



HAL
open science

**Les réformes hospitalières à l'épreuve de la pratique.
Contribution à une théorie sociologique du changement
par la loi**
Alexis Mazade

► **To cite this version:**

Alexis Mazade. Les réformes hospitalières à l'épreuve de la pratique. Contribution à une théorie sociologique du changement par la loi. Science politique. 2013. dumas-00976771

HAL Id: dumas-00976771

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00976771>

Submitted on 30 Apr 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



U – PANTHÉON - SORBONNE – 1
UNIVERSITÉ PARIS 1

**LES RÉFORMES HOSPITALIÈRES À
L'ÉPREUVE DE LA PRATIQUE**

*Contribution à une théorie sociologique du changement
par la loi*

Alexis Mazade

Master 2 Recherche. Sociologie des Institutions politiques

Sous la direction de Monsieur Le Professeur Daniel Gaxie

2012-2013

CHAPITRE INTRODUCTIF	5
CHAPITRE 2. L'ORGANISATION HOSPITALIÈRE	40
<u>Section 1. La division du travail hospitalier</u>	41
§I. La division horizontale du travail hospitalier.....	42
A. La frontière professionnel/profane.....	42
B. La complémentarité des domaines d'activité.....	43
§II. L'importance du service.....	45
A. Une multitude de services aux logiques différenciées.....	45
B. Des relations d'interdépendance faibles.....	47
§III. L'organisation des services de soins.....	48
A. La division verticale du travail médical.....	48
B. Des hiérarchies entre spécialités médicales.....	51
<u>Section 2. Des lignes d'autorité multiples</u>	53
§I. Une double ligne d'autorité.....	54
A. Les médecins, une autorité de type « charismatique ».....	54
B. Les directions administratives, une autorité de type « bureaucratique ».....	55
§II. Des catégories dominantes aux trajectoires sociales inversées	57
A. L'évolution de la profession médicale.....	57
B. Directeur d'hôpital, une trajectoire sociale ascendante.....	59
§III. Des lignes d'autorité extérieures à l'hôpital.....	61
A. Le pouvoir mayoral.....	62
B. Le pouvoir tutélaire.....	63
CHAPITRE 3. L'ÉMERGENCE D'UN NOUVEAU MODÈLE HOSPITALIER ?	65
<u>Section 1. Les changements législatifs et réglementaires</u>	65
§I. Le plan « Hôpital 2007 ».....	66

A. La tarification à l'activité.....	66
B. Le « volet gouvernance ».....	69
1. Les pôles d'activité.....	69
2. La mise en place des comités exécutifs.....	71
§II. La loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire (HPST).....	71
A. La redéfinition des compétences des instances de représentation.....	71
B. Un projet d'organisation sanitaire renouvelé.....	73
<u>Section 2. Les changements intervenus dans le cadre des réformes</u>	75
§I. La « Nouvelle gouvernance » : un ensemble de réformes stratégiques.....	76
A. L'évolution de la pratique médicale.....	76
B. La suppression de l'asymétrie d'information.....	80
§II. L'introduction d'une logique de rentabilité.....	83
A. La recherche de rentabilité dans les services de soins.....	83
B. Des impératifs de rentabilité pour les directions administratives.....	87
§III. Des redéfinitions de compétence.....	90
A. Directeurs d'hôpitaux : une revalorisation de compétence au détriment des élus	90
B. Le renforcement des tutelles administratives.....	93
C. La perte d'influence de la Commission Médicale d'Établissement.....	97
CHAPITRE 4. L'INÉGALE EFFICACITÉ DES RÉFORMES HOSPITALIÈRES	102
<u>Section 1. Les limites aux changements organisationnels</u>	104
§I. Une mise en œuvre non homogène.....	105
A. Un contexte de mise en œuvre défavorable.....	106
1. Une mise en œuvre dépendante de l'intérêt des acteurs.....	106
2. Une réception négative des réformes.....	107
3. Les « possibilités objectives » de mise en œuvre : de l'affichage à la réalité.....	108
B. La variable dispositionnelle.....	111
1. Le pôle mère enfant.....	112
2. Le changement de directeur général.....	115
C. L'aspect politique de la mise en œuvre.....	118

§II. La volonté de conservation des pouvoirs dominants.....	121
A. Chef de pôle : un pouvoir de façade.....	122
B. La non délégation budgétaire des directions administratives.....	127
<u>Section 2. Directeur général : une revalorisation des compétences illusoire</u>	132
§I. Les ressources des catégories dominantes dans le processus de décision.....	134
A. Les ressources du pouvoir médical.....	134
1. Un pouvoir d'expertise.....	135
2. Une large représentation au directoire.....	136
a. Le président de la CME.....	136
b. Les autres médecins représentés.....	138
3. Les ressources extérieures.....	140
a. Les ressources dans le champ de la santé.....	140
b. Les ressources politiques.....	141
B. Les ressources du député-maire-Président du Conseil de surveillance.....	141
1. Le pouvoir politique local.....	142
2. Le pouvoir politique national.....	143
§II. La nécessité d'un accord tacite.....	145
A. L'hôpital : un ordre négocié.....	145
B. La forme de l'informel.....	148
§III. La réduction de la marge de manœuvre des directeurs d'hôpitaux.....	150
A. Le renforcement des instances de tutelle.....	151
B. L'unique marge de manœuvre des directeurs : les catégories subordonnées.....	153
 CONCLUSION	 157
 ANNEXES	 160
 BIBLIOGRAPHIE	 226

Chapitre I : Introduction générale

« Nous ne transformerons jamais la société au gré de nos désirs. Parce que la société, les rapports humains, les systèmes sont trop complexes. Parce qu'aussi nous n'aurions mobilisé qu'une volonté abstraite, désincarnée, la rêverie éveillée de nos concitoyens : cette volonté, cette rêverie, ne gouvernent jamais réellement la pratique »¹.

Chaque institution qu'incorpore nos sociétés complexes se voit confronter durant son existence à de nombreuses transformations. Rarement naturels dans nos institutions, les changements sont le plus souvent le résultat d'une mobilisation d'un ensemble hétérogène d'acteurs dans le temps long. Si les réformes représentent un enjeu majeur pour les gouvernants qui tentent de les faire advenir en acte, leurs volontés ne suffisent pas toujours à changer les organisations complexes.

Le changement peut prendre des formes multiples. Il constitue en lui-même une énigme. L'appréhender dans ses différentes composantes a toujours représenté un défi pour les sciences sociales, d'autant que, comme le remarque Patrick Hassenteufel, le plus souvent, « changements et non changements se mêlent et conduisent à des hybridations complexes »². Il incorpore des temporalités multiples³, souvent construites. Il fait coexister de nombreux mécanismes complexes qui n'ont de sens que dans l'espace social au sein duquel il tente de s'incarner.

Analyser les différentes formes que peut revêtir le changement dans un secteur d'action

1 Michel Crozier, *On ne change pas la société par décret*, Paris, Grasset, 1979, p. 9.

2 Patrick Hassenteufel, *Sociologie politique : l'action publique*, Paris, Armand Colin, 2ème édition, 2011, p. 244.

3 Le changement peut être symbolique avant de s'incarner dans des pratiques, notamment du fait de la rhétorique politique.

publique confronté à des processus réformateurs, ainsi que ses possibles limites, prend alors tout son sens. L'institution hospitalière, « au centre des aspirations contradictoires de nos contemporains »⁴, constituera notre objet de recherche.

A l'hôpital, « les réformes ont été le plus souvent imposées du dehors que réclamées du dedans »⁵. Si l'on considère l'institution hospitalière, la décennie qui s'achève fut riche en réformes. Ce moment « d'accélération » des réformes en matière de santé justifie ainsi une analyse sociologique centrée sur les formes du changement à l'hôpital, pour observer sur le terrain, ce que la loi peut réellement changer dans un secteur d'action publique. D'autant que l'hôpital, « produit d'une longue et chaotique histoire, a pour lui l'inertie de l'institution, et le changer, ne serait-ce qu'à la marge, exige un capital politique important et une persévérance sans faille »⁶.

Les réformes, qu'elles soient d'origines législatives ou réglementaires, représentent pour les gouvernants un vecteur privilégié pour transformer nos sociétés complexes et les institutions qu'elles incorporent⁷. Elles peuvent avoir pour objet de modifier les principes régissant le fonctionnement de nos institutions, leurs modes d'organisation, voir même les pratiques des acteurs qui les composent, par un ensemble de dispositions souvent contraignantes⁸.

Si d'un point de vue strictement juridique, ces réformes sont appréhendées dans un « temps court », comme ayant des effets immédiats de par leurs mises en application, de nombreuses recherches sociologiques ont au contraire mis l'accent sur les différentes temporalités du changement, et l'ont analysé dans une temporalité longue. Car si les réformes portent en elles l'illusion d'un changement⁹, « le premier enjeu de l'analyse du changement dans l'action publique est la mise à distance de la rhétorique et de la symbolique politique »¹⁰ qu'incorpore tout processus

4 Jean de Kervasdoué, *L'hôpital*, édition « Que sais-je », n° 795, Presse Universitaires de France, 4^e édition, 2011, préface, p. 7.

5 Haroun Jamous, *Sociologie de la décision. La réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Paris, Centre national de la recherche scientifique, 1969, p. 120.

6 Frédéric Pierru, *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauges, Editions du croquant, Collection Savoir/Agir de l'Association Raisons d'Agir, 2007, p. 256.

7 Néanmoins, elles ne représentent pas l'unique cause du changement, bien au contraire. Comme le note Philippe Bezès et Patrick Le Lidec, « il est de nombreux changements sans réforme : les institutions évoluent probablement davantage, ou à tout le moins plus souvent, à travers leurs usages ordinaires, sans qu'elles fassent l'objet d'actions réformatrices », in Philippe Bezès, Patrick le Lidec, « Ordre institutionnel et genèse des réformes », dans Jacques Lagroye et Michel Offerlé (dir), *Sociologie de l'institution*, Paris, Belin, 2011, p. 55-73, p. 56.

8 Elles peuvent parfois seulement être incitatives.

9 Comme l'observe Patrick Hassenteufel, « la reprise du terme « réforme » accolé à de nombreuses lois amène à partir a priori de l'idée de l'existence effective d'un changement dans la politique publique concernée », in Patrick Hassenteufel, *Sociologie politique : l'action publique*, Paris, Armand Colin, 2^e édition, 2011, p. 243.

10 Ibid..

réformateur¹¹.

Les lois ont comme destinataires des institutions elles-mêmes extrêmement complexes. Produit d'une histoire souvent étalée sur des décennies, voir des siècles, une institution est ainsi la résultante d'un ensemble d'évolutions successives, qui ont participé à son « objectivation », à son « institutionnalisation ». Comme l'observait Michel Crozier, « reconnaître le caractère construit de nos modes d'organisation, c'est donc aussi reconnaître le caractère construit du changement. C'est reconnaître que le changement constitue un problème, non pas tant parce qu'il serait nécessaire ou difficile, que parce qu'il n'est pas naturel. »¹²

Selon la définition de Jacques Lagroye, une institution se présente « comme un ensemble de pratiques, de tâches particulières, de rites et de règles de conduites entre des personnes »¹³, stabilisés dans le temps. Mais elle représente également « l'ensemble des croyances ou des représentations qui concernent ces pratiques, qui définissent leurs significations et qui tendent à justifier leurs existences »¹⁴. Ainsi, « l'histoire des rapports sociaux, des conflits entre groupes, des inégalités et des antagonismes, s'inscrit à la fois dans les individus, comme une « histoire incorporée »¹⁵ sous la forme de dispositions à penser et à agir d'une certaine manière, et dans des institutions, sous la forme d'un ensemble de pratiques et de règles apparaissant comme nécessaires et naturelles »¹⁶.

Par ailleurs, une institution est constituée de plusieurs « entités » ou « secteurs » plus ou moins autonomes, organisés selon des principes de fonctionnement et des modes d'organisation propres, obéissant à des logiques parfois contradictoires. Ces institutions sont composées d'un ensemble structuré d'acteurs¹⁷, poursuivant des intérêts spécifiques, notamment au regard des problématiques particulières à cet espace social, dans un espace structuré autour de relations de pouvoir et d'autorité, le tout solidement institutionnalisé. Cette structuration, inhérente à toute institution, va en retour contraindre les acteurs de l'institution, et limiter l'espace du possible et du pensable, notamment au regard du jeu en place dans l'espace considéré. Dès lors, « les activités de

11 Dans les faits, la temporalité de la mise en œuvre d'une réforme dépasse en général de loin la temporalité politique qui l'a impulsé. Les changements ne s'opèrent que dans le temps long.

12 Michel Crozier, Erhard Friedberg, *L'acteur et le système*, Paris, Point, 1992 (1ère édition 1977), p. 34.

13 Jacques Lagroye, Bastien François, Frédéric Sawicki, *Sociologie Politique*, (5ème éd), Paris, Presses de Sciences Po : Dalloz, 2006, p. 141.

14 Ibid..

15 Pierre Bourdieu utilise la notion d'habitus, qu'il définit comme « un système de pratiques et de représentations qui permet à des types d'individus d'habiter les institutions, de se les approprier pratiquement, et par là de les maintenir en activité, en vie, en vigueur, de faire revivre le sens qui s'y trouve déposé », in Pierre Bourdieu, *Le sens pratique*, Paris, Minuit, 1980, p. 96.

16 Jacques Lagroye, *Sociologie Politique*, *op. cit.*, p. 146.

17 Aux dispositions et aux propriétés sociales très hétérogènes.

réformes vont être profondément contraintes par leur inscription dans les espaces sociaux et institutionnels au sein desquels elles se déploient »¹⁸. Le « passé social incorporé » de l'institution fera ainsi face aux entreprises de réforme, et conditionnera largement les formes de sa mise en œuvre.

Il faut alors analyser les relations complexes s'établissant entre une réforme et l'institution qu'elle vise, en allant « au delà de la croyance communément partagée selon laquelle les institutions seraient des ensembles « immuables et intemporelles », des « arènes neutres » »¹⁹. Car si elles se donnent à voir ainsi, les institutions « sont avant tout le produit d'une histoire contingente objectivée dans leurs structures et dans leurs principes d'organisation »²⁰. Elles sont composées d'acteurs aux propriétés sociales hétérogènes, qui disposent de plus ou moins de « ressources », de « capitaux » selon leur position dans l'espace considéré, et dont les relations se structurent autour de rapports de pouvoir et d'autorité. L'institution incorpore ainsi en son sein des rapports de domination. « Elle est le royaume des relations de pouvoir, de l'influence, du marchandage, et du calcul »²¹.

Observer les effets des lois qui viennent modifier les règles du jeu d'une institution complexe comme l'hôpital, ou qui ambitionnent de le faire, à travers une lecture sociologique des réformes et des changements qu'elles induisent, prend ainsi tout son sens. Adopter une perspective micro-sociologique centrée sur les changements intervenus dans un hôpital particulier, permet alors de focaliser le regard du chercheur sur un moment central des réformes, celui de la mise en œuvre²², moment d'objectivation de la réforme, où celle-ci advient en acte dans l'espace considéré. Centrer l'analyse sur l'application d'une réforme permet ainsi d'observer au plus près les pratiques des acteurs et les rapports de force inhérents à sa mise en œuvre. Au regard des dernières réformes²³, analyser la réalité du changement à l'hôpital public, c'est ainsi voir ce que la loi a permis ou non de changer au sein de l'institution.

18 Philippe Bezès, Patrick le Lidec, « Ordre institutionnel et genèse des réformes », dans Jacques Lagroye et Michel Offerlé (dir), *Sociologie de l'institution*, Paris, Belin, 2011, p. 55-73.

19 Delphine Dulong, *Sociologie des institutions politiques*, Paris, La Découverte, 2012, p. 109.

20 Delphine Dulong, *Sociologie des institutions politiques*, op. cit., p. 109.

21 Michel Crozier, *L'acteur et le système*, op. cit., p. 45.

22 Nous entendons ici par « mise en œuvre » « l'ensemble des processus qui, après la phase de programmation, visent la réalisation concrète des objectifs d'une politique publique », in Peter Knoepfel, Corinne Larrue, Frédéric Varone, *Analyse et pilotage des politiques publiques*, Genève, Helbing et Lichtenhahn, p. 214-215.

23 Nous nous concentrerons dans cette recherche aux trois réformes de la dernière décennie : la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale, l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 portant simplification du statut et du fonctionnement des hôpitaux et la loi n°2009-979 portant réforme de l'hôpital, relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi « HPST ».

L'hôpital : une organisation complexe

L'hôpital tel que nous le connaissons aujourd'hui est le produit d'une histoire longue de plusieurs siècles. Selon la littérature, il traverse plus que jamais un océan de transformation²⁴. Les vagues de réformes successives avec lesquelles il doit composer agissent dès lors comme des révélateurs des mutations qui le traversent, mais nous dévoilent aussi les inerties qui le composent.

Comme le note Luc Boltanski, l'hôpital est une organisation « composite » où coexistent plusieurs « mondes »²⁵. Le monde médical d'une part, car l'hôpital demeure « le royaume des médecins ». Le monde bureaucratique ensuite, en ce qu'il est une institution publique. Il fait également intervenir des acteurs politiques²⁶ et économiques²⁷. En cela, l'hôpital constitue une représentation presque idéale-typique de ce qu'est une organisation complexe, « partagée entre plusieurs principes de rationalisation²⁸ »²⁹.

L'institution hospitalière concentre en son sein de nombreuses contradictions. Elle est composée d'un ensemble hétérogène d'acteurs aux logiques multiples, poursuivant des intérêts particuliers, notamment au regard des finalités spécifiques de cet espace social. L'hôpital représente de plus un univers organisé et hiérarchisé, un espace structuré composé d'acteurs aux ressources et aux positions inégales.

Si l'hôpital est une institution emblématique de nos sociétés contemporaines, « son fonctionnement, les règles qui le gouvernent sont assez mal connues³⁰ ». De plus, les transformations constantes qui le traversent renforcent l'opacité qui le caractérise. L'hôpital a de « multiples missions et de nombreux visages »³¹. Le terme « hôpital » est en lui-même homogénéisant, et bien

24 Comme le note Jean de Kervasdoué, « venus des premiers instants de la chrétienté, l'hôpital n'est pas une institution menacée de disparition, elle nous survivra et survivra à nos enfants. En revanche, elle est en pleine mutation. Certains textes qui l'organisent datent pour certains du gouvernement de Vichy (1943), pour d'autres du début de la Vème République (1958) ou des années 1970, époque où la médecine était moins complexe et moins spécialisée qu'aujourd'hui. », in Jean de Kervasdoué, *L'hôpital, op. cit.*, p. 121.

25 Luc Boltanski, Laurent Thévenot, *De la justification, les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard, 1992.

26 L'hôpital public prend corps au sein d'une collectivité territoriale.

27 Comme nous l'étudierons ultérieurement, notamment à travers la littérature sur le sujet, le monde économique a largement investi l'institution hospitalière durant ces dernières décennies.

28 Médical, administratif, politique, économique.

29 Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression : enquête sur le nouveau management public*, Paris, La Découverte, « Textes à l'appui-Enquêtes de terrain », 2010, p. 10.

30 Jean de Kervasdoué, *L'hôpital, op. cit.*, p. 3.

31 Ibid..

peu représentatif de « la diversité juridique, institutionnelle, médicale et géographique »³² qui composent en réalité le secteur hospitalier. Chaque établissement a son histoire spécifique, ses particularités propres.

Comme le note Laurent Molinier, « le secteur hospitalier français présente un paysage varié. Il fait cohabiter différents types d'établissements, aux statuts juridiques combinant des modes très différents d'organisation et de gestion, de financement et de régulation, de participation aux missions de service public »³³. Le système hospitalier français se caractérise en effet par la coexistence d'établissements de soins à caractère public et à caractère privé. Le secteur public hospitalier, sanitaire et social regroupe les établissements publics relevant des domaines sanitaire, social et médico-social (centres hospitaliers, centres hospitaliers régionaux universitaires, hôpitaux spécialisés notamment en psychiatrie, maisons de retraite, maisons d'accueil spécialisées...)³⁴. Sur le plan juridique, les établissements publics de santé sont des « personnes morales », et bénéficient à ce titre de la personnalité juridique, ainsi que d'une autonomie administrative et financière³⁵. Les membres du personnel sont pour la plupart des agents de la fonction publique, et relèvent très majoritairement de la fonction publique hospitalière.

Cette institution ancienne a connu de nombreuses transformations. L'hôpital s'est développé au fil du temps, au gré des réformes, devenant plus grand, plus spécialisé, mais également plus complexe. Ses missions³⁶ se sont précisées et diversifiées au fil du temps, afin de s'adapter aux évolutions de la société et aux besoins de santé. Produits d'une lente histoire de l'institution, les missions de l'hôpital, son organisation et ses acteurs forment aujourd'hui un vaste ensemble complexe.

L'hôpital public lui-même ne représente qu'un élément d'un champ plus étendu encore, le domaine de la santé. A la manière de Frédéric Pierru, nous définirons le secteur de la santé comme

32 Jean de Kervasdoué, *L'hôpital, op. cit.*, p. 9.

33 Laurent Molinier, *Le système hospitalier français*, Cours de DCEM 2, Faculté de médecine Toulouse III, décembre 2011, p. 1.

34 Sont regroupés sous l'appellation « hôpital public » les centres hospitaliers régionaux universitaires (grande spécialisation, établissements à vocation régionale et orientés vers la recherche), les centres hospitaliers et les hôpitaux locaux (assurant la gamme de soin MCO -médecine, chirurgie, obstétrique- rattaché le plus souvent à une commune), incluant ou non des maisons de retraite.

35 En réalité soumis au contrôle financier et au Code des marchés publics, l'autonomie financière des hôpitaux publics est une illusion. Comme le note Jean de Kervasdoué, « la loi proclame d'un mot l'autonomie des hôpitaux et utilise des pages et des pages, enrichies chaque année, pour préciser en quoi ils ne sont pas autonomes » in Jean de Kervasdoué, *L'hôpital, op. cit.*, p. 66.

36 « La mission principale de l'hôpital demeure aujourd'hui encore la prise en charge de tous les malades, et si possible, de prévenir, de diagnostiquer et de guérir leurs maladies dans les meilleures conditions humaines et économiques, compte tenu des connaissances médicales en la matière », in Jean de Kervasdoué, *L'hôpital, op. cit.*, p. 42.

« la juxtaposition anarchique de services et de structures aux compétences variées, plus qu'un véritable « système de santé » dans lequel ses sous-champs s'emboîteraient dans l'ordre et la cohérence »³⁷. En effet, le monde de la santé est un monde divisé, éclaté, hétérogène³⁸. Dans cet espace social historiquement dominé par le pouvoir médical³⁹, il faudra attendre le milieu du vingtième siècle pour voir la consécration d'une emprise de l'État sur l'hôpital et plus largement sur le secteur de la santé. L'organisation et la coordination des activités de santé en France se sont complexifiées au fil du temps, notamment à travers une bureaucratisation du secteur, comme l'illustre la multiplicité d'autorités administratives disposant de compétences diverses dans ce domaine⁴⁰.

Ainsi, cet objet de recherche est vaste, et regroupe « une multitude d'acteurs, d'institutions, d'organismes, de règles, d'instruments »⁴¹. « Cette complexité nuit notamment « à la lisibilité de la politique menée »⁴². Replacer à titre liminaire l'hôpital dans son environnement, en dressant un bref panorama de ses grandes évolutions, ainsi que des dispositions législatives qui le régissent aujourd'hui, sont dès lors un préalable essentiel à la compréhension des propriétés particulières de cette institution.

Les grandes évolutions hospitalières

Tantôt prise en charge par un ministère autonome, tantôt rattachée à un ministère plus vaste (Affaires sociales, Solidarité), l'administration de la santé est longtemps restée pour l'État une action périphérique, contrairement au cœur régalien de l'action étatique⁴³. L'hôpital est resté pendant des siècles le lieu d'accueil exclusif des plus pauvres. A cette époque, l'hôpital public était

37 Frédéric Pierru, *Hippocrate malade de ses réformes...*, *op. cit.*, p. 34.

38 Ibid., p. 259.

39 Comme le note Jean de Kervasdoué, le pouvoir médical sur le secteur de la santé remonte à plusieurs siècles : « Le marquis de Sade l'observait déjà à l'assemblée administrative des hôpitaux, le 6 brumaire, an I, et s'insurgeait contre le fait qu'une grande partie des personnes nommées par les sections de Paris à l'assemblée administrative des hôpitaux soit des médecins ou des chirurgiens, qui sera nécessairement influencée par une coalition d'intérêt reconnue dans la majorité des membres qui la composent. » (Jean de Kervasdoué, *L'hôpital*, *op. cit.*, p. 43.

40 Ministère, structures centrales, collectivités territoriales, organismes d'assurance maladie, agences régionales de santé...

41 Frédéric Pierru, *Hippocrate malade de ses réformes...*, *op. cit.*, p. 21.

42 Ibid..

43 La création d'un Ministère de la Santé Publique n'intervient que tardivement, en 1930.

« d'abord une institution sociale avant d'être une institution sanitaire »⁴⁴. S'il faudra attendre les lois de 1941⁴⁵ pour voir l'hôpital public passer d'une logique d'assistance « aux pauvres » à celle d'assistance « aux malades », c'est la création par ordonnance du système de Sécurité Sociale en octobre 1945⁴⁶ qui va réellement permettre de démocratiser l'institution hospitalière.

Il faudra attendre le début de la Vème République et l'ordonnance du 30 décembre 1958⁴⁷ (surnommée la réforme « Debré ») pour voir la consécration en acte d'une emprise de l'État sur le secteur de la santé⁴⁸. Cette réforme consacre l'avènement d'une « médecine hospitalo-universitaire », à travers une « conception curative et technicienne de la médecine »⁴⁹. La recherche systématique de la performance technologique va faire de l'hôpital « le vecteur principal de la bio-médicalisation de la société »⁵⁰. On assiste alors à une période d'investissement sans précédent dans ce secteur d'action publique avec la création de la moitié du parc hospitalier français en seulement quinze ans⁵¹. L'hôpital devient alors le symbole et l'instrument d'une citoyenneté sociale et démocratique qui doit garantir l'accès pour tous aux bienfaits apparemment illimités d'une médecine en plein essor.

La notion de service public hospitalier, ainsi que l'ensemble des missions d'intérêt général confiées à l'hôpital⁵², vont être définies par la loi du 31 décembre 1970 « portant réforme hospitalière définissant le cadre général de l'hospitalisation ainsi que les bases de la planification sanitaire »⁵³. Cette loi prévoit également l'instauration de la « carte sanitaire » définissant les

44 Jean de Kervasdoué, *L'hôpital, op. cit.*, p. 33.

45 La première réforme hospitalière de décembre 1941 (loi du 21 décembre 1941, complétée par un décret du 17 avril 1943) va transformé profondément la conception de l'hôpital public, passant d'une logique de secours aux pauvres à celle d'assistance aux malades, avec une réorganisation de l'hôpital en services et la création de la fonction du corps des directeurs d'établissement. Jusqu'à cette date, il fallait, à quelques exceptions près, être « indigent » ou accidenté du travail pour être admis à l'hôpital public.

46 Ordonnance 45/10 du 4 octobre 1945 portant création du système de sécurité sociale.

47 Pour une analyse fine de cette réforme essentielle, voir l'ouvrage pionnier d'Haroun Jamous, *Sociologie de la décision, la réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Paris, Éditions du CNRS, 1969.

48 Selon Haroun Jamous, « avec la réforme Debré de 1958, la profession médicale, plus précisément certains de ses segments (dominants, professeurs, chirurgiens...), consacre son emprise indissolublement physique et symbolique sur l'organisation hospitalière », cité dans Frédéric Pierru, « L'hôpital-entreprise, une self-fulfilling prophecy avortée », *Politix*, n°46, 1999, p. 8.

49 Frédéric Pierru, *art. cit.*, « L'hôpital-entreprise... », p. 9.

50 Frédéric Pierru, *art. cit.*, « L'hôpital-entreprise... », p. 9.

51 « Entre 1960 et 1975 c'est près de la moitié du parc hospitalier qui est créée. Les 3/5 des surfaces hospitalières existantes en 1975 qui ont été construites pendant ces 15 ans », in Frédéric Pierru, *Hippocrate malade de ses réformes...*, *op. cit.*, p. 126. Ces transformations sont caractéristiques de la période de « l'hospitalo-centrisme », période que Frédéric Pierru nomme les « vingt glorieuses de l'hôpital » (1958-1975), in Frédéric Pierru, *art. cit.*, « L'hôpital-entreprise... », p. 12.

52 Égalité d'accès, égalité de traitement, continuité du service public, tels sont les principes qui doivent régir le fonctionnement du service public hospitalier.

53 Principe qui sera généralisé dans la loi du 31 juillet 1991 où tous les établissements hospitaliers participent au service public hospitalier ou sont associés à son fonctionnement.

besoins de santé des populations sur un territoire donné. Le développement de l'intervention publique, d'une ampleur inconnue jusqu'alors, entraîne progressivement la bureaucratisation du secteur de la santé. L'institution hospitalière, par sa taille et son importance nouvelle, devient alors davantage attractive pour de nouvelles catégories d'acteurs, notamment issus de l'administration ou du monde de l'entreprise, qui vont contribuer en retour, à la transformation de ce secteur d'action publique.

Les années soixante-dix coïncident de plus avec un renouvellement de paradigme dans les logiques guidant l'action publique, avec la montée en puissance des théories « néolibérales »⁵⁴. Cet ensemble de schèmes de représentation du monde social va se répandre dans les plus hauts sommets de l'État, et influencer de plus en plus les décisions en matière de politique publique, comme l'illustre une vaste littérature en la matière⁵⁵. En France, de nombreuses mesures gouvernementales défendant une plus grande « rationalité budgétaire » dans l'action de l'État sont adoptées durant cette période. De très nombreux secteurs publics, dont le secteur de la santé, sont alors réformés en profondeur, et voient leurs principes de fonctionnement être durablement modifiés.

Ces mesures prônant une plus grande rationalisation de l'action de l'État semblent contradictoires avec la croissance exponentielle d'un secteur hospitalier alors dominé par les grands patrons hospitalo-universitaires, les « mandarins⁵⁶ » (surtout dans les CHU), qui moins sensibles à cette logique économique, se livrent au contraire à une course au développement technologique de

54 D'abord apparues dans les cercles savants et popularisées dans le champ universitaire sous l'égide de l'école monétariste de Chicago par des auteurs comme Milton Friedman et par l'école autrichienne avec Ludwig von Mises et Friedrich Hayek, la doctrine néolibérale représente une façon inédite de concevoir l'articulation entre le politique, le juridique et l'économique. A l'inverse du libéralisme qui maintenait une frontière entre l'économique et le politique, le néolibéralisme entend au contraire subordonner la sphère politique à la rationalité économique. Selon Michel Foucault ce système est absolument spécifique puisque, ici, la légitimité de l'État et de ses actions ne découle pas d'un principe autonome et propre. C'est l'économie qui fonde et détermine les formes et la nature de l'intervention publique, in Geoffroy de Lagasnerie, *La dernière leçon de Michel Foucault. Sur le néolibéralisme, la théorie et la politique*, Paris, Fayard, 2012, p. 52. Les théories néolibérales ont ensuite été appliquées à l'action publique. Forcée aux États-Unis et au Royaume-Uni sous les administrations Reagan et Thatcher, puis Clinton et Blair, la doctrine du New Public Management a depuis essaimé dans de nombreux pays et connu de multiples avatars. Nicolas Belorgey (Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression, op. cit.*, p. 9.) définit par exemple le « New Public Management » comme « un ensemble d'idées et de pratiques visant à importer dans le secteur public les principes de régulation et de rationalisation du secteur privé » (productivité, efficacité, polyvalence, organisation rationnelle du travail, gestion analytique...). On observerait alors un renouvellement progressif des objectifs guidant l'action publique, défendant une plus grande rationalisation de l'action des services de l'État par des méthodes dévolues, traditionnellement, au secteur privé.

55 Tant dans la sociologie française (voir notamment Pierre Muller, « Entre le local et l'Europe : la crise du modèle français des politiques publiques », *Revue Française de Sciences Politiques*, 42(2), p. 275-297, 1992 ; Bruno Jobert, « *Le tournant néo-libéral en Europe*, Paris, l'Harmattan, 1994 ; Cécile Robert, « Les transformations managériales des activités politiques », *Politix*, 2007/3 n° 79, p. 7-23) qu'américaine (Voir notamment Christopher Hood, « A public management for all seasons ? », *Public Administration Review*, Vol 69, 1991, p. 3-19).

56 Frédéric Pierru, « Le mandarin, le gestionnaire et le consultant. Le tournant néo-libéral de la politique hospitalière », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°194, Seuil, septembre 2012, p.32-52, p. 34.

la médecine. L'évolution de la conjoncture économique au cours de la décennie 1970-1980 et la prégnance croissante d'un discours portant sur la réduction des déficits publics vont progressivement entrer en résonance avec les thématiques du coût de plus en plus grand de la médecine et l'envolée des dépenses hospitalières.

L'orientation des politiques de santé publique s'inverse alors dans les années quatre-vingt, aboutissant à l'inscription de la maîtrise des dépenses de santé sur l'agenda gouvernemental⁵⁷. L'équilibre financier de la branche maladie devient progressivement l'alpha et l'oméga des pouvoirs publics. De nouveaux instruments d'encadrement de l'offre de santé, comme la carte sanitaire ou le *numerus clausus*⁵⁸, vont notamment être utilisés de manière de plus en plus coercitive⁵⁹.

D'une manière générale, les années 1980 sont le théâtre d'une lutte autour de la définition légitime de la régulation et de l'organisation du champ hospitalier, mettant aux prises des acteurs aux conceptions antinomiques⁶⁰. Cette période apparaît dès lors comme un moment de « nécessaire réinvention des appuis cognitifs et normatifs des politiques de santé »⁶¹, notamment par une plus grande attention prêtée aux expériences étrangères⁶². Cette période rime avec une reprise en main par l'État du secteur de la santé, ce qui a entraîné une redéfinition de « l'espace des agents autorisés à parler santé et médecine⁶³ ».

Nourrie d'une expertise d'État en plein renouveau, la démarche de planification se développe alors de plus en plus dans le domaine de la santé⁶⁴ à partir des années 1990. L'ordonnance du 24 avril 1996⁶⁵ « portant réforme de l'hospitalisation publique et privée » s'inscrit dans cette dynamique

57 Comme l'observe Michel Arliaud, on observe durant cette période une «révolution du regard» porté sur la réalité hospitalière, in Michel Arliaud, *Les médecins*, Paris, La Découverte, 1987, p. 23.

58 L'effet d'instrument comme le *numerus clausus* a été très finement démontré dans la thèse de Marc-Olivier Déplaud, *L'emprise des quotas. Les médecins, l'État et la régulation démographique du corps médical (années 1960-années 2000)*, Thèse pour le doctorat en science politique (sous la direction de Daniel Gaxie), Université Paris 1, 2007, 750 pages.

59 Frédéric Pierru, *art. cit.*, « L'hôpital-entreprise... » p. 13.

60 Avec notamment la montée en puissance des discours sur « l'hôpital-entreprise ».

61 Antoinette Catrice-Lorey, «Les politiques de santé en régulation. Réorientations de l'action publique et changement social», in CRESAL, *Les raisons de l'action publique. Entre expertise et débat*, Paris, Collection logique politique, L'harmattan, 1993, p. 156.

62 Ainsi en matière de santé, les États-Unis (également le Canada) constituent un laboratoire où ont été élaborés la plupart des représentations et des outils de gestion des systèmes de santé qui influencent les débats et les réformes des autres pays développés, en particulier européens.

63 Frédéric Pierru, « *Hippocrate malade de ses réformes...*, *op cit.*, p. 47.

64 La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 instaure notamment les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) et introduire de nombreuses innovations en matière de planification sanitaire, de management hospitalier, d'organisation hospitalière, de coordination entre établissements, dans un double objectif de santé publique (qualité et accès aux soins) et de maîtrise des dépenses hospitalières, in Laurent Molinier, *Le système hospitalier français*, *op. cit.*, p. 2.

65 Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, également surnommé « Plan Juppé ».

de renforcement de l'administration du secteur de la santé et de sa régulation par l'État⁶⁶. D'une part, la création des agences régionales de l'Hospitalisation (ARH) renforce considérablement l'emprise de l'administration sur l'institution hospitalière. De plus, la mise en place de nouvelles structures (Haut comité de la Santé publique), de nouvelles procédures (accréditation), et la place centrale dévolue à la Direction Générale de la Santé⁶⁷ traduit la volonté de promouvoir une véritable politique de santé publique⁶⁸.

Le tournant du XXIème siècle va de plus constituer une nouvelle phase d'accélération des réformes en matière de santé publique dans le sillage de la Réforme Générale des Politiques Publiques (RGPP)⁶⁹. Selon la littérature, la volonté gouvernementale de maîtriser les dépenses hospitalières conduirait ainsi de plus en plus à un renforcement de la centralisation et à la bureaucratisation du monde hospitalier. Les réformes de la « nouvelle gouvernance hospitalière » et la loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 s'inscrivent clairement dans cette logique de rationalisation du secteur hospitalier et ouvrent une nouvelle phase de « modernisation » des hôpitaux. Elles font alors écho à des évolutions parallèles, particulièrement à la réforme relative à l'Assurance Maladie intervenue en 2004⁷⁰, réorganisant en profondeur le mode de financement des hôpitaux⁷¹.

Les réformes de la dernière décennie ont considérablement transformé l'organisation de l'hôpital, tant dans son fonctionnement que dans ses missions. L'introduction de la tarification à l'activité (T2A) comme nouveau mode de financement des hôpitaux, ainsi que la redéfinition des compétences des principales instances de décision au sein de l'hôpital auraient notamment entraîné d'importantes modifications dans les rapports de force entre les différents acteurs dominants de l'institution, élément central de notre recherche qu'il s'agira de vérifier empiriquement.

De plus, comme le note Nicolas Belorgey, « à ces oppositions d'acteurs s'ajoutent des

66 Et notamment par la création de nombreuses tutelles, et surtout la plus importante d'entre elles, les ARH, devenus depuis 2009 les ARS (Agence régionale de santé), in Frédéric Pierru, *Hippocrate malade de ses réformes*, op. cit., p. 246.

67 Désormais Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS).

68 Notamment perceptible à travers l'institution d'un véritable « droit hospitalier », principalement rattaché au droit public.

69 Initier dès août 2001 par l'introduction de la Loi Organique relatives aux Lois Finances (LOLF) visant une réduction du déficit budgétaire et une allocation plus responsable des fonds publics.

70 Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

71 L'essentiel du financement des hôpitaux provient en effet de l'Assurance Maladie. Ainsi, chaque année, le Parlement vote la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS). Celle-ci approuve l'orientation de la politique de santé de la sécurité sociale et les objectifs déterminant les conditions générales de son équilibre financier. Cette loi prévoit ainsi par branche et par catégorie, une prévision des recettes et des dépenses annuelles, et définit l'objectif national de dépense d'assurance maladie (ONDAM).

oppositions savantes »⁷². Le développement des thématiques de santé va se ressentir dans une littérature elle-même en pleine essor. La variété des perspectives développées sur l'objet « hôpital » et l'hétérogénéité des points de vue défendus suggèrent une observation fine de la structure de cette littérature. Analyser les différents courants d'étude⁷³ implique alors d'appréhender cette littérature dans sa globalité, pour parvenir à mettre en lumière le caractère fortement clivé de ce champ de recherche. Prendre position face aux différentes hypothèses existantes constitue un préalable essentiel pour parvenir à développer une approche originale qui viendrait compléter, approfondir ou réfuter certaines problématiques déjà posées. Ce bref aperçu de la littérature nous permettra alors de prendre position pour justifier une entrée empirique intelligente.

Des clivages au sein de littérature

Les clivages existants au sein de la littérature relative aux questions de santé nous invite à distinguer plusieurs pôles de connaissance, qui diffèrent dans leurs préconisations et dans leurs apports. Il est ainsi nécessaire d'observer les différentes hypothèses émises par les auteurs au regard des transformations en jeu dans le secteur de la santé, afin de différencier les positions défendues par la littérature face aux réformes successives.

Un premier ensemble est constitué d'ouvrages des professionnels du secteur de la santé. En effet, médecins, directeurs d'hôpitaux, administrateurs, ont beaucoup écrit sur les évolutions qui traversent leur secteur d'activité. Ce versant de la littérature regroupe deux tendances qui s'opposent. D'une part les professionnels favorables aux réformes⁷⁴, qui défendent la rationalisation de l'offre de soins aux travers des réformes actuelles, et sont favorables à leurs continuations, les considérant comme nécessaire. D'autre part, les professionnels opposés aux réformes actuelles, qui dressent au contraire un panorama plus sombre des évolutions dans le secteur hospitalier, et qui aspirent à travers leurs publications, à alerter sur différents effets observés des réformes qui traversent l'hôpital, dénonçant notamment la détérioration de la qualité des soins et la situation d'asphyxie

72 Nicolas Belorgey, *L'hôpital, op. cit.*, p. 19.

73 Et la variété de leurs programmes d'observation.

74 Très souvent administrateurs d'hôpitaux, directeurs d'établissement ou hauts fonctionnaires du secteur de la santé (directeur de l'Assistance Publique, anciens directeurs d'hôpitaux, des agences de tutelles...).

financière dans laquelle se trouvent de nombreux établissements publics de santé. Tenants et résistants se renvoient alors inlassablement leurs arguments respectifs.

Les auteurs favorables aux réformes en cours sont pour la plupart issus de la haute administration ou du secteur privé. Ce pan de la littérature, très influencé par les travaux en économie de la santé, est ainsi principalement formé par des « gestionnaires du social »⁷⁵ selon l'expression de Patrick Hassenteufel. Si les entrées empiriques sont variées (par la décentralisation des politiques sanitaires et la planification de la santé⁷⁶, par l'organisation de l'institution hospitalière⁷⁷, le secteur privé⁷⁸, la fonction publique hospitalière⁷⁹, la sécurité sociale⁸⁰, les contraintes budgétaires⁸¹, l'histoire de l'hôpital⁸²...), ces auteurs partagent un dénominateur commun dans la figure de « l'hôpital-entreprise »⁸³. Ils prônent ainsi l'utilité des méthodes d'organisation issues du secteur privé, notamment introduites dans l'hôpital public par le biais des réformes sur la « nouvelle gouvernance hospitalière ». Ils partagent ainsi un référentiel commun de nécessaire réduction du rôle de l'État et de l'administration dans le champ de la santé⁸⁴.

Les « résistants » aux réformes sont au contraire principalement issus du corps médical⁸⁵. Leurs travaux dénoncent les évolutions induites par l'introduction d'une rationalisation de type

75 D'après l'expression développée par Patrick Hassenteufel dans *Une nouvelle élite du Welfare ? Sociologie des sommets de l'Etat en interaction*, Paris, MIRE, 1999 et repris récemment dans William Genieys, Patrick Hassenteufel, « Entre les politiques publiques et la politique : l'émergence d'une « élite du Welfare », *Gouvernement et action publique*, Les Presses de Sciences Po, Paris, n°2, 2012.

76 Alain Jourdain, Pierre-Henry Bréchat (dir.), *La nouvelle planification sanitaire et sociale*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2012, 252 pages.

77 Jean de Kervasdoué, *L'hôpital, op. cit.*

78 Jean-Loup Durosset, *Le privé peut-il guérir l'hôpital ?*, Paris, Nouveaux débats publics, 2010, 220 pages.

79 Didier Stingre, « *La fonction publique hospitalière* », Que sais-je, Presses universitaires de France, Paris, 1999, 128 pages.

80 Gilles Johanet, *Sécurité sociale, l'échec et le défi*, Paris, Seuil, 1998 ; Raymond Soubie, Jean Louis Portos, Christian Prieur (dir.), *Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie*, Paris, CGP, La documentation française, 1994.

81 Guy Vallancien, « *Projet hôpital 2007. La modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale* », Rapport au Ministère de la Santé, 2003 ou encore l'ancien conseiller général auprès du Ministère de la santé, Bertrand Bonnici, *L'hôpital, obligation de soins, contraintes budgétaire*, Paris, La documentation Française, 2007.

82 Maurice Rochaix, *Les questions hospitalières de la fin de l'Ancien régime à nos jours*, Paris, Berger-Levrault, 1996.

83 Modèle en vogue au début des années 1980, le modèle de l'hôpital-entreprise prônait l'introduction des modes d'organisation du secteur privé dans l'hôpital public, par une plus grande utilisation du management, de la gestion, de la comptabilité analytique, par une mise en concurrence des établissements...

84 Jean De Kervasdoué dans, *Santé : pour une révolution sans réforme*, Paris, Gallimard, 1999, prône par exemple un désengagement de l'État au profit d'un schéma plus concurrentiel.

85 Dans une lecture sociologique, la structuration de ce pan de littérature est notamment intéressante, en ce qu'elle oppose les principaux acteurs dominants du secteur de la santé, et révèle une dynamique montante pour le pouvoir administratif qui a été davantage favorable aux réformes actuelles que le pouvoir médical, au sein duquel elles ont été moins bien reçues.

« gestionnaire »⁸⁶ dans le secteur hospitalier et les problèmes entraînés par la volonté d'appliquer à l'hôpital public une gestion équivalente au secteur privé⁸⁷. Ainsi, ces auteurs tentent davantage de proposer une « vision alternative » pour l'hôpital public⁸⁸.

Parties intégrantes de leur propre objet d'étude, ces auteurs ne peuvent adopter une posture d'extériorité vis à vis de leur objet de recherche. Cette littérature engagée a pour principale finalité d'alimenter le débat public ou l'arène politique.

Le pôle de connaissance suivant regroupe les recherches en économie de la santé. Grâce à la publication d'une abondante littérature et d'articles dans la presse spécialisée ou généraliste, les spécialistes en économie de la santé⁸⁹ ont progressivement participé au renouvellement de ce courant d'étude⁹⁰. Convaincus « qu'il n'existe aucune antinomie entre l'éthique médicale et le raisonnement économique, entendu au sens de science de l'optimisation de l'emploi des ressources dans le domaine de la santé »⁹¹, ces auteurs développent un ensemble de préconisations visant à rendre l'institution hospitalière plus « efficiente » économiquement. On est ainsi aujourd'hui très loin des conclusions de certains pionniers d'économie de la santé comme Kenneth J. Arrow qui affirmait l'impossibilité de la régulation marchande dans le secteur de l'industrie médicale⁹², convaincu que les mécanismes économiques ne pouvaient fonctionner dans le monde de la médecine.

De nombreux articles relatant les expérimentations menées dans certains établissements « modèles », ou faisant le point sur l'état des connaissances en matière d'économie de la santé et de « management hospitalier » ont notamment été publiés dans les revues *Gestions Hospitalières* et *Espace Social Européen*. Des articles plus analytiques ont été publiés dans les revues *Sciences*

86 Dans le sens d'une dénonciation de l'introduction des techniques managériales et gestionnaires issues du New Public Management, le récent ouvrage dirigé par Frédéric Pierru en collaboration avec des médecins anesthésistes-réanimateurs, est particulièrement éloquent. Voir Bertrand Mas, Frédéric Pierru, Nicole Smolski, Richard Torrielli, *L'hôpital en réanimation, Le sacrifice organisé d'un service public emblématique*, Savoir/Agir Bellecombe-en-Bauges: Editions du Croquant 2011, 366 pages.

87 Voir en ce sens, Patrick Pelloux, *Histoire d'urgences. Dans les coulisses du monde hospitalier*, Paris, Éditions J'ai lu, 2010.

88 Voir en ce sens, André Grimaldi, *Réinventer l'hôpital public. Contre l'hôpital-entreprise*, Paris, La discorde, 2005.

89 Ils sont pour certains d'anciens professionnels du secteur, comme l'illustre la figure « idéale-typique » de Gilles Johanet, ancien anesthésiste-réanimateur reconverti en économiste de la santé.

90 Les éditions Lamarre, InterÉditions et, dans une moindre mesure, Berger-Levrault sont les trois principales maisons d'édition spécialisées dans ce type d'ouvrage, in Frédéric Pierru, *art. cit.*, « L'hôpital-entreprise... », p. 26.

91 Béatrice Majnoni d'Intignano, *Économie de la santé*, Paris, Presses Universitaires de France, 2001, p. 426.

92 Kenneth J. Arrow, « Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care », *American Economic Review*, vol 53, 1963, p. 941-973.

