°63, août 2007, page 35

## TECHNIQUES HOSPITALIERES

- ⇒ Jean LEFEVRE, « *Le plan Hôpital 2007 et ses objectifs* », *Techniques hospitalières – La revue des technologies de la santé*, n°685, 59ème année, mai-juin 2004, page 18 à 28

\*\*\* SONDAGES TNS SOFRES \*\*\*

- ⇒ Fédération hospitalière française – TNS Sofres, *Les français et l'hôpital*, 11 mai 2006. Résultats téléchargeables sur [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr), synthèse disponible au lien suivant : [http://www.tns-sofres.com/etudes/pol/240504\\_hopital\\_n.htm](http://www.tns-sofres.com/etudes/pol/240504_hopital_n.htm).
- ⇒ Sondage SOFRES/FHF, « *Enquête d'opinion auprès des praticiens hospitaliers* » - décembre 2005, Département stratégies d'opinion – Pôle Management, Commandé par la Fédération hospitalière de France, page 34. Consultable en ligne au lien suivant : <http://www.fhf.fr/dossiers/dossiers-fiche.php?id=1566&p=14&r=54>

\*\*\* THESES ET MEMOIRES \*\*\*

- ⇒ Robert HOLCMAN, *L'ordre sociologique, élément structurant de l'organisation du travail – l'exemple des bureaucraties professionnelles : ordres soignant contre ordre dirigeant à l'hôpital*, Thèse de doctorat de Sciences de gestion, Directeur de recherche : M. Jean de Kervasdoué, Paris : Conservatoire national des arts et métiers, soutenue publiquement le 28 février 2006. Consultable en ligne au lien suivant : <http://www.robertholcman.net/these.php>
- ⇒ Yann LEQUET, *L'hôpital organisé en pôles médicaux, l'apprentissage de la « nouvelle gouvernance » : l'expérience du Centre Hospitalier Universitaire de Dijon*, Mémoire de l'Ecole nationale de santé publique, Directeur d'hôpital, promotion 2005
- ⇒ Jérôme MALFROY, *Mécanique des tableaux de bord en Tarification à l'activité : analyse des tableaux utilisés au Centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône*, Mémoire de l'Ecole nationale de santé publique, Directeur d'hôpital, promotion 2005
- ⇒ David RIVIERE, *Connaissances des coûts et tarification à l'activité : une analyse par les processus. L'exemple des chimiothérapies au centre hospitalier du MANS*, Mémoire de l'Ecole nationale de santé publique, Directeur d'hôpital, promotion 2004
  
- ⇒ *Dossier de presse*, enquête réalisée par la Conférence nationale des présidents de CME de CH de juin à Octobre 2006 sur la mise en place de la nouvelle gouvernance dans 100 centres hospitaliers généraux et coordonnée par le Docteur Edouard BICHIER, Secrétaire de la conférence nationale des Présidents de CME de CH

\*\*\* EMISSIONS DE TELEVISION \*\*\*

- ⇒ « *L'hôpital : comment ça ne marche pas* », *C'est dans l'air*, émission du 15 janvier 2008 , [http://www.france5.fr/c-dans-l-air/index-fr.php?page=resume&id\\_article=109](http://www.france5.fr/c-dans-l-air/index-fr.php?page=resume&id_article=109)
- ⇒ « *La grogne dans les hôpitaux* », *C'est-à-dire ?!*, émission du 7 janvier 2008, [http://www.france5.fr/c-a-dire/index-fr.php?id\\_article=205&page=émission](http://www.france5.fr/c-a-dire/index-fr.php?id_article=205&page=émission)

\*\*\* ARTICLES DE JOURNAUX \*\*\*

- ⇒ Delphine CHARDON, « *Un rapport explosif sur les dépenses hospitalières – La T2A, inflationniste, doit marquer un pas selon l'IGAS et l'IGF* », *Le Quotidien du Médecin* n°7861, Lundi 12 décembre 2005, page 5. Plus d'informations aux liens suivants : <http://www.smarnu.org/images/para/qdm-t2ainflationniste-12-12-05.pdf>
- ⇒ André GRIMALDI, Thomas PAPO et Jean-Paul VERNANT, « *Traitement de choc pour tuer l'hôpital public* », *Le Monde diplomatique* n°647, Février 2008, pages 4 et 5. Article consultable en ligne au lien suivant : <http://www.monde-diplomatique.fr/2008/02/GRIMALDI/15627>