Sociales et Santé, Politiques et Management Public et la *Revue Française de Gestion*⁹³, ou par l'intermédiaire d'instituts comme l'IRDES⁹⁴ ou le CREDES⁹⁵. « Leurs conclusions, nombreuses, vont majoritairement dans le même sens et visent à identifier sur un double registre, analytique et interventionniste, les cercles vicieux des « systèmes d'action concrets »⁹⁶ dans les hôpitaux et à définir les stratégies aptes à les briser⁹⁷ ». Les préconisations en économie de la santé ont acquis par ce canal une forte visibilité⁹⁸, et ce pan de la littérature représente un genre éditorial en pleine expansion depuis les années quatre-vingt dix⁹⁹.

Car si la littérature académique s'est développée sur le sujet, les premiers usages de raisonnements économiques¹⁰⁰ dans le domaine de la santé furent le fait d'institutions publiques¹⁰¹ (notamment du Centre de Recherches et de Documentation sur la Consommation (CREDOC) créé en 1953). Ces recherches participent alors à la constitution d'une « réflexion économique organisée » dans le domaine de la santé¹⁰² et d'une expertise spécialisée¹⁰³. Les premiers spécialistes, dans un premier temps principalement issus du corps médical¹⁰⁴ s'évertuent à l'époque à présenter la démarche économique comme un prolongement de la médecine. Saisie par la sphère académique¹⁰⁵ à partir des années soixante-dix, l'économie de la santé connaît alors un fort développement, durant une période marquée par la montée en audience des théories des auteurs « néolibéraux » anglo-

93 En particulier le numéro spécial «Hôpitaux : vous avez dit gestion ?», *Revue Française de Gestion*, n°109, 1996.

94 Institut de Recherche et de documentation en Économie de la Santé.

95 Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé.

96 Selon l'expression développée par Michel Crozier et Erhard Friedberg dans leur ouvrage *L'acteur et le système*, un système d'action concret est « un ensemble humain structuré qui coordonne les actions de ses participants par des mécanismes de jeux relativement stables et qui maintient sa structure, c'est-à-dire la stabilité de ses jeux et les rapports entre ceux-ci, par des mécanismes de régulation qui constituent d'autres jeux », in Michel Crozier et Erhard Friedberg, *L'acteur et le système*, *op. cit.*, p. 286.

97 Frédéric Pierru, *art. cit.*, « L'hôpital-entreprise... », p. 26.

98 De plus, comme le souligne Nicolas Belorgey, « en édifiant sur les questions de santé un discours qui vient concurrencer celui des médecins dans l'espace public, ces économistes leur portent objectivement ombrage dans la production de la définition légitime de leur activité », in Nicolas Belorgey, *L'hôpital...*, *op. cit.*, p. 24.

99 Frédéric Pierru, *Hippocrate malade de ses réformes...*, *op. cit.*, p. 39.

100 Les premiers travaux dans ce domaine était de nature macro-économique.

101 Daniel Benamouzig, *La santé au miroir de l'économie*, PUF, Paris, 2005, p. 21.

102 Comme le note Frédéric Pierru, « en tant que discours «hérétique» au regard de son objet, la santé, cette discipline économique participe donc de l'objectivation d'un nouveau sens commun », in Frédéric Pierru, *art. cit.*, « L'hôpital-entreprise... », p. 14.

103 Faisant notamment écho aux méthodes de raisonnement élaborées à la fin des années 1940 par les comptables nationaux. Comme le note Frédéric Pierru, ils vont ainsi décrire les systèmes de santé en construisant une comptabilité nationale de la santé, en produisant des enquêtes sur les déterminants socio-économiques de la consommation médicale, in Frédéric Pierru, *art. cit.*, « L'hôpital-entreprise... », p. 13.

104 Le fait pour les institutions publiques de confier ces études à des médecins constituait un gage de fiabilité vis-à-vis du monde médical. Les premiers spécialistes ont notamment été Henri Péquignot, aujourd'hui professeur honoraire de la faculté de médecine de Paris, et Georges Rösch. Voir notamment Georges Rösch, *Économie médicale*, Paris, Flammarion, 1973.

105 La première thèse entièrement consacrée à l'économie de la santé est ainsi « relativement récente », puisqu'elle date de 1967. Elle fut rédigée par Joseph Brunet-Jailly. (Voir Joseph Brunet-Jailly, *Essai sur l'économie générale de la santé*, Paris, Editions Cujas, 1971).

saxons¹⁰⁶, modifiant « les références intellectuelles de la discipline »¹⁰⁷. Les ouvrages et recherches traitant d'économie de la santé vont alors se multiplier à l'aube des années 1980, et développer de nombreuses préconisations économiques en matière de santé. Comme le note Marina Serré, « la seconde partie des années quatre-vingt voit se multiplier les informations sur le système de santé, les coûts qu'il occasionne et les manières de maîtriser ces dépenses »¹⁰⁸.

Une des principales perspectives¹⁰⁹ en économie de la santé consiste à mettre l'accent sur les transformations structurelles qui traversent l'institution hospitalière. Ainsi la santé serait entrée dans « l'ère de la rationalisation »¹¹⁰, et serait l'objet de choix complexes, qui loin d'être techniques, seraient en réalité politiques¹¹¹. Dans le courant de ces analyses, les auteurs assimilent l'hôpital public à une entreprise intervenant sur un marché concurrentiel des soins¹¹², de tel sorte que l'hôpital connaîtrait d'importantes mutations. Selon ces auteurs, ces changements sont significatifs d'un changement de « modèle ». Ils annoncent alors l'avènement de « l'hôpital stratège » se rapprochant d'un modèle plus proche d'une « entreprise de production intégrée »¹¹³. Dans un univers plus concurrentiel et au regard d'un contexte socio-économique plus contraignant, on observe selon eux le passage d'une gestion de « type administrative » à une organisation plus « gestionnaire »¹¹⁴ dans les établissements publics de santé, davantage orientée vers le « management stratégique »¹¹⁵ et l'autonomisation¹¹⁶ du personnel hospitalier. Les professions hospitalières seraient elles-même en

106 Cet aspect évolutif, presque de dépendance, révèle ainsi le peu d'autonomie dont dispose l'économie de la santé à l'égard de sa discipline matrice, la science économique, qui en évoluant, va également affecter l'économie de la santé.

107 Daniel Benamouzig, *La santé au miroir de l'économie*, op. cit., p. 260.

108 Marina Serré, *La maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Du mot d'ordre à la loi Teulade*, Mémoire pour le DEA de Politiques sociales et société, Université Paris I Panthéon-Sorbonne, 2000, p. 67.

109 Ce pan de la littérature va en effet se diviser en plusieurs courants, notamment en adoptant des fondements épistémologiques différents (théorie de l'agence, théorie des coûts de la transaction, l'économie des conventions et la théorie évolutionniste). Pour une analyse détaillée de ces différentes théories économiques, voir Sophie Béjean, « De nouvelles théories en économie de la santé : fondements, oppositions et complémentarité », *Politique et Management Public*, vol 17, n°1, mars 1999.

110 C'est l'hypothèse principale de l'ouvrage de Jean de Kervasdoué, John Kimberly, Victor G. Rodwin, *La santé rationnée*, Paris, Economica, 1981.

111 Daniel Benamouzig, *La santé au miroir de l'économie*, op. cit., p. 303.

112 C'est notamment le fil conducteur de l'ouvrage de Charles Phelps, *Les fondements de l'économie de la santé*, Paris, Publi-Union Éditions, 1995, et notamment le chapitre 6 : « les hôpitaux sur le marché ».

113 C'est l'hypothèse centrale de l'ouvrage d'Andrée-Pierre Contandriopoulos et d'Yves Souteyrand, *L'hôpital-stratège. Dynamiques locales et offres de soins*, Paris, John Libbey, 1996.

114 De nombreux travaux de l'Institut de La Boétie vont en ce sens, et notamment Robert Launois (dir.), *Des remèdes pour la santé*, Paris, Economica, 1989.

115 C'est ainsi la perspective que tente de dégager François Grateau (Ancien directeur de CHU) et Michel Crémadez (professeur à l'HEC) dans leur ouvrage faisant référence en matière d'économie de la santé : François Grateau, Michel Crémadez, *Le management stratégique hospitalier*, Paris, InterÉditions, 1997 (2ème édition).

116 C'est l'hypothèse principale de l'ouvrage de Bernhard Kitous, diplômé d'HEC et docteur en gestion de l'Université de Berkeley : Bernhard Kitous, « *Soigner l'hôpital. Management pour une autonomie au quotidien* », ERES, 1994, 275 pages, pour qui l'autonomisation des agents hospitaliers permettrait une application plus efficace des schèmes managériaux. Il rejoint donc sur ce point Francis Alglave, *Hôpitaux, cliniques : génération management*, Paris, Lamarre, 1993, 295 pages.

pleine transformation. Ainsi, la conception de la médecine libérale traditionnelle s'affaiblirait au profit d'une organisation plus rationnelle des soins, portée par des médecins plus sensibles aux schèmes de représentation économiques¹¹⁷. De plus, cette tendance accompagnerait celle d'un « ennoblissement » de la catégorie des directeurs d'hôpitaux, qui aurait tiré parti du caractère « stratégique » de leur position pour obtenir une « revalorisation » de leurs compétences¹¹⁸. Ainsi, selon ces auteurs, on assiste à la « recomposition » de l'organisation de l'hôpital¹¹⁹.

Certains chercheurs en économie de la santé, minoritaires dans leur domaine de recherche, émettent néanmoins des conclusions différentes sur les phénomènes observés dans l'institution hospitalière. Ainsi, Jean-Claude Moisdon affirme que si les hôpitaux français sont soumis à un flux incessant de réformes visant à faire de l'hôpital une structure efficace, elles n'ont que peu d'effets en pratique. L'auteur fait l'hypothèse qu'une des raisons d'une telle stabilité réside dans l'esprit des réformes, qui permet au régulateur de ne pas se mêler d'une organisation jugée par lui très complexe¹²⁰. Les instruments et outils de gestion rencontreraient des difficultés dans leurs mises en œuvre, au regard de la nature complexe de l'activité dans les hôpitaux¹²¹. Ces processus réformateurs se heurteraient de plus à de puissantes résistances au sein de l'institution¹²². Les contraintes sectorielles propres au champ de la santé très structurantes¹²³ limiteraient en pratique l'effet des réformes¹²⁴.

Le pôle de connaissance suivant, le plus central pour notre analyse, regroupe les recherches de sociologues, qui par le prisme d'approches principalement « Top Down », exposent la liste des problématiques en présence, et tentent de donner une clé de lecture sociologique des

117 C'est ainsi l'hypothèse de Claude le Pen, Professeur d'Économie à l'Université Paris-Dauphine, dans Claude Le Pen, « *Les habits neufs d'Hippocrate. Du médecin artisan au médecin ingénieur* », Calmann-Lévy, Paris, 1999, 269 pages.

118 Voir sur ce sujet François Xavier Schweyer, *Le corps des directeurs d'hôpital : entre logique professionnelle et régulation d'Etat*, rapport MIRE, Ministère de la Santé, 1999 ; François Xavier Schweyer, « Une profession de l'état providence, les directeurs d'hôpital », *Revue européenne des sciences sociales*, 2006/3, XLIV, p. 45-60 ; François Xavier Schweyer, « La carrière des directeurs d'hôpitaux », *Revue française d'administration publique*, n°116, 2005, p. 623-638.

119 Selon l'expression de Valérie Fargeon, *La coopération inter-entreprises : analyse économique des nouvelles organisationnelles de l'hôpital*, Thèse pour le doctorat en économie, Université Paris I Panthéon-Sorbonne, 1995

120 Jean Claude Moisdon, « *le paradoxe de la boîte noire. Réformes hospitalière et organisation* », *Droit et société*, 2012/1 n°80 p. 91-115, p. 95.

121 Ibid..

122 Jean Claude Moisdon, Dominique Tonneau (professeur à l'école des Mines de Paris), « *La démarche gestionnaire à l'hôpital* », Paris, tome 1, Seli Arslan, 1999

123 François Engel, Jean Claude Moisdon, Dominique Tonneau, « *Contrainte affichée ou contrainte réelle ? Analyse de la régulation du système hospitalier français* », *Sciences sociales et santé*, n°8 (2), 1990, p. 11-32.

124 C'est également la conclusion de Jean-Pierre Claveranne, dans Jean-Pierre Claveranne, « *L'hôpital en chantier : du ménagement au management* », *Revue française de gestion*, n°29 (146), 2003, p. 5.

transformations en cours dans le secteur hospitalier. Comme le note Frédéric Pierru, ces travaux « aspirent à se démarquer des nombreux ouvrages, essais et manuels, rédigés par des économistes et des politologues, qui suggèrent des pistes d'action plus que de véritables observations sociologiques »¹²⁵.

De nouvelles revues spécialisées comme *Gouvernement et Action Publique* systématisent les avancées effectuées en ce sens, complétant ainsi les articles antérieurs publiés dans d'autres revues classiques comme la *Revue Française de Science Politique*, *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* ou *Politix*. La diversité de ce champ de recherche constitue sa richesse, mais démontre également les difficultés inhérentes à son appréhension, tant les auteurs ont développé des cadres d'analyses variées. On peut ainsi distinguer différents « sous-champs » de recherche.

Une des premières recherches en sociologie de la santé (qui demeure aujourd'hui encore l'une des seules recherche centrée sur un processus de réforme en matière hospitalière), est l'œuvre de Haroun Jamous¹²⁶, qui analysa l'ordonnance du 30 Décembre 1958 (réforme Debré), pour tenter d'identifier « les éléments d'une théorie sociologique des décisions politiques »¹²⁷. Pour l'auteur, une décision est « la résultante de l'affrontement d'un certain nombre de forces sociales »¹²⁸. Il plaça alors au centre de son étude les phénomènes de pouvoir. Selon lui, l'apparition de nouvelles exigences sociales et le progrès des techniques médicales auraient transformé la fonction de l'hôpital en donnant naissance à de nouvelles institutions. La création de nouvelles institutions bouleverserait le rapport de force entre les catégories traditionnellement dominantes dans le champ, à savoir les médecins et l'administration¹²⁹. Il considère alors que la décision prise (l'ordonnance de 1958) était de nature « autoritaire », car selon lui, « une décision résultant du libre jeu des forces en présence, n'aurait pu que perpétuer le système en place et ses valeurs. Cette décision aurait empêché la concrétisation de nouvelles valeurs et une redéfinition des règles du jeu »¹³⁰. Il fait l'hypothèse que les situations dans lesquelles se trouvent privilégiée l'éventualité d'un « système auto-entretenu » auront toutes les chances de déterminer des changements brutaux ou des décisions de « type autoritaire »¹³¹.

125 Frédéric Pierru, *Hippocrate malade de ses réformes...*, op. cit., p. 39.

126 Haroun Jamous, *Sociologie de la décision*, op. cit..

127 Jean-Luc Bodiguel, Sur l'ouvrage d'Haroun Jamous, *Revue Française de Science Politique*, vol 21, n°2, 1971, p. 424.

128 Haroun Jamous, *Sociologie de la décision*, op. cit., p. 6.

129 Haroun Jamous, *Sociologie de la décision*, op. cit., p. 66.

130 Ibid., p. 147.

131 Ibid., p. 165.

Concernant la question des rapports de pouvoir au sein de l'institution hospitalière, les chercheurs anglo-saxons furent les premiers à développer une analyse centrée sur les phénomènes de « domination professionnelle » à l'hôpital. Dès 1958, Harvey L. Smith compare les organigrammes officiels de différents hôpitaux américains censés refléter leur fonctionnement, et les relations entre professionnels qui travaillent au sein des services. Ses observations démontrent que même si le personnel médical n'exerce pas de pouvoir hiérarchique officiel au regard de l'organigramme, « les médecins exercent leur autorité à tous les niveaux de la structure de l'hôpital, sur les infirmières, le personnel de service, les malades, ainsi que sur les directeurs eux-mêmes »¹³².

En 1970, Eliot Freidson concentre ses recherches sur le corps médical. Il est l'un des premiers chercheurs à rompre avec l'approche fonctionnaliste développée par des auteurs classiques comme Talcott Parsons¹³³ et avec les productions littéraires élaborées par l'élite du corps médical pour objectiver leur propre position sociale au sein du champ de la santé. L'auteur se propose d'analyser la médecine « sans accorder la primauté épistémologique à un monde plutôt qu'à l'autre, profane ou professionnel »¹³⁴. Dans son ouvrage sur la profession médicale¹³⁵, il avance comme hypothèse centrale qu'au delà du contrôle de l'organisation sociale et économique de la profession, c'est le contrôle de l'aspect technologique de la médecine¹³⁶ qui fonde l'autonomie du pouvoir médical et par-delà, qui lui a permis d'obtenir, puis de maintenir, sa position « dominante » dans le secteur de la santé. En effet, dans ce secteur, « la légitimité vient du savoir », les médecins ne dépendent pas du directeur ni même des instances décisionnaires de l'hôpital, ils ont leurs propres organes de représentation, la Commission Médicale d'Établissement. La loi française et l'organisation hospitalière leur garantit ainsi l'indépendance. Si en droit, « le directeur de l'hôpital est responsable de l'organisation médicale, il l'est seulement « dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art » »¹³⁷. Eliot Freidson précise de plus que cette autonomie n'est pas acquise et représente « une laborieuse politique de négociation » avec l'État et les pouvoirs économiques.

132 Harvey L. Smith, « Two lines of authority : the hospital dilemma », in E. Garty Jaco (ed.), *Patients, physicians and illness*, New York, The Free Press, 1958, traduit par Claudine Herzlich, *Médecine, maladie et société*, Mouton, Paris-La Haye, p. 260.

133 Talcott Parsons, *The social system*, New York, Free Press, 1951.

134 Danièle Carricaburu, *op. cit.*, p. 52.

135 Eliot Freidson, *Profession of medicine*, New York, Harper & Row, Publishers, 1970, traduit en français : Eliot Freidson, *La profession médicale*, Paris, Fayot, collection médecine et société, 1984.

136 Le terme « médical » représente ainsi ce qui relève uniquement du médecin, ce qui est de sa compétence.

137 Article L. 6143-7 du Code de Santé publique, in Jean de Kervasdoué, *L'hôpital, op. cit.*, p. 44.

A partir du milieu des années soixante-dix, des chercheurs « francophones », notamment issus du courant de la sociologie des organisations¹³⁸, se saisissent également de l'objet « hôpital ». Tout comme leurs homologues anglo-saxons, ils focalisent principalement leurs recherches sur les relations de pouvoir et d'autorité au sein de l'institution hospitalière. Ainsi, François Steudler se propose d'étudier la question de la décision à l'hôpital, pour savoir qui du pouvoir médical ou du pouvoir administratif décide réellement. Selon lui, « l'hôpital contemporain est caractérisé comme un « système technique qui est en réalité très peu l'institution du malade »¹³⁹. Cette institution serait le théâtre d'un affrontement entre la « logique rationalisatrice » de l'État, représentée par l'administration hospitalière, et la « logique scientifique et technique » incarnée par le pouvoir médical¹⁴⁰.

Quelques années plus tard, Henry Mintzberg étudiera également ces rapports de force en appliquant à l'hôpital le modèle organisationnel de la bureaucratie professionnelle¹⁴¹. Selon lui, la complexité des tâches, le statut professionnel des individus et l'importance sociale de l'activité de soins confèrent au corps médical une place prépondérante au sein de l'institution hospitalière. Ce pouvoir teinté d'un aspect « charismatique », s'exerce notamment au détriment de la direction administrative¹⁴². Il rejoint en cela les conclusions antérieures d'auteurs anglo-saxons, qui considéraient l'hôpital comme « l'atelier du médecin »¹⁴³.

Olgierd Kutyl décide lui, dans la lignée des travaux de Michel Crozier sur les organisations, d'appliquer à l'hôpital « l'analyse stratégique ». Il adopte une problématique originale, centrée sur la relation entre « stratégie des acteurs » et « orientation culturelle » dans le temps long¹⁴⁴. Selon lui, c'est « le type d'orientation culturelle du chef de service, ses choix idéologiques, qui influencent le type de relations entre le personnel et les patients, ainsi que les relations avec les différentes

138 Entendu dans le sens qu'en donne Michel Crozier, l'étude des organisations et de leurs fonctionnements, pour mettre en lumière les problématiques récurrentes et les tensions qui traversent ces organisations, notamment en termes de rapports de pouvoir.

139 François Steudler, *L'hôpital en observation*, Paris, Armand Colin, 1974, p. 116 ; Voir aussi François Steudler, *Sociologie médicale*, Paris, Armand Colin, 1972.

140 François Steudler, *L'hôpital en observation, op. Cit.*, p. 196.

141 Henry Mintzberg, *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Editions d'Organisation, 1982. Selon le modèle de la bureaucratie professionnelle, la répartition du pouvoir est inégale parce qu'elle concerne des activités de natures différentes.

142 Cité dans Thierry Nobre, Performances et pouvoirs à l'hôpital, *Politique et Management Public*, vol 17, n° 3, 1999, p. 7.

143 Mark Pauly, Michael Redisch, « The Not-For-Profit Hospital as a Physician's Cooperative », *American Economic review*, n°63, 1973, p.87-99, p. 88.

144 Selon lui, « la dimension historique est nécessaire pour suivre les subtiles négociations sur les identités et les valeurs », Olgierd Kutyl, *Innover à l'hôpital. Analyse sociologique d'une unité de dialyse rénale*, Paris, L'Harmattan, 1994, p. 11.

catégories de personnel »¹⁴⁵.

Des travaux plus récents, réalisés par des politistes, sont venus amender certaines analyses antérieures, notamment au regard des évolutions considérables qu'a connu l'institution hospitalière depuis les années 1980 tant sur le plan formel (dispositions législatives et réglementaires) qu'organisationnel.

Patrick Hassenteufel dans son ouvrage devenu classique, *Les médecins contre l'État*, pose comme hypothèse une dépendance des médecins à l'égard de l'État. Selon lui, « le pouvoir professionnel des médecins est à la base du pouvoir social, économique et politique des médecins. Et au fondement du pouvoir professionnel se trouve le savoir médical »¹⁴⁶. Pour Patrick Hassenteufel, ces pouvoirs seraient fondamentalement liés aux rapports qui se sont instaurés entre la profession médicale et l'État¹⁴⁷. Pour l'auteur, cette dépendance apparaîtrait aujourd'hui avec une acuité particulière, du fait des contraintes financières qui enserrant de façon croissante les systèmes de santé européens. Au regard des réformes successives, il considère qu'on peut de plus en plus parler d'un déclin du pouvoir médical. Ce déclin passerait notamment par un meilleur contrôle étatique de la profession. En ce sens, Patrick Hassenteufel et Magali Robelet dans un article postérieur, posent comme hypothèse que le développement de l'évaluation médicale en France pour accentuer la « transparence », servirait en réalité à exercer un meilleur contrôle sur le corps des médecins¹⁴⁸.

Dans un article récent¹⁴⁹, Frédéric Pierru avance également une redéfinition des hiérarchies au sein de l'hôpital, qui s'exercerait au profit des directions administratives. Selon lui, la revalorisation de la fonction de directeur d'établissement, et le renforcement de leurs compétences au sein des hôpitaux seraient corrélatifs à une perte d'influence du pouvoir médical¹⁵⁰. Frédéric

145 Danièle Carricaburu, Marie Ménoret, *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin, 2004, p. 34.

146 Patrick Hassenteufel, *Les médecins face à l'état, une comparaison européenne*, Presses de Sciences Po, Paris, 1997, p. 26. L'auteur reprend en cela les analyses développées par Paul Starr, qui les médecins disposent d'une « autorité culturelle », c'est à dire d'un pouvoir de définition de la réalité basé sur la reconnaissance sociale de leur compétence, in Paul Starr, *The social Transformation of American Medicine*, New York, Basic Books, 1982.

147 Patrick Hassenteufel, *Les médecins*, *op. cit.*, p. 9.

148 Patrick Hassenteufel, Magali Robelet, « Les médecins placés sous observation. Mobilisations autour du développement de l'évaluation médicale en France », *Politix*, Volume 12, n°46, 1999, p. 71-97, p. 74. Les EEP (évaluations de pratiques professionnelles), issues du secteur privé, ce sont développées de façon exponentielle dans le secteur public hospitalier.

149 Frédéric Pierru, *art. cit.*, « Le mandarin... ».

150 Cette hypothèse, principale dans son œuvre, traverse l'ensemble de ces travaux, tant dans l'article précité ci-dessus que dans : Frédéric Pierru, *Hippocrate malade de ses réformes*, *op. cit.* ; Voir Bertrand Mas, *L'hôpital en réanimation*, *op. cit.*.

Pierru lie le renforcement du pouvoir des directeurs d'hôpitaux à plusieurs facteurs : aux dernières réformes qui traversent les hôpitaux¹⁵¹, au renforcement du pilotage politique de l'État comme corollaire du renforcement du pouvoir administratif à l'hôpital¹⁵², à l'introduction du « New Public Management » dans les hôpitaux¹⁵³, à l'évolution de la formation des directeurs¹⁵⁴. Frédéric Pierru pose de plus l'hypothèse d'une transformation de « l'éthos professionnel » des directions administratives, par une plus grande emprise des schèmes de représentation économiques¹⁵⁵. L'auteur parle d'une bureaucratie administrative d'un nouveau type, qu'il qualifie de « néo-libérale » et qui se distingue selon lui « de la bureaucratie classique par des phénomènes d'hybridation public-privé et par la diffusion de normes du privé, du marché, de l'entreprise, de la concurrence et de la compétition¹⁵⁶».

Pour les médecins, ce renforcement de l'administration remettrait en cause l'autonomie du champ médical, et se traduirait par un « processus de bureaucratisation de leur environnement ». Selon Frédéric Pierru, on assisterait à une « redéfinition des agents autorisés à parler médecine », notamment par la montée en puissance des experts spécialistes en économie de la santé et des cabinets de conseil et d'audit¹⁵⁷. De plus, au regard des nombreuses transformations de leur environnement et de la spécialisation croissante des techniques, « les professions de santé tendraient de plus en plus à se fragmenter, à se différencier, à s'opposer¹⁵⁸».

Cette hypothèse fait notamment écho à l'enquête de terrain menée par Nicolas Belorgey¹⁵⁹, dans laquelle l'auteur se propose d'analyser les effets sociaux¹⁶⁰ des réformes hospitalières, sur les

151 Surtout la loi HPST du 21 juillet 2009, qu'il analyse dans Frédéric Pierru, *art. cit.*, « Le mandarin... ».

152 C'est une des hypothèses principales de son article Frédéric Pierru, *art. cit.*, « Le mandarin... », qui parle des Agences Régionales de Santé, tutelles administratives compétentes pour définir le budget des hôpitaux, auxquelles les textes ont donné de larges compétences.

153 Par le biais de l'introduction de la tarification à l'activité (T2A).

154 On observe en effet de plus en plus de directeurs issus des grandes écoles (Sciences-Po, École des Mines...) qui passent par le concours externe. D'autre part, l'école de Rennes (l'École des Hautes Études en Santé Publique) a énormément évolué, notamment dans les formations proposées, avec davantage d'économie de la santé entraînant une meilleure intégration des outils de gestion modernes.

155 Frédéric Pierru, *Hippocrate malade de ses réformes...*, *op. cit.*, p. 170.

156 Frédéric Pierru, *art. cit.*, « Le mandarin... ». L'auteur reprend en cela une des hypothèses de Béatrice Hibou, *L'inflation bureaucratique*, Paris la découverte, 2012.

157 Qui aurait entraîné la marginalisation de l'expertise traditionnellement légitime des « mandarins ». En effet, longtemps en position hégémonique concernant les politiques publiques hospitalières, l'expertise des professeurs de médecine qui faisait foi jusque dans les 90's, se trouve aujourd'hui contestée selon Frédéric Pierru dans *Le mandarin...*, *art. cit.*

158 Frédéric Pierru, *Hippocrate malade de ses réformes...*, *op. cit.*, p. 259.

159 Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression...*, *op. cit.*

160 C'est également le programme de recherche de son article, Nicolas Belorgey, « Réduire le temps d'attente et de passage aux urgences. Une entreprise de réforme d'un service public et ses effets sociaux », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 189, p. 19-35.

différentes catégories de personnel ainsi que sur les patients¹⁶¹. Selon lui, se focaliser sur les réformes permet d'analyser le contexte de leur mise en œuvre, « c'est-à-dire les conditions sociales de leur bonne ou mauvaise fortune »¹⁶².

En reprenant à son compte les analyses en termes de champ de Pierre Bourdieu¹⁶³, Nicolas Belorgey observe les logiques individuelles à l'œuvre et les stratégies déployées par les agents du secteur face aux réformes, tantôt d'appropriation, tantôt de résistance, fonction selon lui, de leur position dans l'espace hospitalier¹⁶⁴ et du contexte local¹⁶⁵.

Selon lui, « si la réforme de leur mode de financement a des effets relativement automatiques sur les hôpitaux, qui voient leurs ressources modifiées par les tutelles, en revanche les réformes organisationnelles, notamment celles de la « nouvelle gouvernance », supposent pour être effectives une appropriation par les intéressés qui est loin d'aller de soi »¹⁶⁶. Nicolas Belorgey sous entend ainsi implicitement dans ses conclusions que les conditions sociales de mises en œuvre des réformes dépendront en partie de leur « objet ». Démontrer empiriquement l'inégale efficacité des lois sur un secteur d'action publique selon leur « contenu », constitue l'objectif principal de ce mémoire.

Une entrée empirique stratégique

L'hôpital a ainsi été confronté à plusieurs processus réformes durant la décennie qui vient de s'achever, tant sous l'impulsion du législateur que des gouvernements successifs. On peut

161 L'auteur affirme de plus que l'introduction des réformes d'inspiration managériale à l'hôpital entraînerait une « inégalité face aux soins » pour les patients, particulièrement pour les classes sociales les plus basses, et conclut alors à une incompatibilité entre logique marchande et logique de soin. C'est également l'hypothèse principale de son article : Nicolas Belorgey « Contrainte budgétaire, accès aux soins et inégalités sociales de la santé », *Dossier Savoir/Agir*, 2005.

162 Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression...*, *op. cit.*, p. 17.

163 Selon Pierre Bourdieu, la stratégie des acteurs d'un secteur social, d'un champ, sera fonction de leur position dans l'espace considéré. Il distingue à ce titre les agents « established » et « outsiders » (qui ont plus intérêt à voir les règles du jeu changer que les agents « established » au regard de leur position dominée dans le champ considéré, qui vont par ce vecteur, tenter de revaloriser leur position). Voir notamment Pierre Bourdieu, « La représentation politique : éléments pour une théorie du champ politique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 36-37, fév-mars 1981, p. 3-24.

164 Ainsi selon Nicolas Belorgey, les agents hospitaliers dominés (comme les paramédicaux) vont s'approprier davantage les réformes en ce qu'ils sont des « outsiders », tandis que les catégories dominantes par leurs positions « d'established » auront plus tendance à résister.

165 Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression...*, *op. cit.*, p. 302 : « le contexte local est déterminant dans l'acceptation ou le rejet des réformes ».

166 Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression...*, *op. cit.*, p. 39.

schématiquement regrouper ces évolutions normatives en deux ensembles distincts.

Dans le cadre du plan « Hôpital 2007 »¹⁶⁷, un premier ensemble de réformes a été mis en place à partir de 2004, notamment dans le cadre de la « nouvelle gouvernance hospitalière »¹⁶⁸. Ce premier volet comprenait ainsi différentes dispositions « complémentaires » qui devaient être mises en œuvre simultanément. Éminemment stratégique, cet ensemble de mesure devait alors être complété par une seconde série de réformes, le plan « Hôpital 2012 »¹⁶⁹. Dans cette perspective, la loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 apparaît dès lors comme une continuation et un approfondissement des réformes entreprises dans le cadre de la « nouvelle gouvernance hospitalière ». Ce mémoire de recherche entend ainsi se focaliser sur la mise en œuvre de ces deux ensembles de réformes qui ont touché l'hôpital. L'analyse simultanée de leurs effets permet de mettre en lumière la multiplicité des formes que peut revêtir le changement.

Si les réformes hospitalières de la dernière décennie¹⁷⁰ ont entraîné de nombreux changements au sein de l'institution, elles n'ont pas toutes eu les mêmes effets. Certaines lois ont significativement transformé l'hôpital public, d'autres au contraire, eurent des effets moindres. Le principal écueil que l'on peut adresser à la littérature en la matière est d'avoir homogénéisé l'effet de ces réformes. Au contraire, analyser leur mise en œuvre sur le terrain permet de donner une autre image du changement à l'hôpital.

L'objectif premier de ces réformes était de modifier les rapports de force au sein de l'institution hospitalière, soit par des mesures détournées (introduction de la tarification à l'activité), soit par des redéfinitions de compétence (loi HPST et « nouvelle gouvernance hospitalière »). Si les relations se sont transformées et les pouvoirs recomposés, les rapports de force entre les catégories dominantes au sein de l'institution n'ont pas autant changé que la littérature semble le dire. En effet, les recherches sociologiques centrées sur l'institution hospitalière ont principalement adopté des approches « Top Down ». Comme le note Nicolas Belorgey, ces interprétations reposent surtout, « par rapport à l'hôpital, sur des données de seconde main (rapports au gouvernement, articles et journaux, entretiens avec des hauts-fonctionnaires ou avec des journalistes), et centrés sur les élites,

167 Annoncé par le Ministre de la Santé de l'époque le 4 septembre 2003.

168 Les réformes de la nouvelle gouvernance regroupe l'introduction de la tarification à l'activité (comme de rémunération en fonction de l'activité des hôpitaux) et la création des pôles d'activité (regroupant plusieurs services au sein d'une entité unique).

169 Annoncé par le Ministre de la Santé de l'époque le 13 février 2007.

170 Réforme de la « nouvelle gouvernance hospitalière (T2A + création des pôles d'activités) et loi HPST de juillet 2009.

pro ou anti-réforme. Inversement, la littérature qui existe sur l'hôpital aujourd'hui n'accorde qu'une attention réduite à la mise en œuvre des réformes »¹⁷¹, alors que « les véritables objectifs d'une politique publique se lisent davantage dans « l'intendance », dans la mise en œuvre, bien plus que dans les discours »¹⁷².

A fortiori, quand les chercheurs se focalisent sur les réformes, ils étudient le plus souvent les grands hôpitaux de l'Assistance Publique¹⁷³. La mise en œuvre des réformes dans ces établissements « modèles » n'est pas représentative de l'ensemble des hôpitaux du territoire. Il faut ainsi prêter une attention toute particulière à l'environnement institutionnel particulier dans lequel les réformes s'incarnent. Observer la mise en œuvre des réformes dans un hôpital périphérique ayant plus de marge de manœuvre, permet alors d'analyser leurs effets dans un contexte différent¹⁷⁴.

Dans cette perspective, analyser la mise en œuvre des réformes hospitalières à travers une enquête de terrain, par une « approche par le bas », permet d'être au plus près des pratiques des acteurs. Ce choix méthodologique offre, de plus, la possibilité d'observer l'évolution des relations de pouvoirs entre les différents acteurs de l'institution, leurs recompositions, notamment au regard des réformes à l'œuvre dans le secteur. Il faut alors analyser les relations de causalité qui peuvent s'établir entre ces deux ensembles complexes, et les effets qu'elles induisent sur le cours du « changement » dans une institution.

Si la plupart des auteurs ont insisté sur le changement à l'hôpital, très peu se sont concentrés sur ses limites¹⁷⁵. D'autant que la littérature a longuement insisté sur les difficultés à mettre en œuvre le changement. Bien que les réformes aient pour ambition principale de modifier les règles du jeu d'un espace donné, elles se confrontent toujours à un ensemble structuré et complexe,

171 Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression...*, op. cit., p. 20.

172 Pierre Lascoumes, Patrick Le Galès, « *Gouverner par les instruments* », Paris, Presses de Sciences Po, 2004, cité dans Frédéric Pierru, *Hippocrate*, op. cit., p. 38.

173 L'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) est un établissement public de santé qui exerce le rôle de centre hospitalier régional pour Paris et l'Île-de-France. Elle regroupe un ensemble de Centres Hospitaliers Universitaires d'excellence, situés dans la capitale ou dans sa proche couronne (37 hôpitaux (CHU) répartis en 12 groupes hospitaliers). L'AP-HP emploie plus de 90 000 agents. Elle est actuellement présidée par Mireille Faugère, diplômé de l'école des hautes études commerciales de Paris (HEC) (ancienne directrice de la SNCF). L'AP-HP est dans une phase de restructuration profonde. L'importance stratégique de l'AP-HP (Premier employeur de la ville de Paris) en fait une exception dans le secteur de la santé en France (Captait plus 50% du budget total alloué aux hôpitaux français à l'époque de la dotation globale). Les enjeux des réformes ont notamment été différents, et les principes de fonctionnement de ces centres hospitaliers universitaires d'exception sont en de nombreux points différents de celui des hôpitaux ne dépendant pas de l'AP-HP.

174 Cela permet d'observer ce que les réformes ont réellement changé dans un hôpital périphérique évoluant dans des conditions différentes des hôpitaux de l'AP-HP.

175 Et sur les causes « structurelles » de ces limites.

fortement institutionnalisé¹⁷⁶. La question du changement est un enjeu pour les acteurs qui composent une institution. Face à lui, ils ne sont jamais passifs.

La décision même d'opérer des changements dans un secteur d'action publique est profondément contrainte¹⁷⁷. Comme l'observe Philippe Bezès et Patrick Le Lidec, « analyser les réformes institutionnelles implique donc de prendre en compte l'influence exercée par l'ordre institutionnel préexistant sur l'activité de transformation »¹⁷⁸. Les réformes sont en effet « profondément contraintes par leur inscription dans les espaces sociaux et institutionnels au sein desquels elles se déploient »¹⁷⁹. Intériorisées par les réformateurs eux-mêmes, les pensées d'institution cadrent l'espace du pensable, du possible et du réformable. S'engager dans la réforme, c'est donc d'abord se confronter à une histoire naturalisée et objectivée de l'institution. Les réformateurs doivent composer par-delà l'inertie tendancielle des institutions, leurs transformations relevant donc de processus complexes. Un des facteurs principales de cette « inertie tendancielle » est sans nul doute la structuration du jeu en place dans l'institution considérée.

Une longue tradition sociologique

Une longue tradition sociologique, notamment dans la lignée du néo-institutionnalisme, s'est concentrée sur l'analyse des limites et des obstacles au changement. Les objets développés par la littérature pour illustrer les difficultés inhérentes à tout changement dans l'action publique sont principalement de deux ordres : ceux liés à la multiplicité des acteurs, au cœur de la notion

176 Selon Delphine Dulong, l'institutionnalisation peut se comprendre comme un processus au terme duquel des valeurs ou des croyances, celles qui structurent l'institution, s'inscrivent dans de telles routines pratiques et intellectuelles qu'elles finissent par être soit de l'ordre de l'impensé, soit perçues comme de simples faits ou données cognitives ». Delphine Dulong, *Sociologie des institutions politiques, op cit.*, p. 109-110.

177 De nombreuses études classiques ont démontré la variété des facteurs à prendre en compte lors de l'analyse du processus décisionnel, en réalité bien plus complexe que ce qui est souvent affiché. C'est notamment le programme de recherche de Graham Allison dans son étude devenue célèbre de la crise des missiles de Cuba de 1962 (Graham Allison, Philip Zelikow, *Essence of decision. Explaining the Cuban Missile crisis*, New York, Addison-Wesley. Longman. 1999 (1ère édition, 1971). Dans cette perspective, Cohen, March et Olsen, dans leur recherche sur l'université, ont analysé la décision comme un phénomène complexe, une activité sociale différenciée, mettant aux prises de nombreux acteurs dans des temporalités multiples. Ces propriétés les ont ainsi amené à développer un modèle décisionnel comme « anarchie organisée » (*Garbage can*) (Michael D. Cohen, James G. March and Johan P. Olsen, « A Garbage Can Model of Organizational Choice », *Administrative Science Quarterly*, Vol 17, n°1, 1972, p. 1-25.).

178 Philippe Bezès, Patrick le Lidec, *art. cit.*, « Ordre institutionnel et genèse des réformes », p. 65.

179 Philippe Bezès, Patrick le Lidec, « Ce que les réformes font aux institutions », dans Jacques Lagroye et Michel Offerlé (dir), *Sociologie de l'institution, op. cit.*, p. 75-101, p. 75.

d'*incrémentalisme*¹⁸⁰ ; d'autre part, les effets de dépendance au sentier (effets des choix passés ou « *path dependency* »¹⁸¹).

Selon les auteurs néo-institutionnalistes, il est nécessaire de réintroduire de la temporalité dans l'analyse pour observer les processus réformateurs¹⁸². En effet, le changement ne s'observerait que dans un temps long. Dans cette perspective, Charles Lindblom, suite aux travaux pionniers d'Herbert Simon¹⁸³, analyse le processus de décision. Le chercheur de l'Université de Yale développe la notion « d'*incrémentalisme* »¹⁸⁴, et met l'accent sur le caractère nécessairement « graduel » du changement (« le changement à petit pas »). Selon lui, les changements réalisés dans l'action publique ne modifient que marginalement des politiques publiques déjà existantes. L'étude du processus décisionnel montre qu'une réforme d'action publique conduit à des changements très progressifs au regard d'ajustements mineurs n'ayant pas vocation à remettre en cause les fondements d'une politique publique. Charles Lindblom met notamment l'accent sur la pluralité des acteurs, et appréhende le processus décisionnel en termes de compromis négocié¹⁸⁵ entre différents acteurs en fonction d'informations partielles. Dans cette situation, les acteurs aux termes de nombreux « marchandages » (« bargains ») vont avoir tendance à privilégier le « statut quo », en se cantonnant à un nombre limité d'options connues et familières.

C'est donc le caractère « routinisé » des processus décisionnels qui est mis en avant dans cette approche, comme l'illustrera l'étude d'Aaron Wildawsky sur les choix budgétaires quelques années plus tard¹⁸⁶. Il rejoint les analyses de Charles Lindblom et considère que les changements dans l'action publique ne portent que sur des aspects résiduels et des ajustements marginaux¹⁸⁷.

Cette idée de dépendance aux politiques publiques existantes va de plus être reprise et

180 L'approche incrémentaliste a été développée par Charles Lindblom : Charles Lindblom, « The science of Muddling Through », *Public Administration Review*, vol. 19, 1959, p.79-88.

181 Cette approche a d'abord été développée par Paul David à propos du célèbre clavier QWERTY dans le cadre de travaux économiques, et reprise et développée par Paul Pierson, notamment dans Paul Pierson, « Path Dependence, Increasing Returns, and Political science », *American Political Science Review*, 94(2), 2000, p. 251-267.

182 Pour des travaux plus récents effectués par des politistes, voir Sylvain Laurens, « 1974 et la fermeture des frontières. Analyse critique d'une décision érigée en turning point », *Politix*, n°82, 2008 ; Bruno Jobert, « La consécration républicaine du néo-libéralisme » dans Bruno Jobert et Pierre Muller (dir.), *Le tournant néo libéral en Europe*, Paris, L'harmattan, Paris, 1994.

183 Herbert Simon, *Models of man : Social and rational*, New York, John Wiley, 1957 ; Voir également, Herbert Simon, *Administration et processus de décision*, (Trad), Paris, Economica, 1983.

184 Charles Lindblom, *art. cit.*, « The science of Muddling Through ».

185 Ces compromis correspondent selon Charles Lindblom au plus petit dénominateur commun.

186 Aaron Wildawsky, *The politics of the Budgetary Process*, Boston, Little Brown, 1979 (1ère édition 1964).

187 En France, Antoine Siné a montré qu'une fois la reconduction de tous les budgets en cours concernant des politiques publiques existantes, il ne restait plus qu'une marge d'1% du budget pour réaliser des changements. Antoine Siné, *L'ordre budgétaire. L'économie politique des dépenses de l'Etat*, Paris, Economica, 2006.

approfondie par la notion de « *path dependence* ». Cette notion souligne le poids des choix effectués dans le passé sur les décisions présentes. Pour Paul Pierson, la notion de dépendance au sentier renvoie « à un processus dynamique entraînant des rétroactions positives » (« *policy feedback* »)¹⁸⁸. Il apparente ainsi la notion de « *path dependence* » à un processus d'auto-renforcement d'un choix initial dont l'irréversibilité croît avec le temps, permettant d'expliquer le caractère fortement contraint des choix présents¹⁸⁹.

Ces phénomènes « limitatifs » sont de plus renforcés par la complexité des institutions. Ces espaces structurés opposent aux réformes leurs opacités et leurs histoires incorporées. Dans la littérature française, Michel Crozier a longuement étudié ces « phénomènes organisationnels ». Dans son ouvrage classique, « *On ne change pas la société par décret* »¹⁹⁰, l'auteur montre que la plupart des projets de société n'ont que peu de chance d'être mis en œuvre en pratique car « ils ignorent tout de la vie complexe des systèmes humains et du jeu social réel »¹⁹¹. Il faut donc, selon lui, donner la priorité à la connaissance des « systèmes concrets », « et non à la discussion des objectifs et de l'idéal »¹⁹².

Le changement est un problème crucial de nos sociétés¹⁹³. Selon Michel Crozier, si on parle beaucoup du changement, « qui est devenu le maître mot de la pensée sociale et politique, il s'agit surtout d'une pratique incantatoire »¹⁹⁴ qui n'a que peu d'incidence sur la réalité, de par les multiples phénomènes de blocage qu'il rencontre. Le plus important d'entre eux réside pour l'auteur dans le système administratif. C'est pourquoi « toute réflexion sur le changement doit donc partir du phénomène administratif »¹⁹⁵, car pour l'auteur, « on ne change pas les fonctionnaires par décret »¹⁹⁶.

Des lors, appliquer cet ensemble de considérations théoriques aux réformes qui traversent l'institution hospitalière permet d'appréhender notre objet de recherche sous un angle original centré sur les obstacles et les limites au changement, et leurs effets sur la mise en œuvre d'une loi dans un secteur d'action publique. Au regard des dernières réformes législatives¹⁹⁷, l'hôpital public, institution sacralisée du système de santé français, serait ainsi en proie à d'importantes

188 Paul Pierson, *Politics en Time. History, Institutions and Social Analysis*, Princeton, Princeton UP, 2004, p. 20.

189 Patrick Hassenteufel, *Sociologie politique : l'action publique*, op. cit., p. 259.

190 Michel Crozier, *On ne change pas la société par décret*, op. cit..

191 Ibid., p. 9.

192 Ibid., p. 13.

193 Ibid., p. 55.

194 Michel Crozier, *On ne change pas la société par décret*, op. cit., p. 55.

195 Ibid., p. 81

196 Ibid., p. 82.

197 Ainsi que des dispositions réglementaires adoptées en la matière

transformations, tant dans son organisation que dans la structuration des rapports de pouvoir en son sein. Ces hypothèses méritent d'être vérifiées empiriquement, car si l'hôpital se donne à voir ainsi, la réalité apparaît parfois de façon plus nuancée.

Cet ensemble de mécanismes inhérents aux institutions amène ainsi à une interrogation centrale : Dans quelle mesure l'hôpital est-il finalement réformé et réformable ?

Description de la stratégie d'enquête et retour critique

Il s'agira dans ce mémoire de recherche d'observer la mise en œuvre des différentes réformes qui traversent l'institution hospitalière, afin de mettre en lumière l'inégale efficacité de ces lois et leurs effets différenciés dans ce secteur d'action publique¹⁹⁸. Au cours de mon enquête de terrain au sein d'un centre hospitalier intercommunal périphérique situé dans la région parisienne¹⁹⁹, j'ai ainsi tenté de saisir, au travers d'entretiens approfondis, les différents aspects du changement à l'hôpital, ainsi que les éléments qui le limite en pratique.

Observer les transformations à l'œuvre dans une institution complexe comme l'hôpital suppose de donner la parole à différentes catégories d'acteurs. La représentativité de l'enquête est fondamentale, en ce qu'elle permet d'observer une diversité de point de vue sur un seul et même « objet ». Elle relève d'autant plus de la nécessité lorsque l'on considère la variété des catégories professionnelles représentées à l'hôpital.

Cette recherche regroupe ainsi des entretiens approfondis réalisés avec différentes catégories de personnel : des représentants des directions administratives (directeur général, directeur des affaires financières, directeur des services économiques, directeur des soins, directeur de la qualité et de l'informatique) ; des représentants du corps médical (président de Commission Médicale d'Établissement, chef de pôle, chef de service, chirurgien, médecin, anesthésiste-réanimateur, psychiatre) ; des représentants du corps paramédical (cadre supérieur de pôle, cadre de santé, infirmière, aide-soignante) ; des représentants du corps technique (ouvrier, agent de maîtrise, responsable des services techniques) ; des représentants du personnel médical et non médical

198 Notamment en fonction de leurs contenus et de la partie de l'institution qu'elles visent.

199 Ne dépendant pas de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP).

(principalement issus de la CGT).

A travers une stratégie d'entretien centrée sur les pratiques des acteurs, par des questions touchant aux missions quotidiennes des agents, à l'évolution de leurs conditions de travail, aux relations qu'ils entretiennent entre eux (notamment conflictuelles), j'ai ainsi tenté d'appréhender les effets différenciés du changement au sein de cette institution particulière.

La diversité des récits recueillis souligne la pluralité de points de vue sur un même objet. Ce large panel m'a de plus permis de mettre en lumière une « lecture sélective » des réformes (réception sélective), fonction des intérêts sociaux des acteurs de l'institution. Cette « réception sélective » des réformes est dépendante de nombreuses variables : de la catégorie professionnelle interrogée, du contexte local, de la position occupée dans l'espace, des intérêts personnels des acteurs, de leurs « conditions de classe »²⁰⁰. Il est donc nécessaire de ne pas homogénéiser la mise en œuvre d'une réforme dans l'analyse pour se laisser la possibilité d'appréhender ses incidences multiples sur les différents acteurs de l'institution.

Ce programme d'étude nécessite également une étude approfondie des directions administratives chargées de mettre en œuvre ses réformes. De par leurs rôles d'intermédiaires et leurs positions stratégiques dans l'institution, une analyse approfondie de l'évolution de leurs pratiques et de leurs marges de manœuvre est dès lors essentiel. Ce programme de recherche nécessite de plus de porter une attention toute particulière aux évolutions que rencontrent les catégories médicales et paramédicales pour saisir les véritables changements qu'ont induit ces réformes.

Après avoir posé le cadre de notre enquête, il est désormais nécessaire d'aborder les difficultés rencontrées durant ce mémoire de recherche, mais aussi les satisfactions que l'on peut en tirer.

Les difficultés, si elles ont été nombreuses, se sont notamment révélées très constructives, en ce qu'elles m'ont permis de faire évoluer ma problématique. Chaque obstacle, chaque erreur, se mêlait avec l'apprentissage des « ficelles du métier »²⁰¹ de sociologue. Elles m'ont permis de faire évoluer mes grilles d'entretien, de faire avancer mon enquête. Les contraintes de temps liées à la

200 Selon le sens qu'en donne Pierre Bourdieu, « Condition de classe et position de classe », *Archives Européennes de Sociologie*, t. VII, n°2, 1966, p. 201-229.

201 Pour reprendre l'expression d'Howard Becker, in Howard Becker, *Les ficelles du métier*, Paris, La Découverte, 2003.

difficulté de l'exercice, me laissent néanmoins quelques regrets. L'évolution constante de ma problématique durant cette année de recherche a révélé certaines lacunes dans mes entretiens, notamment dans les premiers que j'ai réalisés, tantôt pas assez neutre²⁰², tantôt trop à distance de mes hypothèses actuelles. Une seconde rencontre avec certains de mes interrogés²⁰³ aurait été nécessaire pour approfondir certains points qui restent incomplets ou certaines questions non abordées. Au contraire, mes derniers entretiens menés il y a seulement quelques semaines²⁰⁴ se sont révélés très instructifs, et viennent consolider la problématique générale de ce mémoire de recherche.

Ma plus grande satisfaction demeurera l'aisance avec laquelle j'ai appréhendé mon terrain de recherche. Issu d'une famille d'hospitalier, j'avais ainsi une bonne connaissance de l'hôpital et de son fonctionnement. S'insérer dans un terrain de recherche demande en général un long travail « d'acceptation » de la part du milieu enquêté. Le fait d'avoir travaillé pendant cinq ans²⁰⁵ dans l'hôpital de mon enquête fut un précieux atout, notamment par ma familiarité avec cet univers complexe et par l'acquisition progressive d'un certain « capital social » au sein de cet hôpital. Par cette distance sociale moindre, j'ai ainsi eu la possibilité de rencontrer de nombreux agents de l'institution qui soit me connaissaient, soit me considéraient comme le « fils » d'un des leurs. Dans ce milieu d'inter-connaissance, tous mes entretiens se sont déroulés dans une atmosphère de confiance, et je n'ai eu que très peu à me justifier sur l'objet et le but de mes recherches. Ainsi, mon terrain d'enquête m'a été facilement accessible de par ma connaissance préalable de l'institution. En ce sens, mes relations militantes m'ont également donné la possibilité de m'entretenir avec le député-maire, qui m'a introduit auprès du nouveau directeur général²⁰⁶ de l'hôpital, notamment pour assister au Conseil de Surveillance. Cette connaissance préalable du terrain m'a ainsi offert la possibilité d'obtenir un panel d'entretien varié, dans un délai relativement court.

Ma connaissance de l'hôpital m'a également permis de prendre la mesure des particularités

202 Cet aspect, dans le milieu d'inter-connaissance dans lequel j'ai effectué mon enquête, était particulièrement prégnant avec les représentants syndicaux, qui connaissant le passé syndical de mon père et mes relations militantes avec le député-maire de la circonscription, ont pour la plupart adopté un discours très politique de défense des salariés.

203 Particulièrement avec le député-maire de la circonscription et avec l'ancien directeur général, que je n'ai pu rencontrer à nouveau faute de temps.

204 J'ai en effet essayé de garder les entretiens les « plus importants » pour la fin, comme le directeur général, le président de la Commission médicale d'établissement, la directrice des soins ou des affaires financières, les cadres de santé supérieurs de pôle...

205 En période estivale.

206 Le changement de direction au début de mon enquête a été un des seuls obstacles pour entrer dans mon terrain. Mais j'ai pu grâce à mon père rencontrer l'ancien directeur général de l'hôpital, qui m'a introduit auprès de l'actuel directeur.

inhérentes à toute institution²⁰⁷. Si l'analyse ne pourra pas véritablement trancher entre le changement et l'inertie, c'est d'une part qu'elle révèle leurs enchevêtrements, mais également parce qu'elle reste une « étude monographique » sur un cas particulier. Dans ce cadre, une description de notre terrain de recherche s'avère nécessaire pour saisir les propriétés particulières et les caractéristiques propres de cet établissement public de santé.

Un terrain d'enquête particulier

Le centre hospitalier intercommunal Salvador Allende²⁰⁸, tel que j'ai pu le découvrir lors de mon travail de recherche, est le produit d'une longue histoire. Situé dans une banlieue périphérique de la région parisienne, il ne dépend pas de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris. Sa création a été autorisée par décret du Président de la République le 19 février 1932 et sa construction débuta en 1936. A l'initiative des cinq communes qui composent aujourd'hui encore son intercommunalité, il devient Centre Hospitalier Intercommunal en 1955 et ouvre ses portes le 1er décembre de la même année. Inauguré qu'en 1981, il prit alors symboliquement le nom de l'ancien député-maire communiste de la circonscription.

L'hôpital Salvador Allende dessert un bassin de population de plus de 450 000 habitants qui se caractérise notamment par un accroissement démographique important, et donc par un taux de natalité particulièrement élevé. Situé au cœur d'un territoire fragilisé, l'hôpital Salvador Allende doit répondre aux demandes de soins croissantes d'une population toujours plus touchée par le chômage et la précarité²⁰⁹. L'hôpital représente ainsi une des structures de santé de référence dans sa localité²¹⁰. Ses habitants, souvent moins informés sur les risques de santé, et également moins « consommateur de soins » que la moyenne française, demandent une prise en charge à la fois

207 Ayant également effectué trois entretiens dans d'autres hôpitaux, j'ai ainsi pu observer les différences et les particularités de chacun. Il faut donc insister sur le caractère monographique de l'étude, qui concerne un hôpital particulier, ne relevant pas de l'AP-HP, fait central pour tous les développements qui suivront.

208 Le nom de l'hôpital a volontairement été modifié.

209 Ce territoire se caractérise par un fort taux d'incidence de la toxicomanie, des taux de prévalence et d'incidence au VIH très élevés, ainsi que par la prédominance d'affections périnatales, de maladies de l'appareil digestif, de traumatismes, de tumeurs et de maladies cardiovasculaires.

210 Cet hôpital est de plus inséré dans un vaste « réseau » de santé, par des coopérations avec de nombreuses autres structures, médicales et non médicales. En effet comme tout établissement public local, l'hôpital Salvador Allende représente une interface essentielle dans le domaine de la santé, notamment par les liens quotidiens qu'il entretient sur le plan médical avec d'autres institutions de la localité (maison d'arrêt, établissements gériatriques et de long séjours, centres médico-psychologiques (CMP), cliniques privées, centre d'addictologie...). L'hôpital public constitue donc une composante essentielle de l'offre de soin dans le territoire au sein duquel il est implanté.

médicale et sociale parfois plus lourde et plus complexe que dans des hôpitaux situés dans des territoires moins précarisés²¹¹.

S'il regroupe aujourd'hui près de 90 services, l'hôpital Salvador Allende s'est développé dans un temps long pour devenir l'établissement généraliste qu'il est désormais, tant au gré des réformes successives que des évolutions locales. Les services de psychiatrie ne sont apparus qu'entre 1969 et 1974, le plateau technique et l'unité de réanimation médicale en 1981, tandis que les laboratoires médico-techniques ont été mis en place en 1985. Chaque évolution, chaque phase de développement a notamment contribué à une augmentation significative du personnel dans l'institution. Cet établissement public emploie aujourd'hui plus de 2400 personnes²¹², fonctionnaires, contractuels et agents publics sous statut (personnel médical) et n'a cessé de développer ses activités depuis près de soixante ans maintenant.

Si à l'origine, l'ensemble des activités médicales étaient regroupées dans un unique bâtiment qui borde l'entrée de l'établissement²¹³, de nouvelles structures ont progressivement été reconstruites pour venir remplacer d'anciens locaux devenus vétustes. Un nouveau bâtiment mère-enfant voit le jour à la fin des années 1980, tout comme le plateau technique, tandis que les consultations médicales sont dispersées sur tout le site de l'établissement dans des petits « pavillons » séparés. Un bloc polyvalent de 8 salles d'opérations sera créé au début des années 2000, et une nouvelle unité de cardiologie sera construite quelques années plus tard, notamment pour faire face à la concurrence naissante des établissements de santé avoisinants.

L'hôpital Salvador Allende s'est ainsi largement transformé depuis son ouverture en 1955. Il s'est étendu, devenant plus grand mais aussi plus « complexe ». Il regroupe aujourd'hui sur un même site l'ensemble de ses activités. L'hôpital concentre ainsi l'ensemble des services de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) ainsi que trois secteurs de psychiatrie adulte, un secteur de psychiatrie infanto-juvénile et un secteur de Rééducation fonctionnelle, tous reliés à un plateau technique performant. L'hôpital Salvador Allende dispose d'une capacité d'accueil de 834 lits²¹⁴, ce qui en fait un des plus grands établissements de son « territoire de santé ». Néanmoins étendu sur plus de 35 hectares, l'hôpital Salvador Allende se caractérise par un grand éparpillement des

211 Environ 12% des patients n'ont par exemple aucune couverture maladie.

212 Elle n'en regroupait que 850 lors de son ouverture.

213 Le « grand bâtiment rouge » comme on l'appelle à l'hôpital Salvador Allende, bâtiment d'origine construit en 1936.

214 L'hôpital ne disposait que de 300 lits lors de son ouverture en 1955.

services et est souvent considéré comme un véritable labyrinthe par ses visiteurs²¹⁵. La vie de l'établissement s'articule en effet aujourd'hui encore autour d'un bâtiment principal entouré de structures pavillonnaires. Cette répartition géographique, héritée d'un long passé, structure ainsi profondément l'organisation du travail au sein de l'institution²¹⁶.

Actuellement une nouvelle phase de « développement » débute dans le cadre du projet d'établissement 2011-2015. La construction de nouveaux bâtiments qui devraient accueillir dès 2014 le pôle mère-enfant, une unité fonctionnelle de rééducation rénovée et agrandie, et qui devraient également à terme permettre de regrouper ensemble toutes les consultations médicales de l'établissement (hormis les consultations psychiatriques) s'inscrirait en effet dans un processus de mutation structurelle de l'établissement, de « modernisation » de l'hôpital²¹⁷. Ces transformations font notamment échos aux entreprises réformatrices à l'œuvre dans l'institution hospitalière, et répondent à la « nécessaire » réorganisation des établissements prônée par les réformateurs, notamment dans le cadre de la mise en œuvre de la « nouvelle gouvernance ». Les nouveaux bâtiments en construction, qui trônent devant l'entrée principale du bâtiment de médecine, sont ainsi une illustration de ce climat de « changement quasi perpétuel » dans lequel évolue l'hôpital. Cette institution a ainsi connue de nombreuses évolutions, et s'est transformée au fil du temps, au gré des réformes successives. Tentez de comparer cet hôpital à ce qu'il était y a un demi-siècle serait vain, tant il a changé de visage.

Annonce de plan

Avant d'aborder les réformes à l'œuvre dans l'institution hospitalière, il nous paraît au préalable nécessaire de décrire l'organisation de l'hôpital ainsi que ses différents acteurs (Chapitre I). Ce chapitre préliminaire entend ainsi détailler le fonctionnement de l'institution hospitalière afin de permettre au lecteur de se situer. Ce préalable s'avère de plus nécessaire si l'on considère la complexité qui caractérise l'institution hospitalière. Ce cadrage constitue un passage obligé pour appréhender les différents changements qui ont traversé l'hôpital durant la dernière décennie.

215 La nouvelle phase de construction entreprise vise notamment à une recentralisation des services de consultation en regroupant toutes les spécialités dans un seul et unique bâtiment.

216 Voir Annexe n°1.

217 Selon la présentation du projet d'établissement sur le site internet de l'hôpital Salvador Allende.

L'hôpital est en effet confronté à de nombreuses réformes qui participent à l'édification d'un nouveau modèle hospitalier, plus proche des méthodes de fonctionnement traditionnellement dévolues au secteur privé. Cette « révolution normative » s'incarne dans de nombreuses mesures qui viennent profondément modifier les principes d'organisation de l'hôpital. Ces évolutions législatives ont notamment entraîné de nombreuses inflexions dans les pratiques des agents du secteur hospitalier. Dès lors, il est nécessaire d'étudier les changements intervenus par la loi (Chapitre II).

Si certaines transformations à l'hôpital apparaissent avec évidence, tout n'a néanmoins pas changé. L'hôpital s'est métamorphosé au cours de la décennie précédente, mais les réformes qui l'ont traversé n'ont néanmoins pas toutes entraîné les effets escomptés. En effet, si certaines lois ont significativement transformé l'hôpital public, d'autres au contraire, eurent des effets moindres²¹⁸. La mise en œuvre de certaines mesures a été confrontée à différents mécanismes limitatifs, inhérents aux institutions. Cet espace social obéit à ses propres règles. Si les réformes ont tenté de le transformer, les agents qui l'habitent ne sont pas restés passifs. Le monde social n'est pas figé. Face à une réforme, les acteurs d'un secteur vont s'organiser pour résister au changement. L'hôpital offre un exemple probant des difficultés que rencontrent l'application de certaines lois en pratique. Observer les effets concrets des réformes hospitalières de la décennie précédente permet de mettre en lumière leurs différentes limites (Chapitre III). L'analyse de la mise en œuvre des réformes à l'hôpital permet ainsi d'introduire une sociologie du changement dans l'action publique.

218 En particulier les réformes organisationnelles et de modification de compétence au sein de l'institution.

Chapitre II : L'organisation hospitalière

« Actuellement, dans le domaine sociologique, les recherches publiées ne portent plus directement sur l'hôpital en tant qu'institution ou organisation ; les problématiques développées ne cherchent pas à produire une théorie globale qui permettrait de rendre compte de la complexité de l'institution »²¹⁹. L'hôpital public constitue pourtant un exemple « idéal typique » de ce que la littérature appelle les « organisations complexes ». Cette institution regroupe en effet un ensemble d'acteurs et de structures aux caractéristiques extrêmement diversifiées. D'un point de vue sociologique, le « parcours d'un patient » à l'hôpital est un profond révélateur de cette multitude²²⁰.

L'hôpital remplit une « pluralité de fonctions sociales »²²¹. Il regroupe une multitude de catégories professionnelles réparties au sein de « services », qui veillent à l'accomplissement de ses différentes missions. L'institution hospitalière représente ainsi une impressionnante juxtaposition de services et d'acteurs aux compétences variées, aux problématiques propres, tous organisés de façon spécifique²²². Aucune métaphore n'est plus imagée pour décrire le fonctionnement d'un hôpital que l'image d'une « fourmilière ».

L'hôpital intercommunal Salvador Allende regroupe aujourd'hui près de quatre vingt-dix services, médicaux et non médicaux, aux caractéristiques très différentes. Cette multitude s'incarne au sein de l'institution dans des pratiques professionnelles elles-mêmes d'une grande variété, et laisse entrevoir la coexistence de différents principes de représentation, pouvant parfois être contradictoires.

L'hôpital s'organise selon une division du travail complexe (Section I). Chaque acteur exerce un « rôle » confiné, et occupe une position particulière dans cet espace, plus ou moins valorisée. En ce sens, l'institution est structurée autour de lignes d'autorités multiples (Section II).

219 Danièle Carricaburu, *op. cit.*, p. 39.

220 Le patient lors de son passage à l'hôpital rencontrera en effet de nombreuses catégories professionnelles, dans de nombreux services : de l'agent administratif aux admissions, à l'infirmière, aux médecins, à l'aide-soignante...

221 Danièle Carricaburu, *op. cit.*, p. 13.

222 De plus, chaque établissement a une histoire propre, des particularités qui sont les siennes, notamment au regard de la « configuration locale » dans laquelle il s'incorpore. Ces propriétés vont alors structurer son fonctionnement et son organisation.

Une fine description de l'hôpital s'avère nécessaire pour comprendre le fonctionnement de l'institution. Ce chapitre vise ainsi à restituer au monde hospitalier sa diversité, afin de plonger le lecteur dans cet univers si particulier que représente l'hôpital. Cette description est un préalable nécessaire pour appréhender les mécanismes à l'œuvre dans les réformes qui traversent l'institution hospitalière, phénomènes que nous analyserons dans les chapitres suivants.

Section I : La division du travail hospitalier

Pour comprendre le fonctionnement complexe de l'hôpital, il faut faire un détour préliminaire par une description de l'institution hospitalière organisée selon une division du travail complexe. Si l'hôpital est souvent réduit à une communauté de soignants, il regroupe en réalité une multitude de catégories professionnelles, médicales et non médicales. Ces acteurs se répartissent au sein de structures elles-mêmes extrêmement diverses. Cette organisation répond à une nécessaire division horizontale du travail hospitalier (Paragraphe I).

De plus, cette institution voit coexister en son sein des catégories professionnelles aux principes de représentation contradictoires. Chaque acteur, chaque service, occupe un « rôle » particulier dans la division du travail au sein de l'institution. Cette répartition des rôles illustre l'importance que revêt le « service » comme échelon organisationnel au sein de l'institution hospitalière (Paragraphe II). Les différents services, au regard de leurs contraintes particulières et de leurs problématiques propres, vont poursuivre une logique largement « auto-centrée », notamment sur le plan « organisationnel ». Cette répartition des activités au sein de l'hôpital répond en premier lieu aux besoins du patient. De la bonne organisation de l'hôpital dépendra la qualité de la prise en charge.

Suite à la description des différentes logiques qui coexistent au sein de l'institution hospitalière, il est nécessaire de se focaliser plus particulièrement sur l'organisation de l'activité de soin (Paragraphe III). L'étude du fonctionnement d'un service médical permet de mettre en lumière que la prise en charge du patient s'organise selon une division verticale du travail.

§ I : Une division horizontale du travail hospitalier

Comme le note Robert Castel, « l'organisation de la vie hospitalière apparaît commandée par un certains nombres de coupures, d'oppositions proprement sociologiques »²²³. L'hôpital représenterait un « microcosme social »²²⁴. Cette organisation complexe est partagée entre plusieurs mondes aux principes de représentation parfois contradictoires. L'éventail des professions représentées à l'hôpital révèle l'existence d'une multitude « d'habitus » professionnels.

Dans ce cadre, une séparation fondamentale au sein de l'institution hospitalière s'incarne dans la frontière entre le domaine médical, qui relève du professionnel, et le domaine administratif, qui relève du profane²²⁵ (A). Au regard de cette distinction, chaque acteur, selon sa mission et sa spécialité, va exercer un « rôle » particulier au sein de l'hôpital. Malgré cette séparation structurante, la répartition des tâches répond à une nécessaire complémentarité entre les différentes activités au sein de l'hôpital, essentielle au bon fonctionnement de l'institution (B).

A – La frontière professionnel/profane

La division du travail à l'hôpital repose sur une distinction fondamentale : la séparation entre le domaine médical et le domaine non médical. Cette séparation résulte de la division du travail à l'hôpital qui s'organise autour de deux principales catégories d'acteurs : les « soignants » et les administratifs. Relativement indépendants, ces deux domaines maîtrisent un aspect du fonctionnement de l'institution. Ils ont chacun des contraintes propres, notamment au regard de leurs finalités premières. Cette dualité résulte des divers fonctions sociales exercées par l'hôpital, dualité que l'on retrouve dans d'autres structures comme l'université où « la compétence professionnelle s'exerce dans un cadre administratif profane »²²⁶. Dès lors, cette frontière délimite ce qui est de l'ordre du professionnel (le domaine médical) et ce qui est de l'ordre du profane (tout le reste²²⁷).

223 Présentation de Robert Castel de la traduction française d'Erving Goffman, *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Minuit, 1968, p. 14.

224 Erving Goffman, *Asiles, op. cit.*, p. 14.

225 En ce sens, Everett C. Hughes attirait déjà l'attention sur les « frontières » entre les différentes catégories de personnel : « Comme le nombre de tâches à accomplir augmente de jour en jour dans les hôpitaux modernes, il y a davantage de frontières entre postes qu'il n'y en avait précédemment. Toutes sont le lieu d'une nécessaire coopération, et donc d'un conflit potentiel », in Everett C. Hughes, *Le regard sociologique*, Paris, Éditions de l'EHESS, 1996, p. 70.

226 Danièle Carricaburu, *op. cit.*, p. 28.

227 Administratif, technique, logistique...

Dans les hôpitaux, on parle des « soignants d'un côté », qui entretiennent un contact direct avec le patient, et des « administratifs » de l'autre, qui exercent davantage un rôle d'intermédiaire. Cette distinction révèle la différence de positionnement des deux catégories professionnelles vis à vis du patient. Comme l'observait Erving Goffman dans *Asiles*, « la particularité du personnel soignant est qu'ils ont à faire à du « matériel humain » »²²⁸. Ainsi, pour les professionnels de santé (médicaux, paramédicaux), « le contact direct du « matériaux humain » crée une communauté de condition qui les distingue d'autres agents, comme ceux de l'administration des hôpitaux »²²⁹. Composés des catégories médicales et paramédicales, les « soignants » s'opposent ainsi aux autres catégories d'agents, considérées par eux comme profanes, et notamment les catégories administratives n'ayant pas de contact direct avec le patient.

Les professionnels de santé, en plaçant le patient au centre de leurs problématiques, privilégient une « logique de soin » tandis que les catégories administratives poursuivent davantage une « logique de gestion »²³⁰, certes en lien direct avec l'offre de soins, mais faisant intervenir d'autres logiques (davantage « bureaucratique »). Ces logiques se retrouvent parfois en contradiction avec les principes de représentation des catégories « soignantes ». Ces deux catégories font intervenir des grilles de lecture différentes pour appréhender un même problème, notamment au regard de « procédés interprétatifs »²³¹ parfois très éloignés. En son sein, l'hôpital voit ainsi s'affronter « la logique rationalisatrice » de l'État représentée par l'administration hospitalière, et la « logique scientifique et technique » représentée par le corps médical »²³².

La coexistence de services médicaux et de services administratifs au sein de l'hôpital, implique nécessairement des interactions soutenues entre deux univers aux propriétés très différentes. Ces deux professions utilisent des catégories de langage très différentes, rendant la compréhension de l'autre parfois difficile. La relation entre administratifs et médicaux représente ainsi un des principaux points de tension dans l'institution.

B– La complémentarité des domaines d'activité

Si la coexistence au sein de l'hôpital de sphères médicales et non médicales représente une

228 Erving Goffman, *Asiles. op cit.*, p. 121.

229 Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression, op cit.*, p. 31.

230 Gestion du personnel, des moyens, du matériel...

231 Selon la définition qu'en donne Aaron Cicourel, *La sociologie cognitive*, Paris, Presses Universitaires de France, 1979, p. 93.

232 Danièle Carricaburu, *op. cit.*, p. 30.

des fractures principales de l'institution, ces deux domaines sont néanmoins complémentaires. L'hôpital n'est pas qu'une communauté de soignants. Le fonctionnement de cette institution repose également sur un ensemble de services administratifs²³³, logistiques et techniques²³⁴ (« prestataires de service »), qui veillent au bon « fonctionnement » des services médicaux.

Le parcours du patient illustre cette complémentarité dans la division du travail hospitalier. La prise en charge du patient va en effet dépendre de nombreux processus largement enchevêtrés : « processus administratifs (admission, facturation, rendez-vous), processus hôteliers (ménage des chambres, linge, commande, repas, gestion téléphonique, plomberie...), processus médico-administratifs (organisation du bloc opératoire, des chambres, des consultations), processus médico-techniques (biologie, imagerie, pharmacie), processus cliniques (examen des cas, interventions médicales ou chirurgicales).»²³⁵ Une multitude de services et de catégories professionnelles interviendront durant ces processus successifs, selon une division horizontale du travail²³⁶.

Chaque secteur d'activité (médical, administratif, technique, logistique) regroupe de plus un ensemble de catégories professionnelles aux pratiques à la fois très différentes, mais surtout très complémentaires. Cette recherche de complémentarité se retrouve également au sein de chaque service. Ainsi, à l'échelle d'un service de soin, on compte au moins six grands corps de métier²³⁷, eux mêmes répartis en de nombreuses spécialités. Chaque profession remplit ainsi un rôle « confiné » dans cet espace et occupe une position particulière au sein de son service. Un même patient sera ainsi appréhendé de façon différente selon les catégories, au regard de leurs missions premières (les médecins pour le diagnostic ou l'opération (chirurgien), l'infirmière pour le traitement, l'aide-soignante pour les soins plus intimes). Cette recherche d'une « complémentarité professionnelle », si elle est essentielle au bon fonctionnement de l'institution, révèle la diversité d'acteurs qui coexistent au sein de l'hôpital.

233 Le personnel administratif est constitué de l'ensemble des agents non médicaux, intermédiaires et « périphériques aux soins », et regroupe ainsi des catégories socioprofessionnelles très disparates.

234 Quand ces services ne sont pas externalisés, les hôpitaux disposent de nombreux métiers techniques (jardiniers, plombiers, peintres, menuisiers, informaticiens, ingénieurs. Les agents techniques, la « cheville ouvrière de l'hôpital », occupent ainsi une place particulièrement dominée dans la hiérarchie hospitalière, et exercent un rôle d'exécutant pur, chargés de l'exploitation de nombreuses activités destinées au corps médical et aux patients. (blanchisserie, restauration, jardin, peintre, menuisier, salubrité). Ils sont sous la direction des services économiques et de l'équipement, et de la direction des services techniques. La figure « emblématique » de cette catégorie est l'ouvrier professionnel qualifié (OPQ).

235 Selon la description de Jean de Kervasdoué, *L'hôpital, op. cit.*, p. 55-56.

236 Voir Annexe n°2.

237 Médecin (praticien hospitalier), cadre de santé, infirmière, aide-soignante, agent de service hospitalier (ASH), secrétaire médicale.

Cette « complémentarité » est *de facto* source de complexité, par la multiplicité des relations et des interactions qu'elle engendre entre des acteurs aux principes de représentation parfois très différents. Chaque professionnel de l'institution hospitalière développera « ses propres objectifs à atteindre, spécifiques et limités dans le temps »²³⁸. Comme le souligne Michel Crozier, « il ne peut y avoir unicité des objectifs au sein d'une organisation : la division du travail inhérente à toute activité organisée fait que, selon la position de l'acteur dans l'organigramme, et sa fonction, chaque membre de l'organisation aura une vision particulière. Il sera généralement dans l'intérêt de l'acteur de considérer l'objectif limité et intermédiaire qui lui est assigné comme l'objectif principal »²³⁹.

Cette parcellisation des objectifs est une résultante de la recherche de complémentarité. Cette distinction dans les rôles répond en premier lieu à une nécessaire division horizontale du travail à l'hôpital.

§ II : L'importance du service

La diversité des fonctions sociales remplies par l'hôpital implique la coexistence de nombreuses structures complémentaires, les services, nécessaire au fonctionnement quotidien de l'institution. L'hôpital Salvador Allende en compte quatre-vingt dix. La coexistence d'autant de services illustre tant la diversité des secteurs d'activités représentés à l'hôpital que la complexité présumée de son organisation.

Les différents services, au regard de leurs contraintes particulières et de leurs problématiques propres, vont poursuivre une logique largement « auto-centrée », notamment sur le plan « organisationnel » (A). S'ils sont contraints d'évoluer dans une « nécessaire interdépendance », celle-ci reste dans les faits limitée (B).

A - Une multitude de services aux logiques différenciées

Chaque service, qu'il soit médical, administratif ou technique, occupe un « rôle » particulier au sein de cet ensemble complexe. Chacun d'eux va rencontrer des problématiques particulières (au regard de sa taille, de sa spécialité...) et ainsi poursuivre des logiques largement auto-centrées, en

238 Danièle Carricaburu, *op. cit.*, p. 31.

239 Michel Crozier, *L'acteur et le système*, *op. cit.*, p. 93. March et Simon l'ont également analysé en montrant les limites quasi structurelles que la parcellisation des objectifs impose aux capacités cognitives des acteurs, dans James March, Herbert Simon, *Les Organisations*, Paris, Dunod, 1965.

particulier sur le plan organisationnel. Comme le notait déjà Erving Goffman il y a presque un demi-siècle, « les relations de service obéissent à une logique qui leur est propre »²⁴⁰.

Considérer que les services d'hospitalisation fonctionnent tous de la même façon, de par leur communauté « de fin » orientée vers les soins est une vision homogénéisante qui ne permet pas de rendre compte de la diversité des habitudes de travail, des routines de services qui les caractérisent. Les principes d'organisation sont différents pour chaque secteur d'activité. L'organisation des services de soins sera largement dépendante des propriétés particulières des patients (et de la pathologie rencontrée) pris en charge. Ces contraintes spécifiques influenceront grandement les « logiques de service ». Comparer le fonctionnement ou l'organisation d'un service d'urgences qui exerce la fonction centrale « d'accueil » des patients²⁴¹, qui seront (ou non) ensuite redirigés vers les services spécialisés dans les étages (donc avec une durée moyenne de séjour (DMS) relativement courte) avec un service spécialisé de chirurgie ou de médecine, voir avec un service de rééducation fonctionnelle prenant en charge des patients poli-pathologiques en moyen séjour (entre trois semaines et deux mois) se révèle largement inopérant. Les principes de fonctionnement de ces services sont très différents et répondent en premier lieu aux contraintes particulières qu'ils rencontrent dans la prise en charge du patient.

Même entre des services a priori très proches, de grandes différences subsistent. Ainsi, comme me l'explique la cadre de santé supérieur du pôle mère-enfant, on observe de nombreuses particularités de fonctionnement au sein de chaque service de psychiatrie adulte :

« On pourrait penser que la psychiatrie, ce sont les mêmes patients, mais en fait leurs prises en charge est différente. On pourrait penser qu'ils ont un grand point commun, c'est le patient psychiatrique. Sauf qu'eux, dans la façon de prendre en charge, ils n'ont pas la même philosophie d'approche psychanalytique, comportementale, de même que dans d'autres pôles c'est bien difficile aussi de comprendre le métier de l'autre, de comprendre sa mission » (Kamélia, 56 ans, cadre supérieur de santé, pôle mère-enfant, ancienne infirmière, ancienne surveillante, à l'hôpital Salvador Allende depuis 31 ans).

240 Erving Goffman, *Asiles*, *op. cit.* p. 390.

241 Et qui compte comme à l'hôpital Salvador Allende plus de 130 agents (ce qui en fait le plus important service de l'hôpital).

B – Des relations d'interdépendance faibles

Les différents services de l'institution poursuivent ainsi des logiques largement « auto-centrées », notamment sur le plan organisationnel. Cette primauté du service entraîne un cloisonnement plus ou moins fort au sein de l'hôpital, en ce que chacun sera plus ou moins centré sur ses contraintes particulières. Ce cloisonnement se retrouve ainsi à l'hôpital dans les relations inter-services, comme l'observe le chef de pôle de psychiatrie adulte, lui-même chef de service :

« Il y a plutôt un fort cloisonnement entre chaque service malgré le fait que chaque service rencontre des problématiques assez similaires, mais chacun se replie inter-service parce que c'est plus simple. Il y a toujours des adaptations locales, c'est sûr. En psychiatrie, c'est pareil, des décisions sont prises en haut, mais dans tous les cas, il y aura un arrangement au niveau du service » (Jacques, 47 ans, psychiatre, chef de service de psychiatrie C, chef de pôle de psychiatrie adulte).

Même entre des services rencontrant des problématiques proches, comme pour les services de psychiatrie adulte, qui prennent en charge des patients a priori « assez similaires », on perçoit l'aspect structurant que représente l'unité organisationnelle du « service », et les contraintes particulières qui y sont inhérentes. Le terme « arrangement » est particulièrement révélateur des logiques d'ajustements qui peuvent se mettre en place au sein d'un service au regard d'une décision plus « globale ».

Si les différents services de l'institution évoluent dans une certaine interdépendance, en lien avec d'autres services²⁴², ils conservent néanmoins une large part d'autonomie, notamment dans l'organisation quotidienne de leurs missions. D'autant que chaque service représente un ensemble de personnels, aux propriétés sociologiques très disparates. Les propriétés particulières de tel chef de service, de tel cadre de santé, auront ainsi toutes les chances d'influencer l'organisation et le fonctionnement d'un service donné, certains évoluant vers davantage de coopération inter-services, d'autres au contraire vers davantage de cloisonnement.

De plus, ce cloisonnement sera de nature différente selon les services et les catégories

242 Ainsi, les liens inter-services se révèlent nécessaire dans de nombreux cas, notamment entre les services de soins. Les urgences, la réanimation, l'anesthésie, le bloc opératoire, fonctionnent dans une nécessaire coordination. Également si l'on considère les relations entre les services médicaux et les services techniques prestataires de services (on pense notamment à la blanchisserie, la stérilisation, sans qui les services médicaux ne pourraient fonctionner). Chacun conserve néanmoins ses particularités propres et poursuit largement une logique de « service ».

professionnelles envisagées²⁴³. Comme le souligne Nicolas Belorgey, « comme dans toute organisation, les enjeux de pouvoir à l'hôpital entraînent certaines rivalités, qui débouchent sur des cloisonnements, entre services et en leur sein »²⁴⁴.

Ainsi, bien que chaque secteur d'activité évolue en lien avec l'environnement qui l'entoure et de « concert » avec les autres domaines avec qui il est amené à coopérer, il conservera largement des modes de fonctionnement particuliers tant au regard de ses contraintes propres que de ses principes d'organisation opératoires.

§ III : L'organisation des services de soin

Suite à la description des différentes logiques qui coexistent au sein de l'institution hospitalière, il est désormais nécessaire de se focaliser plus spécifiquement sur l'organisation des services de soins, afin de mettre en lumière une division verticale du travail médical²⁴⁵ (A). Car si l'hôpital est « l'atelier du médecin », le service de soins est son « royaume ».

De plus, les services de soins répondent eux-même à une nécessaire division travail hospitalier. Comme le note Nicolas Belorgey, la division du travail médical est aussi horizontale, « entre spécialités médicales et donc également entre services, mais aussi au sein de chacune de ces deux branches »²⁴⁶. Cette division du travail laisse néanmoins transparaître les hiérarchies internes qui prévalent au sein des services médicaux (B).

A – La division verticale du travail médical

Sous le terme homogénéisant de « soignant » se cache en réalité de nombreuses catégories professionnelles, « qui se distinguent en premier lieu selon une division verticale du travail hospitalier »²⁴⁷. Comme le note Nicolas Belorgey, « dans les hôpitaux, on parle de médecins d'un côté, de « soignants », de « paramédicaux » ou de « personnel » de tel ou tel service de l'autre,

243 Il sera par exemple plus prégnant dans le corps médical que chez les agents paramédicaux subordonnés (infirmières, aides-soignantes), a fortiori pour les cadres de santé davantage en relation avec les autres cadres de service.

244 Nicolas Belorgey, *L'hôpital, op. cit.*, p. 71.

245 Comme le note Jean de Kervasdoué, « l'organisation hospitalière doit s'adapter à une double division du travail : une division du travail médical (dans les 57 spécialités officiellement reconnues (il y en a en réalité plus d'une centaine) ; une division du travail paramédical et des techniciens de la santé (d'environ 180 métiers, professions ou occupations)», in Jean de Kervasdoué, *L'hôpital, op. cit.*, p. 48.

246 Nicolas Belorgey, *L'hôpital, op. cit.*, p. 226.

247 Ibid., p. 222.

soulignant la hiérarchie qui prévaut en pratique entre ces catégories »²⁴⁸. Nicolas Belorgey précise que « cette hiérarchie correspond elle-même à une gradation des tâches des plus nobles aux moins nobles, dans le sens où les catégories supérieures rejettent le « sale boulot » sur celles qui leur sont subordonnées. »²⁴⁹

Dans cette division du travail médical, le corps médical représentent le sommet de la hiérarchie. A l'hôpital, le médecin soigne, les autres exécutent. Le double sens de l'adjectif « médical », qui désigne au sens strict les compétences du médecin et au sens large, le processus de soin en général, est une illustration de leur position dominante par rapport aux agents paramédicaux qui restent dans une « invisibilité relative », signe de leur moindre prestige et de leur position subordonnée. Les médecins se concentrent ainsi sur la partie « noble » du processus de soin (opération chirurgicales, détermination du diagnostic et du traitement)²⁵⁰.

Sous la hiérarchie médicale vient ensuite les infirmier(e)s. Les infirmier(e)s forment une profession socialement moins reconnue, notamment en termes de rémunération²⁵¹. « Si cette profession relève en théorie d'une hiérarchie propre à travers leurs cadres de santé²⁵² et la directrice des soins, leur travail reste en pratique largement subordonné aux décisions de leur chef de service »²⁵³. Les médecins, en définissant notamment ce qui est ou non de leurs compétences, et en choisissant le traitement adéquat à administrer au patient, conditionnent en grande partie le travail des infirmières.

De plus, comme le souligne Nicolas Belorgey, « la division des tâches entre médecins et infirmières repose largement sur un modèle genré, faisant de la condition féminine le support d'un rôle subordonné »²⁵⁴. Dans cette configuration, les « qualités » des infirmières se sont longtemps opposées à la « qualification » des médecins »²⁵⁵. Les infirmières doivent de plus assurer un versant « social » dans la prise en charge du patient souvent laissé de côté par les médecins, en établissant

248 Nicolas Belorgey, *L'hôpital*, *op. cit.*, p. 31.

249 Ibid., p. 222

250 Selon l'interprétation qu'en fait Nicolas Belorgey dans le passage cité précédemment : Nicolas Belorgey, *L'hôpital* *op. cit.*, p. 223.

251 Ibid..

252 Les cadres de santé (qui remplacent les anciennes « surveillantes ») ont pour mission de veiller à la bonne administration de leur service de soins. Les cadres de santé supervisent l'ensemble du personnel paramédical, et exercent des missions administratives et des missions de gestion au sein de leurs services de soins. Issus du corps infirmier, les cadres de santé restent inclassables, tant ils sont à la frontière entre les logiques médicales et administratives.

253 Nicolas Belorgey, *L'hôpital* *op. cit.*, p. 223.

254 Ibid., p. 224.

255 Danièle Kergoat, *Les infirmières et leur coordination, 1988-1989*, Lamarre, Paris, 1992, chapitre 2, p. 44.

une relation avec le patient, en communiquant avec les membres de sa famille (aspect « relationnel » *versus* aspect « technique »).

Puis vient la catégorie davantage subordonnée encore des aides-soignant(e)s, qui selon Nicolas Belorgey, « correspond à un degré supplémentaire dans la délégation du « sale boulot » du haut vers le bas de la hiérarchie soignante »²⁵⁶. Selon lui, « si les infirmières administrent les traitements et exercent leur « rôle propre », les aides-soignantes sont en charge de la fonction d'hébergement de l'hôpital, de l'assistance aux patients dans leurs gestes quotidiens (dont les toilettes, les changes) et de leur surveillance »²⁵⁷. Comme le souligne Anne Marie Arborio, « par un processus de « retournement du stigmat », ce sont les tâches les plus dures que les aides-soignantes valorisent parfois le plus pour souligner leur apport et leur dignité »²⁵⁸.

Au-delà des aides-soignantes, quand on s'éloigne du « processus de soins », la division du travail se poursuit avec les laborantins, les pharmaciens, les techniciens d'imagerie médicale, les « personnels spécialisés » qui sont tous aussi nécessaires au fonctionnement hospitalier que peu ou pas visibles du point de vue médical. Ce sont les agents « périphériques aux soins »²⁵⁹, qui tombent finalement comme l'observe Eliot Freidson, « sous le contrôle du médecin »²⁶⁰. Leur statut « est directement issu de la division du travail, elle-même organisée par la profession dominante »²⁶¹.

Tout en bas de la hiérarchie, on retrouve les agents de service hospitalier (ASH), qui demeure de loin la catégorie de personnel la plus dominée au sein des services de soins. Les ASH sont chargés de l'hygiène et de la propreté des locaux de soins. Ces agents assurent ainsi des missions d'entretien de toute sorte (nettoyage des sols, des chambres...), et ne participent pas à l'administration des soins. Souvent invisible pour les catégories médicales, cette catégorie d'agent est néanmoins essentiel dans la division du travail au sein des services de soins.

256 Nicolas Belorgey, *L'hôpital, op. cit.*, p. 224.

257 Ibid., p. 224.

258 Anne-Marie Arborio, « Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière », *Genèses*, n°22, 1996, p. 87-106, p. 100.

259 Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression, op. cit.*, p. 224.

260 Eliot Freidson, *La profession médicale, op. cit.*, p. 58.

261 Danièle Carricaburu, *op. cit.*, p. 65 : « cette division du travail est le résultat des pressions politiques des médecins qui ont réussi à imposer cette division du travail auprès des pouvoirs publics : ne pouvant pas éliminer les activités concurrentes, la profession médicale a obtenu le pouvoir de les contrôler ».

B – Des hiérarchies entre spécialités médicales

Analyser la division du travail au sein des services de soins, c'est aussi mettre en lumière les divisions internes au corps médical. La profession médicale est en elle-même une profession très hiérarchisée. Considérer la profession médicale comme une catégorie professionnelle homogène relève de la fiction, erreur courante qui constitue l'écueil de nombreuses analyses sur le corps médical. C'est une profession structurée autour d'une hiérarchie stricte, composée de treize échelons, en fonction du grade et de l'ancienneté, dans laquelle la distinction entre chirurgien et non chirurgien reste extrêmement structurante.

Dans cet univers hiérarchisé, le « mandarin », professeur de médecine²⁶² occupe le sommet de la pyramide médicale²⁶³. Viennent ensuite les chirurgiens, qui représentent depuis toujours, la « noblesse médicale ». Ils occupent une position de dominant au sein de la profession et s'opposent aux non chirurgiens, les « médecins » (praticiens hospitaliers, anesthésistes-réanimateurs...). Certaines fonctions comme chef de service²⁶⁴ ou président de la commission médicale d'établissement (CME) complètent cette hiérarchie, positions souvent cumulées par les médecins aux échelons les plus hauts, praticiens hospitaliers pour les services de médecine et chirurgiens pour les services de chirurgie.

Au sein de ce corps de métier, les praticiens hospitaliers ayant obtenus un diplôme équivalent à l'étranger, mais dévalorisé en France et sous-payés en comparaison de leurs homologues francophones, occupent une position particulièrement dominée dans la profession, au même titre que la catégorie des anesthésistes-réanimateurs, peu considérée dans l'espace médical. Comme le note Nicolas Belorgey, « leur travail est longtemps passé inaperçu à côté des collègues prestigieux comme les chirurgiens ». L'anesthésie est selon l'auteur « une forme de sale boulot dans l'opération chirurgicale, au sens où elle est peu visible, mais nécessaire »²⁶⁵.

Les hiérarchies entre médecins sont visibles, notamment lors de leurs échanges dans leurs organes de représentation. Un chirurgien ne considéra pas forcément un « simple » praticien hospitalier comme son égal mais aura tendance à le considérer comme son subordonné. Le

262 En général titulaire d'une chaire à l'Université.

263 Les docteurs *honoris causa* sont les dominants parmi les dominants.

264 Fonction qui n'existe plus en théorie depuis la mise en place des pôles en 2005, remplacée par des responsables d'unité sous l'autorité hiérarchique d'un chef de pôle, mais qui perdure en pratique, et qui reste la fonction la plus reconnue, davantage que la nouvelle fonction de chef de pôle.

265 Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression, op cit.*, p. 227.

responsable du service jardin, ancien représentant du personnel, a participé à de nombreux « comités de pilotage ». Pour avoir fréquenté beaucoup de médecins, il connaît bien la hiérarchie qui prévaut entre eux :

« Pour eux, je pense que dans leurs têtes, alors il y a toujours un vieux débat, tu as toujours les médecins du haut et les médecins du bas, donc les chirurgiens, c'est la médecine d'en haut, et les médecins, c'est déjà la médecine du bas, ils sont déjà condescendants les uns avec les autres, mais grosso modo, dans leurs têtes aux médecins, ils font partis de l'élite » (Antoine, 50 ans, agent chef, responsable du service jardin, ancien représentant syndical CGT).

De grandes différences séparent ainsi les médecins des chirurgiens, comme me le confirme la cadre supérieur du pôle mère-enfant lors de notre rencontre ;

« Au niveau médical, il y a aussi des distinctions entre eux ?

Ah ba oui, on le sent même quand tu travailles, un médecin n'est pas pareil qu'un chirurgien. Moi j'ai fait les deux, ça se sent. Les intérêts sont différents et les fonctionnements sont différents, donc si tu ne vas pas voir l'autre et comprendre le fonctionnement de l'autre, un médecin est dans son unité, il fait de la consultation, un chirurgien, il est d'abord au bloc, aux consultations, et après en hospitalisation, et si un médecin ne comprend pas que, il exige qu'une plage opératoire soit changée mais le chirurgien, lui tu lui organises tout, il opère aussi ailleurs » (Kamélia, 56 ans, cadre supérieur de santé, pôle mère-enfant, ancienne infirmière, ancienne surveillante, à l'hôpital Salvador Allende depuis 31 ans).

Dans cet espace, les urgences occupent par exemple une position particulièrement dominée au sein de la hiérarchie médicale. En effet, pendant longtemps, « l'urgence n'a pas été considérée comme une spécialité, ce qui positionnait les urgentistes vis-à-vis des spécialistes des étages un peu comme les médecins généralistes par rapport au système de santé dans son ensemble : une médecine par « défaut », traitant ce qui « reste », notamment les patients qui n'étaient pas insérés dans le circuit des services spécialisés. Ainsi, « quand les médecins urgentistes se désolent de devoir faire « du social », ils rappellent ce faisant que leur discipline est impure du point de vue médical »²⁶⁶.

Ainsi, l'institution hospitalière s'organise autour d'une double division du travail, à la fois

266 Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression*, op cit., p. 227.

horizontale par la recherche systématique d'une complémentarité entre les différents services, mais également verticale en leurs seins.