- ⇒ Emmanuel CUNY, « *L'hôpital et les 35 heures* », *Les Echos*, Dimanche 6 avril 2008, <http://www.lesechos.fr/info/analyses/4656547.htm>
- ⇒ Yann PHILIPPIN, « *Des mesures chocs pour sauver l'hôpital* », *Le journal du Dimanche*, le 6 avril 2008, page 15
- ⇒ Olivier AUGUSTE et Béatrice TAUPIN, « *Larcher veut libérer l'hôpital de ses carcans* », *Le Figaro*, le 10 avril 2008. Article consultable en ligne au lien suivant : <http://www.lefigaro.fr/sante/2008/04/10/01004-20080410ARTFIG00006-larcher-veut-liberer-l-hopital-de-ses-carcans.php>

\*\*\* TEXTES DE LOI \*\*\*

- ⇒ Décret n°43-891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics. Consultable en ligne au lien suivant : <http://www.droit.org/jo/20030527/SANP0321523D.html>
- ⇒ Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. Consultable en ligne au lien suivant : [http://legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=478156D69F556AFF70D0BB2430E8D9DD.tpdjo08v\\_3?cidTexte=JORFTEXT000000874228&idArticle=LEGIARTI000006695637&dateTexte=20080512&categorieLien=id](http://legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=478156D69F556AFF70D0BB2430E8D9DD.tpdjo08v_3?cidTexte=JORFTEXT000000874228&idArticle=LEGIARTI000006695637&dateTexte=20080512&categorieLien=id)
- ⇒ Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000398298&dateTexte=>
- ⇒ Décret n°2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôles d'activité et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). JO n°301, 28 décembre 2005, p. 20112, texte n°115, nouvel article R. 6146-1 CSP. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000456162&dateTexte=>
- ⇒ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. J.O. Numéro 102 du 3 Mai 2005, Page 7626 à 7635, consultable en ligne au lien suivant : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000606537&dateTexte=>
- ⇒ Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 2005-1516 du 8 décembre 2005 relative aux échanges électroniques entre les usagers et les autorités administratives et entre les autorités administratives, JORF n°286 du 9 décembre 2005 page 18985, texte n° 8. Consultable en ligne au lien suivant : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000636231&dateTexte=>

\*\*\* SITES INTERNET \*\*\*

- ⇒ <http://www.hcsp.fr>
- ⇒ <http://www.senat.fr>
- ⇒ <http://www.assemblée-nationale.fr>
- ⇒ <http://www.oecd.org>
- ⇒ <http://hospimedia.fr>
- ⇒ <http://oms.org> (organisation mondiale de la santé)
- ⇒ <http://www.irdes.fr/> (institut de recherche et documentation en économie de la santé)
- ⇒ <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr>
- ⇒ <http://www.ammppu.org/> (association médicale mosellane de perfectionnement post universitaire). Le site comporte une page intitulée « Littérature et médecine »<sup>293</sup>, sur laquelle les médecins membres du site peuvent poster leurs fiches de lectures lorsqu'elles ont trait au traitement de thèmes médicaux dans la littérature. On y trouve pêle-mêle des réflexions sur des ouvrages aussi variés qu' *Influence de l'asthme sur l'œuvre de Marcel Proust* de Gordes Rivane, *Le Canon de la Médecine* d'Avicenne ou encore *Le Médecin de Compagne* d'Honoré de Balzac.
- ⇒ <http://www.has-sante.fr> (portail internet de la haute autorité de santé)
- ⇒ <http://www.hopital.fr> (site d'information destiné aux usagers de l'hôpital mis en place par la FHF) et notamment le portail [http://www.hopital.fr/html/hopital/l\\_hopital\\_comment\\_ca\\_marche/index.html](http://www.hopital.fr/html/hopital/l_hopital_comment_ca_marche/index.html), sur lequel on peut trouver des fiches synthétiques sur la structure du système hospitalier français, etc.)
- ⇒ <http://www.fhf.fr/> (site de la fédération hospitalière de France)
- ⇒ <http://www.robertholcman.net> (site personnel de Robert Holcman)
- ⇒ <http://monsite.orange.fr/actualitedelhopital> (site personnel d'Alain Le Hyaric)