Section II : Des lignes d'autorité multiples

L'hôpital représente un univers institutionnalisé, structuré autour de multiples lignes hiérarchiques. Comme toute institution, l'hôpital est constitué d'un ensemble de catégories professionnelles organisées autour d'une hiérarchie professionnelle stricte. Deux principales lignes d'autorité coexistent à l'hôpital, « l'une profane, représentée par l'administration, l'autre professionnelle incarnée par les médecins »²⁶⁷ (Paragraphe I). Ces catégories dominantes au sein de l'institution maîtrisent chacune un aspect du fonctionnement de l'institution et entretiennent des relations souvent conflictuelles.

Étudier la « composition sociologique » des deux principaux pouvoirs de l'institution hospitalière, les médecins et les directeurs d'hôpitaux, permet également d'observer de nombreuses modifications dans les propriétés sociologiques de ces deux catégories dominantes. Dans cette perspective, ces deux catégories connaissent des trajectoires sociales inversées (Paragraphe II).

De plus, si l'institution hospitalière est structurée en interne par cette double ligne d'autorité²⁶⁸, certains acteurs extérieurs à l'hôpital, en prenant part à son administration, exercent également une autorité importante au sein de l'institution (Paragraphe III).

267 Danièle Carricaburu, *op. cit.*, p. 28.

268 Un autre pouvoir est présent au sein de l'hôpital, même s'il est incomparablement moins puissant que les deux pouvoirs que nous allons étudier ci-après : le pouvoir syndical. Les organisations syndicales (composées à la fois de syndicats nationaux (CGT, CFDT) mais également locaux) sont en effet largement représentées au sein de l'hôpital, tant pour le personnel médical que non médical. Elles représentent un pouvoir de blocage important sur certaines décisions, par leurs capacités à mobiliser le personnel de l'établissement. Représentés au sein de toutes les instances de concertation (hormis le directoire), les représentants syndicaux ne disposent néanmoins que d'un avis consultatif dans chacun des organes, et pèsent peu lourd dans le rapport de force qui les oppose parfois aux directions administratives ou au corps médical. Par manque de temps, nous ne présenterons pas davantage le pouvoir syndical au sein de cette partie. De plus, même si ce pouvoir syndical est toujours affiché par les directeurs d'hôpitaux soucieux de conférer une grande place symbolique aux représentants syndicaux de leur établissement de santé, ils ne disposent en réalité que d'un pouvoir d'influence réduit pour influencer les décisions.

§ I : Une double ligne d'autorité

L'hôpital est composé d'un ensemble de catégories professionnelles aux dispositions sociologiques variées et aux ressources inégales. Si ces différentes catégories obéissent à des logiques sociales spécifiques²⁶⁹, certaines catégories dominantes se distinguent d'autres catégories professionnelles davantage subordonnées²⁷⁰, notamment en termes de dotation en capitaux²⁷¹. Les différents acteurs occuperont ainsi des positions plus ou moins valorisées dans l'espace social considéré²⁷². Au sein de l'hôpital, si les médecins représentent l'élite du corps soignant (A), les directions d'établissement représentent elles l'élite du corps administratif (B). Ces lignes d'autorité vont bien souvent s'affronter pour l'hégémonie du pouvoir dans l'institution.

A – Les médecins, une autorité de type « charismatique »

Dans la division du travail médical, les médecins représentent le sommet de la hiérarchie. Aujourd'hui encore, le corps médical demeure la seule catégorie qui n'est pas soumise hiérarchiquement au directeur général. Cette catégorie historiquement dominante, tant à travers ses pouvoirs de blocage que par la corporation qu'elle représente, constitue aujourd'hui encore un pouvoir incontournable dans l'institution hospitalière²⁷³. Comme le souligne Patrick Hassenteufel, « le pouvoir médical recouvre en fait une grande diversité de pouvoirs exercés par les médecins, dans le cadre, ou en dehors de l'exercice de leur profession. C'est un pouvoir à la fois professionnel, scientifique, économique, social et politique »²⁷⁴. Les ressources du pouvoir médical, tant dans le champ de la santé que dans l'arène politique²⁷⁵, leurs ont permis de conserver privilèges et

269 Pierre Bourdieu a notamment analysé ces phénomènes à propos du champ politique (Pierre Bourdieu, « La représentation politique », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, vol 36-37, février/mars 1981. p. 3-24. ; Pierre Bourdieu, « Esprits d'État. Genèse et structure du champ bureaucratique », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°96/97, mars 1993, p. 49-62.) et du champ religieux (Pierre Bourdieu, « Genèse et structure du champ religieux », *Revue Française de Sociologie*, vol°12, n°3, 1971, p. 295-334.

270 Notamment les corps paramédicaux et techniques

271 Pierre Bourdieu définit plusieurs types de capitaux : culturel, économique, social, symbolique : voir Pierre Bourdieu, *La distinction*, *op. cit.*.

272 Certains groupes occuperont ainsi une position de pouvoir au sein de l'institution.

273 La profession médicale a des représentants à tous les niveaux, tant en externe de l'hôpital (tant au niveau institutionnel (Ministères, Assistance Publique, tutelles) qu'au niveau politique (et notamment au Parlement)) qu'en interne (Commission Médicale d'Établissement, directoire, conseil de surveillance, ils siègent dans tous les principaux organes décisionnaires), ce qui en fait une catégorie dominante multipositionnée dans le secteur de la santé.

274 Patrick Hassenteufel, *Les médecins...*, *op. cit.*, p. 21.

275 Le pouvoir politique des médecins se décline sous deux formes principales : un rôle d'expert auprès du pouvoir politique dans tous les domaines touchant à la santé et leur capacité à défendre leurs intérêts professionnels (5 à 10% du personnel parlementaire), in Patrick Hassenteufel, *Les médecins...*, *op. cit.*, p. 22-23.

avantages au sein de l'hôpital, justifiés par leurs compétences²⁷⁶.

« Le caractère scientifique du savoir médical a conféré aux médecins une place dominante dans la division du travail de soins »²⁷⁷. Bien qu'elles relèvent en théorie d'une ligne hiérarchique propre, toutes les autres catégories de soignants (paramédicaux) leurs sont subordonnées en pratique²⁷⁸. Cette subordination implicite est de plus renforcée par « le prestige social du savoir scientifique sur lequel le médecin fonde son exercice professionnel »²⁷⁹. Comme le souligne Paul Starr, « les médecins disposent d'une « autorité culturelle », c'est à dire d'un pouvoir de définition de la réalité basé sur la reconnaissance sociale de leur compétence »²⁸⁰.

Dans ce cadre, le service de soins représente le lieu où s'incarne la domination du médecin. Comme le souligne Frédéric Pierru, pendant très longtemps, le « service » a été « le cadre de la domination traditionnelle d'un « patron » qui veille comme un père sur ses internes, ses infirmières et ses patients²⁸¹ ». En pratique, les médecins ont tout pouvoir au sein de leurs services de soins, et exercent leurs autorités sur l'ensemble des catégories professionnelles qui les assistent au quotidien dans le processus de délivrance des soins.

De plus, le corps médical représente un groupe professionnel puissant. Il dispose de sa propre instance de représentation au sein de l'hôpital, la Commission Médicale d'Établissement, organe où siège l'ensemble de la communauté médicale. Cette large représentation est le fruit d'un esprit corporatiste vieux de plusieurs siècles et rarement égalé²⁸².

B – les directions administratives, une autorité de type « bureaucratique »

Au sommet de la hiérarchie administrative, on retrouve les chefferies d'établissement, partie intégrante de la haute fonction publique. La ligne d'autorité administrative s'impose à l'ensemble des personnels hospitaliers « Il s'agit d'une autorité de nature « bureaucratique » qui s'organise autour

276 Ce sont eux qui ont le pouvoir de soigner, caractéristique encore très saillante aujourd'hui à travers mon étude, considération largement partagée dans le secteur, même si beaucoup en dénoncent les dérives.

277 Ibid., p. 22.

278 Cette subordination implicite illustre de plus la composante « charismatique » de l'autorité exercée par les médecins au sein de leurs services. De plus, comme le souligne Patrick Hassenteufel, « le médecin, tout comme le prêtre, possède une dimension charismatique du fait de son contact direct avec la mort », in Patrick Hassenteufel, *Les médecins...*, op. cit., p. 23.

279 Patrick Hassenteufel, *Les médecins...*, op. cit., p. 25.

280 Paul Starr, *The social transformation...*, op. cit., p. 13.

281 Frédéric Pierru, art. cit., « L'hôpital-entreprise... », p. 9.

282 Les médecins sont représentés également dans de nombreuses associations de professionnels dans le champ de la santé, comme la Fédération Hospitalière de France (FHF) ou l'Association des Médecins de France (AMF).

d'une hiérarchie clairement déterminée »²⁸³. Les chefferies d'établissement sont ainsi composées du directeur général de l'hôpital et de directions « fonctionnelles » placées sous son autorité directe²⁸⁴. Chaque directeur fonctionnel, en coordination avec le directeur général, a compétence sur le portefeuille qu'on lui a attribué²⁸⁵. Le directeur général reste néanmoins décisionnaire en dernier ressort pour toutes les décisions impliquant les grandes orientations de l'hôpital²⁸⁶.

Le directeur général exerce un pouvoir discrétionnaire important au sein de son hôpital. Ce pouvoir légal, teinté d'un fort aspect symbolique de par la position dominante qu'il occupe dans l'institution, est notamment complété par un important pouvoir de représentation. Le directeur général siège en effet dans tous les organes de représentation de l'hôpital²⁸⁷. Il est également président du directoire, principale instance « exécutive » depuis la loi HPST du 21 juillet 2009. Si cet organe délibératif a pour mission de définir le projet médical et de préparer le projet d'établissement, le directeur général reste décideur en dernier ressort.

Le directeur d'établissement occupe de plus une position d'intermédiaire²⁸⁸. Il représente en effet une « interface » nécessaire entre les représentants du ministère de la santé (notamment les agences de tutelles) et les personnels hospitaliers dont il a la charge au sein de son établissement. En cela, son rôle est essentiel aux hauts-fonctionnaires ministériels qui souhaitent obtenir l'application des normes qu'ils édictent.

La personnalité du directeur général d'établissement et ses propriétés (ancien directeur, jeune directeur, gestionnaire...) influent également beaucoup sur l'orientation de l'hôpital, les décisions prises et les ententes opératoires entre les diverses lignes d'autorité en présence. Ces ententes seront notamment conditionnées par les « ressources » dont dispose le directeur, elles-mêmes dépendantes de ses propriétés sociologiques (ancien directeur à poigne, directeur consensuel, nouveau plus technique, demandeur ou non de l'aide du pouvoir médical dans la

283 Danièle Carricaburu, *op. cit.*, p. 28.

284 Les directions fonctionnelles sont : la direction des affaires financières, la direction des soins, la direction des services économiques et de l'équipement, la direction des ressources humaines, la direction des travaux et des services techniques, la direction du patrimoine social et du développement durable, de la communication, la direction de la qualité et des services juridiques.

285 Ainsi, chaque directeur fonctionnel négocie annuellement son budget avec le directeur général.

286 Notamment au niveau budgétaire, de ses partenariats, du développement du site, des nominations professionnelles...

287 Le directeur siège notamment en Conseil de surveillance, en Commission médicale d'établissement, en Commission technique d'établissement, en CHSCT.

288 Comme le note Michel Crozier, la position d'intermédiaire au sein d'une organisation donne à l'acteur un grand pouvoir, en ce qu'il est « partie prenante dans plusieurs systèmes d'actions en relation les uns avec les autres, pouvant de ce fait, jouer le rôle indispensable d'intermédiaire, d'interprète entre des logiques d'actions différentes, voire contradictoires » : voir Michel Crozier, *L'acteur et le système*, *op. cit.*, p. 88.

décision...).

§ II : Des catégories dominantes aux trajectoires sociales inversées

Parallèlement aux réformes qui traversent l'institution hospitalière, on observe une modification dans les propriétés sociologiques des principaux pouvoirs de l'institution, qui suivent des trajectoires inverses. Ainsi, la profession médicale s'est largement transformée (A), tout comme la fonction de directeur général d'hôpital (B). Ces transformations relèvent de processus qui ne peuvent être appréhendés que dans une temporalité longue.

A – L'évolution de la profession médicale

Ces trente dernières années, la profession médicale a beaucoup évolué. Si la littérature considère à juste titre que les médecins ont perdu une part de leurs pouvoirs traditionnels, elle impute cette perte d'influence uniquement aux réformes qui traversent le domaine de la santé, et ne couvre alors qu'une partie de la question. Si le pouvoir médical s'est modifié, c'est aussi parce que les propriétés sociologiques des médecins ont évolué. Le directeur général de l'hôpital Salvador Allende me fit notamment prendre conscience de l'évolution de la composition sociologique de la profession médicale lors de notre discussion :

« Le pouvoir médical s'est modifié mais également parce que la sociologie médicale s'est modifiée. On est passé d'une air de personnes qui étaient des hommes, notables, qui avaient une vision d'exercice quasi-libérale, toute la réforme de 1958, c'est ça, gérer l'activité libérale dans l'hôpital, qui comptait absolument pas leurs temps, qui avaient une vision du pouvoir qui était extrêmement forte à un exercice qui se féminise, où la notion du temps qu'on y passe prend une importance normale, où il y a une approche qui est moins mandarinale même si ça subsiste, et qui est plus une forme de banalisation d'un salariat, alors, les deux coexistent voilà, mais il y a cette évolution-là à mon avis qui fait même de la conception du rapport au travail des médecins, il y a moins une déperdition d'auto-abondance d'une part de pouvoir » (Christopher, 46 ans, directeur général de l'hôpital Salvador Allende depuis février 2013, ancien directeur adjoint des affaires médicales de l'AP-HP).

Les évolutions qui ont traversé le domaine de la santé, notamment l'apparition de la médecine hospitalo-universitaire et le développement du « salariat médical », sont venus concurrencer une médecine auparavant uniquement libérale. La médecine elle-même a évolué vers

plus de spécialisation et de technicisation. Si les aspects notables et mandarinales de la profession subsistent, le registre de légitimation premier relève bien plus aujourd'hui du savoir et de la technique que du capital social. On observe ainsi le passage d'une ère de « notables » à une ère de « spécialistes de la médecine ». Cette technicisation de la médecine s'est de plus opérée dans un sens de fragmentation de la profession, par des spécialités de plus en plus nombreuses et toujours plus autonomes.

De plus, la variable générationnelle est très structurante. En comparant différentes générations de médecins (proches de la retraite ou retraités et les plus jeunes générations), l'évolution de la composition sociologique de la profession apparaît probante. Si l'origine sociale des médecins a relativement peu évolué²⁸⁹, la profession s'est féminisée. La part des femmes dans la démographie médicale est passée de 24,5 % en 1984 à 40,3 % en 2010²⁹⁰, et cette part ne cesse de croître.

On observe également des évolutions dans la formation médicale. Les nouvelles générations de médecins ont été davantage initiées aux grilles de lecture économique durant leurs études que ne l'étaient leurs prédécesseurs, entraînant de fait, une transformation dans les mentalités médicales²⁹¹. L'évolution du contexte en matière de santé publique, notamment en matière de dépenses de santé, a de plus accéléré ces modifications dans la formation médicale, dans un univers où l'on parle davantage de gestion et d'économie qu'il y a quelques décennies.

Cette évolution s'incarne notamment à l'hôpital dans la comparaison entre les présidents de Commission Médicale d'Établissement successifs. A l'hôpital Salvador Allende, le changement de présidence à la CME intervenu l'an passé a été significatif de cette évolution. L'actuel président de CME a des propriétés sociologiques très différentes de son prédécesseur. N'appartenant pas à la même génération, ils sont pourtant tous les deux issus du service des urgences (dont ils ont été tour à tour chef de service, puis responsable du pôle Urgences-Réanimation-Anesthésie). Pourtant, l'ensemble du personnel est unanime sur le fait que « ce sont deux personnalités très différentes ». Lors de ma rencontre avec la cadre du service de diabétologie, je lui demande son impression sur ces « différences de personnalités » entre l'ancien et l'actuel président de la CME :

289 La part d'enfants ayant un père ou une mère issus des cadres et professions intellectuelles supérieures représente encore 45 % de l'ensemble de la profession, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, « L'origine sociale des professionnels de santé », *Études et résultats*, n°496, 2006.

290 Données de cadrage : démographie et activité des professions de santé, IRDES, avril 2013.

291 Les médecins étaient auparavant uniquement centrés sur l'exercice de la médecine, et ne faisaient intervenir aucune considération économique dans l'exercice de leur « art ».

« L'ancien était un mandarin alors que Monsieur C. fait partie de la nouvelle génération, il a fait ses études, il était Praticien Hospitalier aux urgences très bien, chef des urgences très bien, et quand est arrivé cette nomination en CME et maintenant au directoire, il n'a pas la vision qu'avait son prédécesseur du mandarin, il a la nouvelle vision, donc lui, on lui a enseigné la nouvelle vision, pas celle d'hier alors que l'ancien, il avait la vision du mandarin, après ça a été difficile de passer à la vision managériale qu'on a aujourd'hui qu'on demande aux médecins. Encore nous, on l'avait plus ou moins mais les médecins non, ils n'étaient pas préparés. Donc forcément, le nouveau a la vision de la direction parce que c'est ce qu'on lui a enseigné. Il n'a pas eu la vision qu'avait l'ancien » (Céline, 44 ans, cadre de santé depuis 2005, service de diabétologie, ancienne infirmière, à l'hôpital Salvador Allende depuis 20 ans).

B – Directeur d'hôpital : une trajectoire sociale ascendante

En dehors des dernières réformes qui ont entraîné une revalorisation significative des compétences attribuées aux directeurs d'hôpitaux, cette fonction n'a cessé de s'anoblir depuis sa création par la loi du 20 décembre 1941, et cela par différents mécanismes qui se sont mutuellement renforcés. Cette ennoblissement de la fonction est le résultat d'une double logique. D'une part le renforcement de l'intervention étatique dans le domaine de la santé a consacré des pouvoirs toujours plus importants aux directeurs d'hôpitaux dans les différentes lois qui ont touché le secteur depuis les années 1970²⁹². D'autre part, la formation des directeurs d'hôpitaux et les modalités de recrutement des futurs directeurs d'établissements ont énormément évolué.

La consécration de l'École Nationale de Santé Publique (ENSP)²⁹³ qui devient un établissement public administratif lors de la loi du 21 juillet 1960, comme lieu unique de formation des futurs directeurs d'établissements, représente une étape centrale dans la formation du « groupe professionnel » des directeurs d'hôpitaux. Cette formation unique permet notamment l'acquisition d'une socialisation professionnelle homogène, renforçant ainsi progressivement ce groupe professionnel dans son « être ». L'ENSP devient la seconde grande école française de la fonction publique, après l'École Nationale d'Administration (ENA), à former des hauts-fonctionnaires au grade d'administrateur. En 1969, alors que l'institution hospitalière connaît une phase de développement sans précédent, la modification des modalités d'entrées à l'École Nationale de Santé

292 La loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière avait déjà renforcé le pouvoir du directeur en lui donnant la compétence générale d'administration et de gestion de l'établissement hospitalier.

293 Qui devient l'École des Hautes Études en Santé Publique par la loi du 9 août 2004.

Publique va accélérer cette transformation de la catégorie des directeurs d'hôpitaux²⁹⁴. L'admission à l'ENSP est désormais organisée en deux concours calqués sur le modèle du concours administratif classique : l'un pour les « externes » titulaires de l'un des diplômes exigés pour se présenter au concours externe de l'ENA, l'autre réservé aux agents titulaires des établissements d'hospitalisation, aux personnels titulaires de l'État et des collectivités locales comptant quatre années de service public²⁹⁵. Ces nouvelles modalités d'admission vont rendre davantage attractif un concours de la fonction publique qui n'avait jusque-là aucune renommée, et ainsi attirer de nouvelles catégories de candidats.

L'édification de ces nouvelles modalités d'admission va progressivement entraîné une élévation des diplômes au sein de la catégorie professionnelle des directeurs d'hôpitaux. Auparavant issus de l'administration, les futurs lauréats de l'ENSP sont de plus en plus issus des Instituts d'Études Politiques, des universités de droit ou de l'École Normale Supérieure de Cachan, si bien que pour la promotion 2008-2010, 86% des élèves directeurs étaient issus des IEP. Cette évolution structurante, les deux directeurs d'hôpitaux l'ont abordé durant nos entretiens. L'actuel directeur de l'hôpital Salvador Allende, très soucieux d'adopter à mon égard une lecture sociologique des évolutions hospitalières, m'en parle durant notre rencontre :

« Le directeur d'hôpital historiquement, c'était l'économie, c'était le gars qui mettait à disposition le matériel, les petits trucs, les machins. Il y a un recrutement des directeurs d'hôpitaux qui s'est quand même rehausser, la plupart des gens qui rentrent par le concours externe aujourd'hui sont des gens qui ont fait Sciences-po Paris donc avec un bon niveau de bagage initial » (Christopher, 46 ans, directeur général de l'hôpital Salvador Allende depuis février 2013, ancien directeur adjoint des affaires médicales à l'AP-HP).

Lui même n'échappe pas à la règle. Après des études de Droit et le diplôme de l'Institut d'Études Politiques de Bordeaux, il réussit le concours d'entrée à l'ENSP en 1989, puis devient directeur d'hôpital en 1993²⁹⁶. Tout comme son prédécesseur, désormais directeur général d'un

294 Décret 69-662 du 13 juin 1969.

295 En 1988, les conditions de recrutement ont été à nouveau modifiées par la généralisation de la formation (tous les directeurs d'hôpitaux de troisième classe devaient avoir suivi le cycle de formation à l'École nationale de la santé publique avec un accès privilégié par concours (95 % des places offertes). Cette tendance a été confirmée en 1996 quand l'accès à la formation a été exclusivement réservé aux candidats ayant passé un concours, la proportion réservée aux fonctionnaires étant réduite à néant.

296 Après avoir exercé des fonctions de directeurs des finances, des ressources humaines et des affaires médicales, il a ensuite été en charge de la mise en œuvre de la T2A à l'AP-HP, puis adjoint au directeur de la politique médicale de l'AP-HP.

Centre Hospitalier Universitaire de l'AP-HP. Diplômé de l'IEP de Paris, l'ancien directeur général de l'hôpital Salvador Allende a suivi une formation en droit et en sciences politiques (Il a notamment effectué une thèse en sciences politiques à l'Université Paris 8²⁹⁷). Il entre alors dans une classe préparatoire au Concours National d'Administration mais échoue au concours de l'ENA. Il passe alors le concours de l'ENSP. Il me raconte lui-même son parcours, et me confirme que la plupart des directeurs ont suivi des formations similaires :

« Oui, la plupart du temps, ils ont fait droit, Science Po, certains ont fait philo, sciences, mais très, très peu, qui ont fait une prép. ENA, qui ont fait comme moi d'ailleurs, qui se sont rétamés à l'ENA, qui ont passé le concours de l'ENSP, EHESP maintenant, et qui effectivement ont un certain bagage et un certain formatage entre nous » (Michel, 58 ans, directeur général de CHU, ancien directeur général de l'hôpital Salvador Allende de 2003 à 2012).

On assiste ainsi à une élévation des diplômes dans la catégorie des directeurs d'hôpitaux, qui participe à un ennoblissement de la fonction. Frédéric Pierru parle notamment d'une « nouvelle génération de directeurs par l'ouverture du concours aux déçus de l'ENA »²⁹⁸, propos qui viennent ainsi renforcer notre cas empirique particulier.

§ III- Des lignes d'autorité extérieures à l'hôpital

Le renforcement progressif de la contrainte budgétaire en matière de santé a notamment imposé un élargissement du champ des influences auxquelles l'organisation est soumise. Pour traduire cet aspect, différentes notions ont été mobilisées²⁹⁹ afin de proposer un modèle représentant les différents acteurs en interaction avec l'institution hospitalière. Les liens qui unissent ces différents acteurs présentent une grande complexité, puisqu'ils peuvent recouvrir des modalités stratégiques diverses : stratégies de coopération, d'opportunisme, d'autorité ou d'affrontement concurrentiel. Ainsi, deux principaux acteurs exercent un pouvoir important au sein de l'hôpital, emblématiques du système politico-administratif dans lequel s'incorpore l'institution, qui sont le pouvoir mayoral (A) et le pouvoir tutélaire (B).

297 Qu'il n'obtient qu'en 2010, ayant du abandonner à l'époque pour le concours de l'ENSP.

298 Frédéric Pierru, *art. cit.*, « Le mandarin... ».

299 Notamment les réseaux interorganisationnels (J. K. Benson 1975), l'acteur (Michel Crozier, 1977), le champ (Pierre Bourdieu, 1992).

A – Le pouvoir mayoral

En tant qu'institution insérée dans un contexte local, en général premier employeur de la ville ou du canton, l'hôpital public représente nécessairement un enjeu politique important pour les élus locaux qui participent à l'administration de l'établissement. Ainsi traditionnellement, le député-maire de la circonscription est le président du Conseil d'administration de l'hôpital³⁰⁰. Il occupe ainsi une place importante dans la vie de l'hôpital et dans ses organes décisionnaires. De par ses relais politiques, locaux et nationaux, le député-maire exerce un rôle de « veille » démocratique au sein des organes directeurs de l'hôpital, qui regroupe plusieurs représentants territoriaux (maires de trois communes).

Dans ce cadre, le directeur général de l'hôpital Salvador Allende aborda l'importance du pouvoir politique à l'hôpital lors de notre entretien :

« Il y a un ensemble d'autres pouvoirs, avec évidemment le pouvoir politique puisque l'hôpital est la plupart du temps le premier employeur de la ville, dans presque toutes les villes, donc c'est un agent économique fondamental, et que les maires sont très attentifs à ce qui se passe dans l'hôpital, à la fois très influent et donc très instrumentalisé d'ailleurs par les directeurs ou par les médecins pour obtenir des choses, et très instrumentalisant en contrepartie » (Christopher, 46 ans, directeur général de l'hôpital Salvador Allende depuis février 2013, ancien directeur adjoint des affaires médicales à l'AP-HP).

De plus, l'hôpital Salvador Allende est un Centre Hospitalier Intercommunal, statut qui le rend davantage dépendant des instances de décision locales, et donc, des représentants territoriaux. Ce n'est pas un hasard si cet hôpital porte le nom de l'ancien député-maire de la circonscription, d'obédience communiste, et non pas celui d'un célèbre professeur de médecine comme la plupart des grands hôpitaux parisiens de l'Assistance Publique.

Dans l'ancienne « ceinture rouge » comme on la désignait autrefois, l'hôpital Salvador Allende s'inscrit aujourd'hui encore sur un plan politique, dans une circonscription fortement marquée à gauche. L'actuel président du Conseil de Surveillance n'est autre que l'ancien assistant parlementaire du député-maire dont l'hôpital porte le nom, devenu lui-même depuis 1981, député-maire de la circonscription.

300 Devenu Conseil de surveillance avec la loi HPST du 21 juillet 2009, dont nous détaillerons les compétences dans la première section du chapitre suivant.

B – Le pouvoir tutélaire

Si le directeur général de l'établissement exerce un pouvoir discrétionnaire au sein de son hôpital, il reste néanmoins sous l'autorité hiérarchique du directeur général de l'Agence de Régionale de Santé (ARS)³⁰¹, comparé aujourd'hui à un « super préfet » de la santé. Souvent lui-même ancien médecin ou directeur d'établissement³⁰², le directeur général de l'ARS dispose d'un pouvoir formel important en matière de santé publique, en ce qu'il organise et coordonne l'ensemble de l'offre de santé au niveau régional.

Chaque directeur d'établissement a l'obligation d'aller négocier son budget annuel auprès du directeur général de l'ARS, désormais discuté sous la forme de contrats d'objectifs et de moyens, par le biais de l'EPRD (état prévisionnel des recettes et des dépenses). Investi de nombreuses compétences, c'est notamment le directeur régional de l'agence de santé qui nomme et révoque les directeurs d'hôpitaux.

L'institution hospitalière s'inscrit ainsi dans un contexte éminemment politique. Il prend corps au sein d'un système politico-administratif complexe dont il est un enjeu cardinal, comme l'illustre l'affrontement quotidien entre hauts-fonctionnaires et hommes politiques pour la maîtrise et le monopole de son administration.

Ce chapitre illustre ainsi l'ensemble complexe que représente l'institution hospitalière ainsi que ses différentes composantes. L'institution incorpore « une multiplicité des rôles, d'acteurs, de techniques et d'attentes souvent contradictoires »³⁰³. L'hôpital est par essence une organisation complexe, de par la pluralité des « mondes » qui coexistent en son sein. Des « mondes » aux logiques propres, obéissants à des « principes de rationalisation contradictoires »³⁰⁴, contraints par la logique d'institution d'évoluer dans une « nécessaire interdépendance ». Des mondes qui se

301 Les ARS sont des tutelles administratives qui coordonne au niveau régional l'offre de santé. Nous détaillerons plus amplement le rôle et les compétences des Agences Régionales de Santé dans le chapitre suivant.

302 Voir ancien préfet.

303 Jean de Kervasdoué, *L'hôpital*, Op. Cit., p. 4.

304 Comme le note Nicolas Belorgey, l'hôpital est une institution « partagée entre plusieurs principes de rationalisation : médicale, administratif, politique, économique, etc. », in Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression*, op. cit., p. 10.

chevauchent, qui s'observent, qui s'affrontent au sein d'une institution vieille de plusieurs siècles. Comme le souligne Eliot Freidson, « c'est ainsi que l'on peut dire que le fonctionnement de l'hôpital est en quelque sorte disloqué, brisé, et qu'il lui manque l'autorité claire et univoque qui, selon Max Weber, donne aux organisations leur efficacité et leur fiabilité »³⁰⁵.

Face à cette complexité, on peut ainsi poser une première interrogation : comment une réforme peut-elle s'incarner de façon homogène dans un univers social marqué par autant de diversités ?

305 Eliot Freidson, *La profession médicale*, op. cit., p. 126.

Chapitre III : L'émergence d'un nouveau modèle hospitalier ?

Lorsqu'elle aborde l'objet « hôpital », la littérature spécialisée insiste tout particulièrement sur les changements intervenus dans l'institution hospitalière au cours de la dernière décennie. L'hôpital est en effet confronté à une inflation législative sans précédent, et fait face à divers processus réformateurs largement « enchevêtrés ». Le tournant du XXI^{ème} siècle a constitué un moment « d'accélération » des réformes en matière de droit hospitalier, et s'est traduit par l'adoption de nombreuses lois ambitionnant de modifier profondément l'organisation et le fonctionnement des hôpitaux. Ces transformations s'incarnent dans des dispositions législatives et réglementaires. Ces évolutions nous incitent ainsi à analyser ce qui a changé dans la loi (Section I).

Ces changements structurels ont contraint les hôpitaux « à évoluer et à s'adapter à ces changements en devenant acteur de leur propre transformation »³⁰⁶. En ce sens, on assisterait à l'émergence d'un nouveau « modèle »³⁰⁷, notamment guidé par la volonté gouvernementale de maîtriser des dépenses de santé en constante augmentation. Selon la littérature, ces réformes seraient plus que de simples instruments ou dispositifs techniques, elles impliqueraient aussi pour les personnels hospitaliers « des façons d'agir et de penser »³⁰⁸ différentes. Ces réformes entraîneraient de plus des évolutions significatives dans l'institution, tant dans sa structure que dans ses missions. Dès lors, il est nécessaire d'interroger les effets multiples de ces processus réformateurs à l'aune de notre enquête de terrain, afin d'analyser les changements que ces réformes ont entraîné (Section II).

Section I : Les changements législatifs et réglementaires³⁰⁹

L'hôpital a connu plusieurs transformations structurantes durant la décennie qui vient de s'achever, tant sous l'impulsion du législateur que des gouvernements successifs. On peut

306 Danièle Carricaburu, *op. cit.*, p. 36.

307 C'est l'hypothèse principale d'Andrée-Pierre Contandriopoulos et d'Yves Souteyrand. Selon ces auteurs, l'hôpital serait devenu un « hôpital-stratège » : « D'une institution fermée de type bureaucratie professionnelle influencée principalement par le corps médical, l'hôpital devient une institution ouverte sur l'extérieur, plus autonome et intégrée à un réseau de soins, et dans laquelle la fonction managériale a pris une importance considérable : Andrée-Pierre Contandriopoulos et d'Yves Souteyrand, *L'hôpital-stratège...*, *op. cit.*, p. 13.

308 Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression...*, *op. cit.*, p. 17.

309 Tous les changements étudiés dans cette section sont ainsi formels (Changement dans les textes).

schématiquement regrouper ces évolutions normatives en deux ensembles distincts.

Comme nous l'avons énoncé dans l'introduction, dans le cadre du plan « Hôpital 2007 »³¹⁰, un premier ensemble de réformes a été mis en place à partir de 2004, sous le vocable « nouvelle gouvernance hospitalière » (Paragraphe I). Cette première réforme comprenait ainsi différentes dispositions « complémentaires » qui devaient être mise en œuvre simultanément. Éminemment stratégique, cet ensemble de mesures devait alors être complété par une seconde série de réformes, le plan « Hôpital 2012 »³¹¹. Dans cette perspective, la loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 apparaît dès lors comme une continuation et un approfondissement des réformes entreprises dans le cadre de la « nouvelle gouvernance hospitalière » (Paragraphe II).

§ I : Le plan « Hôpital 2007 »

La série de réformes annoncée dans le cadre du plan « Hôpital 2007 » représente un ensemble stratégique de par la complémentarité des mesures adoptées. L'introduction de la tarification à l'activité (T2A) à partir de 2004 a profondément modifié le mode de financement des établissements de santé (A). De plus, dans le cadre de la « nouvelle gouvernance hospitalière », l'introduction de ce dispositif technique et comptable a été accompagnée par une réorganisation profonde de l'institution (B).

A – La tarification à l'activité

La mise en place de la tarification à l'activité (T2A) comme nouveau mode de financement des hôpitaux en 2004³¹² représente une révolution budgétaire sans précédent dans cet espace social. Élément central de la « nouvelle gouvernance hospitalière », cet instrument comptable, d'inspiration outre-Atlantique (les DRG's³¹³) s'inscrit notamment dans la continuité du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), outil de description médico-économique de

310 Annoncé par le Ministre de la Santé de l'époque le 4 septembre 2003.

311 Annoncé par le Ministre de la Santé de l'époque le 13 février 2007.

312 Par la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale.

313 Les Diagnostic Related Groups (DRG's) ont été élaboré par Robert Fetter (professeur d'économie) et son groupe de travail de l'université de Yale aux début des années 1980.

l'activité introduit à l'hôpital dès 1982, auquel la T2A vient donner une légitimité nouvelle³¹⁴.

La T2A comme mode de financement unique des établissements de santé remplace « la dotation globale » (DG), enveloppe de fonctionnement annuelle et limitative calculée en fonction du nombres de journées et reconduite, chaque année, sur la base de l'exercice précédent³¹⁵ (sans réelles négociations entre l'autorité de tutelle et l'établissement).

Introduite progressivement au sein des établissements publics de santé d'abord sous la forme d'une « tarification à la pathologie »³¹⁶, la T2A a ensuite été généralisée³¹⁷ à l'ensemble des activités de « Médecine-Chirurgie-Obstétrique » (MCO) à partir de 2004³¹⁸ dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », suite à l'adoption de la loi de financement de la sécurité sociale n°2003-1199 du 18 décembre 2003³¹⁹.

Avec l'introduction de la tarification à l'activité, on assiste alors à la mise en place d'un cadre de facturation et de paiement des activités hospitalières unique³²⁰, quels que soient leur statut et leur spécialité, dans lequel l'allocation des ressources est fondée à la fois sur la nature et sur le volume de leurs activités.

Selon l'esprit de la loi, l'objectif de la T2A est de faire correspondre à l'activité d'un hôpital, un financement proportionnel, par la mise en place d'une comptabilité analytique permettant une codification quotidienne des actes médicaux, ordonnés selon des barèmes tarifaires précis. Le principe général de ce mode de financement « prospectif » consiste alors à « rémunérer chaque prise

314 Cet aspect dévoile le temps long de la mise en œuvre de la tarification à l'activité dans les hôpitaux. Le PMSI avait été mis en place en 1982, un an avant le changement de mode financement des hôpitaux (en 1983, les hôpitaux passent d'un mode de financement en prix de journée à une dotation globale (budget global)). Mis en place par la loi n°83-25 du 19 janvier 1983, le budget global était prévu comme « transitoire » dans la loi. Il devait être remplacé à terme, par ce qui deviendra la tarification à l'activité (T2A). La mise en place de la tarification aura donc pris plus de vingt ans.

315 Modulée d'un taux directeur de croissance des dépenses hospitalières.

316 La loi du 27 juillet 1999 portant création de la CMU a notamment permis le lancement d'une expérimentation, à compter du 1er janvier 2000, et pour une durée de 5 ans, de nouveaux modes de financement des établissements de santé, publics et privés, basés sur une « tarification à la pathologie ».

317 Jusqu'en 2007, le pourcentage de la T2A dans le budget des établissements publics de santé était de 50%, et a été généralisé à 100% à partir du 1er janvier 2008. Une part des activités hospitalières restent néanmoins aujourd'hui encore sous le régime financier de la « dotation globale », notamment la Psychiatrie et la Rééducation Fonctionnelle. Également, un nombre important de missions assurées par les établissements publics de santé est financé par les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), dont les missions d'enseignement, de recherche, de référence, d'innovation (MERRI).

318 Devenues « MCOO » depuis mars 2008 (médecine-chirurgie-obstétrique-odontologie).

319 Voir notamment les articles 24 à 32 de la loi de financement de la sécurité sociale n°2003-1199 du 18 décembre 2003.

320 Pour les établissements de santé public comme pour les établissements privés à but lucratif.

en charge selon un forfait au montant fixé *ex ante* et identique pour tous les établissements »³²¹. Ce montant est fixé a priori, dans le cadre du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), au regard de barèmes tarifaires classifiant les actes et les prises en charge, les groupes homogènes de malades (GHM)³²², associés à des forfaits journaliers fixant le montant d'une hospitalisation, les groupes homogènes de séjour (GHS)³²³ (définis par l'Assurance Maladie). Lors de notre entretien, l'ancien directeur de l'hôpital Salvador Allende m'a décrit avec des mots simples ce mode de financement en apparence très technique :

« Donc un malade qui se fait hospitaliser qui vient pour une prothèse totale de hanche, il y a un tarif national pour la prothèse totale de hanche, qu'elle que soit l'hôpital, et l'hôpital est remboursé et rémunéré en fonction de l'activité. Vous faites 300 prothèses totales de hanches, vous êtes rémunérés pour 300, vous en faites 10, vous êtes rémunéré pour 10. La logique, c'est si vous avez de l'activité, vous avez de la recette. Si vous n'avez pas d'activité, vous aurez les recettes de votre activité, c'est-à-dire pas grand-chose » (Michel, 58 ans, directeur général de CHU, ancien directeur général de l'hôpital Salvador Allende, en poste de 2003 à 2012, la T2A a été mise en œuvre alors qu'il était dans l'établissement).

Comme me le fait remarquer l'ancien directeur général, ce mode de financement proportionnel à l'activité d'un établissement, constitue une inversion dans la logique budgétaire de l'hôpital public. En effet, dans l'ancien système de financement en « dotation globale » : « quelle que soit votre activité, vous aviez un budget », une enveloppe fermée, indépendante de l'activité de l'hôpital, qui était largement fonction du budget de l'année précédente. La T2A implique au contraire une logique de productivité pour l'établissement de santé, dont le budget sera fonction. On observe ainsi le passage d'une « logique de moyens » à une « logique de résultats »³²⁴. Ainsi désormais, ce sont les recettes issues de l'activité hospitalière qui détermineront les dépenses, et non l'inverse. Comme le rappellent Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès, « les instruments d'actions publiques ne sont pas des outils axiologiquement neutres. Ils sont au contraire porteurs de valeurs, nourris d'une interprétation du social et de conceptions précises du mode de régulation envisagé. Ils

321 Zeynep Or, « La tarification à l'activité, instrument bénéfique ou maléfique ? », in Frédéric Pierru (dir), *L'hôpital en réanimation*, *op. cit.*, p. 184.

322 Le principe de base de la T2A consiste alors pour l'Assurance Maladie à payer les établissements en fonction de la nature et du volume de leur activité, mesurées par groupe homogène de malades (GHM), en fonction de groupes homogènes de séjour (GHS).

323 Par exemple, dans tous les établissements de santé, le forfait global pour une prothèse totale de hanche comprenant une hospitalisation de 5 jours sera par exemple de 2500 euros.

324 Cette inversion de logique peut être interprétée comme une mise en conformité des principes de financement du secteur de la santé vis-à-vis de l'esprit préconisé dans les dispositions générales de la Loi Organique relative aux Lois de Finances (LOLF).

constituent un dispositif à la fois technique et social qui organise des rapports sociaux spécifiques entre la puissance publique et ses destinataires en fonction des représentations et des significations dont il est porteur³²⁵».

B – Le volet « gouvernance »

Dans le cadre de la « nouvelle gouvernance hospitalière », l'introduction de la T2A a été accompagnée par une réorganisation stratégique de l'institution. L'ordonnance du 2 mai 2005³²⁶ constitue le volet « Gouvernance » du plan « Hôpital 2007 ». Cette mesure gouvernementale poursuivait deux principaux objectifs : d'une part, une simplification de l'organisation médicale interne, avec la création des « pôles d'activité » regroupant plusieurs services au sein d'une structure plus vaste (1), et une amélioration de la concertation entre les principaux pouvoirs de l'institution dans la prise de décision, par la création d'un « comité exécutif » (2).

1 – Les pôles d'activité

La création des pôles d'activité prévoit un regroupement de plusieurs structures hospitalières ayant des missions complémentaires³²⁷, au sein d'entités davantage autonomes et responsables économiquement³²⁸.

Cette mesure modifie profondément l'organisation des services de soin. Elle entraîne la disparition des chefferies de service, qui deviennent des responsables d'unité, au profit d'un chef de pôle responsable d'un secteur d'activité comprenant différentes spécialités, donc plusieurs services. Les médecins chefs de service, auparavant uniques décisionnaires au sein des services qu'ils dirigeaient, notamment concernant les questions budgétaires, d'équipements et de personnels, sont désormais subordonnés à un chef de pôle.

Ce regroupement stratégique avait notamment comme objectif une meilleure coordination entre les différents services médicaux, par des échanges plus soutenus, par des mutualisations de méthodes de fonctionnement et de principes d'organisation, par une meilleure circulation de

325 Pierre Lascoumes, Patrick Le Galès, *Gouverner par les instruments, op cit.*, p. 13.

326 Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

327 Définit par l'article L.6146-1 du Code de Santé publique, modifié par l'article 92 de la loi n°2011-525 du 17 mai 2011.

328 Ce nouveau découpage de l'hôpital répond avant tout à une logique économique (en lien avec la T2A), de mutualisation des ressources, et donc corrélativement, de limitation des dépenses.

l'information. En entretenant des relations inter-services et interpersonnelles plus régulières, ce regroupement permettait dans une certaine mesure de décloisonner les services médicaux depuis toujours centrés sur leurs logiques internes. La mise en pôle devait ainsi permettre à des activités médicales complémentaires de se regrouper comme les services d'obstétrique (maternité, gynécologie, néonatalogie, pédiatrie, chirurgie infantile).

Ce regroupement répondait également à un développement du principe de contractualisation prôné dans l'ordonnance du 24 avril 1996³²⁹. Ainsi, un contrat de pôle, négocié avec le directeur général de l'établissement, doit définir le périmètre du pôle, ses objectifs, ses moyens. Dans ce cadre, les pôles bénéficient ainsi d'une délégation de gestion³³⁰. Cette délégation de compétence au niveau des pôles devait notamment permettre une meilleure concertation des acteurs de terrain dans le processus de décision, par des échanges renforcés entre les différentes équipes médicales, comme me l'explique le responsable du service jardin :

« Le but c'était de mettre en pôle par exemple la chirurgie et la médecine, qu'ils y aient des budgets délégués en fait, toujours en rapport avec le projet d'établissement et le projet médical bien entendu, c'était pour que les questions se prennent au plus près du terrain, pour une question d'efficacité » (Antoine, 50 ans, agent chef, responsable du service jardin, ancien représentant syndical, à l'hôpital Salvador Allende depuis 31 ans).

Un chef de pôle, issu du corps médical, est chargé de diriger le pôle, et a pour mission, à la manière d'un « chef d'orchestre », de coordonner et de faire évoluer les différents services dans une « marche commune ». Il a notamment compétence pour toutes les décisions impliquant le pôle ou une de ses unités³³¹. Il est assisté par un cadre de santé supérieur qui dirige et coordonne l'ensemble du personnel paramédical du pôle d'activité, et d'un administrateur de gestion (cadre administratif de pôle) coordinateur des questions financières.

Les hôpitaux sont néanmoins libres dans l'élaboration des pôles. Ainsi, les services médicaux de l'hôpital Salvador Allende ont été regroupés en 8 pôles d'activités : le pôle Mère-enfant, Médico-chirurgical, Médecine, Médico-technique, Urgence-Anesthésie-Réanimation, Psychiatrie, Rééducation fonctionnelle, et Management (regroupant les différents services administratifs et comptables³³²). Les premiers pôles d'expérimentation ont été mis en place à partir

329 Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 (Plan Juppé).

330 Gestion du personnel, enveloppes d'investissement, contractualisation d'objectifs, modalités de fonctionnement...

331 Le terme « unité » vient ainsi remplacer la dénomination de « service ».

332 L'économat, la facturation, les admissions, les services économiques, direction des ressources humaines...

de 2005, notamment pour le pôle médecine³³³.

2 – La mise en place des comités exécutifs

Parallèlement à la mise en place des pôles d'activité, l'ordonnance du 2 mai 2005 recentre les compétences du Conseil d'administration sur ses missions stratégiques d'évaluation et de contrôle et crée une instance ad hoc, le « comité exécutif », organe de décision paritaire composé des directions d'établissement et de l'ensemble des chefs de pôle. La création de cette instance stratégique présidée par le directeur général de l'établissement avait ainsi pour principal objectif une plus grande concertation dans le processus de décision entre l'administration et le corps médical.

§ II : La loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire (HPST)

La loi HPST du 21 juillet 2009 a plusieurs objectifs. Elle prévoit une réorganisation profonde des instances décisionnaires dans les hôpitaux pour un « meilleur pilotage » de l'établissement (A), ainsi qu'un projet d'organisation sanitaire renouvelé (B). Cette loi avait en effet pour principal objectif une modification de l'équilibre des pouvoirs au sein de l'établissement, notamment dans le processus de décision.

A – La redéfinition des compétences des instances de représentation

La loi HPST prévoit une refonte quasi-totale des instances de représentation de l'hôpital et de leurs compétences. Cette évolution législative va notamment s'effectuer dans une logique de centralisation des compétences vers les directeurs d'établissement. En ce sens, la loi HPST traduit une volonté de renforcement des directions hospitalières, par une réorganisation stratégique des instances décisionnaires de l'institution. En ce sens, on observe un transfert de compétence du Conseil d'Administration et de la Commission médicale d'établissement (CME)³³⁴ vers le Directoire, instance ad hoc qui vient remplacer les comités exécutifs, présidé par le directeur général.

La loi HPST de juillet 2009 a ainsi largement réduit les compétences du Conseil

333 Dans le cadre de la « phase d'expérimentation » mise en place par la circulaire DHOS/E1 n°2004-61 du 13 février 2004 relative à la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière.

334 Auparavant, la CME était compétente pour définir le projet médical, l'élection collégiale des médecins par ses pairs, pour définir la qualité des soins au sein de l'établissement. Elle ne dispose désormais plus que de la dernière prérogative.

d'Administration, qui devient un « Conseil de surveillance ». Le conseil est composé³³⁵ de trois collèges (où siègent les représentants des collectivités territoriales, les représentants du personnel de l'hôpital³³⁶ et des personnalités qualifiées, notamment les représentants des usagers³³⁷). Le président du Conseil de surveillance est élu parmi les représentants des collectivités territoriales et des personnalités qualifiées³³⁸. Ses missions sont définies à l'article L. 6143-1 du Code de la Santé Publique. Auparavant chargé de statuer sur les grandes orientations stratégiques de l'établissement, le Conseil de Surveillance se voit ainsi recentré sur ses missions stratégiques de contrôle et d'évaluation, dans l'esprit de l'ordonnance du 2 mai 2005. En effet, en vertu de l'article L. 6143-1 du Code de Santé Publique³³⁹, le Conseil de Surveillance est chargé de « se prononcer sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. »

Désormais, cette instance exerce un rôle davantage formel au sein de l'hôpital. La terminologie employée n'est jamais neutre, le choix des mots a toujours un sens³⁴⁰ : d'un Conseil d'administration, traditionnellement chargé d'administrer l'institution, on n'est passé à un Conseil de surveillance, n'ayant plus qu'un droit de regard sur les grandes décisions stratégiques engageant l'institution, désormais prises au sein d'autres instances, notamment au sein du directoire. Ainsi, il ne délibère plus que sur quelques points circonscrits, et donne plus qu'un avis non contraignant. Le conseil est ainsi chargé par la loi d'un rôle de « veille démocratique ». Il n'est plus censé intervenir dans le processus décisionnel.

L'enjeu de cette transformation résiderait pour les réformateurs dans la volonté d'un meilleur pilotage de l'établissement. En effet, parallèlement à cette évolution statutaire, la loi HPST supprime les comités exécutifs, auxquels elle substitue un directoire dont la composition et les compétences sont réduites. Cette évolution législative consacre ainsi un transfert de compétence du Conseil de surveillance vers le directoire, et donc vers le directeur général qui le préside³⁴¹.

Comme l'affirme ce document du Ministère de la Santé sur la loi HPST, « dans la nouvelle gouvernance hospitalière, le directeur d'établissement, responsable de la politique générale de l'établissement, préside un directoire, instance de pilotage stratégique, de discussion et de décision,

335 La composition du Conseil de surveillance est défini aux articles L. 6143-5 et L. 6143-6 du Code de santé publique.

336 Représentants du corps médical, ensemble de la direction administrative, ainsi que des représentants du personnel non médical.

337 Y siège également un représentant de la Délégation Territoriale de l'ARS.

338 A l'hôpital Salvador Allende, c'est le député-maire de la circonscription.

339 Article 9 de la loi HPST du 21 juillet 2009.

340 A fortiori quand ils émanent du législateur.

341 Le directoire ne rend qu'un avis consultatif et le directeur général reste le décisionnaire en dernier ressort.

qui vient remplacer le conseil exécutif »³⁴². Aux termes de l'article L. 6143-7 alinéa 4 du Code de Santé publique, le directoire est chargé d'approuver le projet médical, de préparer le projet d'établissement, et de conseiller le directeur général dans la gestion et la conduite de l'établissement. Sa composition est définie à l'article L. 6143-7 alinéa 5 du même code. Il est ainsi composé de 7 membres³⁴³ : le directeur général, également président du directoire, le président de la CME, qui en est le vice-président, deux autres directeurs fonctionnels³⁴⁴ ainsi que trois représentants du corps médical. Cette instance de pilotage stratégique ne rend de plus qu'un avis consultatif. Le directeur général de l'établissement demeure ainsi l'unique décisionnaire en dernier ressort. Cette mesure est emblématique de la logique de centralisation des compétences vers les directeurs d'hôpitaux prônée dans la loi HPST. Le directeur général est désormais chargé de la conduite générale et stratégique de la politique de l'établissement de santé³⁴⁵.

Ainsi, aux termes de l'article L. 6341-7 du Code de Santé Publique³⁴⁶, « Le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art ». Il dispose de plus d'un pouvoir de nomination³⁴⁷. Ses compétences en matière budgétaire ont enfin été renforcées : « il est l'ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement », questions pour lesquelles il bénéficie d'un « pouvoir de transiger »³⁴⁸.

B – Un projet d'organisation sanitaire renouvelé

Le volet « gouvernance » de la loi HPST de juillet 2009 prévoyait de plus une profonde réorganisation de la « planification sanitaire ». Cette loi prévoyait ainsi une redéfinition de la notion de service public hospitalier, en ouvrant notamment la possibilité aux établissements privés de se voir confier des missions de service public en cas d'insuffisance de l'offre public de soin. Ainsi, la notion de service public hospitalier disparaît au profit de quatorze missions de service public

342 Plaquette HPST « grand public », in www.sante.gouv.fr, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2009, p. 2.

343 Neuf membres dans les CHU.

344 Le directeur des soins siège de droit au directoire. Souvent, le deuxième directeur est le directeur des Affaires financières, comme à l'hôpital Salvador Allende.

345 Défini à l'article L. 6143-7 du Code de santé publique.

346 Article 10 de la loi HPST du 21 juillet 2009.

347 Notamment pour les nominations médicales, attributions auparavant dévolue à la CME, dont les compétences ont été revues à la baisse dans une logique substantielle à celle du Conseil de surveillance. Compétence définie à l'article L. 6341-7 alinéa 3 du Code de Santé publique.

348 Article L. 6341-7 alinéa 5 du Code de santé publique.

définies à l'article L. 6112-1 du Code de Santé Publique³⁴⁹.

Corrélativement à cette évolution de principe, la loi HPST crée les Agences Régionales de Santé (ARS)³⁵⁰, qui viennent remplacer les agences régionales d'hospitalisation (ARH) mises en place par l'ordonnance de 1996. Placées sous la tutelle des ministres chargés de la santé, « les agences régionales de santé sont des établissements publics de l'État à caractère administratif »³⁵¹. Ces nouvelles instances tutélaires, uniques³⁵², bénéficient de plus d'un renforcement significatif de leurs compétences, définies aux articles L. 1431-1 à L. 1431-4 du Code de Santé Publique. Désormais, dans chaque région, une Agence Régionale de Santé a « pour mission de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation à l'échelon national de la politique nationale de santé »³⁵³. Elles ont ainsi pour mission de respecter et de mettre en œuvre l'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) défini par le législateur³⁵⁴. Ce sont les ARS qui désormais définissent le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS)³⁵⁵ et le mettent en œuvre.

Les directeurs généraux d'ARS, nommés en Conseil des Ministres, voient également leur compétences propres renforcées³⁵⁶. Ils sont désormais chargés de nommer les directeurs d'établissement, compétence auparavant dévolue au Président du Conseil de surveillance, qui ne dispose plus que d'un avis consultatif (non contraignant). De même, c'est le directeur général de l'ARS qui coordonne au niveau régional l'ensemble des questions financières en matière de santé. Ainsi, il négocie annuellement avec les directeurs d'hôpitaux les EPRD (état prévisionnel des recettes et des dépenses) qui définissent les fonds publics alloués à chaque établissement public de santé.

349 Ces missions de service public sont définies par les articles L. 6112-1 à L. 6112-3 du Code de santé publique. Ces missions comprennent notamment : la permanence des soins, la prise en charge de soins palliatifs, la formation universitaire, la recherche, la formation professionnelle, les actions d'éducation et de prévention pour la santé, l'aide médicale d'urgence, la lutte contre l'exclusion sociale, les soins aux personnes ne disposant pas de la personnalité juridique, les actions de santé publique...

350 Articles 116 à 118 de la loi HPST du 21 juillet 2009 modifiant le livre IV de la première partie du Code de la Santé publique.

351 Article L. 1432-1 du Code de Santé Publique.

352 Les ARS se substituent et regroupent 7 structures administratives déconcentrées : les ARH, la DRASS, la DDASS, l'URCAM, le GRSP, le MRS, le CRAM (dans leur volet « sanitaire »).

353 Article L. 1431-1 alinéa 1 du Code de Santé Publique.

354 Par une loi de financement de la Sécurité Sociale annuelle ou pluriannuelle. Objectif défini à l'article L. 1431-1 alinéa 2.

355 Plan qui définit l'organisation de l'offre de soins au niveau d'une région.

356 Les compétences du directeur général d'Agence Régionale de Santé est défini à l'article L. 1432-2 du Code de Santé Publique.

Ainsi, ces deux ensembles de réformes ont entraîné de nombreuses inflexions dans les textes auparavant en vigueur. Le plan « Hôpital 2007 » et la loi HPST de juillet 2009 ont ainsi profondément réformé l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital public. Ces dispositions législatives et réglementaires vont ainsi s'incarner progressivement dans un espace social contraint de se transformer. Il faut dès lors analyser, à l'aide des éléments recueillis et observés lors de mon enquête de terrain, les changements intervenus en pratique au sein de l'hôpital du fait de la loi.

Section II : Les changements intervenus dans le cadre des réformes

Selon la littérature, cet ensemble de réformes a entraîné différents changements au sein de l'institution hospitalière. Si ces réformes ont largement modifié les dispositions législatives et réglementaires relatives à l'hôpital public³⁵⁷, elles ont également entraîné des transformations dans les pratiques. En ce sens les réformes de la « nouvelle gouvernance » peuvent être considérées comme des mesures éminemment stratégiques (Paragraphe I).

L'introduction de la T2A comme mode de financement « incitatif », a de plus conduit à l'émergence progressive d'une logique de « rentabilité » au cœur de l'hôpital public, tant dans les directions administratives que dans les services de soins³⁵⁸, marquant ainsi une évolution notable dans les principes de représentation des personnels hospitaliers (Paragraphe II).

Enfin, les réformes ont entraîné une profonde réorganisation des instances décisionnaires de l'hôpital (Paragraphe III). Cette redéfinition de compétence s'effectue dans le sens d'un rapprochement des corps administratifs et médicaux au sein de l'institution, au détriment des pouvoirs politiques locaux (député-maire, Président du Conseil de surveillance).

Il faut alors interroger ces évolutions multiples à la lumière des matériaux recueillis durant mon enquête de terrain.

357 Comme nous l'avons démontré dans la première section.

358 Si les effets de la T2A ont été homogénéisés, tant par les réformateurs qui y avaient intérêts que par les chercheurs qui l'ont étudié, au contraire, cet instrument technique n'a pas touché toutes les catégories professionnelles de la même façon, notamment au regard de leurs fonctions, de leurs positions, et de leurs spécialités dans l'hôpital. S'il est indéniable que cette réforme a eu des effets sur l'ensemble des corps composant l'institution hospitalière, ses effets sont multiples et variés. Il est ainsi nécessaire d'étudier ses effets concrets sur les différentes catégories socioprofessionnelles représentées à l'hôpital, notamment ses effets sur le corps médical, qui ont vu leurs pratiques évoluer davantage que pour d'autres catégories professionnelles plus subordonnées.

§ I : La « Nouvelle gouvernance » : un ensemble de réformes stratégiques

Les réformes de la « nouvelle gouvernance », et notamment l'introduction de la tarification à l'activité, ont entraîné d'importantes évolutions dans les pratiques. En ce sens, on observe une évolution de la pratique médicale, par un développement inconnu jusqu'alors d'un aspect de « gestion » dans l'activité médicale (A). Cette transformation « contrainte » des comportements orientés vers davantage de tâches administratives, représente une révolution sans précédent dans l'histoire de la médecine, et dévoile la grande force pratique des instruments de gestion introduit à l'hôpital public. Cette évolution de la pratique médicale s'est opérée dans le sens d'un rapprochement du corps médical avec les directions administratives, notamment dans l'échange d'informations (B).

A – L'évolution de la pratique médicale

L'introduction de la tarification à l'activité pour les activités de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) a entraîné d'importants changements dans l'organisation du travail du médecin, désormais contraint de remplir des tâches administratives de codification des actes médicaux réalisés quotidiennement dans le service³⁵⁹. Cette évolution significative dans les missions du corps médical implique alors une révolution cognitive sans précédent dans la mentalité des médecins, ainsi que dans leurs façons de travailler. Lors de mes entretiens, plusieurs agents ont abordé cette évolution significative dans les tâches des médecins. La cadre de santé en réanimation, à l'hôpital depuis plus de 25 ans, a observé cette évolution des mentalités :

« Oui même en réa, je l'ai vu plus dans le changement de mentalité de travail des médecins notamment qui ont été obligés de coder des actes, ce qui a été difficile au début ». (Marie-Claude, 47 ans, cadre de santé, service de réanimation, ancienne infirmière, à l'hôpital Salvador Allende depuis 26 ans).

Lors de notre entretien, la directrice des affaires financières, compétente pour les questions de comptabilité analytique et pour le suivi de la codification des actes médicaux aborda également cette évolution des mentalités liée à l'introduction de la T2A, et notamment l'adaptation progressive des médecins à ces nouvelles tâches administratives :

359 Par le biais du Programme de Médicalisation des Systèmes d'information.

« Je crois que tout le monde quand même a pris conscience qu'on était en T2A et qu'on était rémunéré pour l'activité qu'on fournissait et pas plus. Là maintenant, je suis contente de moi, parce que les médecins et les chefs de services vont très régulièrement à l'analyse de gestion pour savoir où est-ce qu'ils en sont au niveau comptabilité analytique, c'est bien » (Monique, 57 ans, directrice des affaires financières depuis 2003 à l'hôpital Salvador Allende).

Désormais rémunérés en fonction de l'activité de leur service, les médecins ont ainsi été contraints d'entrer dans cette logique administrative de « traçabilité » impliquant de coder les actes médicaux qu'ils ont réalisé³⁶⁰. Le travail de codage étant à l'origine totalement étranger à la culture médicale, cette obligation réglementaire a nécessité l'adaptation des médecins à de nouvelles habitudes. Car cette évolution ne va pas de soi. Elle a nécessité l'apprentissage de grilles de lecture économique largement étrangères aux représentations traditionnelles du corps médical. Cette acquisition d'un « habitus » nouveau ne put alors se faire que de façon progressive, dans une temporalité longue, par apprentissages successifs³⁶¹.

Cette évolution de la pratique médicale s'est notamment réalisée dans la mesure où les médecins y avaient un intérêt³⁶². Considérée dans un premier temps par le corps médical comme une activité secondaire, « profane » car administrative, les médecins ont néanmoins été contraints de faire évoluer leurs routines et leurs façons habituelles de travailler, dans la mesure où cette codification devenait essentielle à la valorisation de leurs activités.

En ce sens, la tarification à l'acte comme instrument d'action publique représente bien une tentative de modification des comportements et des habitudes, en ce qu'elle représente tant un

360 L'introduction de cet instrument d'action publique novateur visait notamment la recherche d'une plus grande efficacité et d'une transparence accrue.

361 En ce sens, même si les médecins codent aujourd'hui, de nombreux progrès restent à faire. Il faudra encore de nombreuses années pour que la codification soit entièrement maîtrisée par l'ensemble de la communauté médicale.

362 Celui de valoriser l'activité de leurs services par une stricte codification des actes médicaux réalisés. La mauvaise codification étant une cause de pertes d'argent pour l'hôpital, et le budget étant désormais fonction de l'activité des services, les médecins ont ainsi été dans l'obligation de changer leurs habitudes pour valoriser leurs activités dans leurs services respectifs, afin qu'ils restent « rentables ». Ils ont ainsi changé leurs façons de faire car cette évolution allait autant dans leurs intérêts que dans l'intérêt de leurs services.

instrument de contrôle³⁶³ qu'un ensemble « plus ou moins coordonné de règles et de procédures qui gouverne les interactions et le comportements des acteurs et des organisations »³⁶⁴.

L'introduction d'une logique de codification a ainsi entraîné un important regain de travail administratif pour les médecins. De ce fait, on observe progressivement le passage d'une culture orale à une culture écrite³⁶⁵. Dans ce cadre, certains praticiens se sont vus contraints de privilégier l'aspect administratif de leur fonction au détriment de leur fonction première, la médecine. La cadre de santé supérieur du pôle Urgence-Anesthésie-Réanimation de l'hôpital Salvador Allende m'en parle lors de notre rencontre :

« Oui, un regain de travail administratif, d'une part pour le codage, mais surtout pour la traçabilité. On paye les choses qu'on n'a pas faites. Donc il y a un surplus de travail auquel le médical et le paramédical n'est pas forcément habitué » (Gisèle, 58 ans, cadre de santé supérieur, pôle Urgence-Anesthésie-Réanimation, ancienne infirmière, à l'hôpital Salvador Allende depuis 36 ans).

De plus, les délégations de gestion entreprises dans le cadre de la nouvelle gouvernance hospitalière vers les pôles d'activité³⁶⁶ entraînent également un surplus de travail administratif pour le corps médical, notamment pour la catégorie des chefs de pôle, qui doivent désormais remplir de nombreuses missions de gestion, et ainsi jongler avec des logiques largement étrangères à la culture médicale traditionnelle. En ce sens, les chefs de pôle deviennent quasiment des « administrateurs de service », qui gèrent les budgets, les investissements, les personnels et les actes médicaux effectués. Lors de notre rencontre, le responsable de la médecine du travail, insiste sur ce point :

« Le médecin, c'est son travail de coder, il a fait les actes, il doit les valoriser, après c'est clair que c'est une gestion de pôle, en fonction de son budget, mais c'est ce qui change. Les GHS³⁶⁷,

363 Christopher Hood, dans son étude des renouvellements des instruments d'action publique a bien mis en évidence cet aspect : « les recherches sur le gouvernement et les Politiques Publiques ont mis en évidence le renouvellement des instruments de l'action publique soit pour le développement de recettes dépolitisées de la « nouvelle gouvernance » (Ici, les recettes managériales) soit via le renforcement de puissants mécanismes de contrôle et d'orientation des comportements (Via la T2A) » : extrait de Pierre Lascoumes, Patrick Le Galès, *Gouverner par les instruments*, op. cit., p. 23.

364 Selon North, cité dans Pierre Lascoumes, Patrick Le Galès, *Gouverner par les instruments*, op. cit., p. 15.

365 Le passage à cette culture écrite traduit la volonté d'une meilleure transparence et d'une traçabilité renforcée de l'activité des services médicaux.

366 Des directions administratives vers les pôles d'activité, par des contrats de pôle censés définir les missions du pôle, ses moyens, ses objectifs.

367 Groupe Homogène de Séjour, notion définie dans la Section précédente, § I.

c'est le médecin qui doit valoriser, c'est trop important pour que ça ne soit pas le médecin qui le fasse, on ne va pas donner ça à la secrétaire, mais c'est vrai que pour le chef de pôle, y a une notion de gestion budgétaire, du personnel, des dépenses, des recettes » (Damien, 44 ans, responsable de la médecine du travail, représentant du personnel (CGT), membre du Conseil de surveillance, à l'hôpital depuis 21 ans).

Cette logique de codification a de plus permis à certaines spécialités médicales dominées d'être mieux reconnues, comme la catégorie des anesthésistes-réanimateurs. A travers cette logique, les spécialités dominées trouvent ainsi un moyen de reconnaissance, comme le confirme cet extrait d'entretien avec un anesthésiste réalisé par Nicolas Belorgey :

« Nous sommes d'une culture où on ne codait pas. Nous le faisons maintenant parce que nous avons intérêt à le faire, ça nous permet de valoriser notre activité, on y trouve un gain. Avant, on ne reconnaissait que ce que faisait le chirurgien. Y avait des choses qu'on faisait de manière autonome, c'est comme si ça n'existait pas. Maintenant, si. Toute une série de choses que je faisais, qui n'existaient pas, maintenant elles sont reconnues. Le codage met les gens sur un pied d'égalité, il reconnaît le travail de chacun»³⁶⁸.

Cette évolution sensible dans les missions du corps médical vers davantage de gestion à travers l'obligation de codification a, en plus de la valorisation nouvelle de certaines spécialités, permis aux services médicaux d'augmenter singulièrement leurs « recettes » grâce à une traçabilité renforcée et à une comptabilité analytique désormais âprement consultée. Ainsi, l'introduction de la T2A a fait du codage des actes par les médecins, avec la participation d'autres catégories d'intervenants (DIM³⁶⁹, TIM³⁷⁰...) un enjeu central dans la gestion des établissements³⁷¹. Néanmoins, si sa mise en œuvre a produit des inflexions certaines dans le mode de financement des hôpitaux et dans l'organisation de son fonctionnement quotidien, elle ne toucha pas tous les agents hospitaliers de la même façon, largement conditionnés par leur position et leur fonction au sein de

368 Extrait de Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression...*, op. cit., p. 228.

369 Direction de l'Information Médicale.

370 Technicien d'Information Médicale.

371 Mihai Dinu-Ghoerghiu, Danièle Guillemot, Frédéric Moatty, *Ressources humaines (RH) et tarification à l'activité (T2A) : Entretiens avec des membres des directions des hôpitaux*, Série études et recherches, DREES, n° 121, août 2012.

l'hôpital³⁷².

B – La suppression de l'asymétrie d'information

La « gouvernance », thème en vogue dans la conduite de l'action publique, prône une meilleure coordination entre les différents acteurs d'une institution, par la recherche d'une meilleure concertation des objectifs et des décisions, principalement en vue de résoudre les problèmes de communication et les inefficacités persistantes au sein d'un secteur d'action publique³⁷³.

En effet, les entraves à la communication sont nombreuses dans les institutions. Une des principales sources de blocage au sein de l'institution hospitalière demeure le cloisonnement de l'information entre les différentes chaînes de communication dans l'hôpital. Avant les réformes, ce cloisonnement atteignait son paroxysme dans la relation entre les deux principaux pouvoirs de l'institution, le pouvoir administratif et le pouvoir médical, qui de par leurs formations et leurs missions premières, invoquaient des « catégories de langage » très éloignées. Ne disposant d'aucune grille de lecture commune dans la résolution des problèmes, ces deux pouvoirs coexistaient au sein de l'hôpital sans vraiment communiquer, sans réellement se comprendre. Le directeur général de l'hôpital Salvador Allende, aborda lors de notre rencontre son expérience en tant que directeur avant la mise en place des réformes, et les relations qu'il entretenait alors avec le corps médical :

« On était dans une situation avant la T2A, on était dans une gouvernance relativement bloquée et où au fond, les gens n'avaient pas les outils pour discuter entre eux, ils n'avaient pas les lieux de rencontre, et ils n'avaient pas les outils, je prends un exemple qui va me permettre de revenir sur la T2A, moi mes premières réunions de service à l'hôpital Necker, je ne connaissais pas du tout l'activité des gens que j'allais voir, donc on discutait de l'activité, mais on n'avait pas

372 Si la T2A a beaucoup impacté les médecins et les directions administratives, elle a entraîné des effets contrastés pour la catégorie des paramédicaux. Alors que la T2A entraîne une révolution dans les méthodes de travail et les missions des cadres de santé, elle reste finalement assez « invisible » aux professions infirmières et aides-soignantes dans l'exercice de leurs missions quotidiennes. Si ces catégories ont très bien connaissance de ce mode nouveau de financement, celui-ci ne touche pas directement leur travail au quotidien et leur pratique habituelle des soins (Seulement par des façons détournées, notamment en termes d'accroissement de la charge de travail et de dégradation des conditions de travail, faits très prégnants dans le discours des catégories paramédicales subordonnées (« une impression constante d'être débordé »)).

373 Définition prise dans son sens restrictif. Elle concerne également plus largement l'ensemble de l'action publique et le gouvernement des sociétés : selon Patrick Le Galès, ce sont « les formes de coordination, de pilotage et de direction des secteurs, des groupes et de la société, au-delà des organes classiques du gouvernement », in Laurie Boussaguet, Sophie Jacquot, Pauline Ravinet, *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, 2006 (2ème édition), p. 244.

beaucoup d'éléments de comparaison, de compréhension, on était très éloigné de tous les processus économiques d'une entreprise normale, on arrivait à discuter, mais on n'avait pas d'outils » (Christopher, 46 ans, directeur général de l'hôpital Salvador Allende depuis février 2013, ancien directeur adjoint des affaires médicales de l'AP-HP).

Cette absence de communication bénéficiait notamment au corps médical dans la mesure où seuls les médecins connaissaient l'activité réelle de leur service, et donc implicitement leurs besoins de financement.

Les réformes de la « nouvelle gouvernance hospitalière », tant par l'introduction de nouveaux outils de gestion (T2A) que par le pouvoir de délégation donné aux médecins dans le cadre de la création des pôles d'activité³⁷⁴, ont entraîné un rapprochement entre ces deux pouvoirs, par une plus grande symétrie de l'information. Les réformes de la « nouvelle gouvernance » ont notamment ouvert la possibilité d'un « droit de regard croisé » entre ces deux mondes qui auparavant n'avaient que très peu d'échanges.

Le fait de réintroduire un dialogue de gestion au sein des services de soin, d'abord par l'intermédiaire du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) au début des années 1980, puis par l'introduction de la tarification à l'activité comme nouveau mode de financement, a contraint le pouvoir médical à s'adapter aux grilles de lecture économique utilisées par les directions administratives.

Cette évolution contrainte vers plus de transparence, renforcée par le regroupement des services au sein de pôles d'activité³⁷⁵, a permis de placer sur un pied d'égalité ces deux pouvoirs dans l'échange d'information. Le PMSI, comme la T2A, peuvent être ainsi analysés comme des instruments stratégiques : « ils représentent un moyen pour les pouvoirs publics et pour l'administration de supprimer l'asymétrie d'information dont bénéficient initialement par rapport à eux les médecins, seuls à connaître le détail de leur travail »³⁷⁶, leur laissant ainsi une certaine marge de manœuvre dans le financement. Ces outils ont ainsi permis aux directions administratives de revaloriser leurs positions dans le système d'information. Les propos du directeur général de l'hôpital Salvador Allende illustrent très bien cette évolution :

374 Les chefs de pôles disposent ainsi d'une délégation de gestion au sein de leur pôle, et sont compétents pour toute décision engageant les finances de leur pôle d'activité.

375 Dans le cadre des pôles d'activité, le chef de pôle bénéficie en effet d'une délégation de gestion au niveau de son pôle.

376 Nicolas Belorgey, *L'hôpital...*, *op. cit.*, p. 13.

« En termes de pouvoir, ce qui créer une vrai asymétrie par rapport à ce qui se passait avant, c'est-à-dire qu'avant, on avait des médecins malgré tout maître chez eux dans leurs services, de leurs lits, et des directeurs maîtres de leur budget, chacun parlant un langage que l'autre ne comprenait pas, et aucun ne pouvant évaluer ce que faisait l'autre. Et à partir du moment où la T2A légitime le PMSI, la partie administrative sait ce que font les médecins, donc il n'y a plus deux inégalités d'informations » (Christopher, 46 ans, directeur général de l'hôpital Salvador Allende depuis février 2013, ancien directeur adjoint des affaires médicales de l'AP-HP).

De plus, la création des pôles d'activité permettait indirectement de casser l'unité du « service », et le cloisonnement traditionnel des différentes spécialités en les regroupant dans des entités plus large, au sein desquelles l'échange d'information et les relations avec l'administration seraient plus régulières. La mise en pôle était une façon détournée pour le pouvoir administratif de faire évoluer les habitudes de travail des médecins en introduisant un surplus de tâches administratives dans leurs missions quotidiennes afin de les sensibiliser davantage aux problématiques budgétaires et à l'importance des activités de gestion. En plaçant le chef de pôle aux frontières de la médecine et de la gestion, cette réforme a permis une certaine évolution des mentalités dans le corps médical, par un processus de responsabilisation des médecins sur les questions de gestion et de budget (également par le biais de nombreuses formations). Cette réforme passe ainsi par une révolution cognitive dans le corps médical, en rapprochant les activités de médecine et de gestion.

Cette évolution favorable au pouvoir administratif ne s'est néanmoins pas réalisée sans contrepartie. En retour, le pouvoir médical dispose désormais d'un droit de regard sur les orientations stratégiques de l'hôpital par la création des « comités exécutifs ». Cette instance ad hoc, paritaire, composée de l'ensemble des directeurs et de tous les chefs de pôles, était ainsi chargé de décider des grandes orientations à venir pour l'hôpital. On assistait donc à une certaine médicalisation de la décision, même si le directeur conservait le droit de trancher en dernier ressort. Ainsi, comme le note le directeur général de l'hôpital Salvador Allende, les réformes de la « nouvelle gouvernance » constituent un ensemble complémentaire éminemment stratégique :

« Dans une lecture strictement sociologique, je pense que ce qui a été très important et c'est ce qui a été bien joué à mon avis dans le paquet de lois de 2005, c'est le fait qu'à ce moment-là, il y a la nouvelle gouvernance qui va dire deux choses, la conséquence logique de commencer à regarder l'activité des médecins et donc de juger les services non plus sur le nombre de lits qu'ils

ont mais sur leurs activités, qui est donc la création des pôles, donc faire une gestion à un périmètre qui n'est pas le périmètre du service, donc on casse le service, le législateur a été obsédé depuis 20 ans sans y arriver mais par l'idée de casser le service, et puis en même temps, on donne en revanche aux médecins un droit de regard sur la conduite stratégique de l'hôpital, et on va créer une instance ad-hoc qui est effectivement le comité exécutif à l'époque, paritaire, et on va dire que les grandes décisions stratégiques se prennent d'un point de vue paritaire, ce qui est bien vu, ce qui rétablissait une forme d'équilibre entre les deux pouvoirs administratifs et médicaux » (Christopher, 46 ans, directeur général de l'hôpital Salvador Allende depuis février 2013, ancien directeur adjoint des affaires médicales de l'AP-HP).

§ II : L'introduction d'une logique de rentabilité

Ce nouveau mode de financement davantage incitatif, rémunérant l'hôpital et ses services de soins au regard de leurs activités, donc indirectement, de leur productivité, a été de pair avec l'introduction progressive d'une logique de rentabilité au cœur de l'hôpital public. La montée en puissance de cette logique rentable, souvent non assumée³⁷⁷, s'observe pourtant de plus en plus dans les services de soins (A). A fortiori, les directions administratives sont désormais soumises à des impératifs de rentabilité (B).

A – La recherche de rentabilité dans les services de soins

Souvent non assumée par le corps médical, qui pour s'en défendre, aborde la question comme une contrainte inévitable inhérente au nouveau mode de financement qu'est la T2A, l'introduction d'une logique de rentabilité au cœur des services médicaux est un fait. Cette montée en puissance a notamment été très étudiée dans la littérature. Comme le remarque Randall P. Ellis et Thomas G. McGuire, « le système de paiement prospectif à l'activité peut créer des incitations perverses induisant des comportements non souhaités »³⁷⁸. Pour Nicolas Belorgey, la T2A est dotée d'une grande force pratique. « En effet, dans la mesure où le financement de l'hôpital passe désormais de fait de plus en plus par la T2A, les médecins ont intérêt à « relever leur activité », faute de quoi ils seraient réputés peu ou pas actifs, et leur budget serait diminué proportionnellement. La grande force de ces réformes est donc de faire reposer les coûts de la non-coopération avec elles sur ceux qui ne coopéreraient pas, autrement dit d'inciter les acteurs à la

377 Tant par le corps médical que par les directions administratives.

378 Randall P. Ellis, Thomas G. McGuire, « Hospital response to prospective payment : Moral hazard, selection and practice style effects ». *Journal of Health Economics*, n°15, 1996, p. 257-277, notamment p. 257-258.

coopération. »³⁷⁹.

L'introduction d'une logique rentable dans les services de soin a notamment entraîné le développement de nombreux comportements opportunistes comme une plus grande sélection des patients en fonction de leurs « pathologies »³⁸⁰. Désormais dans le jargon, on appelle cela « faire son marché ». Les médecins vont avoir davantage tendance à sélectionner leurs patients, au regard de leurs pathologies, et favoriser les patients considérés comme « rentables ». La cadre de santé supérieur du pôle Urgence-Anesthésie-Réanimation m'en parle durant notre rencontre :

« Certains chefs de services préfèrent prendre des patients d'autres hôpitaux plutôt que ceux des urgences. Ils font leur marché. Avec les problèmes sociaux qu'on a, ça c'est un des effets pervers de la T2A, ça ne couvre pas toujours, et nous ici, on a des gens dans une grande précarité donc qui demande plus de soins et des hospitalisations plus longues. Donc bien sûr, ils font leur marché aux urgences, celui-là, je ne le prends pas, s'ils ont plus de 75 ans par exemple, ils ont beaucoup moins de chance d'aller dans un service que s'ils ont 40 ans, il faut être clair » (Gisèle, 58 ans, cadre de santé supérieur, pôle Urgence-Anesthésie-Réanimation, ancienne infirmière, à l'hôpital Salvador Allende depuis 36 ans).

Ainsi, comme le note Nicolas Belorgey, si l'introduction de la T2A a rimé avec une hausse de la productivité, elle est allée de pair avec une sélection accrue des patients³⁸¹. Cette logique de rentabilité induite par la tarification à l'acte induit entraîne de « nouvelles inégalités face aux soins » (pour les patients).

Cette sélection des patients s'observe de plus à travers la durée moyenne de séjour du patient, qui prend désormais une importance capitale dans la nouvelle logique comptable des services de soins. Plus la durée moyenne de séjour (DMS) du patient sera courte (et donc le turn-over élevé), plus le médecin effectuera d'actes et plus son service sera valorisé. Car la fixation des barèmes tarifaires des groupes homogènes de séjour (GHS) est indexé à une durée moyenne de séjour, en d'autres termes, de journées d'hospitalisation, suite à laquelle un forfait global est déterminé. Au-delà d'une certaine limite de journées d'hospitalisation, le patient coûtera plus qu'il ne rapportera au

379 Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression*, op. cit., p. 15.

380 Les médecins tenteront ainsi de privilégier les « pathologies » simple à traiter et les actes rémunérateurs, afin de valoriser leurs activités, et ainsi être rentable (Ainsi le patient ayant une « maladie inconnue », qui demandera de multiples examens coûteux pour un simple diagnostic, aura peu de chance d'être pris en charge dans un service spécialisé).

381 Nicolas Belorgey, *L'hôpital*, op. cit., p. 281.

service³⁸². Comme me le glisse la cadre de santé supérieur du pôle médico-chirurgicale, c'est « une nouvelle façon de concevoir la médecine où il faut faire à tout prix sortir le patient pour diminuer la DMS » (Huguette, 48 ans, cadre de santé supérieur du pôle médico-chirurgical, ancienne infirmière (de 1987 à 1995, puis cadre de santé jusqu'en 2012, à l'hôpital Salvador Allende depuis 25 ans).

Les propos recueillis lors de mon entretien avec le cadre de santé des urgences viennent de plus renforcer cette hypothèse :

« C'est surtout au niveau de la T2A, c'est-à-dire qu'on arrive aux urgences à travailler avec les services d'une façon différente, et les services viennent choisir leurs patients, et on se retrouve ici avec des patients inintéressants entre guillemets, pour les médecins compte tenu de la DMS, donc ils les laissent soit dans le couloir, ils retardent au maximum la prise en charge dans les services pour diminuer leurs DMS à eux. La politique de santé qui est appliquée dans les services de par la DMS font qu'en fait, les médecins d'autres services travaillent avec des médecins d'autres établissements plutôt qu'avec nous, donc ils préfèrent prendre des patients spécifiques à leurs spécialités qui viendront de leurs réseaux à eux extérieurs, y en a qui viennent de l'hôpital X, d'autres de Y, de partout, que les médecins chefs de services connaissent et qu'ils préfèrent faire rentrer dans leurs lits de libre plutôt que de prendre chez nous les cas sociaux » (Théo, 47 ans, cadre de santé, service des urgences, ancien infirmier, dans le service depuis 31 ans).

Ainsi, comme le note Patrick Pelloux, médecin urgentiste et président de l'Association des Médecins de France, « avec la mise en place de la tarification à l'activité, les Français auront intérêt à être porteurs de maladies rentables, sinon ils resteront bloqués aux urgences »³⁸³.

En ce sens, les propos de la cadre de santé du service de diabétologie, sont emblématiques de cette montée en puissance des impératifs financiers dans les schèmes de représentation des catégories médicales. Ancienne infirmière, elle a vu l'évolution vers davantage de gestion au sein de son service. Ainsi, quand je lui demande si la T2A a impacté le fonctionnement de son service de soins, voilà ce qu'elle me répond :

382 En ce sens, la volonté de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS, organe du Ministère de la Santé) de développer les soins ambulatoires (hospitalisation dans la journée suivie d'un retour à domicile est notamment très explicite. Cette logique vise à augmenter la productivité des services de soins par un turn-over des patients plus importants, permis par une durée moyenne de séjour elle-même réduite.

383 Patrick Pelloux, *Histoires d'urgences...*, op. cit., p. 54.

« Elle a d'autant plus impacté, d'autant plus que nous, nous sommes dans un service, je ne dis pas qu'il ne rapporte pas, mais il était très valorisé, il rapportait beaucoup d'argent, parce qu'il ne faut pas le nier, on parle beaucoup d'argent ma chef de service et moi. Même si je suis soignante, l'aspect financier est pris en compte en première ligne, d'autant plus aujourd'hui parce que malheureusement on est lié à cette tarification et que si vous ne rapportez pas, vous disparaissiez. Et nous là, on a un petit souci, on est un service de diabétique, qui tourne bien qui rapporte, mais quand vous avez des pieds diabétiques, une complication du diabète, ça se nécrose, et donc il faut amputer, et quand on ampute, les soins derrière sont très lourds. Et ça, ce n'est pas valorisé, j'ai appris que récemment un patient qui venait se faire amputer pouvait rapporter jusqu'à 8000€. Alors que nous les séjours sont cotés 1000€ donc bon. Donc ça rapporte que des cacahuètes par rapport à la lourdeur de la prise en charge. Mais ça, on y veille parce qu'on sait que ça a un impact sur le service parce que ça ne rapporte pas de sous » (Céline, 42 ans, cadre de santé de diabétologie depuis 2005, ancienne infirmière, travaille à l'hôpital Salvador Allende depuis 20 ans).

De plus, l'introduction de cette logique de rentabilité va entraîné une autre série de conséquences non désirées, notamment en termes de concurrence entre les différents services de l'établissement, comme me l'explique la cadre de santé du pôle supérieure mère-enfant :

« Par contre, certains comportements aujourd'hui (rires), certains revendiquent parce que je suis positif, moi je dois avoir plus que l'autre. Alors maintenant, quand ton voisin il ne fait pas attention ou il ne développe pas des activités ou qu'il n'est pas dans une dynamique où tu ne revendique pas, où tu n'essaies pas de te faire reconnaître, forcément maintenant, ça parle. Mais certains pôles aussi maintenant disent j'ai, je demande » (Kamélia, 56 ans, cadre supérieur de santé, pôle mère-enfant, ancienne infirmière, ancienne surveillante, à l'hôpital Salvador Allende depuis 31 ans).

Cette logique d'accentuation de la concurrence entre les services selon leurs activités entraîne ainsi un plus grand cloisonnement entre les différents services médicaux de l'hôpital. Chaque service va alors plus ou moins se recentrer sur sa propre logique et sur son activité afin de tenter de conserver ses attributions et sa place au sein de l'établissement. Cette concurrence accrue se retrouve largement en porte à faux avec la logique de coopération renforcée prônée par les réformes de la « nouvelle gouvernance ».

B - Des impératifs de rentabilité pour les directions administratives

Cette détermination discrétionnaire des tarifs indexés à des pathologies, à un acte médical, si elle induit une inégalité de soins pour les patients, va de plus entraîner une distinction naissante entre les activités médicales rentables et celles considérées comme non rentables. Si tous les services médicaux vont entreprendre d'augmenter leurs activités pour être générateurs de recettes pour l'hôpital, certains services de par leur spécialité, vont se voir favoriser en termes de tarification, par la réalisation d'actes valorisés dans les barèmes tarifaires fixés par la Sécurité Sociale. En ce sens, les propos de la cadre de santé supérieur du pôle mère-enfant viennent renforcer cette hypothèse d'impératif de rentabilité :

« Après on essaie quand même, les hôpitaux essaient de garder des activités qui restent rentables, nous je vais vous dire pour notre secteur, la réanimation néonatale, se pose la question de la développer, sauf que toutes les réa néonatales qui existent ne sont pas des services rentables. Donc on parle de rentabilité » (Kamélia, 56 ans, cadre supérieur de santé, pôle mère-enfant, ancienne infirmière, ancienne surveillante, à l'hôpital Salvador Allende depuis 31 ans).

Un des points aveugles de cette logique de rentabilité réside alors dans le non-prise en compte des particularités des services médicaux³⁸⁴, comme me l'explique le chef de service de gastro-entérologie lors de notre rencontre :

« Par exemple, vous avez des professions médicales comme la diabétologie qui vont faire très peu d'actes et qui vont rapporter très peu d'argent. Parce qu'ils font juste de l'hospitalisation classique, et ils vont être automatiquement déficitaires. Alors évidemment, on compense comme en gastrologie où on va faire des actes, ça veut dire que l'hôpital, enfin le chef d'établissement aura tendance à sacrifier les services considérés comme non rentables. Alors c'est très dangereux ça, alors quand vous êtes en milieu hospitalier public, on sait qu'on doit rendre un service public et qu'on ne va pas fermer le service mais il y a quand même cette menace terrible de favoriser uniquement les services qui font le plus d'actes qui vont être favorisés par rapport à ceux qui ne rapportent pas mais parce que structurellement ils ne rapportent pas, les services de médecine interne même les plus sophistiqués vont faire des tas d'examen pour des maladies rares, les malades restent longtemps et ils rapportent extrêmement peu. Et on aurait tendance à vouloir les sacrifier, c'est ce qu'ils font dans le milieu privé, ils ferment carrément tout ce qui n'est pas rentable, mais le problème en médecine, c'est que médecine et rentabilité, c'est deux

384 Notamment le type de patient qu'ils ont à prendre en charge.

questions assez différentes. Il y a des trucs où ils vont vous dire, bon nous la diabétologie, on la fait par la clinique du coin et nous, on ne fait pas, l'urologie, ça ne rapporte pas, allez hop, et tout ce qui ne rapporte pas, et c'est extrêmement pervers » (Lucas, 59 ans, chirurgien interventionnel, chef de service de gastro-entérologie à l'hôpital Salvador Allende depuis 21 ans).

Certaines spécialités médicales vont alors se retrouver « inadaptées » face à la logique introduite par la tarification à l'activité, de par la particularité des patients qu'ils auront à prendre en charge. Peu rentables, elles vont alors être menacées de disparition. En ce sens, les propos de la directrice financière de l'hôpital Salvador Allende lors de notre rencontre furent particulièrement marquants. Elle me montra notamment un document fort intéressant³⁸⁵, distinguant à l'hôpital Salvador Allende quatre types d'activités : les activités « stars », les activités « vache à lait », les activités « dilemmes » et les activités « mortes »³⁸⁶. Ses explications concernant cette catégorisation sont notamment emblématiques de cet impératif de rentabilité, et donc indirectement, de sélection des services :

« Et au niveau de la T2A pour reprendre ses effets, certains m'ont dit que ça créait une différence entre les services rentables et ceux moins rentables ?

Oui, nous on le sait parce qu'on a une bonne comptabilité, mais c'est vrai que, les services rentables, pas rentables, c'est la mauvaise question, la bonne question c'est, qu'est-ce qu'on veut et qu'est-ce qu'on ne veut pas garder ? Vous ne pouvez pas imaginer un hôpital général sans bloc opératoire, sans réanimation, ce sont les danseuses de l'hôpital bon, après vous avez ce que nos consultants appelaient les activités vaches à lait, alors attendez, j'ai un diagramme (me montre le document avec quatre cases dans un tableau : activités stars, vaches à lait, dilemmes, poids mort)³⁸⁷. Y a des activités dont on n'a pas besoin, c'est vrai, ou qu'on ne sait pas bien faire et ça, il ne faudrait pas le garder, après, c'est une question de choix, il y a beaucoup de choses qui rentrent en compte mais bon des fois, une activité par exemple comme l'ophtalmologie chez nous qui ne fait que très peu d'actes, il n'y a que des consultations et aucune opérations, donc est-ce qu'il faut la garder ? Ba après, il faut savoir ce qu'on veut garder, ce qu'on ne veut pas garder. Moi je suis en train de batailler depuis des années et des années parce que les consultations externes nous amènent des clients, c'est une porte d'entrée

385 Qui provient du principal cabinet de consultants qui travaille avec l'hôpital Salvador Allende.

386 Voir le schéma en annexe.

387 Voir en annexe n°3.

de l'hôpital, il y a la médecine de ville, les consultations et les urgences. Les consultations sont au total dans l'hôpital déficitaires de 7 millions d'euros. 7 millions d'euros, je serai ravie de pouvoir rentabiliser ces consultations externes. Alors pourquoi elles sont, on a 120 personnes qui travaillent dans ces consultations, et elles sont toutes disséminées dans le parc, vous les avez vu. Donc le bâtiment que l'on construit devant, c'est le nouveau pôle mère-enfant mais aussi le regroupement de toutes les consultations externes. Ce qui fait que je vais pouvoir enquêter rapidement et de façon sécurisée aussi. Là, l'ORL et la stomatologie, je n'ai pas encore mis de carte bancaire³⁸⁸ et je suis sûr que je perds de l'argent là-dessus, et puis on n'a pas besoin d'avoir une ou deux infirmières par consultation, donc ça serait rentabiliser au maximum les consultations. Ce qu'on fait aussi, c'est qu'on est en train d'informatiser le dossier médical, ça se déploie dans la maison, et j'aurai plus des femmes qui passent leurs temps à aller sortir des dossiers médicaux et ranger des dossiers médicaux, c'est infernal ce genre de truc. Pour en revenir aux consultations externes, j'espère en faire un levier plus important pour pouvoir ne pas perdre de l'argent et en gagner mais pour l'instant, c'est une activité point mort. Mais, on ne peut pas faire autrement que la garder. Alors les activités stars, je vais vous dire, par exemple, on a l'urologie, donc les urologues, ils travaillent régulièrement sur le robot médical de la Pitié. Donc ça c'est quand même un gage de compétence et on a mis en place une nouvelle technique qui est la X pour la prostate, avant on grattait, il fallait faire des lavages vésicaux, il y avait des perfusions, c'était épouvantable, du temps de travail, les personnes âgées sous coagulant, les anesthésistes ne voulaient pas les endormir parce qu'ils avaient peur, et là maintenant, on a trouvé une autre technique, on rentre des fibres lazer et par vaporisation, ça vaporise l'adénome, qu'est ce qui se passe ? On peut opérer toutes les personnes âgées même sous coagulant, aucun problème, ça ne saigne pas, donc qu'est-ce qu'on a fait avec le service, on a fait un article pour les médecins généralistes de ville, dans la presse, dans la revue de notre hôpital, il décolle, c'est ce qu'on appelle aussi la tête de gondole, ça c'est typique parce que ça nous amène du monde, alors là, je peux vous dire qu'on est les seuls du département à le faire. On s'y retrouvait au niveau T2A, et il n'y en a pas dans le département voisin pour l'instant, ni dans l'autre, donc ça nous fait, quelqu'un qui vient ici, je ne le souhaite pas à tous les hommes mais bon (rires), la clientèle est assurée. Ça c'est vachement bien. Quelqu'un qui vient ici et qui est bien pris en charge, il reviendra peut-être. Et ça diminue la DMS. Il a débuté en septembre dernier, et il m'avait dit 3-4 jours et je ne sais pas où il en est mais il voulait la réduire. Donc après, les activités vaches à lait, celles qui produisent beaucoup, y en a qui produisent beaucoup c'est vrai, la médecine, c'est le fonds de commerce de l'hôpital, c'est toujours plein, la médecine ça rapporte hein. Et les activités dilemmes, est-ce qu'on garde l'ophtalmologie ? Est-ce qu'on garde une partie des consultations de dermatologie ? A quoi ça sert ? Il y a des choses comme ça, il faut se poser des questions. Et on ne peut pas tout faire, et c'est vrai que par exemple là

388 Tous les services de l'hôpital Salvador Allende ne sont pas encore équipés d'un mode de paiement électronique.

maintenant, on a la chirurgie orthopédique qui fonctionne très bien, la chirurgie viscérale, (souffle), et puis la chirurgie thoracique, on n'a pas de chirurgien thoracique donc ce n'est pas à mon avis très intéressant. Encore une fois c'est vrai, la T2A nous a incité à avoir ce genre de débats. Alors ça, (rires), les médecins ils ne tiennent pas trop à ce discours » (Monique, 57 ans, directrice des affaires financières depuis 2003 à l'hôpital Salvador Allende).

Dans cette logique, d'autres activités au sein de l'hôpital, notamment les services techniques et logistiques, périphériques aux soins, vont également se voir menacés d'externalisation. Ces activités considérées par les directions administratives comme peu rentables vont être progressivement transférées vers le secteur privé comme ce fut le cas à l'hôpital Salvador Allende, il y a quelques années pour la restauration, en ce moment-même pour la blanchisserie qui fermera ses portes à la fin de l'année³⁸⁹.