---

<sup>293</sup> <http://www.ammppu.org/litterature/index.htm>



# LISTE DES PERSONNES INTERROGÉES

**Monsieur James BRODEUR**, Président du Syndicat SMARNU (Syndicat des médecins anesthésistes réanimateurs non universitaires)

*Entretien téléphonique le 5 mars 2008*

**Mademoiselle Constance CAVROT**, Etudiante de quatrième année en Médecine à Lille 2 et externe au CHR Calmette

*Entretien le 25 janvier 2008*

**Madame Jacqueline COHEN**, Praticien hospitalier anesthésiste réanimatrice à l'hôpital Beaujon (hôpital faisant partie de l'AP-HP)

*Entretien téléphonique le 25 janvier 2008*

**Monsieur Jean-François CROS**, Directeur adjoint au CH d'Arras

*Entretien le 26 mars 2008*

**Monsieur Philippe CHAMBAUD**, Interne en psychiatrie au CHRU de Lille

*Entretien le 23 juin 2008*

**Monsieur Bernard DELEATER**, Secrétaire général de l'ARH de Lille

*Entretien le 30 novembre 2007*

**Monsieur Didier DELEFOSSE**, Praticien hospitalier anesthésiste réanimateur à l'hôpital Beaujon (hôpital faisant partie de l'AP-HP)

*Entretien téléphonique le 25 janvier 2008*

**Monsieur François DOUCHAIN**, Chef du service de pédiatrie du CH d'Arras et responsable syndical

*Entretien le 26 mars 2008*

**Monsieur Didier DUBOIS**, Chef du service de réanimation au CH d'Arras

*Entretien le 26 mars 2008*

**Monsieur Francis FELLINGER**, Président de la conférence des présidents de CME et Président de la CME du centre hospitalier de Haguenau

*Entretien téléphonique le 30 janvier 2008*

**Monsieur Georges FIORE**, Directeur économique du CH de Laon

*Entretien le 26 mars 2008*

**Monsieur Pierre GEVAERT**, Médecin anesthésiste à l'AHNAC (Association hospitalière Nord Artois clinique) à Hénin-Beaumont

*Entretien le 8 mars 2008*

**Madame Danièle GOUMARD**, Secrétaire générale du Syndicat des médecins anesthésistes réanimateurs non universitaires (SMARNU)

*Entretien le 5 mars*

**Madame Nathalie KACZMAREK**, Cadre supérieure de santé au CH d'Arras  
*Entretien le 26 mars 2008*

**Monsieur Alain LE HYARIC**, Responsable du pôle médico-économique et médico-technique au CH de Montereau (77)  
*Entretien téléphonique le 26 janvier 2008*

**Madame Anne-Carine LESCARMONTIER**, Attachée de coopération linguistique à l'Ambassade de France en Suède et mère d'une petite Poppie suivie pour une méningite à l'hôpital Karolinska de Stockholm  
*Entretien le 16 janvier 2008*

**Monsieur Pascal MACQ**, Technicien au service informatique du CH d'Hénin-Beaumont, responsable syndical de cet établissement et membre de son Conseil d'administration  
*Echange d'e-mails le 24 janvier 2008*

**Mademoiselle Emilie MORETTI**, Etudiante de troisième année en Médecine à Lille 2  
*Entretien le 23 janvier 2008*

**Monsieur Régis NACRY**, Praticien hospitalier anesthésiste réanimateur, Chef du service anesthésie et chef du pôle « anesthésie – réanimation – bloc » au CH d'Arras  
*Entretien le 26 mars 2008*

**Monsieur Hans NAVER**, Neurologue à l'hôpital d'Uppsala (Suède)  
*Entretien le 21 février 2008*

**Madame Françoise NOEL**, Infirmière en pneumologie à la polyclinique d'Hénin-Beaumont  
*Entretien le 1<sup>er</sup> Mars 2008*

**Madame Catherine PAUGAM-BURTZ**, Praticien Hospitalier anesthésiste réanimatrice à l'hôpital Beaujon (hôpital faisant partie de l'AP-HP)  
*Entretien téléphonique le 25 janvier 2008*