§ III : Des redéfinitions de compétence

La loi HPST du 21 juillet 2009 a entraîné de nombreuses modifications de compétence au sein de l'hôpital et de ses instances de concertation. On assiste notamment à un transfert de compétence du Conseil d'administration vers le directoire, et donc vers le directeur, décisionnaire en dernier ressort (A). Parallèlement à cette évolution formelle, la loi HPST est significative d'un renforcement du pilotage politique de l'État par la mise en place des Agences Régionales de Santé (B). Enfin, la réduction des attributions de la Commission Médicale d'Établissement peut s'interpréter comme une tentative de réduction du pouvoir médical (C).

A – Directeurs d'hôpitaux : une revalorisation de compétence au détriment des élus

La loi HPST renforce considérablement les compétences du directeur général, qui devient dans les textes, le responsable de la politique générale de son établissement. Le comité exécutif, mis en place par l'ordonnance de 2005, est remplacé par le directoire, « nouvelle instance de pilotage stratégique, de discussion et de décision »³⁹⁰ de l'hôpital présidée par le directeur général. Cette instance composée de sept membres³⁹¹, en dépit des affichages politiques, dispose de compétences

389 L'effectif des services techniques et logistiques a été divisé par deux en seulement 20 ans. De plus, les directeurs économiques, de par leurs formations (pour la plupart diplômés des IEP), vont préférer gérer des appels d'offre (obligatoire pour tout contrat public) que des équipes demandant des investissements, une gestion du personnel...

390 Plaquette HPST « grand public », in www.sante.gouv.fr, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2009, p. 2.

391 Le directeur général, la directrice financière et la directrice des soins face au président de la CME et de trois autres médecins.

réduites en comparaison des anciens comités exécutifs. Le directoire ne rend qu'un avis consultatif. C'est le directeur général qui demeure le décisionnaire en dernier ressort.

La loi HPST entérine une évolution souhaitée de longue date, celle du désencastrement de l'hôpital de son ancrage communal. Cette concentration des compétences vers les directeurs d'hôpitaux s'effectuent ainsi au détriment d'un des principaux contre-pouvoir de l'institution, le pouvoir « politique », représenté par le président du Conseil de surveillance, le plus souvent maire ou (et) député. Ainsi, parallèlement à la mise en place du directoire, la loi HPST procède à une réduction significative des compétences attribuées au Conseil d'administration, transformé en Conseil de Surveillance³⁹². Comme l'indique un extrait de document provenant du Ministère de la Santé, « la création du conseil de surveillance permet de faire évoluer la gouvernance actuelle, partagée entre le directeur et le conseil d'administration, vers une gouvernance reposant sur une direction renforcée, concertant avec le directoire sous le contrôle du conseil de surveillance. »³⁹³ En réalité, ce conseil aux compétences amoindries n'exerce qu'un très faible pouvoir de contrôle sur le directoire. Sa tenue, trimestrielle, relève bien davantage d'une logique informative³⁹⁴. L'essentiel des discussions et des négociations ont désormais lieu au sein du directoire. Lors de ma rencontre avec l'ancien directeur général de l'hôpital Salvador Allende, nous avons longuement abordé les différents effets de la loi HPST, notamment en ce qui concerne la réorganisation des organes décisionnaires. Selon lui, la loi HPST représente une tentative de modification dans l'équilibre des pouvoirs au sein de l'hôpital :

« Ils ont réduit les compétences du Conseil de surveillance et ils les ont attribués au directoire, c'est le directoire, donc le directeur, parce que le directoire ne rend pas de décision, il donne des avis. Et c'est le directeur qui décide après avoir consulté le président de la CME et son directoire. Et donc c'est le directeur qui prépare le budget, l'EPRD, il voit ça avec son directoire et il le donne pour information au conseil de surveillance. Donc le pouvoir entre guillemet s'est déplacé. Il est passé du conseil de surveillance au directoire, quant à la CME même chose, elle n'a plus d'avis à donner sur les nominations médicales. Ça se passe aussi au directoire. Donc y a eu un peu une concentration du pouvoir au niveau du directoire. D'ailleurs les mots ont un sens, la terminologie n'est jamais innocente. Conseil de surveillance, directoire, c'est issu du

392 Siègent en Conseil de surveillance des représentants des collectivités territoriales, des représentants du corps médical, la direction d'établissement, des représentants des personnels non médicaux, des représentants des usagers, un représentant de l'Agence régionale de Santé.

393 D'après les fiches pédagogiques HPST, « Le conseil de surveillance », Ministère de la Santé et des Sports, 2009, p. 2.

394 Ainsi, le Conseil d'administration, organe qui historiquement avait compétence pour décider des grandes orientations de l'établissement, a perdu beaucoup d'influence. On assiste ainsi au passage d'une logique décisionnelle à une logique informative au sein du Conseil d'administration devenu Conseil de surveillance.

privé tout ça, donc effectivement ils ont voulu modifier l'équilibre des pouvoirs par cette loi HPST » (Michel, 58 ans, directeur général de CHU, ancien directeur général de l'hôpital Salvador Allende entre 2003 et 2012).

Comme le remarque très justement l'ancien directeur général, la terminologie employée a toujours un sens. On est ainsi passé d'un Conseil d'administration, en charge de la gestion de l'institution et de statuer sur les orientations stratégiques de l'hôpital, à un Conseil de surveillance ne disposant plus que d'un droit de regard sur la gestion de l'hôpital, gestion dont il a largement été dessaisi. D'ailleurs, le conseil ne délibère même plus, il est seulement informé des grandes décisions concernant l'hôpital et ses finances. Il ne rend désormais que des avis non contraignants. L'ancien directeur général de l'hôpital, qui a suivi de près l'élaboration de cette réforme par le biais de la Fédération Hospitalière de France (FHF), considère que les élus sont les « grands perdants » de la réforme HPST :

« Ils ont revu les compétences du Conseil d'administration qui est devenu Conseil de surveillance, qui ne délibère même plus sur le budget, puisqu'il est informé du budget, c'est quand même, à mon avis, ça pose problème ça, parce que qui a-t-on dans un conseil de surveillance ? On a des élus. Il y a monsieur X (député-maire), et les élus sont quand même des gens légitimes issus du suffrage universel, et ces gens-là n'ont même plus leur mot à dire sur le budget de l'hôpital » (Michel, 58 ans, directeur général de CHU, ancien directeur général de l'hôpital Salvador Allende entre 2003 et 2012).

Le budget n'est désormais plus décidé en Conseil de surveillance. Il est préparé par la direction, comme me l'explique l'assistant parlementaire du député-maire, qui assiste en tant qu'invité au Conseil de surveillance :

« Le budget est fait par la direction de l'hôpital, alors après, il peut y avoir un débat, mais je ne sais même pas si on vote, je ne crois pas. Donc ça ne change pas grand-chose. Le budget est présenté, après on peut poser des questions. Y a un côté participatif mais pas vraiment décisionnel vu que rien n'est remis en cause sur les grandes orientations de l'hôpital. Je pense que c'est plus pour donner les informations que vraiment décider du sort de l'hôpital (Vincent, 26 ans, assistant parlementaire du député-maire Président du Conseil de surveillance, assiste au conseil de surveillance depuis 2 ans).

Cette loi traduit la volonté gouvernementale de modifier les rapports de force au sein de

l'institution hospitalière, en dessaisissant les élus de nombreuses prérogatives qui leurs étaient traditionnellement dévolues³⁹⁵. La mise en place du directoire peut ainsi être interprété comme une tentative de modification de l'équilibre des pouvoirs au sein de l'hôpital. Ainsi, les représentants territoriaux n'auraient plus qu'un rôle formel au sein de l'hôpital, de par leur présence au Conseil de surveillance, comme l'illustre les propos de l'ancien directeur général de l'hôpital, exprimant la vision du président du Conseil de Surveillance concernant la loi HPST :

« Je l'ai souvent entendu dire en Conseil de Surveillance, de toute façon, nous les élus, on est des potiches maintenant avec la loi HPST, donc Monsieur le directeur, gérez l'hôpital, vous aurez mon soutien mais si vous vous voulez bien me demander mon avis, je vous le donnerai, mais vous voyez bien vous-même qu'on méprise les élus. Ils voulaient se débarrasser des élus, franchement au niveau du gouvernement qui a mis en place la loi HPST » (Michel, 58 ans, directeur général de CHU, ancien directeur général de l'hôpital Salvador Allende entre 2003 et 2012).

Ce dessaisissement des élus s'observe de plus par le renforcement du pilotage politique de l'hôpital, notamment au niveau régional.

B – Le renforcement des tutelles administratives

La loi HPST a renforcé significativement les instances de tutelles qui avaient été mises en place par l'Ordonnance de 1996. Les Agences régionales d'Hospitalisation (ARH) deviennent des Agences régionales de santé (ARS), et voient leurs compétences considérablement élargies. Cette mesure fait ainsi écho à la volonté gouvernementale de renforcer le pilotage politique de l'État dans le domaine de la santé³⁹⁶.

Les ARS sont désormais les principales administrations décisionnaires au niveau régional en matière d'organisation et de financement des établissements publics de santé. Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens³⁹⁷ (CPOM) entre l'ARS et l'État vient fixer les priorités, les objectifs et les résultats attendus, dans chacun des domaines et pour chacune des missions allouées aux ARS. Ces instances tutélaires ont en charge l'organisation de la planification sanitaire³⁹⁸ : elles définissent et

395 Cet exemple est ainsi une illustration des tentatives de modification par la loi des règles du jeu d'un secteur, en modifiant les compétences des acteurs participants traditionnellement au processus de décision.

396 Cette hypothèse a notamment été développée par Frédéric Pierru dans Frédéric Pierru, *Art. Cit.*, « Le mandarin... ».

397 Renouvelé en général tous les cinq ans.

398 Les ARS ont ainsi pour mission première de coordonner l'organisation de l'offre de soin à l'échelle régionale.

mettent en application un Schéma régionale d'organisation des soins hospitaliers (SROS) au regard d'un plan stratégique régional de santé (qui vient remplacer « la carte sanitaire »). C'est ainsi grâce à cet outil prévisionnel que les agences de tutelles vont déterminer quelles activités développées, quels services ou hôpitaux fermés... Un autre contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entre l'ARS et l'hôpital vient ensuite fixer les objectifs et les moyens alloués aux établissements de santé

399

Comme le note Daniel Benamouzig et Julien Besançon, ces agences « constituent un remarquable instrument de conquête ou de reconquête d'un domaine d'activité par l'autorité publique »⁴⁰⁰. Selon ces auteurs, les agences sanitaires ont ainsi renforcé les moyens d'intervention de l'État et sa légitimité dans un secteur où sa présence ne s'est jamais imposée comme une évidence. Ces agences tendent notamment à renouveler une forme d'expertise officielle en périphérie des administrations traditionnelles, « au point qu'il devient pertinent d'évoquer à leur propos une tendance à la constitution de « nouvelles bureaucraties techniques » »⁴⁰¹.

La création de ces agences a de plus permis de fusionner au niveau régional des instances administratives (services déconcentrés du Ministère de la Santé : DDASS, DRASS, et de l'assurance maladie : CRAM) « jusque là dispersées et par conséquent relativement faibles par rapport à la force politique des coalitions locales » (élus locaux, praticiens hospitaliers, syndicats de personnel)⁴⁰². Ainsi, désormais une seule et unique structure administrative est responsable du domaine de la santé au niveau régional⁴⁰³.

Cette centralisation régionale des décisions en matière hospitalière s'est effectué au détriment des représentants des collectivités territoriales, largement écartés de la gestion des hôpitaux. Ce dessaisissement s'observe notamment dans l'évolution de la procédure de nomination des directeurs d'hôpitaux. Cette compétence traditionnellement dévolue au Président du Conseil d'administration de l'établissement, a été transférée au directeur général de l'ARS. Ce transfert de

399 Si l'hôpital ne remplit pas ses objectifs, l'ARS a le pouvoir de désigner un administrateur qui viendra redresser l'établissement. Cet administrateur dispose alors de tout pouvoir et il n'est pas tenu de respecter les avis des différentes instances de représentation de l'hôpital.

400 Daniel Benamouzig, Julien Besançon, « Les agences de nouvelles administrations publiques ? », in Olivier Borraz, Virginie Guiraudon (dir), *Politiques publiques 1. La France dans la gouvernance européenne*, Paris, Presses de Sciences Po, 2008, p. 284.

401 Ibid., p. 285.

402 Frédéric Pierru, « Les agences régionales de santé : une bonne idée au service d'une mauvaise politique », in Frédéric Pierru (dir), *L'hôpital en réanimation*, op. cit., p. 113.

403 Gilles de Lacaussade, « Les agences régionales de santé : missions et organisations, *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n°74, mars 2011, p. 18.

compétence est caractéristique de la logique de centralisation administrative de la décision et du pilotage politique à l'œuvre dans les hôpitaux. Si le président du Conseil de surveillance reçoit toujours les prétendants au poste, il ne rend désormais plus qu'un simple avis non contraignant pour le directeur général de l'ARS, décisionnaire en dernier ressort. Cette évolution est très bien résumée par l'ancien directeur général de l'hôpital :

« Là où on le voit aussi, c'est sur la procédure de nomination des directeurs. Avant, le poste était publié. Il y avait des candidats, il y avait une commission de classement. Donc supposons que vous ayez 25 candidats, vous en placiez 5. Ces 5 candidats, on les faisait connaître au président du CA, le président du CA les recevait tous et faisait un choix. Et il était exceptionnel que le Ministre de la Santé ne suive pas l'avis du CA qui la plupart du temps était député-maire, sénateur-maire. Maintenant, ça a totalement changé. Vous avez toujours la publication quand-même. Vous avez toujours les candidats, mais ça a changé de nom, c'est la commission des carrières maintenant, qui sélectionne des candidats et en retient 4, 5, 6 en fonction de l'importance de l'hôpital. C'est ce qui s'est passé pour l'hôpital Salvador Allende, c'est ce qui s'est passé pour ici, et le Centre national de Gestion (CNG), vous avez entendu parler de ce truc-là ? Alors c'est un organisme, encore un démembrement de l'État, une sorte d'établissement public qui gère les carrières des directeurs des hôpitaux et des médecins. Donc le CNG qui gère tout ça, donc il envoie au Président du Conseil de Surveillance les 5 candidats qui sont retenus par la commission des carrières. Normalement, le député-maire de la circonscription de mon ancien hôpital l'a fait d'ailleurs. Il reçoit les candidats, et il donne un avis, qui n'est plus qu'un avis, qu'il transmet au directeur général de l'ARS, et c'est le directeur général qui en donnant son avis au CNG, si vous voulez est maître du jeu. Parce que pour l'instant, le CNG n'est jamais allé à l'encontre d'un avis du directeur général de l'ARS. Par contre, ce que je peux vous dire, ça reste entre nous, c'est que le président du Conseil de Surveillance n'a pas forcément donné un avis similaire à celui du DG de l'ARS, bon, et là on voit que celui qui a la priorité, ce n'est plus l'élu, c'est l'ARS, donc vous voyez, il y a un glissement quand même, un dessaisissement des élus de tout un tas de choses, y compris de la nomination des directeurs d'hôpitaux. C'est quand même assez significatif ça » (Michel, 58 ans, directeur général de CHU, ancien directeur général de l'hôpital Salvador Allende entre 2003 et 2012).

Cette revalorisation des compétences du directeur général de l'ARS est de plus accentuée dans le cas particulier de la région Île-de-France. C'est lors de mon entretien avec l'actuel directeur général de l'hôpital Salvador Allende, auparavant directeur des affaires médicales à l'Assistance

Publique des Hôpitaux de Paris et coordinateur général de la mise en place de la tarification à l'activité que j'ai pris conscience de cette spécificité. En fin d'entretien, je lui demande son opinion concernant le renforcement des pouvoirs du directeur général de l'ARS. Le directeur me sourit amicalement, comme s'il s'attendait à la question. Il se lève pour se resservir un café, et me demande d'éteindre mon dictaphone⁴⁰⁴. Il me répond que la nomination de Claude Evin à la direction générale de l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France représente une rupture sans précédent de par l'envergure politique nationale de cet ancien Ministre socialiste. Selon lui, ses relais politiques au sein des Ministères et du Gouvernement sont incommensurablement plus importants que les précédents détenteurs de la fonction. Ses prédécesseurs, principalement des hauts-fonctionnaires, se retrouvaient souvent en position de faiblesse face aux députés-maires disposant de nombreux relais ministériels et parlementaires. Selon le directeur général de l'hôpital, avec la nomination de Claude Evin à la tête de l'ARS d'Île-de-France, le rapport de force s'inverse. Son important capital politique lui permet de court-circuiter les relais traditionnels des députés-maires lorsque ces derniers se mobilisent pour défendre une décision concernant l'établissement public de santé dont ils président le conseil de surveillance.

On note ainsi une diminution significative des compétences des représentants des collectivités territoriales en matière hospitalière, par un renforcement considérable des compétences attribuées au pouvoir administratif (tant les directeurs d'établissements que les directeurs généraux d'ARS). Le président du Conseil de surveillance ne dispose plus que d'un pouvoir formel au sein de l'hôpital, teinté d'un fort aspect symbolique. Cette évolution, le député-maire de la circonscription, président du Conseil d'administration de l'hôpital Salvador Allende depuis presque trente ans, m'en parle durant notre rencontre. Impliqué dans la gestion de l'hôpital depuis le début des années 1990, il a observé les différentes réformes à l'œuvre dans l'institution hospitalière. Selon lui, la loi HPST représente une rupture dans la gouvernance des hôpitaux.

« La loi (HPST) est une rupture sur la gouvernance des hôpitaux, mais bien franche quoi, c'est-à-dire, ce que je disais, c'est une reprise en main par l'État donc les agences régionales de santé depuis 2009, elles ont des pouvoirs très importants, elles gèrent des sommes considérables, bien plus d'ailleurs que certains ministères, donc reprise en main qui fait que les élus qui siègent au Conseil de surveillance aujourd'hui qui était le Conseil d'administration, je pense le plus jouent un rôle formel. Alors bien sûr ils sont informés par les directions de l'hôpital mais l'ordre du jour du Conseil de Surveillance dépend du directeur, quand on prend l'état prévisionnel des

404 C'est l'unique fois que cette requête m'a été formulée durant mes entretiens.

recettes et des dépenses (EPRD), il dépend également de la direction. Alors on est informé, mais l'EPRD va à l'ARS qui le transforme, le change et les Conseils de Surveillance ne votent même plus l'EPRD. On a une information c'est tout. Donc c'est vraiment très formel, j'ai souvent l'occasion de parler de plante verte un peu quand même mais c'est quand même une rupture très importante avec l'ancien système, la aujourd'hui, c'est une reprise en main de l'État, avec une grande centralisation, et un pouvoir donné au directeur, le directeur décide de tout. Ils sont dans le directoire, il décide de tout, donc le Conseil est informé, alerté, il peut poser toutes les questions possibles » (Patrick, 68 ans, député-maire de la circonscription depuis 1981, mouvement apparenté communiste, ancien assistant parlementaire du président du groupe communiste à l'Assemblée Nationale de 1964 à 1981, président du Conseil de Surveillance de l'hôpital Salvador Allende depuis 21 ans).

La transformation du Conseil d'Administration en Conseil de Surveillance en 2009 avec la loi HPST est un profond révélateur de l'aspect politique inhérent à toute décision en matière de santé. En renforçant considérablement les pouvoirs des agences déconcentrées de l'État (qui deviennent des Agences Régionales de Santé), et en réduisant considérablement les attributions du conseil de surveillance dont le député-maire est le président, la loi HPST traduit la volonté gouvernementale de « déraciner » l'hôpital public de son « ancrage communal ».

C – La perte d'influence de la Commission Médicale d'Établissement

La Commission médicale d'établissement, organe de représentation de la communauté médicale où siège l'ensemble des médecins de l'hôpital a perdu de nombreuses prérogatives avec la loi HPST. Cet organe de représentation suit ainsi une évolution comparable au Conseil de Surveillance, et se retrouve dessaisi de la plupart de ses compétences, transférées au directoire. La CME ne dispose plus d'aucun pouvoir de décision⁴⁰⁵ et son rôle est aujourd'hui davantage formel. Ainsi, la communauté médicale qui élisait traditionnellement ses pairs en CME voit cette compétence transférée au directeur général de l'établissement, après consultation du président de la CME, également vice-président du directoire.

Cette réduction de compétence de la CME par la loi HPST représente ainsi une tentative de réduction du pouvoir médical. Cette évolution a d'ailleurs été ressentie de manière très négative dans la communauté médicale, comme l'illustre de nombreux extraits d'entretiens menés avec des

405 Elle ne rend plus que des avis consultatifs.

représentants du corps médical. Les propos tenus par Lucas, chirurgien, membre du directoire et chef de service de gastro-entérologie depuis plus de vingt ans, sont à cet égard très explicites. Proche de la retraite, Lucas est issu de l'ancienne génération de médecins. Son ancienneté et son autorité font de lui une des personnalités incontournables du corps médical. Souvent en conflit avec les nouvelles générations de médecins plus proches des schèmes de représentation économique, il dénonce ces réformes avec force. Selon lui, la loi HPST est caractéristique d'une réduction du pouvoir médical :

« Le deuxième effet de la loi HPST, le but était de supprimer tout pouvoir médical, parce qu'avant il y avait la CME, et avait pour but l'interface entre la direction et les médecins, et il y avait les réunions qui servaient à dire, il y a ça, il y a ça. Comme le précédent gouvernement ne voulait pas que les médecins puissent agir parce que vous savez ils disent que les médecins sont à l'origine des dépenses médicales et donc qu'il faut laisser le directeur comme un directeur de boîte gérer son truc, et de ce fait là, ils ont supprimé notre pouvoir, la CME n'est même pas une chambre d'enregistrement mais une chambre d'information. On n'a plus aucun pouvoir. Voir même la nomination des médecins ne passe plus, on nous informe que, c'est-à-dire que toutes les décisions sont prises en directoire » (Lucas, 59 ans, chirurgien interventionnel, chef de service de gastro-entérologie depuis 21 ans).

Selon lui, on observe une concentration du pouvoir au sein du directoire :

« Je crois que c'est le directoire qui concentre toute la force dans ses mains, et d'ailleurs, tous les gens qui y ont été au directoire, me le confirme, tout ce prend au directoire, le reste, c'est des détails de première classe, les commissions de truc, qui ne servent à rien, on fait ça pour faire plaisir aux gens. Et le président de la CME nous l'a dit, « vous les vieux vous n'arrivez pas à comprendre ça, mais la CME, ce n'est plus rien. Le pouvoir c'est à part, on vous les fait pour vous faire plaisir la CME ». Il l'a dit crûment mais ça voulait dire ce que ça voulait dire, il connaît bien les lois et il a bien senti le vent de la nouvelle vague en quelque sorte » (Lucas, 59 ans, chirurgien interventionnel, chef de service de gastro-entérologie depuis 21 ans).

La communauté médicale est ainsi unanime sur cette question, comme le confirme ces extraits d'entretiens avec les chefs de pôle de psychiatrie adulte et de rééducation fonctionnelle :

« C'est vrai qu'elle a beaucoup perdue, avant c'était un organe de décision, alors maintenant, on peut donner son avis seulement les choses sont déjà faites, c'est une chambre d'enregistrement, mais ça reste quand même un endroit où les médecins ont une parole libre, ils peuvent exprimer leur mécontentement, mais c'est vrai que la CME s'est transformée, avant on nommait, elle était capable de tout pouvoir de blocage. Qu'elle ne peut plus avoir c'est certain » (Jacques, 47 ans, psychiatre, chef de service de psychiatrie, chef de pôle de psychiatrie adulte).

« Oui, je trouve, le président de CME n'est pas d'accord avec ça, moi je trouve que les médecins ont perdu du pouvoir. C'est complètement hypocrite, on nous dit, mais oui, on continue la CME, on en discute, mais on sait très bien que ça ne sert à rien, le pouvoir, c'est le président de la CME et le directeur » (Delphine, 45 ans, médecin, chef de service de Rééducation Fonctionnelle, chef de pôle de Réadaptation Soins de Suite, à l'hôpital Salvador Allende depuis 18 ans).

Selon Lucas, si la CME a largement été dépossédée de ses attributions, le président de la CME, désormais vice-président du directoire, conserve néanmoins un grand pouvoir. Pouvoir qui se serait même renforcé avec la loi HPST :

« Le docteur C. est président de CME, donc c'est lui qui a le pouvoir, alors, on lui a donné. Il est notre mandant, il a été élu tout à fait démocratiquement, donc le pouvoir est légitime, et c'est lui en fait avec qui le directeur va tout faire, il nous informe de ce qu'il fait, je pense que la CME est devenue une pseudo-participation, il fait tout pour nous informer, nous aider, mais en réalité, les dés sont pipés, tout est décidé, prévu d'avance. La CME devient une chambre de psychodrame où tous les gens disent mais moi je veux ça, c'est enregistré mais en réalité les décisions se prennent à part. Et la CME n'a plus l'attrait d'autre fois. Parfois on se demande ce qu'on fait là à part pour protester un peu mais c'est dans le vide hein, si le président de CME ne veut pas vous écouter, vous parlez une demie heure pour rien. Bon, c'est une tribune importante quand-même ne serait-ce que parce qu'il y a le président de CME et le directeur, mais c'est quand même une entente. Mais s'ils ne veulent pas vous entendre, vous n'aurez rien du tout, et ce n'était pas comme ça avant. La CME avait un pouvoir beaucoup plus important. Aujourd'hui, les décisions se passent dans le directoire, tout, c'est pour nous faire plaisir qu'on nous fait des CME en ce moment, alors on lui a donné des tas de rôle soi-disant, notamment de s'occuper de la qualité médicale, c'est vraiment honteux de dire ça. On s'en est toujours occupé, non c'est une chambre d'information, un exutoire général pour les mauvaises humeurs, mais ça n'a plus d'objet, on pourrait la supprimer, mais ça ferait un scandale » (Lucas, 59 ans, chirurgien

interventionnel, chef de service de gastro-entérologie depuis 21 ans).

Cette perte d'influence de la CME s'observe notamment dans le peu d'attrait que représente aujourd'hui le poste de président de la CME. Les prétendants à ce poste sont souvent peu nombreux, comme me l'explique le chef de pôle de rééducation fonctionnelle :

« Après, vous savez dans un hôpital, il n'y a pas 36 médecins volontaires pour être président de CME, il y en avait zéro, enfin il y avait le docteur chef de pôle de psychiatrie, et le docteur chef de service du pôle mère-enfant, mais il était trop malade, donc il ne pouvait pas. Parce que lui voulait, en plus, il avait une grosse pratique en lien avec l'ARS, donc il n'y avait pas pléthore de candidats, personne ne s'arrache ce poste. Moi, ça ne me dirait pas du tout, il faut aimer ça quoi, ce n'est plus du médical, moi je suis médecin, je ne suis pas, enfin bref, je pense qu'il faut aimer ça » (Delphine, 45 ans, médecin, chef de service de Rééducation Fonctionnelle, chef de pôle de Réadaptation Soins de Suite, à l'hôpital Salvador Allende depuis 18 ans).

La loi HPST a donc significativement réduit les compétences de l'instance de représentation du corps médical (les médecins ne disposent plus du pouvoir d'élire leurs pairs, compétence désormais dévolue au directeur général). Son maintien réside dans la volonté « symbolique » de maintenir une instance de représentation propre au corps médical.

Ce chapitre met ainsi en évidence les différents changements provoqués par ces deux ensembles de réforme dans l'hôpital. L'introduction de la tarification à l'activité a notamment entraîné de nombreuses transformations au sein de l'institution hospitalière (évolution de la pratique médicale, réduction de l'asymétrie d'information entre les deux principaux acteurs de l'institution, introduction d'une logique de rentabilité au sein de l'hôpital). La mise en application de cette loi technique a induit une transformation des pratiques pour de nombreuses catégories professionnelles, et a entraîné une évolution significative des mentalités des agents hospitaliers. En ce sens, l'introduction de la T2A comme nouveau mode de financement des hôpitaux a eu des effets structurants dans ce secteur d'action publique.

Le volet gouvernance de l'Ordonnance du 2 mai 2005, ainsi que la loi HPST du 21 juillet 2009 ont également entraîné différentes modifications dans le fonctionnement de l'hôpital et dans

l'organisation de ses instances de représentation. Si ces mesures ont occasionné différents changements, nous verrons néanmoins dans le chapitre suivant qu'elles ont eu des effets très contrastés. En effet, l'application de ces dispositions s'est heurtée à de nombreux mécanismes inhérents aux institutions, qui ont limité en pratique la portée de ces réformes.

Chapitre IV : L'inégale efficacité des réformes hospitalières

Comme nous l'avons analysé dans le précédent chapitre, l'institution hospitalière est confrontée à de nombreuses transformations. Si l'hôpital s'est métamorphosé, les réformes de la dernière décennie n'ont néanmoins pas toutes eu les effets escomptés. Certaines lois ont significativement transformé l'hôpital, d'autres au contraire, eurent des effets moindres.

Si la plupart des auteurs ont surtout insisté sur le changement à l'hôpital, très peu ont abordé ses limites. De plus, quand la littérature s'est concentrée sur le changement, elle en a livré une vision « homogénéisante ». Bien souvent, elle a considéré comme déjà advenu certains changements qui rencontrent, en pratique, de grandes difficultés de mise en œuvre. Certaines mesures ont été confrontées à différents mécanismes limitatifs inhérents aux institutions.

La mise en œuvre de ces différentes réformes (« nouvelle gouvernance hospitalière »⁴⁰⁶ et loi HPST) permet au contraire de mettre en lumière une inégale efficacité⁴⁰⁷ des lois touchant ce secteur d'action publique. Si certaines dispositions ont été très structurantes, d'autres ont rencontré de nombreuses difficultés de formalisation. La mise en œuvre problématique de certaines lois hospitalières s'explique principalement par leur « objet » (leur efficacité est dépendante de la partie de l'institution qu'elles ambitionnent de modifier). Il est ainsi nécessaire de caractériser le changement pour une meilleure spécification de celui-ci.

Trois types de lois ont été mises en œuvre lors des réformes de cette dernière décennie : une *loi technique* (l'introduction de la tarification à l'activité) ayant pour finalité la mise en place d'un nouveau mode de financement, une *loi organisationnelle* (création des pôles d'activités) censée redéfinir les principes d'organisation de l'institution, et une *loi relative aux compétences des acteurs* qui tente de modifier le rapport de force entre les principales catégories dominantes de l'institution.

Comme nous l'avons analysé dans les chapitres précédents, l'introduction de la tarification à l'activité a de loin été la réforme la plus structurante. En inversant la logique budgétaire des

406 Ensemble de réformes comprises dans l'ordonnance de 2005 (volet budgétaire : la T2A ; volet gouvernance : création des pôles d'activité).

407 Nous entendons ici par efficacité : « force agissante, vertu par laquelle une chose produit tout son effet, le but atteint par rapport à l'objectif assigné », selon *Le petit Larousse illustré*, Paris, Larousse, édition de 1994.

établissements publics de santé, cette loi technique a entraîné une transformation des pratiques, notamment par une évolution des mentalités du personnel médical. Or, comme le remarque Nicolas Belorgey « si la réforme de leur mode de financement a des effets relativement automatiques sur les hôpitaux, qui voient leurs ressources modifiées par les tutelles, en revanche les réformes organisationnelles, notamment celles de la « nouvelle gouvernance », supposent pour être effectives une appropriation par les intéressés qui est loin d’aller de soi »⁴⁰⁸. Nicolas Belorgey sous entend ainsi que les réformes organisationnelles ont rencontré de plus grandes difficultés de formalisation en pratique que la mise en place de la T2A.

L'appropriation d'une réforme dépend de nombreux mécanismes complexes. Elle est, d'une part, conditionnée par son contexte de mise en œuvre. Elle est également dépendante des propriétés sociologiques des acteurs de l'institution, et de leur position dans l'institution⁴⁰⁹. Elle suppose enfin l'existence d'un intérêt pour les acteurs à se réorganiser. Dans la mesure où les réformes organisationnelles⁴¹⁰ redéfinissaient les fonctions et les missions de chacun, elles se sont heurtées aux intérêts des différents acteurs de l'institution⁴¹¹. En ce sens, nous verrons que l'intérêt individuel prime sur le collectif dans la mise en œuvre d'une réforme. Comme le souligne Danièle Carricaburu, « chaque groupe professionnel utilise et sélectionne les règles de l'hôpital en fonction de ses propres objectifs et chaque catégorie est susceptible d'enfreindre celles qui sont contradictoires à ces intérêts »⁴¹². Il faut dès lors analyser les différents mécanismes qui limitent en pratique l'apport des réformes organisationnelles (Section I).

Dans une perspective similaire, si les différentes dispositions de la loi HPST du 21 juillet 2009⁴¹³ semblent avoir modifié l'équilibre des pouvoirs au sein de l'institution hospitalière⁴¹⁴, l'étude du processus décisionnel livre une autre image du changement. Au-delà des modifications formelles que cette loi a entraîné, nous verrons que les rapports de force ne sont pas si différents de la période antérieure à la réforme. Si les directeurs d'hôpitaux ont bénéficié d'une revalorisation de compétences, les autres catégories traditionnellement dominantes de l'institution⁴¹⁵, grâce à leurs

408 Nicolas Belorgey, *L'hôpital, op. cit.*, p. 39.

409 Une des variables structurantes va notamment être la situation du service au sein de l'hôpital.

410 Nous traiterons ici principalement de la mise en pôle d'activité (volet « Gouvernance » de l'Ordonnance du 2 mai 2005).

411 Face à une réforme contrevenant à leurs intérêts, les agents d'un secteur d'action publique vont poursuivre une logique individuelle de « conservation de leurs prérogatives ».

412 Danièle Carricaburu, *op cit.*, p. 31.

413 Qui représentent un approfondissement des réformes de la « nouvelle gouvernance ».

414 Par une profonde redéfinition des compétences des principales instances de représentation et par une revalorisation des prérogatives attribuées au directeur général.

415 Les catégories dominantes « perdantes » (médecins et élus locaux).

positions stratégiques d'intermédiaires et à leurs nombreuses ressources, sont parvenues à atténuer la portée de ces réformes. En pratique, le renforcement du pouvoir des directeurs d'hôpitaux reste une « illusion » (Section 2). En ce sens, nous posons l'hypothèse d'une relative « stabilité » dans l'équilibre des pouvoirs entre les différentes catégories dominantes de l'institution.

En mobilisant une longue tradition sociologique centrée sur les obstacles et les limites au changement dans l'action publique, il faut alors interroger ces mécanismes limitatifs, en ce qu'ils permettent de mettre en lumière une inégale efficacité des réformes d'action publique, plus ou moins opérantes selon leur « objet ».

Section I : Les limites au changement organisationnel

Une réforme, une loi, s'incarnent toujours dans un espace social. Considérant les institutions, ces « dispositions novatrices » s'incorporent au sein d'un ensemble profondément naturalisé et structuré. Pour les acteurs qui font vivre l'institution, elles représentent toujours un intérêt certain. Seulement, ces acteurs sont pris eux-mêmes dans une multiplicité de logiques et de principes de représentation hérités de l'institution qui façonnent déjà leur vision du monde. Chaque acteur de l'institution, en fonction de son rôle et de sa position au sein de cet ensemble complexe, aura ainsi un intérêt particulier face aux réformes. Dans ce cadre, leur mise en œuvre ne peut être homogène (Paragraphe I). Elle sera amplement dépendante des logiques d'acteurs au sein de l'institution⁴¹⁶. Ces logiques spécifiques seront elles-mêmes étroitement conditionnées par les propriétés sociologiques particulières des acteurs de cet espace social. Ce trait caractéristique des réformes est de plus renforcé, dans le cas de l'institution hospitalière, par la complexité organisationnelle et la diversité professionnelle qui la caractérise.

De plus, la mise en œuvre d'une réforme organisationnelle dépendra étroitement de l'organisation préexistante des services et de leurs fonctions au sein de l'institution hospitalière. Chaque service, qu'il soit médical, administratif ou technique, rencontre des problématiques particulières (au regard de sa taille, de sa spécialité...) et poursuit des logiques largement auto-centrées, en particulier sur le plan organisationnel⁴¹⁷. Ces contraintes particulières vont alors cadrées

416 Intérêts et logiques qui, comme nous l'avons analysé dans le chapitre II, sont multiples et parfois contradictoires.

417 Nous avons longuement étudiés ces phénomènes dans le chapitre II.

« l'espace des possibles » et orientées les formes de la mise en œuvre. On rencontrera dans chaque service des « adaptations locales »⁴¹⁸, illustrant ainsi cette diversité caractéristique dans la mise en œuvre d'une réforme d'action publique.

La réforme organisationnelle à l'hôpital s'est ainsi heurtée à une multitude d'acteurs et de structures aux logiques et aux attributs propres, pouvant même parfois être contradictoires. Au regard de cette diversité d'objectifs et de conditions, on observe le primat de l'intérêt individuel sur le collectif lors de la mise en œuvre d'une réforme. Chaque acteur va tenter de conserver ses prérogatives et ses privilèges au sein de l'institution, et notamment les catégories dominantes du champ. En ce sens, les limites observées dans la mise en place des pôles d'activités, est un exemple probant de ces difficultés de formalisation d'une réforme organisationnelle dans la pratique (Paragraphe II).

§ I : Une mise en œuvre non homogène

La mise en œuvre d'une réforme dans une institution, ainsi que les conditions sociales de son succès, dépendront de plusieurs variables structurantes. Leurs applications effectives seront dépendantes de leur contexte de mise en œuvre, et notamment de la perception que les acteurs de l'institution auront de la réforme (A). S'ils en ont une vision négative, ils utiliseront leur marge de liberté pour en atténuer les principaux effets, notamment par des phénomènes de « dissonance cognitive »⁴¹⁹. Au contraire, si les acteurs les considèrent comme des opportunités leur permettant d'améliorer leur propre condition, ils se les approprieront d'autant plus facilement. Cette appropriation éventuelle des réformes dépendra elle-même étroitement des propriétés sociologiques des acteurs de l'institution⁴²⁰ (B). De plus, une réforme représente toujours un intérêt certain pour les gouvernements qui les adoptent, autant que pour les agents intermédiaires qui les appliquent sur le terrain. En ce sens, la mise en œuvre d'une réforme incorpore toujours un aspect politique (C). Face à ces différents phénomènes, il est peu probable qu'une réforme s'incarne dans un secteur d'action publique de façon homogène.

418 Tant au regard des intérêts particuliers des agents du service que de leurs propriétés sociales.

419 Selon la définition posée par Luc Festinger dans Luc Festinger, *A theory of cognitive dissonance*, Stanford University Press, 1957.

420 Cette dépendance entraînera notamment des situations très différentes selon les hôpitaux. Même au sein d'un établissement, la mise en œuvre d'une réforme revêtira différentes formes selon les acteurs qui les mettront en place (très prégnant par exemple lors d'un changement de direction).

A – Un contexte de mise en œuvre défavorable

Les réformes organisationnelles de la « nouvelle gouvernance hospitalière » ont rencontré un contexte d'application particulièrement défavorable. Contrairement à l'introduction de la tarification à l'activité qui a été principalement pilotée et mise en œuvre par les hauts-fonctionnaires de l'Assurance Maladie et du Ministère de la Santé⁴²¹, les réformes organisationnelles nécessitaient une mise en œuvre au plus près du terrain, dans chaque secteur de l'institution, par chaque agent hospitalier. La mise en application effective de ces réformes dépend en premier lieu des intérêts des agents hospitaliers à se réorganiser (1). Dans un contexte économique particulièrement défavorable pour l'hôpital, ces réformes ont connu une réception négative (2), tant chez les acteurs dominants de l'institution que chez les catégories professionnelles davantage subordonnées. Peu disposés à les mettre en œuvre, les agents de l'institution n'ont de plus eu que peu de moyens pour réellement les appliquer. En témoigne les écarts existants entre certaines réorganisations censées être effectives et la réalité du terrain (3).

I – Une mise en œuvre dépendante de l'intérêt des acteurs

Le degré de réorganisation d'une institution comme l'hôpital, et des différents services qu'il incorpore, dépendra en premier lieu des intérêts des acteurs qui le composent. Les agents hospitaliers se réorganiseront dans la mesure où ils y trouveront un intérêt. Si les acteurs ne voient dans les nouvelles dispositions aucune opportunité pour améliorer leur condition, elles seront uniquement perçues « sous le registre » de la contrainte. Les acteurs de l'institution mettront alors tout en œuvre pour limiter leurs effets en pratique. Même en cas d'obligation, ils auront toujours la possibilité d'atténuer la portée de ces changements, par des arrangements tacites ou par des ententes internes au service. A fortiori, ces arrangements organisationnels ne représentent en aucune façon des exceptions, ils forment la règle⁴²². Ces arrangements concernent l'ensemble des services au quotidien, et sont de différentes natures selon l'espace considéré⁴²³.

Comme de nombreux travaux sociologiques l'ont démontré, dans un espace social donné, les catégories dominantes (« *established* ») auront tendance à résister aux changements afin de

421 Son application a de plus reposé au sein des hôpitaux sur les directions administratives et sur les médecins contraints désormais de coder les actes médicaux réalisés.

422 Comme le souligne Michel Crozier, dans les organisations, « les acteurs utilisent leur marge de liberté de façon si extensive qu'il n'est pas possible de considérer leurs arrangements particuliers comme de simples exceptions au modèle rationnel », in Michel Crozier, *L'acteur*, op. cit., p. 43.

423 Notamment dépendant des contraintes propres des services.

conserver leurs prérogatives, tant que les catégories plus dominées (« *outsiders* ») y seront au contraire plus sensible⁴²⁴. L'institution hospitalière ne fait pas exception à la règle⁴²⁵. À l'hôpital, seulement une infime partie des agents avaient un intérêt à rendre les réformes organisationnelles effectives. Dans ce cadre, la mise en place des pôles d'activité bénéficiait uniquement aux cadres de santé⁴²⁶, ainsi qu'à quelques médecins désireux de renforcer leur pouvoir en prenant la direction d'un pôle⁴²⁷. Pour la majorité des agents hospitaliers, en premier lieu les catégories dominantes⁴²⁸, mais également les catégories les plus subordonnées⁴²⁹, cette réorganisation ne leur permettait pas d'améliorer leur condition. Ils ont ainsi porté un intérêt limité aux réformes.

2 – Une réception négative des réformes

A l'hôpital Salvador Allende, les réformes de la dernière décennie ont connu une réception négative chez la majorité des agents du secteur, dominants comme dominés. Le fer de lance des réformateurs était de persuader les agents hospitaliers que les problèmes de moyens étaient en réalité dû à des dysfonctionnements organisationnels. Comme le souligne Nicolas Belorgey, beaucoup d'entre eux n'ont pas adhéré à cette thématique⁴³⁰. Cette dépréciation des réformes dans l'imaginaire des agents du secteur va alors entraîner des résistances d'autant plus importantes dans leur mise en application. Les mots d'Yves, agent de maîtrise principal, ancien responsable syndical, directeur adjoint des services techniques, au bord de l'énerverment quand je lui pose ma question, résume cette perception négative de nombreux agents hospitaliers :

« Qu'elle est votre lecture des réformes au niveau de l'hôpital ?

Négatives, ces réformes-là sont purement et simplement de nature à, je n'ai même pas envie de dire, c'est des trompes l'œil, ça ne sert à rien, ça ne sert strictement à rien. D'ailleurs, j'aimerais bien savoir quelle réforme nous avons eu qui nous a servi ? Qui ne nous a pas seulement

424 Comme le souligne Nicolas Belorgey, « l'appropriation des réformes sera dépendante de la place que les agents occupent dans la division du travail hospitalier », in Nicolas Belorgey, *L'hôpital, op. cit.*, p. 235.

425 « Si les established résistent aux réformes, les outsiders y sont plus sensibles », in Nicolas Belorgey, *L'hôpital, op. cit.*, p. 235.

426 Qui avaient la possibilité de devenir cadre de santé supérieur au niveau du pôle d'activité.

427 Ce sont en général des médecins « dominés » au sein de leur service, souvent le « second » du chef de service. Si certains chefs de service se sont également portés volontaires pour prendre la direction d'un pôle, c'est bien souvent pour affirmer leur autorité au sein d'une spécialité médicale (médecine, psychiatrie, chirurgie) dans laquelle ils sont dominés.

428 Désireuses de conserver leurs prérogatives.

429 Les catégories les plus dominées de l'institution (Aides-soignant(e)s et ASH dans les services de soins, ainsi que les agents « techniques » (des services hôteliers, techniques, logistiques) n'avaient que peu d'intérêts à se réorganiser dans la mesure où ces réformes ne les concernaient qu'indirectement.

430 Nicolas Belorgey, *L'hôpital, op. cit.*, p. 106.

contraints ? Laquelle ? D'ailleurs, je ne sais plus laquelle on vient d'avoir...

La loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire

Off (exclamation), la loi HPST, qu'est-ce qu'on peut dire concrètement de cette loi ? D'ailleurs, si j'ai bien entendu la Ministre de la Santé, elle veut même revenir dessus, non, ça nous a servi à rien, c'est, franchement je ne sais pas, et là nous revenons sur cette loi, ce sont des gens qui prennent des décisions sans savoir comment elles vont s'appliquer. Ce sont des gens qui ne sont pas sur le terrain, qui sont déconnectés. Mais ça ne nous sert à rien ! » (Yves, 59 ans, agent de maîtrise principal, responsable des ateliers, ancien représentant syndical CGT, à l'hôpital Salvador Allende depuis 38 ans).

La plupart des agents du secteur ont appréhendé ces réformes uniquement sous le registre de la contrainte. Ils n'étaient ainsi que peu disposés à les mettre en œuvre. Leurs obligations quotidiennes et leurs conditions objectives de travail ont rapidement repris le dessus sur les tentatives de réforme.

3 – Les « possibilités objectives » de mise en œuvre : de l'affichage à la réalité

Cette réception négative des réformes a de plus été renforcée par une variable contextuelle défavorable : les hôpitaux ont manqué de moyens⁴³¹ pour mettre en œuvre ces réformes organisationnelles d'envergure. Si elles ont été engagées, elles ont rarement été menées jusqu'au terme, créant parfois des inégalités significatives dans l'avancement des différents services⁴³². Comme le souligne Patrick Hassenteufel, « la mise en œuvre d'une ou de plusieurs décisions suppose l'existence de moyens qui permettent de la concrétiser. Ils sont une condition indispensable à la mise en œuvre effective d'une politique publique »⁴³³. Les acteurs de l'institution hospitalière ont disposé de peu de possibilités pour mettre réellement en œuvre ces réformes, comme en témoigne les écarts existants entre certaines réorganisations censées être effectives et la réalité

431 Le fait que ces réformes se soient « percutées » avec le plan d'économie de l'Assurance Maladie, entraînant des coupes budgétaires significatives dans les fonds publics annuels alloués aux établissements publics de santé, a considérablement limité en pratique les possibilités de réorganisation.

432 Cette incomplétude est caractéristique des nombreux fossés existants entre un texte de réforme et sa mise en application effective dans la pratique. Bien souvent, une réforme vient modifier l'organisation d'un secteur d'action publique alors qu'il commence tout juste à s'adapter à la précédente évolution normative, bien que celle-ci puisse remonter à de nombreuses années. Ce fait illustre notamment le temps long du changement au sein des institutions par la persistance des routines et façons de faire des agents.

433 Patrick Hassenteufel, *Sociologie politique...*, op. cit., p. 102.

quotidienne du terrain⁴³⁴.

Cette distance s'observe notamment lors des moments de visites officielles d'experts ou d'autorités administratives compétentes. Ainsi, le responsable du service espace vert, ancien membre du comité de pilotage des premières accréditations⁴³⁵ au début des années 2000, ancien représentant du personnel de la mouvance cégétiste désormais « auditeur interne », a souvent assisté à ces visites des experts-représentants des Agences Régionales de Santé. Comme il aime souvent à me le rappeler, en matière de santé, les visites imprévues n'existent pas. Elles sont toujours fixées au préalable, avec un programme défini et communiqué à l'avance.

« Quand ils viennent en visite ils nous donnent un plan de visite en fait de ce qu'ils vont visiter, par exemple le parcours du patient, ou la chirurgie, les urgences, à je ne sais quelle service. Et tous les domaines sont visés, la logistique, la technique, administratif, alors c'est vrai que là, on se retrouve dès fois dans des situations un peu cocasses où comme l'hôpital manque de moyens, y a des services par exemple, on a fermé un service comme la porterie, avant on avait un service porterie avec quelqu'un qui ouvrait et fermait une barrière. C'est un service pour faire fonctionner 7 jours sur 7, 24h/24, c'est 4 ou 5 postes, il faut du monde du coup, il faut compter les congés. Donc c'est un service qu'on a finalement supprimé toujours à cause des moyens de gagner de l'argent. Mais c'est vrai que là, quand l'ARS vient, on a mis une personne à la porterie pendant une semaine pour respecter le protocole qu'on avait écrit, donc c'est un peu le côté effet pervers ou si le préfet vient, on va tout repeindre avant qu'il arrive parce qu'il faut que ça soit propre » (Antoine, 50 ans, agent chef, responsable du service jardin, ancien représentant syndical, à l'hôpital Salvador Allende depuis 31 ans).

Les visites programmées des experts visiteurs permettent ainsi de faire la distinction entre l'affichage temporaire de réorganisations censées être effectives, en réalité mises en place dans l'urgence afin de donner aux visiteurs une « image officielle » de l'hôpital plus proche de leurs attentes. On trouve également une illustration probante de cette « image déformée de la réalité » lors des visites de la Haute Autorité de Santé (HAS), particulièrement dans le cas du service des urgences. Si ce service exerce un rôle essentiel au sein de l'institution hospitalière, il rencontre des difficultés persistantes dans l'organisation quotidienne de son activité, par un nombre de patients

434 Dans leur ouvrage désormais classique, Jeffrey L. Pressman et Aaron Wildawski ont longuement analysé les distorsions entre les objectifs et l'impact réel d'une politique publique. Partant d'une conception de la mise en œuvre comme l'accomplissement d'un objectif fixé dans le cadre de la décision publique, ils mettent en lumière les décalages multiples entre les décisions prises au niveau fédéral et leur concrétisation, limitée et décevante, à Oakland dans l'État de Californie, in Jeffrey L. Pressman, Aaron Wildawski, *Implementation*, Berkeley-Los Angeles, University of California Press, 1973.

435 Système de certification et de « démarche qualité » issu du secteur privé.

dans le service souvent supérieur à ses capacités d'accueil réelles. Cette réalité s'illustre dans la présence quasi-quotidienne de patients dans les couloirs en attente « d'un lit »⁴³⁶, disposés sur des brancards dans des « espaces de fortune ». Les possibilités d'accueil limitées des hôpitaux, notamment par la fermeture de nombreux lits d'hospitalisation dans une logique d'économie budgétaire, se répercutent sur le service des urgences, contraint de gérer l'afflux perpétuel de patients dont tous n'auront pas une place au sein de l'hôpital. Son organisation est ainsi largement dépendante de son taux d'activité journalier, comme me l'explique le cadre de santé du service :

« Ce matin, il y avait déjà 5 ou 6 patients en attente de lit. Alors, je ne sais pas s'ils sont partis ou qu'ils ont été remplacés par d'autres mais en gros, si vraiment il y a une très faible activité, on peut ne pas en avoir, si vraiment, il y a une grosse activité, ça nous est arrivé d'avoir un peu près entre 15 et 20 malades dans le couloir en attente de lit, c'est l'équivalent d'un service des fois » (Théo, 47 ans, cadre de santé, service des urgences, ancien infirmier, dans le service depuis 31 ans).

Face à ces contraintes quotidiennes, le service des urgences disposera d'une marge de manœuvre extrêmement réduite pour mettre en œuvre des réformes organisationnelles d'envergure. Malgré ces difficultés persistantes, il va s'en dire que lors des visites des experts de la Haute Autorité de Santé, le service est inhabituellement ordonné. Les brancards de fortune ont disparu le temps d'une journée. Malgré cette affichage, ils réapparaîtront bien vite. Le cadre de santé des urgences, me livre sa vision de ces visites :

« La direction est dans la logique de qualité lorsque l'HAS débarque pour faire ces fameux contrôles. Il n'y a plus de brancards qui traînent, on est briffé mais ça fait rire tout le monde, ça nous fait rire, les patients, les soignants eux-aussi, parce qu'on est les premiers à dire mais elle est où la qualité de soins, c'est quoi là ? Par contre, évidemment, l'HAS est au courant de ces états de fait, donc c'est partout pareil » (Théo, 47 ans, cadre de santé, service des urgences, ancien infirmier, dans le service depuis 31 ans).

Ainsi, bien que la mise en œuvre d'une réforme de type organisationnel repose en grande partie sur la volonté des acteurs de l'institution de se réorganiser, elle dépend également de leurs « possibilités objectives » de se les approprier. L'application effective d'une réforme dépend ainsi étroitement du contexte de leur mise en œuvre. En l'espèce, les réformes hospitalières ont été

436 D'une hospitalisation dans les services spécialisés des étages.

confrontées à un contexte particulièrement défavorable. A fortiori, la réception négative de ces mesures par les acteurs de l'institution hospitalière, allant de l'indifférence à l'opposition assumée, a été un facteur supplémentaire de leur difficulté à s'incarner dans les pratiques. Ces différents phénomènes ont alors occasionné des situations extrêmement disparates dans l'hôpital et au sein des différents services. En effet, la mise en œuvre d'une réforme dépend elle-même étroitement des propriétés sociologiques des agents de l'institution.

B – La variable dispositionnelle

La mise en œuvre d'une réforme organisationnelle dans une institution aussi vaste et complexe que l'hôpital entraîne nécessairement une « diversité de situation ». Si les différents services de l'institution hospitalière poursuivent des orientations très différentes⁴³⁷, les écarts entre services sont surtout le résultat de l'action des acteurs qui les composent. Leurs propriétés sociologiques et leurs intérêts influenceront grandement les formes de la mise en œuvre au sein de leur secteur d'activité⁴³⁸.

Chaque hôpital représente un ensemble de personnels aux dispositions sociologiques très disparates. Les propriétés particulières de tel directeur, de tel chef de service, de tel cadre de santé, auront ainsi toutes les chances d'influencer l'organisation et le fonctionnement d'un service donné, certains évoluant dans le sens des réformes, d'autres contre elles. Comme le remarque Nicolas Belorgey, « si les chantiers en cours s'enlisent parfois, si la volonté réformatrice n'est pas suivie d'effets, c'est parce que les décisions prises au niveau de la conception de cette politique, pour avoir un effet sur les soignants, doivent être relayées efficacement par toute une série d'acteurs intermédiaires : directeur d'hôpital, chefs de service... Or ceux-ci ne coopèrent pas toujours »⁴³⁹.

Dans son enquête de terrain, Nicolas Belorgey distingue trois figures d'agents intermédiaires dans le processus de réforme : les convertis, les résistants, les faux croyants. Différents mécanismes viennent expliciter ces différences de situation entre les agents intermédiaires. Si la place occupée dans l'institution constitue un facteur explicatif des différences de positionnement des acteurs face aux réformes, leurs propriétés sociologiques vont influencer davantage encore leur prise de position.

437 Eu égard à leurs particularités et à leurs principes ordinaires d'organisation.

438 Ces différences de situation sont particulièrement liées aux dispositions sociologiques des agents d'encadrements, qui de par leurs « positions stratégiques », sont des intermédiaires nécessaires à la mise en œuvre des réformes.

439 Nicolas Belorgey, *L'hôpital, op. cit.*, p. 99.

Comme le souligne Nicolas Belorgey, « leurs socialisations familiale, étudiante, politique, enfin professionnelle, jouent un rôle essentiel »⁴⁴⁰. L'appropriation des réformes s'opérera d'autant plus facilement pour les agents qui se sentent culturellement proches des mesures adoptées dans les hôpitaux⁴⁴¹. Au contraire, les agents qui ne se reconnaissent pas dans les dernières réformes, soit parce qu'elles portent atteinte à leurs principes de représentation légitime, soit parce qu'elles viennent perturber leurs habitudes de travail, seront davantage enclin à résister à leur application en pratique (sauf dans le cas où ces réformes leur permettraient de rehausser leur position dans le champ⁴⁴²).

Pour les agents exerçant des fonctions d'encadrement, cette opposition se cristallisera notamment dans leur prise de décision⁴⁴³. Leurs choix (pour l'hôpital, pour le service) refléteront largement leur perception des réformes en cours dans l'institution hospitalière. Ils influenceront ainsi les formes de la mise en œuvre, en évoluant dans le sens prôné par les réformes, ou au contraire en mettant tout en œuvre pour les atténuer. Ces prises de position contrastées sont une illustration de la diversité des formes que prend en pratique, la mise en œuvre d'une réforme dans une institution complexe comme l'hôpital.

Plusieurs exemples issus de mon enquête de terrain viennent renforcer cette hypothèse. La mise en œuvre des réformes de la « nouvelle gouvernance hospitalière » ont conduit à des situations très différentes à l'hôpital Salvador Allende. Pour appuyer notre démonstration, nous prendrons deux exemples significatifs, qui à des niveaux différents, illustrent la force de cette « variable dispositionnelle » : le pôle mère-enfant⁴⁴⁴, et le changement de directeur général.

1- Le pôle mère-enfant

Alors que la mise en œuvre des pôles d'activité a rencontré de nombreuses difficultés au sein de l'hôpital Salvador Allende, un pôle s'est largement démarqué des autres. Le regroupement des différents services d'obstétrique au sein d'un pôle unique a été un « succès ». Après 8 ans, c'est l'un

440 Ibid., p. 113.

441 Comme le remarque Nicolas Belorgey, « il peut y avoir convergence d'affinités entre ces réformes et les manières de faire de certains intermédiaires », in Nicolas Belorgey, *L'hôpital, op. cit.*, p. 118.

442 Ainsi, comme le souligne Nicolas Belorgey, il faut distinguer dans les convertis les vrais des « faux-croyants », qui coopèrent parce qu'ils y trouvent un intérêt personnel, tout en considérant ces réformes comme négatives pour l'institution hospitalière.

443 Ou leur non prise de décision. Selon les situations et les positions des acteurs, ne pas prendre de décision peut également être éminemment stratégique.

444 Regroupant l'ensemble des activités d'obstétrique : urgence-maternité, gynécologie, néonatalogie, pédiatrie, chirurgie infantile.

des rares pôles où des changements significatifs ont réellement été opérés. La raison principale de cette réussite est à rechercher dans la personnalité de Florian, l'ancien chef de pôle⁴⁴⁵. Cet ancien chef de service de « gynécologie-obstétrique », ancien membre du directoire, demeure aujourd'hui encore un des rares médecins de l'hôpital Salvador Allende à avoir été titulaire d'un master de management. Cette particularité biographique⁴⁴⁶ du chef de pôle représente un des principaux facteurs explicatifs des changements réalisés dans ce domaine d'activité. Si la réussite de son pôle lui a valu quelques inimitiés dans le corps médical, son charisme et son envergure lui valaient un grand respect au sein de la communauté médicale et paramédicale. Il était même pressenti pour devenir président de la Commission Médicale d'Établissement. La dynamique qu'il a impulsée au sein de son secteur d'activité, en lien étroit avec les préconisations des dernières réformes, a permis d'engager de véritables changements dans l'organisation et dans le fonctionnement des différents services dont il avait la charge. Sur ce point, ma rencontre avec la cadre supérieure du pôle mère-enfant, elle-même très impliquée dans ces réformes, fut très instructive. Cette ancienne infirmière, devenue surveillante puis cadre supérieure, à l'hôpital Salvador Allende depuis 31 ans, semble tenir son personnel paramédical d'une « main de fer », tant par son côté maternel que par son autorité naturelle. Durant notre entretien, elle me parle de son pôle d'activité et des changements réalisés par Florian, l'ancien chef de pôle :

« Alors sur le pôle mère enfant oui, on était un des pôles qui fonctionnait bien. Alors ça fonctionnait parce que les cadres ont y croyaient, les médecins, il y avait de la tension, de la rivalité hein. Là, malheureusement on a perdu le docteur Florian qui était quelqu'un de très bien mais il ne faut pas croire qu'il n'avait pas de tension avec ses collègues. Mais il était novateur, il avait fait un master en management, il croyait dans les pôles, il essayait de booster l'établissement pour avancer dans son système d'information, pour avoir l'esprit d'ouverture, pour faire reconnaître les indicateurs qui ne devaient pas être établis que sur le bord financier. Il avait largement l'envergure oui » (Kamélia, 56 ans, cadre supérieur de santé, pôle mère-enfant, ancienne infirmière, ancienne surveillante, à l'hôpital Salvador Allende depuis 31 ans).

La mise en œuvre des réformes organisationnelles ont ainsi été étroitement dépendantes des propriétés particulières de l'ancien chef de pôle. Sa proximité avec les préconisations prônées dans les réformes de la « nouvelle gouvernance » s'explique en grande partie par son diplôme en

445 La réussite du pôle mère-enfant a également été favorisée par le fait que les activités obstétriques représentent un secteur d'activité relativement rentable pour l'hôpital Salvador Allende. Comme me le glisse en souriant la cadre de santé supérieure du pôle mère-enfant, « Nous on est surtout un pôle qui fait des bébés, donc on a des courbes inverses aux autres services. » La croissance démographique très rapide du territoire dans lequel est inséré l'hôpital Salvador Allende lui assure une activité obstétrique en constante progression.

446 Qui demeure assez rare dans le corps médical.

management. Ses connaissances lui ont permis d'engager ces mesures organisationnelles avec une plus grande efficacité que nombres de ses collègues, qui n'ayant pas suivis de formation en gestion ou en management, ont été peu disposés à adopter des schèmes de représentation très éloignés de leurs catégories de pensée habituelles. Dans ce cadre, le pôle mère-enfant demeure l'un des seuls pôles ayant véritablement fonctionné, comme le souligne l'ancien Président de la Commission Médicale d'Établissement :

« Les pôles étaient toujours très faibles sauf un, qui était dû à la personnalité du chef de pôles en maternité qui était très autoritaire et qui avait des idées très tranchées donc pour lui ça fonctionnait, il y avait une existence du pôle » (François, 51 ans, anesthésiste-réanimateur, chef de service d'Anesthésie, vice-président de la CME, ancien président de la CME, ancien vice-président du directoire, ancien chef de pôle d'Urgences-Anesthésie-Réanimation, à l'hôpital Salvador Allende depuis 21 ans).

Ces changements significatifs au sein du pôle mère-enfant sont ainsi largement l'œuvre de l'ancien chef de pôle. Sa personnalité atypique, en affinité avec les principes poursuivis par les réformes actuelles, et sa position stratégique, ont été des facteurs décisifs des transformations observables dans ce secteur d'activité particulier.

Son successeur ne dispose pas des mêmes propriétés sociales, et leur différence de personnalité s'est rapidement fait ressentir dans la gestion du pôle, comme me le fait remarquer Kamélia, la cadre de santé supérieure du pôle :

« Après il faut un leader qui se dégage pour le chef de pôle, qui fasse consensus. Alors l'ancien lui, c'est l'ancien directeur qui l'a fait venir, et la nouvelle chef de pôle, elle est plus issue d'un consensus des chefs de service, mais elle n'a pas l'envergure du docteur Florian. Elle a de l'expérience mais avec elle, c'est une nouvelle culture, c'est nouveau donc ça va prendre des années » (Kamélia, 56 ans, cadre supérieur de santé, pôle mère-enfant, ancienne infirmière, ancienne surveillante, à l'hôpital Salvador Allende depuis 31 ans).

Ce changement à la direction du pôle mère-enfant illustre ainsi les différences dans les formes que prend la mise en œuvre d'une réforme en pratique, étroitement dépendantes des agents qui les mettent en application et de leurs propriétés sociales. L'illustration suivante vient de plus renforcer cette hypothèse.

2 – *Le changement de directeur général*

L'hôpital Salvador Allende a connu un changement de directeur général au début de l'année 2013. J'ai eu la chance durant mon enquête de terrain de rencontrer les deux directeurs, l'ancien, parti dans un CHU de la proche couronne, et le nouveau, arrivé tout droit de la direction des affaires médicales de l'AP-HP. Si ces deux hommes m'ont tout deux accueilli avec une grande gentillesse et ont porté un grand intérêt à mes recherches, leur différence de personnalité est frappante.

Issu de la promotion 1973 de l'École Nationale de Santé Publique, Michel, l'ancien directeur général de l'hôpital Salvador Allende a une longue expérience dans la profession. Il a accumulé au fil du temps un capital social important dans le monde hospitalier et au delà, notamment de par sa proximité avec de nombreuses personnalités du champ politique. Homme de gauche⁴⁴⁷, ses opinions politiques l'ont amenées à prendre de la distance avec la formation de directeur qu'il a suivie à l'école de Rennes, époque dont il parle aujourd'hui encore avec un regard critique :

«Très peu ont fait une prép. ENA, qui ont fait comme moi d'ailleurs, qui se sont rétamés à l'ENA, qui ont passé le concours de l'ENSP, EHESP maintenant, et qui effectivement ont un certain bagage et un certain formatage entre nous. Et qui, ça on l'a tous subi. Vous savez moi, je suis de la promotion 1973, à l'école de la Santé, je me rappelle des cours qu'on suivait là-bas, je passais mon temps à les critiquer quoi. Vous me direz que j'étais politiquement sur une certaine orientation qui faisait que je ne pouvais que critiquer ce qui se disait là-bas, mais je n'ai pas changé là-dessus » (Michel, 58 ans, directeur général de CHU, ancien directeur général de l'hôpital Salvador Allende entre 2003 et 2012).

Michel a commencé sa carrière comme directeur dans un Centre Hospitalier Spécialisé (CHS). Il devient ensuite chef du personnel de l'hôpital Salvador Allende, poste qu'il occupe de nombreuses années avant de prendre la direction de l'établissement en 2004. Il connaissait ainsi déjà bien les rouages de son hôpital avant d'en prendre la direction. Il est notamment très proche du député-maire de la circonscription, également Président du Conseil de surveillance de l'hôpital, avec qui il entretient une relation d'amitié de longue date :

« Oh, moi, Patrick (député-maire et président du conseil de surveillance de son ancien hôpital), pour tout vous dire, je l'ai connu, il était l'adjoint de R (ancien député-maire communiste dont

447 A la frontière entre l'aile gauche du Parti Socialiste et de la mouvance extrême-gauche.

l'hôpital porte le nom), et ensuite, il est devenu secrétaire de la fédération du PC de X, après il est devenu maire de X et député. Et moi je l'ai connu en 1975 ou 1976, vous voyez. Et son prédécesseur a été président du Conseil d'administration de l'hôpital, je l'ai connu moi. Alors, si vous voyez Patrick, vous lui transmettez toutes mes amitiés, c'est un ami de longue date⁴⁴⁸ »(Michel, 58 ans, directeur général de CHU, ancien directeur général de l'hôpital Salvador Allende entre 2003 et 2012).

Son envergure politique et son charisme m'ont marqué durant notre rencontre. Très proche des syndicats de salariés, l'ancien directeur général faisait preuve d'une grande concertation envers les différents membres de son personnel⁴⁴⁹, poussant même parfois jusqu'à un certain laxisme dans la prise de décision. Beaucoup de mes enquêtés le décrivent néanmoins comme un grand homme⁴⁵⁰, un orateur hors pair, expert dans l'art du discours. La directrice financière de l'hôpital Salvador Allende m'en parle avec une grande énergie lors de notre rencontre :

« L'ancien directeur était excellent, mais excellent, dans les improvisations et dans les négociations (elle se lève et fait des grands gestes), et face à une masse de personnels excités et tout, il explosait, c'était remarquable (rire). Il maniait très bien, et je pense d'ailleurs que le directeur de l'ARS lui a fait pression sur lui, pour l'amener dans son nouvel hôpital pour qu'il ramène la paix un peu » (Monique, 57 ans, directrice des affaires financières depuis 2003 à l'hôpital Salvador Allende).

Michel est adhérent d'un syndicat minoritaire de directeurs d'hôpitaux qui s'est fermement opposé aux dernières réformes hospitalières. Son parcours et ses propriétés particulières font de lui un résistant aux réformes. A la tête de l'hôpital Salvador Allende lors de l'application de ces différentes lois, il les a mises en œuvre avec une certaine réserve, et a tenté d'atténuer au maximum leurs effets indésirables au sein de son établissement. La configuration particulière du pouvoir à l'hôpital Salvador Allende⁴⁵¹ durant l'exercice de ses fonctions, largement favorable à Michel, lui a conféré une plus grande marge de manœuvre dans l'application de ces réformes. Ses décisions, ou ses non-décisions⁴⁵² ont ainsi largement influencé les formes de la mise en œuvre au sein de son

448 Lors d'un de mes travaux de l'année sur la trajectoire d'une militante communiste dans le cadre du cours d'Isabelle Sommier, j'ai même été surpris de voir que la militante à qui je posais des questions connaissait elle-même l'ancien directeur depuis plus de 35 ans dans le cadre de son militantisme.

449 Cet attribut particulier de l'ancien directeur général, très porté vers la concertation, est renforcé une fois de plus par son parcours personnel. Michel est en effet détenteur d'un doctorat portant sur la démocratie directe.

450 Hormis évidemment ceux à qui il a causé du tort.

451 Député-maire président du Conseil de surveillance de mouvance extrême-gauche et ancien président de CME grand ami de l'ancien directeur général, ont favorisé ces stratégies de résistance.

452 Qui relèvent en grande partie de ces stratégies de résistance.

hôpital. Ses prises de positions étaient elles-mêmes largement dépendantes de son parcours professionnel et de ses propriétés sociologiques.

Christopher, le nouveau directeur général de l'hôpital Salvador, en poste depuis quelques mois seulement, m'est au contraire apparu comme un haut-fonctionnaire très technique. Issu de la jeune génération des directeurs d'hôpitaux, il n'a pas l'envergure politique de son prédécesseur. Il a néanmoins des compétences techniques supérieures à l'ancien directeur général. Après avoir exercé des fonctions de directeur des finances, des ressources humaines et des affaires médicales dans différents établissements parisiens, il a ensuite été en charge de la mise en œuvre de la T2A au niveau de l'AP-HP. Parallèlement, il exerce la fonction de directeur-adjoint de la politique médicale de l'AP-HP. Au début de l'année 2013, par décision du directeur général de l'ARS, il est nommé directeur général de l'hôpital Salvador Allende. Lors de notre rencontre, son discours très technique et son point de vue m'apparaissent davantage en adéquation avec les réformes actuelles. Il les a lui-même pilotées, et les considère comme nécessaire pour l'évolution des établissements de santé. Il souhaite notamment remettre à l'ordre du jour de nombreuses préconisations issues de la nouvelle gouvernance hospitalière qui avaient été abandonnées par son prédécesseur.

La personnalité de Christopher est ainsi très différente de celle de Michel, l'ancien directeur général. Cette différence de personnalité entre les deux hommes m'a été très bien résumée par le responsable de la médecine du travail, également représentant du personnel non médical. Membre du Conseil de surveillance, il a bien connu Michel, l'ancien directeur général :

« L'ancien directeur, pour le définir, je dirais que c'était un fin tacticien. Très fin tacticien, c'était quelqu'un qui a de la bouteille, un vieux briscard, qui effectivement, fait partie de ce que j'appelle moi, on est quasiment du même bord politique, il savait faire, dès que la situation devenait explosive, tempérer les choses, après le petit bémol, d'ailleurs je lui ai déjà dit parce qu'on a l'occasion de se parler franchement, ce qui nous a peut être mis en difficulté ici à son époque, c'est le fait qu'il avait laissé à ses adjoints, par son besoin de concertation, un peu trop de prérogatives, ce qui fait que parfois, il y a eu certaines décisions, ou que certaines directions ont pris, montrait qu'il avait laissé trop de marge à ses adjoints. Mais il est comme ça Michel, c'est sa façon de travailler. Mais sinon effectivement, c'est quelqu'un très concertation qui a un côté très social, très humaniste, même si à un moment donné il fallait qu'il prenne des décisions, mais je pense qu'il prenait en compte tous les paramètres, et je pense que par rapport au nouveau directeur, là, nous avons à faire à un technicien. Qui s'est baladé dans les Ministères, mais ma conviction à moi, c'est qu'à un moment donné, il va trancher dans le vif. D'autant plus

que c'est lui qui l'a mise en place la politique de la T2A par rapport au Ministère, au niveau budgétaire, il s'y connaît, je pense que ça ne va pas tarder de voir qui est vraiment le nouveau directeur général On le saura, parce qu'en tant que directeur général d'établissement, il n'a pas l'expérience de l'ancien directeur, c'est sa première direction générale, on verra, je n'ai pas d'a priori, j'essaie d'être positif, il connaît les effets positifs et négatifs de la T2A, donc ça ne peut qu'être bénéfique pour nous, après, j'attends de voir » (Damien, 44 ans, responsable de la médecine du travail, représentant du personnel (CGT), membre du Conseil de surveillance, à l'hôpital depuis 21 ans).

Ces écarts entre les dispositions sociologiques respectives des deux directeurs d'hôpitaux vont nécessairement influencer leur prise de position, et auront donc des effets structurants dans le processus de décision. Ces écarts de personnalité se ressentiront dès lors dans les grandes orientations prises pour l'établissement.

Ces deux exemples sont significatifs des différences de situation que rencontre en pratique la mise en œuvre d'une réforme, qui sera étroitement dépendante des propriétés sociologiques des acteurs qui la mettront en application. Cette caractéristique est particulièrement structurante pour les personnels exerçant des fonctions d'encadrement. La mise en œuvre d'une réforme revêtira ainsi des formes extrêmement diverses, qui interdisent presque toute généralisation sur ses effets, par la multiplicité des situations observées en pratique. Ces différences de situation laisse de plus apparaître l'aspect politique que revêt la mise en œuvre d'une réforme.

C – L'aspect politique de la mise en œuvre

La mise en œuvre d'une réforme d'action publique incorpore nécessairement un aspect politique, notamment pour les agents intermédiaires chargés de les mettre en place. Au moment où il était en poste à l'hôpital Salvador Allende, le trio directionnel que Michel, l'ancien directeur, formait avec François, l'ancien président de la CME et Patrick, le président du Conseil de Surveillance représentait un cas presque idéal-typique de « situation de résistance » à l'hôpital face à l'application des réformes.

François exerce à l'hôpital Salvador Allende depuis 21 ans. Réanimateur-anesthésiste, François est également le frère de l'ancien directeur du journal l'Humanité. Après avoir dirigé le

service des urgences, il est élu à la tête de la CME⁴⁵³, et devient vice-président du directoire suite aux réformes de 2009 aux côtés de Michel, son ami de longue date. Beaucoup d'agents à l'hôpital considèrent François comme un des derniers représentants de l'ancienne génération de médecins, dans une optique encore très mandarinale. Ardent défenseur des prérogatives des médecins à l'hôpital, et notamment de leur organe de représentation, François était farouchement opposé à ces réformes, comme me l'explique son ami Lucas, chef de service de gastro-entérologie, lui-même de l'ancienne génération et très critique vis-à-vis de la nouvelle gouvernance hospitalière :

« Et l'ancien président de la CME était dans la même optique ?

Non, alors lui, il était dans l'ancienne parce que lui grand défenseur du service, de la CME, il dit qu'en aucun cas les services ne doivent disparaître, et il a raison parce que les services ne disparaissent pas dans la réalité, c'est impossible, ils ont essayé de masquer mais c'est impossible, c'est la cellule vivante des hôpitaux et lui non, était beaucoup plus ouvert, le directoire même, ça le choquait, il était beaucoup plus ouvert vers la CME. Et il espère revenir vers plus de, il trouve cette loi folle » (Lucas, 59 ans, chirurgien interventionnel, chef de service de gastro-entérologie à l'hôpital Salvador Allende depuis 21 ans).

Quand on connaît le bord politique du député-maire de la circonscription, président du Conseil de surveillance, lui-même d'extrême gauche, on imagine les échanges informels qu'ont dû avoir ces trois personnalités très proches sur le plan politique, lors de la mise en œuvre des réformes de la « nouvelle gouvernance hospitalière ». Dans une lecture sociologique, il est ainsi central d'avoir à l'esprit l'aspect politique qu'incorpore la mise en œuvre de toute réforme, notamment lorsque le gouvernement en place à l'origine de son adoption n'est pas du même bord politique que les agents intermédiaires chargés de la mettre en application. En ce sens, les représentants des collectivités territoriales (tant les députés que les maires), lorsque ceux-ci font partis de l'opposition, exercent également un rôle prépondérant dans la mise en œuvre d'une réforme (notamment par les stratégies de résistance qu'ils vont mettre en œuvre), tout comme le pouvoir médical⁴⁵⁴, désireux de conserver ses privilèges au sein de l'institution. Cet aspect, c'est le cadre de santé des urgences, qui me la fait remarquer :

« Cette loi visait visiblement à essayer de museler un peu plus les médecins pour qu'ils rentrent

453 Il exercera deux mandats, et est donc resté président de CME pendant 8 ans.

454 Le cas de l'ancien président de CME, mandarin farouchement opposé aux réformes qui viennent réorganiser le pouvoir médical, peu disposé à coopérer dans la mise en œuvre de ces réformes, par ses pouvoirs de blocage, vient renforcer cette hypothèse.

dans un moule plus administratif et au final, ça a complètement échoué. Pour moi, c'est un échec. C'est-à-dire qu'à partir du moment où le directeur ne le fait pas, le refuse, bon, donc nous, il ne faut pas oublier qu'on est plus de gauche que de droite, cette loi venait de droite donc tous les gens de gauche, notamment le député, et que l'ancien directeur était lui aussi plutôt bien à gauche, ils n'avaient pas tout à fait intérêt à ce que ça marche et que ça fonctionne. Donc, voilà, c'est des contingences politiques internes, externes, qui se mélangent, voilà » (Théo, 47 ans, cadre de santé, service des urgences, ancien infirmier, dans le service depuis 31 ans).

Le chef de pôle de psychiatrie adulte, lui-même un proche de l'ancien directeur, me confirme cet aspect politique de la mise en œuvre :

« Il y a toujours un aspect politique dans les réformes ?

C'est sûr qu'on attendait tous avec impatience l'alternance de 2012 et l'élection présidentielle, avec l'espoir que l'ancien ne repasse pas, avec des choses qui nous inquiétaient de la privatisation de l'hôpital, on l'avait vu avec une vision un peu, une vision de la santé, avec des liens forts avec le privé, quitte à faire rentrer le privé dans le public là où le privé était performant, donc des choses qui inquiétaient quand même, donc le président du CS et l'ancien directeur, ont voulu défendre l'hôpital public, son pré-carré, ses missions de service public, alors c'est vrai que tout ça, ça a été très politique. Cette loi a en effet, je pense, des gens ont traîné les pieds pour l'appliquer c'est certain, en disant, on va arriver en mai 2012, il y aura probablement un nouveau gouvernement, donc là, on parle de l'amender, on en parle hein, mais on ne voit pas grand-chose venir pour l'instant » (Jacques, 47 ans, psychiatre, chef de service de psychiatrie C, chef de pôle de psychiatrie adulte).

Dans ce cadre, la non prise de décision peut-être interprétée comme éminemment stratégique. La passivité face à la mise en œuvre d'une réforme fut l'une des stratégies de résistance employées par Michel pour atténuer ces réformes, comme me l'explique le cadre de santé des urgences :

« Ne pas prendre de décision, c'est déjà prendre une décision, de toute façon, au niveau politique on laisse, on sait que ça va s'arranger. Je ne sais si vous avez déjà remarqué les choses comme ça ou dans les grandes réunions, on va, il faut qu'on en rediscute, il faut qu'on voit, en fait, tu sors de là, rien du tout, aucune décision, tout se mélange et se sont les autres qui s'arrangent pour que ça marche quand même, c'est-à-dire qu'on sait très bien que sans prendre de décision, en bas, ça va s'arranger quand même, les gens savent très bien que si y a 20

patients dans le couloir là, le paramédical va trouver une solution pour essayer de s'arranger, donc ils s'arrangent, il n'y a pas de problème » (Théo, 47 ans, cadre de santé, service des urgences, ancien infirmier, dans le service depuis 31 ans).

Dans la mesure où cet ensemble de réformes successives a été engagé par des gouvernements de droite, elles ont rencontré diverses résistances au sein de cet hôpital évoluant dans un contexte politico-administratif local fortement marqué à gauche. Les principaux acteurs de l'institution, tant le directeur général de l'époque que l'ancien président de CME (dans une optique très mandarinale), au vue des échéances électorales relativement proches, ont ainsi tenté de freiner la mise en œuvre de certaines réformes hospitalières dans l'espoir d'une alternance politique et d'un retour en arrière éventuel.

§ II : La volonté de conservation des pouvoirs dominants

Si cette volonté de conservation s'incarne dans chaque acteur de l'institution hospitalière⁴⁵⁵, elle est particulièrement prégnante chez les catégories dominantes du champ, qui ont nécessairement plus à perdre que les catégories plus subordonnées. Une position sociale valorisée au sein d'un espace, quel qu'il soit (ici l'institution hospitalière), implique toujours un lot de privilèges et de compétences propres que les acteurs n'abandonnent jamais sans résistance. Face à une tentative de réforme, les acteurs auront ainsi tendance à faire primer leur intérêt personnel sur le collectif, tous soucieux de conserver leur part de pouvoir au sein de l'institution. La mise en place des pôles d'activité en est une illustration flagrante.

Les pôles d'activité ont rencontré d'importantes difficultés de formalisation en pratique, en ce qu'ils modifiaient significativement l'organisation des services de soins. Si les catégories paramédicales ont fait évoluer leurs principes d'organisation, il n'en fut pas de même pour le pouvoir médical. Le regroupement de plusieurs unités médicales au sein d'un pôle unique, dirigé par un chef de pôle, venait modifier une hiérarchie médicale interne dominée depuis toujours par les chefs de service. Le chef de pôle, en devenant leur supérieur hiérarchique, brisait ainsi ce monopole historique. Face à cette redéfinition des pouvoirs, les chefs de service ont opposé une résistance

⁴⁵⁵ Chacun sera soucieux de conserver ses prérogatives face à une entreprise de réforme visant à modifier ses missions, son rôle au sein de l'institution.

farouche. Ils sont parvenus à ôter presque toute portée réelle au pouvoir de leur chef de pôle, qui n'a dans les faits, qu'un « pouvoir de façade » (A).

La mise en place des pôles impliquait également une délégation de gestion, notamment budgétaire, de la part des directions administratives fonctionnelles⁴⁵⁶ vers les personnels d'encadrement du pôle d'activité (responsable de pôle, cadre de santé supérieur de pôle). Cette délégation de pouvoir impliquait une inversion de logique dans la négociation budgétaire : les directeurs fonctionnels devenaient les exécutants de responsables de pôle, désormais maîtres de leur budget. Dans un contexte de maîtrise des dépenses hospitalières, les directions administratives ont été peu disposées en pratique à déléguer ce pouvoir à des médecins décriés depuis toujours par les pouvoirs publics pour leur penchant « dépensier ». Dans les faits, cette délégation n'a pas été véritablement réalisée (B).

A – Chef de pôle : un pouvoir de façade

La mise en place des pôles d'activité implique des changements organisationnels qui sont loin d'aller de soi. Elle induit notamment une redéfinition des hiérarchies au sein du corps médical : les chefs de service deviennent des responsables d'unité, désormais subordonnés à un responsable de pôle, décisionnaire pour toutes les questions concernant son secteur d'activité. L'application de cette réforme a donné lieu à de nombreuses luttes de pouvoir au sein du corps médical. Le responsable du service jardin a été l'un des premiers à me parler de la difficulté à mettre en œuvre de telles réformes organisationnelles :

« Alors le début, parce que la mise en pôle, c'est pareil, c'est des grosses réformes. On avait l'ARS qui nous donnait des documents pour essayer de nous orienter mais bon, pour le faire en pratique ce n'est pas facile parce que ça bouge aussi toutes les hiérarchies de chefferies de service il y avait 4 ou 5 services en chirurgie avec chacun un chef de service et on se retrouve avec donc un pôle en chirurgie qui comprend en général un médecin chef de pôle, un adjoint administratif qui gère la partie administrative, compte, et une troisième personne, je ne me rappelle plus comment on l'appelle. Donc il y avait un trio de pôle normalement mais c'est pareil, mais à l'époque, pour former le trio de pôle, pour créer des adjoints administratifs, on

456 Directeur des soins, directeur des services économiques, direction des ressources humaines...

nous a pas donné l'argent pour l'adjoint administratif, il a fallu en trouver un dans le pôle qui voulait bien se détacher pour faire ça mais en général qui gardait sa tâche en même temps, donc c'est compliqué à former, et alors là effectivement en termes de hiérarchie, tu prends la chirurgie où il y a des services différents, il y a des chefs de service dans chaque, c'est difficile de déléguer son pouvoir à un chef de pôle qui va essayer de réunir tout le monde, celui qui va acheter plus ça cette année et moins ça cette année, c'est vite compliqué dans les rapports de pouvoirs » (Antoine, 50 ans, agent chef, responsable du service jardin, ancien représentant syndical, à l'hôpital Salvador Allende depuis 31 ans).

Cette réorganisation entraînait ainsi une perte de pouvoir des chefs de service, contraints de s'en remettre à un responsable de pôle pour toutes les décisions stratégiques concernant leur « unité médicale ». Alors que certains médecins régnaient « sans partage » sur leur service depuis plusieurs décennies, ils étaient désormais subordonnés à l'un des leurs. Soucieux de conserver leurs prérogatives et leurs parts de pouvoir au cœur de l'activité de soin, les chefs de service ont opposé de grandes résistances à la mise en place effective des pôles. Comme le souligne Nicolas Belorgey, « la précédente volonté ministérielle de regrouper les services en « département », ancêtre des « pôles » aujourd'hui promus, s'était déjà heurtée aux chefs de service, qui avaient usé de leur influence politique pour lui ôter quasiment toute portée pratique »⁴⁵⁷.

Comme pour la précédente réforme, les chefs de service sont parvenus à considérablement limiter les effets pratiques de la mise en pôle. Si le responsable de pôle dispose de nombreuses compétences formelles, il n'a que peu de pouvoir réel sur des chefs de service qui conservent la plupart de leurs prérogatives. D'ailleurs, les services, censés avoir disparus depuis 2009⁴⁵⁸, existent toujours. Comme me le souligne l'ancien président de CME, cette existence a même été consacrée dans le règlement intérieur de l'établissement :

« Ce que j'avais fait ici, enfin ce que je me suis rendu compte que pas mal de gens ont fait, c'est qu'on n'a pas du tout supprimé les services et qu'on a fait mettre dans le règlement intérieur de l'hôpital que la structure interne qui correspondait à un service s'appellerait un service et que le chef de structure interne appelé service s'appellerait chef de service. Donc on a précisé tout ça dans une autre façon de voir la loi. Mais beaucoup de gens ont fait ça aussi » (François, 51 ans, anesthésiste-réanimateur, chef de service d'Anesthésie, vice-président de la CME, ancien

457 Nicolas Belorgey, *L'hôpital, op cit.*, p. 39.

458 Au profit d'unité médicale réduite.

président de la CME, ancien vice-président du directoire, ancien chef de pôle d'Urgences-Anesthésie-Réanimation, à l'hôpital Salvador Allende depuis 21 ans).

Au contraire, les luttes de pouvoir internes au corps médical ont eu raison de certains pôles, qui n'existent plus depuis plusieurs années⁴⁵⁹. Même dans les secteurs d'activité où les pôles fonctionnent, l'ensemble des agents de l'hôpital s'accorde à dire que le responsable de pôle n'a pas de véritables pouvoirs sur les chefs de service. Si les paramédicaux ont œuvré pour la mise en place des pôles d'activités et ont évolué vers davantage de coopération, pour le corps médical, il n'en fut rien. Trop soucieux de conserver leurs prérogatives, les médecins ont au contraire fait primer leur intérêt personnel sur celui de la profession. Comme me le souligne la chef de service de Rééducation Fonctionnelle, en pratique, cette réforme s'est heurtée à l'individualisme du corps médical :

« Moi je vais vous dire, mon opinion de l'hôpital, c'est que le gâteau, il y a un gâteau (sourit), et y a des parts de gâteau, donc plus il y a de parts, plus la part est petite donc voilà. Vous avez compris (rires). Il n'y a pas d'entraides, non (rires). C'est pour ça même que c'est difficile de travailler en pôle, c'est pour ça qu'il n'y a pas de médecins de pôle en médecine, il y a trop de services qui n'ont rien à voir les uns avec les autres et qui ont des problématiques qu'ils veulent personnels, ils vont chacun aller discuter leurs bouts de gras avec le directeur mais ils n'ont aucune envie d'avoir de nouveaux trucs en commun. Ils ne veulent pas, c'est très compliqué parce que les médecins sont individualistes » (Sarah, 44 ans, médecin, chef de service de rééducation fonctionnelle, chef de pôle de Rééducation et soin de suite, exerce à l'hôpital Salvador Allende depuis 23 ans).

Ces difficultés dans la mise en œuvre des pôles, la cadre de santé du service de diabétologie, les connaît bien. En 2005, elle a participé à la mise en place expérimentale du pôle médecine au sein duquel son service s'incorporait. Plein d'espoir, les agents paramédicaux se sont progressivement réorganisés, pour aller vers une logique de pôle. Ce ne fut pas le cas du pouvoir médical. L'expérimentation ne résistera pas longtemps à la pratique, puisque quatre ans plus tard, le pôle n'existe plus. La cause ? Des luttes de pouvoir exacerbées entre les médecins ont eu raison du responsable de pôle. Depuis cette date, aucun autre candidat ne s'est représenté. Son récit est une illustration significative de cet « échec consommé » :

459 C'est notamment le cas à l'hôpital Salvador Allende pour le pôle médecine.

« A : Et pour vous les pôles ?

A la base, c'est une bonne idée, se décloisonner un petit peu parce qu'à la base, on était service par service, et là, pouvoir se décloisonner, être en relation avec les autres, c'est très bien. Mais on s'est rendu compte qu'au niveau des paramédicaux, ça va, on commence à s'y faire. Au début, c'était très bien, puis quand on nous a dit d'aller dans les services pour remplacer parce qu'ils étaient en difficulté, ça allait moins bien, et puis on s'est rendu compte finalement que s'entraider c'est très bien, mais au niveau médical, c'est moins bien parce qu'on s'est retrouvé dans un système où le chef de service n'a plus autant de pouvoir que quand il était chef de service et que maintenant, ce sont des responsables d'unités, ce qui est différent. Et cette perte de pouvoir, au début on se disait, la mise en pôle, les médecins ils allaient pouvoir, mais ce n'est pas vrai du tout. Nous le pôle expérimental, on a eu un chef de pôle, et au final le responsable de pôle a démissionné parce qu'il s'est aperçu que finalement, le pouvoir, on l'a pas. On a un pouvoir sur papier mais sur le terrain, on l'a pas, c'est toujours les chefs de service. Donc c'est celui qui crie le plus fort qui a gain de cause et malheureusement on avait une direction ou le dernier qui avait crié était celui qui avait le dernier mot. Et là, au jour d'aujourd'hui, on n'a toujours pas de chef de pôle et le précédent chef de pôle a quand même démissionné en janvier 2009. Donc ça fait 4 ans quand même. Il y en a eu une derrière qui a été nommée parce qu'elle avait un but derrière, l'objectif, ça reste anonyme, c'est de faire renvoyer un chef de service, qui a été mis à la porte gentiment, et derrière elle a démissionné parce qu'elle a eu son poste de responsable mais jamais on n'a eu de réunion de pôle. Tout s'est arrêté après la première démission du premier chef de pôle. Alors nous, les paramédicaux, on continue de fonctionner un petit peu en pôle puisque nous avons des réunions à la quinzaine avec la cadre de pôle mais jamais avec les responsables de pôle. Nous n'avons pas d'assistant de gestion non plus, il est parti en congé parental et on ne l'a jamais revu depuis. Nous les paramédicaux, heureusement qu'on est dans une équipe de 4 et qu'on s'entend bien. On se dit pôle mais en fait, on ne l'est pas. Parce que sans responsable de pôle, d'assistant de gestion ni contrat de pôle, y a rien, depuis 2009, nous n'avons rien. Les paramédicaux, nous avons gardé la culture de pôle parce que nous l'avons expérimenté, parce qu'il y a eu un passé dans le pôle médecine, mais sinon, on dit le pôle médecine, ce n'est pas vrai, il n'existe pas.

A : C'est sur le papier ?

Même pas parce que pour que ce soit sur papier, il vous faut un responsable de pôle, il faut le trio, avec l'assistant de gestion et le cadre de pôle, avec un contrat de pôle. Et nous n'avons rien de tout ça.

A: Alors que dans les réformes, ils avaient supprimé les chefferies de service !

Ce n'est pas vrai en réalité. Et puis les médecins ne sont pas des managers, ce n'est pas possible, ça s'apprend. Il n'y a pas de formation prévue pour que les responsables de pôle ou d'unité aient des formations de managers, alors que les cadres de santé, de pôles, on a une formation. Alors que les responsables de pôle, ce n'est pas vrai, ce sont des médecins, ils sont nommés responsable de pôle et à eux de gérer mais ça ne rentre pas, et on voit donc que c'est bien cette loi pour tout changer mais dans la réalité, ce n'est pas vrai.

A : En même temps, ces réformes avaient peut-être touché à trop de pouvoir dans cet hôpital ?

C'est normal. Les chefs de service, anciennement dans l'ancien système que j'ai connu, c'était des patriarches. Il avait son service, son personnel, et il n'était pas soumis hiérarchiquement à la direction. Donc c'est sûr que chacun veut garder son petit pouvoir, c'est humain. On s'accroche. Alors que nous les paramédicaux, non. Du fait que de base, on a des supérieurs hiérarchiques, on sent moins cette contrainte que les médecins. Nous, on a été infirmière, aide-soignante, on avait notre surveillante chef et notre directrice des soins, donc on le sent moins. Néanmoins, avec les pôles, quand on a bien compris cette réforme et explorer l'expérimentation du pôle, on se rend compte qu'au final, ce n'est pas tout à fait. Ce n'est pas vrai sur le terrain » (Céline, 42 ans, cadre de santé de diabélogie depuis 2005, ancienne infirmière, travaille à l'hôpital Salvador Allende depuis 20 ans).

Cette difficile mise en pratique, la cadre de santé supérieure du pôle médico-chirurgical, l'a aussi vu à l'œuvre. Son responsable de pôle revient tout juste d'un congé maladie de plus d'un an, pour cause de *burn-out*. Comme dans de nombreux secteurs d'activité de l'hôpital Salvador Allende, le chef de pôle n'a pas réussi à se faire accepter par de ses collègues chefs de services⁴⁶⁰. Pour elle comme pour beaucoup d'autres, cette réforme n'a pas eu d'effets dans le corps médical :

« Surtout que dans les faits, les services n'ont pas disparu ?

Non, non, le chef de service est toujours tout puissant. Le chef de pôle n'a pas de pouvoir sur ses autres collègues, bon, par rapport au cadre supérieur, c'est différent, on avait déjà ce type de fonctionnement donc c'est différent mais le chef de pôle n'a pas de pouvoir sur les autres médecins donc pour moi c'est une organisation qui s'est rajoutée à une autre alors qu'il aurait fallu tout modifier, avec des gens qui n'étaient pas forcément préparés à ça, et du coup, ça ne fonctionne pas, ou ça ne fonctionne pas bien » (Huguette, 48 ans, cadre de santé supérieur du pôle médico-chirurgical, ancienne infirmière (de 1987 à 1995), puis cadre de santé jusqu'en 2012, à l'hôpital Salvador Allende depuis 25 ans).

460 Pour la plupart chirurgien dans ce secteur d'activité.

Comme me le glisse Louise, aide-soignante dans le service de gastro-entérologie⁴⁶¹ depuis plus de 30 ans, à propos de son responsable de pôle⁴⁶² :

« C'est ça qu'il n'a pas supporté parce qu'avec les pôles, il pensait avoir plein de pouvoir, et en fait non » (Louise, 54 ans, aide-soignante, service de gastro-entérologie, travail de nuit depuis 12 ans, à l'hôpital Salvador Allende depuis 35 ans).

La résistance des chefs de service a donc été un facteur déterminant dans les difficultés qu'ont rencontrées en pratique, la mise en place des pôles d'activités. Ces derniers ont usé de toute leur influence afin de pouvoir conserver leurs prérogatives. Les stratégies de défense employées par les chefs de service démontrent qu'ils ont privilégié leurs intérêts personnels dans la mise en œuvre de la réforme, au delà de la solidarité apparente que l'on attribue en règle générale à la profession médicale. Cette modification organisationnelle nécessitait une culture différente, basée sur la délégation de compétence, à laquelle les chefs de service n'étaient pas préparés. La création des pôles d'activité a simplement entraîné la mise en place d'un niveau administratif supplémentaire contraint de faire face aux logiques des services qui dans les faits, n'ont pas disparu, rendant un peu plus complexe encore l'organisation de l'institution hospitalière.