**Monsieur Claude PAYEN**, Directeur des ressources humaines du CHR d'Hénin-Beaumont  
*Entretien le 23 janvier 2008*

**Monsieur Patrick PELLOUX**, Président de l'Association des médecins urgentistes de France (AMUF) et Adjoint au chef des urgences à l'hôpital Saint-Antoine à Paris  
*Entretien téléphonique le 5 mars 2008*

**Madame Erna PETTERSSON**, Médecin chef à l'hôpital Karolinska de Stockholm  
*Entretien le 19 février 2008*

**Madame Sabine RIVAT**, Infirmière, CH de Valenciennes  
*Entretien le 11 février 2008*

**Monsieur Philippe RIVAT**, Cardiologue à la clinique...  
*Entretien le 11 février 2008*

**Madame Nadine SWEERTVARGHER**, infirmière du CHRU de Lille à la retraite  
*Entretien téléphonique le 22 janvier 2008*

**Monsieur Jean TONDELIER**, chef du service pharmacie du CH d'Hénin-Beaumont de 1985 à 1996  
*Entretien le 19 mars 2008*



## VERS UNE NOUVELLE CULTURE A L'HOPITAL PUBLIC ?

Au début du mémoire, nous sommes au cœur des problématiques et relativement loin des solutions. Un très bon système de santé envié par le monde extérieur ayant la confiance du public ! Pourtant les médias et les acteurs de la santé, malgré de nombreuses réformes, mettent aujourd'hui en avant « d'insurmontables problèmes de cultures et sous cultures », voire des conflits d'intérêt, une inorganisation fatigante, une survie difficile de l'hôpital public ! Confusion des rôles, absence de pouvoir hiérarchique précis, démotivation des acteurs. Il est sûr comme l'indique l'auteur dès les premières pages avec courage et lucidité, que son mémoire consacré à la mise en place de la nouvelle gouvernance et des pôles au sein de l'hôpital ne plaira pas à certains : « il faut changer les organisations et non demander plus de moyens » nous dit-elle, faisant référence à plusieurs auteurs et aux chiffres.

L'auteur a interviewé certains acteurs incontournables et grands connaisseurs de l'hôpital, et nous sommes obligés de les croire. En effet, avec la tarification à la pathologie (T2A), le séjour patient est devenu une valeur marchande dont les financeurs, l'état, l'assurance maladie en particulier et de nombreux patients refusent l'augmentation des coûts. Les praticiens hospitaliers dans leur grande majorité comme de nombreux directeurs n'ont pas été formés à cette réalité économique inéluctable, comme le confirment les interviews retranscrites. Ils sentent quelque chose de différent, une rupture « idéologique » assez nette. Et si le monde de la santé se marchandisait ? Et si le responsable de pôle devenait « un commercial » ? Qu'elles sont les intentions des uns et des autres, Directeur, président de CME, et législateur ?

Les extraits et interviews montrent que l'accueil de la réforme par les acteurs est très variable, mais n'a pas eu d'effet fédérateur des uns vis-à-vis des autres, nous indique l'auteur du mémoire : chacun « avance des arguments divers, plus ou moins recevables ». Est-ce la fin du service public à la française ? Avec le paiement à la pathologie (T2A) le séjour patient est devenu une valeur marchande, ce qui modifie le discours des acteurs de l'hôpital, entraînant une acculturation sans doute provisoire. Après une période de réflexions et de discussions sur l'optimisation de la politique de management ou sur l'organisation des services et maintenant des pôles, il reste à espérer le développement d'une « nouvelle culture » commune à l'ensemble des acteurs hospitaliers.

Pour toutes les réformes il en est ainsi des effets biaisés au long cours et c'est pour cela, vraiment pour cette franchise sociologique de l'auteur que le mémoire, à la bibliographie abondante, aux extraits mordants et souvent caricaturaux, est au fil des pages un excellent état des lieux 2008 de la mise de la nouvelle gouvernance, démontrant « un processus amer d'acculturation » difficile mais très utile des acteurs du secteur hospitalier. Les mémoires suivants seront indispensables pour en savoir plus sur la durée de ces mariages de raison, d'amour et d'intérêt aujourd'hui et récemment contractés entre services dans presque tous les hôpitaux publics.

**Dr Alain LE HYARIC**  
**Codirecteur du mémoire**

**Responsable du pôle médico-économique du CH de Montereau 77**