B – La non délégation budgétaire des directions administratives

Si les chefs de service ont résisté à la mise en place des pôles d'activité, ils n'ont pas été les seuls à faire preuve de réticence. La mise en pôle devait également être accompagnée d'une délégation de gestion de la part des directions administratives. Cette délégation impliquait un transfert de compétence en direction des responsables de pôle, qui dépossédait les directions administratives (surtout les directeurs fonctionnelles⁴⁶³) d'une grande partie de leur pouvoir budgétaire. Tout comme les chefs de service, les directions administratives n'ont pas été très disposées à abandonner une partie de leurs prérogatives. Cette délégation de gestion est ainsi

461 Service du pôle médico-chirurgical.

462 Qu'elle connaît bien puisque le responsable de pôle était le n°2 du service de gastro-entérologie, après le docteur Lucas, chef de service depuis plus de 20 ans, qui tient aujourd'hui encore, les rênes de son service. Dans une perspective sociologique, on peut imaginer ce qu'à du ressentir Lucas le chef de service, quand son praticien-interventionnel est devenu son supérieur hiérarchique.

463 Directeur des finances, des soins, de l'équipement...

largement rester une disposition textuelle, et n'a pas été réellement mise en œuvre. La cadre de santé supérieure du pôle mère-enfant, aborde cet état de fait lorsque que je lui demande de me parler de l'évolution de sa marge de manœuvre :

« Ba on devrait avoir des délégations, pour la gestion du remplacement, pour le matériel médical, mais bon on doit, mais on n'en a pas. On verra avec le nouveau directeur, mais dans le contrat, il devait y avoir des délégations mais c'est tombé dans les oubliettes tout ça » (Kamélia, 56 ans, cadre supérieur de santé, pôle mère-enfant, ancienne infirmière, ancienne surveillante, à l'hôpital Salvador Allende depuis 31 ans).

Cette délégation de gestion impliquait une « inversion de logique », très compliquée à mettre en œuvre pour les directions administratives, comme me l'explique le responsable du service jardin :

« Et donc les pôles existent toujours ? »

Oui, oui, mais il n'y a pas vraiment de délégation et c'est pareil, c'est compliqué, avant les budgets étaient à chaque directeur, directeur du plan, de l'équipement, c'était aussi difficile en termes de pouvoir parce que, par exemple moi, quand on a fait notre pôle hôtelier, on a fait un plan d'investissement sur 10 ans. Quand je donnais mon plan d'investissement au directeur de l'équipement qui d'habitude en fait, quand j'y allais en tant que chef de service, je négociais mon matériel, en disant j'ai besoin de ça ou ça et il me signait ou il me signait pas le bon de commande quoi. J'avais juste à expliquer le besoin du matériel mais j'y allais en tant que chef de service. Là, une fois que le plan d'investissement sur 10 ans, je l'avais signé avec le directeur de l'hôpital, mon directeur de l'équipement devenait l'exécutant de mon plan d'investissement alors en termes de choc de pouvoir, c'était assez compliqué pour les directeurs en place.

A : Et vis-à-vis des médecins, c'était pareil ?

Ba que ce soit avec un chef de pôle médical ou avec un chef de pôle logistique, c'était la même chose si tu veux et donc cette délégation touchait à trop de pouvoir dans l'hôpital et c'était compliqué. Et en plus dans ce cas-là, il y a toujours une réaction de crispation, ou chacun veut garder ses prérogatives quoi » (Antoine, 50 ans, Contremaître principal, responsable du service jardin, ancien représentant syndical CGT, à l'hôpital Salvador Allende depuis 31 ans).

Cette absence réelle de délégation, plusieurs cadres de santé m'en parlent également lors de nos

entretiens. Leurs relations quotidiennes avec leur référent hiérarchique, la directrice des soins infirmiers, est une illustration des résistances émises en pratique par les directions administratives dans la délégation de leur pouvoir. Ainsi, s'agissant de la directrice des soins infirmiers, de nombreuses décisions qui devraient être prises au niveau des pôles d'activité restent en réalité de son ressort. Les propos de la cadre de santé de diabétologie, sur la gestion de l'absentéisme, résume cet écart entre les délégations de compétence préconisées par les réformes de la nouvelle gouvernance hospitalière et la réalité du terrain :

« Mais alors pourquoi ces pôles ? Parce que qui dit pôle, dit délégation, donc si on a délégation on pourrait avoir une enveloppe et gérer nous-même cet absentéisme hors ce n'est pas vrai, vous avez une absence, vous êtes obligé de vous référer à l'administration qui vous dira une fois sur deux, deux fois sur trois, non.

Ils s'y sont opposés ?

Évidemment, c'est une perte de pouvoir. Nous c'est pareil, quand on vous dit, on met les pôles en place, on met un trio de pôle, après, on se demande qu'elle est la place du directeur des soins, elle n'a plus lieu d'être. Nous, notre référente est la directrice des soins, et si vous avez un trio de pôle avec le cadre supérieur de pôle, si elle a une délégation, avec les recrutements, son enveloppe d'absence, pour tout gérer le pôle, quelle est la place du directeur des soins, il n'a plus lieu d'être. Et je pense que c'est tout ça est difficile à mettre en place. Chacun essaie de garder son pouvoir.

Et la vision de la directrice des soins ?

Ba elle, elle gère tout, donc on le sent dans les faits, pas dans le verbal, elle ne va pas vous dire moi je veux garder mon pouvoir, mais on le sent dans les faits puisqu'elle a la main prise sur tout. Quand elle vous signe vos heures supplémentaires, quand on met en place nos heures supplémentaires du mois, on fait un prévisionnel, on va mettre en place des prêts de personnels si certains services ont des surplus. Donc on va élaborer notre planning, on a mis le renfort pour le dépannage mais quand on ne peut pas, il faut demander des heures supplémentaires. Et ça, ce n'est pas géré directement par le cadre supérieur qui devrait l'être normalement dans le pôle. Et bien elle va le donner à la directrice des soins qui elle va dire oui ou non si on peut avoir de l'argent pour avoir ces remplacements, donc dans les faits, il est là, mon pouvoir de directrice de soin, je le garde, le recrutement par exemple, les candidatures arrivent encore à la directrice des soins, c'est dispatcher au niveau des cadres supérieures, qui va me soumettre certains profils qui pourraient correspondre à mon service, je vais rencontrer les candidats, je vais émettre mon avis favorable par exemple, que je remets à mon cadre supérieur qui va dire recrutement à telle date,

tenez je vais vous en montrer un. Par contre là, ce qui est quand même dans les faits toujours de ce pouvoir qu'elle garde bien, on aura quand même son écriture, on n'a pas le cadre de pôle là-dessus (me montre un document de recrutement). Vous avez la directrice des soins qui va dire ok pour le recrutement de madame untel à partir de telle date pour telles raisons, là, c'était mon poste gelé qu'elle m'a dégelé. Voilà, donc à aucun moment, je ne vois pas le cadre de pôle avec son tampon, sa signature.

Alors que vous avez remis cette lettre au cadre de pôle ?

Oui, et ce qui est impressionnant, c'est que là, le cadre supérieur de pôle qui a rempli la proposition de recrutement, mais au final, c'est la directrice des soins qui signe, dans les faits le pouvoir, on ne l'a pas. Le pouvoir administratif est là et dans les faits, les pôles n'existent pas, c'est la conclusion » (Céline, 42 ans, cadre de santé de diabétologie depuis 2005, ancienne infirmière, travaille à l'hôpital Salvador Allende depuis 20 ans).

Pour la cadre supérieure du pôle médico-chirurgical, cette absence de délégation réelle s'explique par l'inadéquation de ces mesures avec la « culture » traditionnelle des agents hospitaliers. Cette non délégation réside bien davantage encore dans la volonté de chaque acteur de l'institution de conserver ses prérogatives :

« L'hôpital n'a pas cette culture de décentralisation, donc ni de la part des directeurs, ni de la part des strates inférieures qui ne sont pas habituées à ce genre de décision, et quand bien même on pourrait prendre certaines décisions au niveau du pôle, mais le chef de pôle et la cadre supérieure de pôle ou le gestionnaire de pôle, quel pouvoir ont t-ils ? Même s'ils voient qu'un service est déficitaire, on peut proposer des choses, mais ça ne sera même pas proposé parce que le chef de pôle n'a pas de poids sur les autres. Chacun a voulu garder ses attributions. Y a beaucoup de délégations, par exemple pour le recrutement, mais la directrice valide le poste ou pas, l'équipement pareil pour la directrice des équipements, mais ils gardent toujours leur pouvoir discrétionnaire puisqu'on rentre dans leurs enveloppes, et nous au départ, on ne connaît même pas l'enveloppe de départ. Tout est assez opaque » (Huguette, 48 ans, cadre de santé supérieur du pôle médico-chirurgical, ancienne infirmière (de 1987 à 1995), puis cadre de santé jusqu'en 2012, à l'hôpital Salvador Allende depuis 25 ans).

Cette volonté de conservation des prérogatives a de plus été renforcée par un contexte budgétaire défavorable. Dans une logique de réduction des dépenses en matière de santé, les piètres

qualités de gestionnaire prêtées en général aux soignants a constitué un argument de plus pour des directeurs fonctionnels désireux de conserver leurs prérogatives. Comme le souligne la cadre de santé supérieure du pôle médico-chirurgical, la délégation de gestion est restée illusoire en pratique. L'esprit de la loi a été largement déformé durant sa mise en application :

« Mais objectivement, ça ne change rien, qu'il y ait un pôle ou pas de pôle, dans le travail de tous les jours, et dans l'idée de la loi, mais on en est à des années lumières. Ça ne marche pas, donc après, je pense que c'est parce que beaucoup de directeurs avec les difficultés de budget de l'hôpital public ont peur de déléguer leurs enveloppes, les chefs de pôles ne sont pas des managers, donc ne savent pas gérer un pôle, qui n'ont pas de réels pouvoirs sur leurs collègues » (Huguette, 48 ans, cadre de santé supérieur du pôle médico-chirurgical, ancienne infirmière (de 1987 à 1995), puis cadre de santé jusqu'en 2012, à l'hôpital Salvador Allende depuis 25 ans).

Cette réforme organisationnelle a ainsi rencontré de grandes difficultés de formalisation au sein de l'institution hospitalière. Sa mise en œuvre laisse entrevoir les fossés existants entre l'esprit d'un texte de loi et les formes de sa mise en œuvre sur le terrain, conditionnées par de nombreux mécanismes limitatifs. Si cette réforme organisationnelle a rencontré autant de résistances, c'est qu'elle remettait en cause les prérogatives des deux principales catégories dominantes de l'institution (les chefs de service et les directions administratives). Soucieux de conserver leurs parts de pouvoir, ces deux catégories s'y sont largement opposées. Comme l'observe le directeur général de l'hôpital Salvador Allende :

« Les directeurs avec la délégation de gestion abandonnait une part de pouvoir, les chefs de service abandonnait une part de leurs pouvoirs au chef de pôle et les chefs de pôle qui sont des chefs de service issu du rang à apprendre un métier complètement différent, donc ce n'était peut-être pas facile à mettre en œuvre » (Christopher, 46 ans, directeur général de l'hôpital Salvador Allende depuis février 2013, ancien directeur adjoint des affaires médicales de l'AP-HP).

L'échec relatif de cette réorganisation⁴⁶⁴ illustre ainsi la volonté de conservation des prérogatives des acteurs face à une réforme d'action publique. La résistance des catégories dominantes de l'institution

464 La mise en pôle n'a pas entraîné de véritables changements à l'hôpital, contrairement à l'introduction de la T2A.

a permis d'ôter presque toute portée pratique à la réforme. Dans cette optique, on mesure à quel point l'intérêt général pèse peu lourd face à l'intérêt individuel des acteurs (surtout quand ces acteurs sont issus des catégories dominantes d'un espace social). Comme le souligne Michel Crozier, « malgré certains efforts de visionnaires acharnés à réaliser leurs rêves technocratiques, la réalité ne s'est jamais approchée même de très loin de cette fiction. Toutes les analyses de la vie réelle d'une organisation ont révélé à quel point les comportements humains pouvaient y demeurer complexes et combien ils échappaient au modèle simpliste d'une coordination mécanique ou d'un déterminisme simple. La raison première de cet écart entre la réalité et la théorie, c'est que, même dans les situations les plus extrêmes, l'homme garde toujours un minimum de liberté et qu'il ne peut s'empêcher de l'utiliser pour « battre le système » »⁴⁶⁵.

Section II : Directeur général : une revalorisation des compétences illusoire

La loi HPST du 21 juillet 2009 peut être interprétée comme une tentative de modification des rapports de force entre les catégories dominantes du secteur hospitalier. Par le biais d'une vaste redéfinition des compétences des instances décisionnaires de l'institution, le législateur entendait renforcer la position des directeurs d'hôpitaux face à des « intérêts locaux » puissants (médecins, élus, syndicats)⁴⁶⁶. De nombreux auteurs ont émis l'hypothèse d'un renforcement des directeurs d'hôpitaux suite à l'adoption de cette loi. C'est notamment le cas de Frédéric Pierru⁴⁶⁷. Selon lui, cette montée en puissance des directeurs d'établissement serait d'ailleurs corrélative à une perte d'influence du pouvoir médical. Il avance ainsi une redéfinition des hiérarchies et des rapports de force au sein de l'hôpital. Les résultats de mon enquête de terrain menée au sein d'un hôpital périphérique viennent au contraire invalider ce postulat⁴⁶⁸. De nombreux mécanismes viennent limiter ce renforcement en pratique.

Si dans les textes, le directeur général a tout pouvoir à l'hôpital, la réalité est toute autre. La volonté du législateur de modifier le rapport de force en faveur du représentant du pouvoir

465 Michel Crozier, *L'acteur*, *op. cit.* p. 43.

466 En plus de cette réorganisation des instances décisionnaires, le directeur général bénéficiait d'une revalorisation de ses compétences propres.

467 Frédéric Pierru, *art. cit.*, « Le mandarin... », p. 32 s.. Cette hypothèse est formulée dans plusieurs de ses travaux, notamment Frédéric Pierru, *Hippocrate*, *op. cit.*.

468 Rappelons que notre hôpital a des propriétés particulières. Il ne dépend pas de l'AP-HP. Les observations qui vont suivre ne permettent pas de trancher mais apportent des pistes qui viendraient limiter ce renforcement en pratique. A ce titre, il serait intéressant de mener une recherche similaire au sein de grands CHU de l'AP-HP pour voir si la situation similaire à notre hôpital périphérique.

administratif s'est heurtée à la résistance des pouvoirs médicaux et des pouvoirs politiques locaux. Leurs ressources dans le champ de la santé et leurs capacités de blocage leurs ont permis de conserver une place essentielle dans le processus de décision⁴⁶⁹ (Paragraphe I).

Les pleins-pouvoirs du directeur général relèvent de « l'illusion technocratique ». L'étude du processus décisionnel montre au contraire que la décision apparaît comme le produit d'un « ordre négocié »⁴⁷⁰. Ainsi, malgré la revalorisation de ses compétences, le directeur général est contraint aujourd'hui encore, d'obtenir le « consentement tacite » des acteurs dominants de l'institution pour toute décision stratégique (Paragraphe II). Ce renforcement de compétence est formel, et ne résiste pas aux logiques de négociations et aux transactions qui président à la prise de décision à l'hôpital. En ce sens, nous posons l'hypothèse d'un « statut-quo » des rapports de force entre les catégories dominantes de l'institution hospitalière. Il faut alors analyser les mécanismes qui permettent d'affirmer cette stabilité dans les rapports de pouvoir.

Dans cette perspective, observer la mise en œuvre des réformes hospitalières permet d'introduire une « sociologie du pouvoir » dans l'analyse des limites du changement. Comme toute institution, l'hôpital représente un univers de conflits, structuré autour de relations de pouvoir et d'autorité. Comme le souligne Michel Crozier, « une organisation ne peut être analysée comme un ensemble transparent », en ce qu'elle est « le royaume des relations de pouvoir, de l'influence, du marchandage, et du calcul. »⁴⁷¹. L'étude du processus décisionnel permet ainsi d'observer les négociations, les marchandages, les ententes auxquelles se livrent les différents acteurs qui prennent part au processus de décision au sein et en dehors de l'institution hospitalière.

De plus, la situation de « statut-quo » entre les pouvoirs dominants au sein de l'hôpital est concomitante à un renforcement des tutelles administratives (ARS). Bien loin d'avoir renforcé les pouvoirs des directeurs d'hôpitaux, la loi HPST a contribué au contraire à réduire l'autonomie et la marge de manœuvre des directeurs d'hôpitaux (Paragraphe III).

469 Malgré la diminution significative des compétences de leurs organes de représentation (CME, Conseil de surveillance).

470 Selon la conception d'Anselm Strauss développé dans Anselm Strauss, « The Hospital and its negotiated order », in Eliot Freidson, *The Hospital in the modern society*, Londres, The free Press of Glencoe, 1963.

471 Michel Crozier, *L'acteur et le système*, op. cit., p. 45.

§ I : Les ressources des catégories dominantes dans le processus de décision

Un des aspects structurants de l'institution hospitalière est la coexistence en son sein de plusieurs catégories dominantes (directions administratives, corps médical, représentant des collectivités territoriales). Chaque pouvoir dispose d'attributions et de zones d'influence différentes.

Les catégories dominantes de l'institution qui ont vu leurs compétences diminuées (corps médical, élus locaux) lors des précédentes lois hospitalières (« nouvelle gouvernance hospitalière » et loi « HPST »), exerçant traditionnellement une grande influence sur la décision, vont mobiliser leurs nombreuses ressources afin de conserver leur position de contre-pouvoir face au directeur général.

Si les textes lui confère tout pouvoir en matière décisionnelle, le directeur général est confronté en pratique à de nombreuses pressions au sein et en dehors de l'institution. Comme l'observe Michel Crozier, la configuration complexe des organisations entraîne le « développement de pouvoirs parallèles non codifiés et non réglés dans l'organigramme ou dans les prescriptions formelles »⁴⁷², pouvoirs avec lesquels le directeur est contraint de composer.

Dans ce cadre, l'étude du processus décisionnel permet de mettre en lumière les différentes ressources dont disposent le pouvoir médical (A), mais aussi le pouvoir local (député-maire président du conseil de surveillance) (B). Ces acteurs vont mettre en œuvre différentes stratégies de blocage, se livrer à des négociations et à des marchandages divers afin de limiter en pratique, la revalorisation de compétence des directeurs d'hôpitaux.

A – Les ressources du pouvoir médical

Comme l'observe Patrick Hassenteufel, « le pouvoir médical est un pouvoir négatif : un

⁴⁷² Michel Crozier, *L'acteur*, op. cit., p. 198

pouvoir de blocage, un verrou inexpugnable »⁴⁷³. Les médecins disposent de nombreuses ressources, qu'ils vont mobiliser afin d'exercer une influence sur le processus de décision. Ces stratégies sont de différentes natures et s'exercent à différents niveaux de l'institution.

En effet, leur position stratégique leur permet d'avoir des prises sur de nombreux aspects de l'institution. Dans leurs services, au plus près du terrain, les médecins connaissent les problématiques quotidiennes des catégories soignantes de l'établissement, dont ils vont se faire au gré de leurs intérêts les portes-paroles. Au plus près de la décision (ils sont désormais majoritaires au sein du directoire et siègent dans de nombreux organes de représentation, dont la CME), ils vont exercer une influence certaine sur les négociations.

Le corps médical tentera notamment d'influencer sur les termes de la négociation à travers son pouvoir d'expertise (1), qui représente bien souvent un préalable nécessaire pour le directeur général dans le processus de décision. Depuis la loi HPST, les médecins sont de plus majoritaires au directoire, nouvelle instance de concertation chargée de décider des grandes orientations de l'hôpital. Leur présence au sein de cette instance stratégique leur permet d'exercer une grande influence sur la décision (2). Le pouvoir médical dispose enfin de nombreuses ressources « périphériques », tant dans le champ de la santé qu'au sein de l'arène politique. Ces ressources vont permettre aux médecins de porter leurs revendications à des niveaux supérieurs à l'hôpital (3).

1 – Un pouvoir d'expertise

Malgré le transfert de pouvoir opéré par la loi HPST en faveur du directeur général, les médecins exercent aujourd'hui encore une grande influence dans le processus de décision. Le fait pour les médecins d'être les « détenteurs exclusifs » du savoir médical leur permet d'occuper une place prépondérante au sein de l'institution hospitalière⁴⁷⁴. Leur légitimité à intervenir en matière d'expertise est largement supérieure aux autres acteurs de l'institution. Les directeurs, sur de nombreux sujets touchant au médical, seront ainsi contraints de recourir à leurs expertises⁴⁷⁵. Ce

473 Patrick Hassenteufel, *Les médecins, op. cit.*, p. 23.

474 Mais également en dehors de l'institution. Les médecins exercent notamment un grand pouvoir politique de par leur capacité d'expertise auprès des hommes politiques dans le domaine de la santé.

475 Lors du Conseil de surveillance auquel j'ai assisté, le directeur général se référait ainsi à son président de CME pour de nombreux questions internes aux services de soins.

« monopole de la connaissance » place le médecin en position de force dans la négociation⁴⁷⁶.

2 – Une large représentation au directoire

Si beaucoup d'auteurs ont insisté sur une perte de pouvoir des médecins au sein de l'hôpital, par la diminution de compétence de leur instance de représentation (CME) suite à l'adoption de la loi HPST, peu ont relevé qu'ils devenaient en contrepartie majoritaire au sein du directoire, nouvelle instance de pilotage de l'établissement chargée de décider des grandes orientations de l'hôpital, et que le président de la CME en devenait le nouveau vice-président⁴⁷⁷. La création de cette instance stratégique a largement permis au pouvoir médical de compenser la perte d'influence de leur organe traditionnel de représentation (CME). Le président de la CME exerce ainsi un rôle particulièrement important en matière décisionnelle (a). Même dans le cas où ce dernier s'éloignerait de sa base, les autres représentants du corps médical au sein du directoire auront la possibilité d'exercer un pouvoir de pression non négligeable (b).

a - le président de la CME

Le président de la CME exerce un contre-pouvoir particulièrement important pour le corps médical face au directeur général. Sa position stratégique en fait un relais essentiel pour l'ensemble de la communauté médicale de l'hôpital. Il se fera notamment l'intermédiaire de leurs revendications, de leurs éventuelles oppositions sur une décision donnée. Ses prises de position refléteront largement le point de vue de son « ordre », vision qu'il défendra auprès du directeur général lors de leurs nombreux échanges⁴⁷⁸. La position stratégique du président de la CME constitue ainsi un premier facteur d'atténuation aux « pleins-pouvoirs » du directeur général. En pratique, ce dernier ne peut rien décider sans l'accord préalable de son vice-président de directoire. Selon le chef de service de gastro-entérologie :

476 Stratégiquement, il livrera certaines informations au directeur et en passera d'autres sous silence.

477 Obligation statutaire de la loi HPST.

478 Les médecins ont notamment perdu la compétence de nommer leurs pairs en CME, compétence désormais attribuées dans les textes au directeur général. Et c'est là une manifestation de sa position stratégique : dans les faits, les médecins continuent de nommer leurs pairs par l'intermédiaire du président de CME, compétence que le directeur général n'est pas en mesure d'exercer.

« Le président de la CME a un très grand pouvoir d'abord parce que c'est notre mandant, c'est important, mais surtout il a un très grand pouvoir parce qu'on voit que le directeur ne peut absolument rien faire sans lui, il ne peut être contre, c'est quasi impossible, ils sont obligés de travailler main dans la main et donc il y a une atténuation très forte. C'est impossible de se mettre l'ensemble du corps médical à dos » (Lucas, 59 ans, chirurgien interventionnel, chef de service de gastro-entérologie depuis 21 ans).

Alors que les réformes de la dernière décennie entendaient réduire un pouvoir médical intouchable au sein de l'institution hospitalière, elles semblent au contraire avoir renforcé encore un peu plus le pouvoir de leur principal représentant. Le responsable de la médecine du travail également membre du Conseil de surveillance, a observé cette évolution. Selon lui, le pouvoir de blocage du président de la CME se serait renforcé avec les dernières lois :

« Le président de la CME a toujours autant de pouvoir ? »

Encore plus aujourd'hui avec le directoire. Parce que s'il veut bloquer quelque chose, même si en dernier lieu, le directeur peut trancher, mais vu aujourd'hui la position du directoire, je vois mal un directeur trancher de façon catégorique en désaccord complet avec son président de CME, sinon, la communauté médicale explose » (Damien, 44 ans, responsable de la médecine du travail, représentant du personnel (CGT), membre du Conseil de surveillance, à l'hôpital depuis 21 ans).

Cette observation révèle ainsi une évolution des rapports de force en contradiction totale avec l'esprit initial de la loi. Le tandem que le président de la CME forme avec le directeur général permet aux médecins d'avoir un large accès aux cercles décisionnels. Son positionnement stratégique est largement instrumentalisé par le corps médical⁴⁷⁹. De plus, même si le président de la CME n'est pas tenu de suivre le point de vue de sa communauté médicale, le pouvoir de pression exercé par ses confrères au sein de l'établissement l'obligeront à tenir compte de leurs revendications, et à les relayer auprès du directeur général. Élu par ses pairs, il devra se faire leur mandant sous peine de s'exposer à des « sanctions » symboliques. En cas de désaccord, les autres médecins exerceront également un important pouvoir de blocage.

479 Ainsi que par les autres médecins présents au directoire.

b – les autres médecins représentés

Les autres médecins représentés au directoire auront également un pouvoir de blocage important. Leur présence au sein de cette instance de pilotage stratégique leur permet d'exercer une influence certaine sur la prise de décision. La cadre de santé du service de diabétologie, me parle de sa chef de service, membre du directoire. Selon elle, la présence des médecins au directoire leurs permettraient de conserver un grand pouvoir de blocage dans la prise de décision :

« C'est paradoxale parce qu'avec ces réformes, ils ont quand même voulu diminuer le pouvoir des médecins ?

Mais qui vous avez au directoire pour baisser le pouvoir des médecins, et là nous ils mettent deux médecins supplémentaires⁴⁸⁰ et un directeur donc ce n'est pas vrai. Si vous avez des médecins de fort caractère à ce directoire, ils auront un pouvoir. Là, ma chef de service est dans le directoire donc je suis sûr que y a certaines décisions qui vont être prises mais pas à nos dépend. Parce que je sais qu'elle défend les soignants » (Céline, 42 ans, cadre de santé de diabétologie depuis 2005, ancienne infirmière, travaille à l'hôpital Salvador Allende depuis 20 ans).

Même dans le cas où le président de la CME « s'éloignerait de sa base médicale », notamment en soutenant certaines décisions qui contreviendraient aux intérêts de sa corporation, les autres représentants du corps médical tenteront d'exercer un pouvoir de blocage important. Dans ce cadre, la réorganisation du directoire opérée il y a seulement quelques semaines à l'hôpital Salvador Allende est particulièrement significatif. Le vice-président du directoire, élu depuis plus d'un an et demi à la tête de la Commission Médicale d'Établissement rencontre quelques problèmes de légitimité au sein de sa corporation. Considéré par beaucoup d'anciens médecins comme faisant parti « de la nouvelle vague économiste », leurs relations avec le président de la CME sont parfois difficiles.

Au delà de la propension de ses confrères à le catégoriser comme « économiste », ce discours médical relève bien davantage d'une stratégie de défense visant à déconsidérer le président de CME auprès de sa base professionnelle. En effet, certains médecins de l'hôpital (surtout issus de

⁴⁸⁰ Le nouveau directeur général met en effet en place un « directoire élargie », comprenant désormais 4 membres de la direction dont lui-même et 6 représentants du corps médical.

l'ancienne génération) voient d'un mauvais œil certains projets défendus par leur mandant. Désireux de réorganiser certains aspects de l'activité médicale, le nouveau président de la CME se heurte à la volonté de certains de ses confrères, notamment les chirurgiens, peu disposés à ce qu'on s'attaque à leurs privilèges au sein de l'établissement. Les quelques visites imprévues du président de CME au sein du bloc opératoire pour observer son organisation ont été très mal perçue par les chirurgiens du bloc. Les causes de cette conflictualité entre les chirurgiens de l'hôpital et leur président de CME me sont expliquées par la cadre de santé de diabétologie :

« On m'a dit qu'il était plus embêté que l'ancien notamment par les chirurgiens ?

Les chirurgiens, oui, mais pourquoi ? Vous savez pourquoi ? Parce que sur la discipline de la chirurgie, personne ne mettait son nez. Les chirurgiens sont là, ils opèrent là, mais ils arrivent quand ils veulent, ils opèrent quand ils veulent. Certains ont une activité à l'extérieur, la direction n'a jamais mis son nez là-dedans mais le nouveau président de CME, il l'a mis lui. Donc ça a déplu. Quand on vient piétiner dans votre service et qu'on essaie de savoir ce qui se passe chez vous et que ça ne vous plaît pas, forcément on dira ah non lui, il n'est pas bien, il faut reprendre l'ancien parce que l'ancien il s'en fichait. Le rôle du président de la CME, c'est d'avoir une vision globale de l'hôpital, il faut qu'il ait une stratégie institutionnelle et vis-à-vis de l'ARS et tout ce que qu'on veut, forcément il va aller explorer les autres domaines qu'il ne connaît pas à part son petit monde des urgences. Donc il va aller voir, et donc, il va aller voir les tableaux de bord, combien rapporte l'ophtalmologie, est-ce que les blocs sont occupés h24, est-ce qu'ils sont occupés, maximisés, et ça dérange. C'est tout, le nouveau dérange de ce côté-là, les chirurgiens avant au bloc, à 16h, il n'y avait plus personne. En clinique, à 19h ils y étaient encore donc ça dérange. C'est tout ça qu'il faut revoir, ce n'est pas que la faute des pôles, de la réforme, c'est l'organisation en elle-même. Le mandarin on ne touche pas donc ça ne plaît pas. Mais des choses ne sont pas normales, les consultations, c'est pareil, à 4h c'est fini. Moi je finis à 18h, je suis obligé d'aller en clinique. Et ça, à l'hôpital, on n'est pas capable de le faire. C'est une réorganisation au niveau de l'ensemble mais à l'hôpital public, on n'a pas appris à le faire, il y a ce pouvoir médical, c'est comme ça, c'est dans la culture de l'hôpital » (Céline, 42 ans, cadre de santé de diabétologie depuis 2005, ancienne infirmière, travaille à l'hôpital Salvador Allende depuis 20 ans).

Lors de la dernière séance en Commission Médicale d'Établissement, le président a fait « l'erreur » de concerter ses collègues en vue de la réorganisation du directoire, où doivent siéger

deux nouveaux membres du corps médical. Deux de leurs représentants particulièrement emblématiques se sont manifestés pour y siéger : l'ancien président de la CME et le chef de service de gastro-entérologie, tout deux issus de l'ancienne génération, dans une approche très mandarinale et formellement opposés aux réformes actuelles. Ces deux fortes personnalités parmi la communauté médicale de l'établissement tenteront ainsi de freiner certaines ambitions de leur président de CME ou de bloquer certains de ses projets qui contreviendraient à leurs intérêts.

3 – les ressources extérieures

Les médecins disposent de nombreuses autres ressources pour influencer sur le processus décisionnel. Leurs nombreuses ressources dans le champ de la santé (a), ainsi que leur proximité avec l'arène politique (b) leurs permettront de faire valoir leurs revendications à d'autres niveaux.

a - les ressources dans le champ de la santé

Si la littérature analyse la création des agences régionales de santé uniquement sous l'angle d'une centralisation de la décision, elle n'a que peu étudié la composition sociologique de ces « nouvelles bureaucraties techniques ». Elles sont composées en grande majorité d'anciens médecins et d'anciens directeurs d'hôpitaux. Si la plupart de mes enquêtés considèrent ces agences régionales de santé comme une nouvelle contrainte, certains m'en parlent au contraire comme d'une ressource. Et notamment le corps médical. C'est la chef de service de Rééducation Fonctionnelle qui m'en a fait prendre conscience lors de notre rencontre :

« On a d'autres méthodes de défense quand on dirige un service. Moi quand on malmène un service, je suis prête à me défendre autrement.

Et vous faites comment ?

Et bien nous avons les moyens de se faire entendre au niveau de l'ARS, bien sûr, on est des grands hein, il y a des médecins à l'ARS, et des médecins par secteur. Donc s'il y a une incompréhension, donc moi, je ne l'ai pas fait récemment, je n'ai pas eu à me plaindre, mais je dirais pourquoi on ne le ferait pas, je ne vois pourquoi, je sais qu'antérieurement, il y a des médecins qui l'ont fait. En pédopsychiatrie par exemple, l'ancien chef de service, il y a dix ans,

ça n'allait pas, l'évolution de son service, le directeur d'ici n'allait pas dans son sens, donc il est passé par un autre niveau. Il l'a fait, après, ça ne veut pas dire que vous serez entendu, attention, mais c'est un autre moyen. » (Sarah, 44 ans, médecin, chef de service de rééducation fonctionnelle, chef de pôle de Rééducation et soin de suite, exerce à l'hôpital Salvador Allende depuis 23 ans).

En tant que groupe professionnel, les médecins sont également largement représentés dans le champ de la santé. De la Fédération Hospitalière de France, en passant par l'Association des médecins de France, le pouvoir médical est présent dans de nombreuses associations de professionnels de la santé, dans lesquelles ils feront valoir leurs intérêts.

b – les ressources politiques

La capacité des médecins à défendre leurs intérêts professionnels, notamment par le biais d'un puissant « lobby médical », en fait un groupe professionnel très puissant, même en dehors de l'hôpital. Comme le remarque Patrick Hassenteufel, « mener une réforme remettant en cause la place des médecins, lésant leurs intérêts, paraît être une mission impossible pour tout gouvernant du fait des positions de pouvoir politique occupées par les médecins au niveau central comme au niveau local »⁴⁸¹. Dans les Ministères⁴⁸², au sein de l'arène parlementaire, ils disposent de nombreuses ressources dans la sphère politique, au sein de laquelle ils forment un groupe professionnel puissant. Ils représentent notamment plus de 5% du personnel parlementaire⁴⁸³.

B – Les ressources du député-maire-Président du Conseil de surveillance

Le président du Conseil de surveillance, également député-maire, dispose de nombreuses ressources pour influencer sur le processus de la décision. Ses nombreux relais politiques locaux (1) et nationaux (2) lui permettent d'exercer un important pouvoir de pression sur les décisions prises au sein de son établissement.

481 Patrick Hassenteufel, *Les médecins, op. cit.*, p. 23.

482 L'ancien ministre du Budget du gouvernement actuel était lui-même chirurgien-plasticien.

483 Environ 6% actuellement (34 médecins siègent à l'Assemblée Nationale). Les médecins représentent également environ 2% des maires (environ 620 mairies). Il faut quand même noter que la représentation politique des médecins a tendance à diminuer depuis plusieurs décennies (ils étaient souvent élus par leur position de notable local, moins prégnante aujourd'hui).

1 – Le pouvoir politique local

Sa position dominante au sein du « système politico-administratif local »⁴⁸⁴ et son implication en faveur de l'hôpital contraignent le directeur général à le consulter pour toutes les grandes décisions concernant l'hôpital. Il est ainsi exclu pour le directeur général de prendre une décision impliquant l'avenir de l'établissement sans le consentement préalable du président du conseil de surveillance. Le chef de pôle de psychiatrie adulte, aborde les différents aspects de ce pouvoir mayoral lors de notre entretien :

« On a quand même avec cette loi voulue réduire le poids des élus quand même dans le fonctionnement de l'hôpital, c'est clair, mais on ne peut pas faire sans les élus, on ne peut pas, ils ont un pouvoir, on travaille avec eux, ils sont dans la ville, vous voulez développer une activité extra-hospitalière, vous ne pouvez pas faire sans eux, vous ne pouvez pas implanter ne serait-ce qu'un centre médico-psychologique sans parler un peu avec le maire, savoir où on pourrait le mettre, comment l'implanter, alors bon parfois, vous avez des écoutes favorables et parfois ça ne les intéresse pas plus que ça, mais il faut quand même de temps en temps aller au charbon, là on a un projet de regrouper deux CMP⁴⁸⁵, il faut que la mairie nous aide à trouver des locaux, il faut qu'elle donne son avis donc c'est sûr qu'ils ont beaucoup perdu parce que le personnage principal, c'est le directeur maintenant, mais les élus, franchement, je vois mal un directeur se passer de ses élus locaux, ils sont paradoxalement important, par le lobbying qu'ils peuvent faire aussi. Puis ils ont des relais au niveau des Ministères et des politiques, ils en ont peut-être moins au niveau ARS et délégation territoriale, quoi que, ils ont quand même des relais haut placés » (Jacques, 47 ans, psychiatre, chef de service de psychiatrie, chef de pôle de psychiatrie adulte).

Au niveau local, au sein de l'établissement, le député-maire dispose de nombreux relais syndicaux⁴⁸⁶. Le président du Conseil de surveillance se livrera ainsi à des ententes stratégiques avec les représentants syndicaux du personnel sur certaines décisions auxquelles il est opposé. Pour se faire, il en informera les syndicats de façon informelle afin qu'ils puissent mener une contre

484 Selon l'expression de Pierre Grémion, *Le pouvoir périphérique. Bureaucrates et notables dans le système politique français*, Paris, Seuil, 1976.

485 Centre médicaux-psychologiques, qui représentent une interface essentielle avec les services de psychiatrie.

486 Ses orientations politiques renforcent de plus sa proximité naturelle avec la CGT, très puissant au sein de l'hôpital Salvador Allende.

mobilisation, comme me l'expose cet ancien représentant syndical :

« La question de la représentation, parce que c'est très utile, c'est très utile parce, alors même si au conseil, le député n'a pas voulu fâcher le directeur, donc il ne va pas lui dire, ah bon, mais vous aviez dit ça, comment ça se fait que... D'accord, ok. Mais l'organisation syndicale qui n'est pas d'accord avec telle ou telle chose que le député n'a pas voulu traiter, peut aller rencontrer le directeur, et dire qu'il n'a pas eu satisfaction. Puis rencontrer le député. Et là, à ce moment-là, le député est plus à l'aise pour vendre la mèche. Il nous l'a déjà fait trois fois face au précédent directeur, pourtant ils étaient copains. Mais la chose, c'est que voilà, c'est un homme politique, il sait parfaitement qu'à l'hôpital, il y a des gens de sa circonscription qui travaillent.

C'est autant d'électeurs potentiels ?

Tu as tout compris. Donc le député, lorsqu'ils nous vendaient certaines choses en aparté dans le couloir, parce que bon, il a quand même son indépendance de sortir de la salle des Commissions parce que ça nous arrivait d'envahir la salle des commissions pour qu'il entende aussi que nous avons des souffrances, c'est normal. Et donc, ça lui arrivait de sortir de la salle des Commissions, tout seul, comme un vrai président, et il venait nous voir pour nous dire, bon, voilà, vous avez raison, je suis d'accord avec vous, mais une fois qu'il rentre, il ne dit plus rien. Donc là, c'est à nous après de travailler ce qu'il nous a dit » (Yves, 59 ans, agent de maîtrise principal, responsable du service peinture, directeur adjoint des ateliers, ancien représentant syndical CGT pendant plus de 15 ans, à l'hôpital Salvador Allende depuis 38 ans)

2 – Le pouvoir politique national

Même si le président du conseil de surveillance a vu ses compétences réduites au sein de l'institution hospitalière (notamment pour la nomination du directeur général ou concernant le budget de l'hôpital), il demeure un acteur néanmoins important de par ses nombreux relais politiques. Si la loi HPST consacre le directeur d'établissement comme décisionnaire unique au sein de son établissement de santé, la consultation des élus demeure nécessaire dans le processus de décision. A ce sujet, les propos du responsable du service jardin, sont particulièrement significatifs :

« Maintenant, le directoire il a aussi un avis consultatif, après bien sûr que dans l'idée le directeur ne peut pas se mettre complètement contre le directoire, la CME, le député, parce que ça se passe à un autre niveau, mais automatiquement ça va revenir, et lui retomber dessus. Donc il est bien obligé de négocier avec le député, et la CME, un petit minimum, mais malgré tout, en cas de blocage, il a quand même un droit de décision où c'est lui qui va décider. Après ça se passe à un autre niveau, à la limite, si le député passe par au-dessus, qu'il arrive à choper le ministre et qu'il passe un coup de fil au directeur de l'hôpital pour lui dire, attendez votre truc, il faudrait peut-être regarder, c'est peut être moyen enfin bon, ne t'inquiète pas le directeur il va, comme-moi si tu veux, si y a le Ministre ou l'ARS qui l'appelle et qui lui dit : « dite donc », ça revient dans la politique après, c'est à un autre niveau » (Antoine, 50 ans, agent chef, responsable du service jardin, ancien représentant syndical, à l'hôpital Salvador Allende depuis 31 ans).

Même si le député-maire aura plus ou moins d'influence en fonction de la conjoncture politique, il représente un pouvoir de blocage important au sein de l'institution hospitalière, avec qui le directeur est obligé de négocier. L'ancien directeur général de l'hôpital Salvador Allende, désormais directeur général d'un Centre Hospitalier Universitaire de l'AP-HP, me parle de la force de cette contrainte politique :

« On essaie quand même d'avoir l'assentiment d'une grande majorité du directoire. Sinon, ça ne serait pas vivable si le directeur passait son temps à prendre des décisions totalement contraires au Conseil de surveillance et au directoire, il ne durerait pas longtemps. Parce que les politiques ont quand même gardé un peu de pouvoir. Moi mon président de conseil de surveillance est Ministre dans l'actuel gouvernement, supposé que je ne suive pas quelque chose qu'il m'a dit, vous croyez que je vais rester 48 heures dans l'hôpital (rire). Donc on a intérêt à. Les politiques ont quand même quelque part toujours un rôle, même le député-maire dans mon ancien hôpital » (Michel, 58 ans, directeur général de CHU, ancien directeur général de l'hôpital Salvador Allende entre 2003 et 2012).

Bien que le conseil de surveillance ait vu ses prérogatives réduites par les dernières réformes, les nombreuses ressources de son président, tant au sein de l'arène parlementaire que dans les sphères ministérielles, en font un acteur incontournable au sein de l'hôpital. Le directeur conscient de ses relais politiques, n'outrepassera pas ses prérogatives face à au député-maire également capable de mobiliser les personnels de terrain de son hôpital (notamment les syndicats).

Ainsi, les autres catégories dominantes de l'institution (médecins, élus), de par leurs ressources multiples, conservent un pouvoir d'influence important sur la prise de décision. Ils forment ce que Georges Tsebelis appelle des « acteurs veto », « des acteurs individuelles ou collectifs dont l'accord est nécessaire pour modifier le *statut quo*. Il en résulte que tout changement nécessite un accord unanime de tous les acteurs veto »⁴⁸⁷. En pratique, le directeur général est toujours contraint de composer avec ces puissants acteurs locaux durant le processus décisionnel.

§ II : La nécessité d'un « accord tacite »

Dans une certaine mesure, les catégories dominantes vont être contraintes de s'entendre, afin de trouver un accord minimal acceptable du point de vue de chacun. Au regard de cette nécessaire interdépendance dans le processus décisionnel, l'institution hospitalière apparaît alors comme le produit d'un « ordre négocié » (A). De plus, par delà les compétences formelles des acteurs et des lieux officiels de concertation, la décision résultera bien davantage d'un ensemble d'échanges informels entre les différents acteurs dominants de l'institution. Ces collusions révèlent la force des relations informelles au sein d'un espace social donné durant le processus de décision (B).

A – L'hôpital : un ordre négocié

Comme l'observe Michel Crozier, « l'organisation oppose aux acteurs sa propre opacité, sa propre « pesanteur »⁴⁸⁸ et les oblige ainsi à des compromis, à des détours dans leur action »⁴⁸⁹. Un des aspects les plus structurants de l'institution hospitalière est la coexistence en son sein de plusieurs catégories dominantes, qui disposent chacune d'attributions et de zones de compétence propres. Toutes exercent un pouvoir différent (administratif, médical, politique) et maîtrisent un aspect particulier de l'institution. Cette pluralité de « zones d'influence » au sein de l'institution hospitalière contraint les principales catégories dominantes à passer par la négociation.

487 Georges Tsebelis, *Veto players. How Political Institutions Work*, New York, Russel Sage Foundation, p. 19.

488 Comme le souligne Michel Crozier, « les caractéristiques structurelles d'une organisation structurent et délimitent le champ d'exercice des relations de pouvoir entre membres d'une organisation, et les conditions de la négociation. Elles constituent des contraintes qui s'imposent à tous les participants ». Les structures et les règles qui gouvernent le fonctionnement d'une organisation vont déterminer « les lieux où des relations de pouvoir pourront se développer », Michel Crozier, *L'acteur et le système*, *op. cit.*, p. 78.

489 *Ibid.*, p. 50.

Comme le souligne Danièle Carricaburu, « la négociation s'impose en raison de la multiplicité des objectifs rencontrés à l'hôpital »⁴⁹⁰. C'est notamment la perspective qu'avait privilégiée Anselm Strauss dans ses travaux, qui parle « d'ordre négocié »⁴⁹¹ pour décrire l'organisation complexe que représente l'hôpital. Dans le monde hospitalier, « il n'existe *in fine* qu'une petite partie de l'activité qui est régie par des règles et personne ne connaît l'ensemble des règles en vigueur »⁴⁹². Dès lors, « l'essentiel de l'activité est régi par des négociations »⁴⁹³.

L'analyse d'Anselm Strauss entend ainsi mettre l'accent sur l'importance de la négociation, c'est à dire « sur les processus de donnant-donnant, de diplomatie, de marchandage qui caractérisent la vie d'une organisation »⁴⁹⁴. Ainsi, chaque acteur au sein de l'hôpital se trouvera engagé « dans un processus de négociation complexe et devra concilier son projet individuel et les objectifs institutionnels »⁴⁹⁵. Cette dualité implique nécessairement des compromis, des ententes stratégiques. Face à la diversité des objectifs et des missions assignés à l'hôpital, les catégories dominantes sont dans une certaine mesure contraintes de « s'entendre ». Elles doivent parvenir à trouver un point d'accord minimal, un « plus petit dénominateur commun », afin que la décision paraisse acceptable du point de vue de chacun⁴⁹⁶.

La décision sera ainsi le résultat d'un « jeu » entre ces différentes catégories dominantes. Pour penser cet ensemble de relations, de négociations, de pouvoirs, d'interdépendance, certains sociologues des organisations développent le concept de « jeu », « mécanisme concret grâce auquel les hommes structurent leurs relations de pouvoir »⁴⁹⁷. Ce concept sociologique nous aide à penser les phénomènes de pouvoir « relationnellement »⁴⁹⁸. Le cadre de santé des urgences, me parle de ce

490 Danièle Carricaburu, *op. cit.*, p. 31.

491 Anselm Strauss, « The Hospital and its negotiated order... », *art. cit.*.

492 Danièle Carricaburu, *op. cit.*, p. 31.

493 Ibid..

494 Anselm Strauss, *La trame de la négociation, Sociologie qualitative et interactionnisme*, textes réunis par Isabelle Baszanger, Paris, L'harmattan, 1992, p. 88.

495 Danièle Carricaburu, *op. cit.*, p. 31.

496 Cette caractéristique essentielle à l'hôpital limite considérablement l'effet de certaines lois en pratique.

497 Michel Crozier, *L'acteur*, *op. cit.*, p. 113.

498 Un des aspects essentiels dans l'ouvrage de Michel Crozier et Erhard Friedberg est ainsi le « caractère relationnel du pouvoir » : « Le pouvoir est donc une relation, et non pas un attribut des acteurs. Il ne peut se manifester et donc devenir contraignant pour l'une des parties en présence, que par sa mise en œuvre dans une relation qui met aux prises deux ou plusieurs acteurs dépendants les uns des autres dans l'accomplissement d'un objectif commun qui conditionne leurs objectifs personnels. Plus précisément encore, il ne peut se développer qu'à travers l'échange entre les acteurs engagés dans une relation donnée. Car, dans la mesure où toute relation entre deux parties suppose échange et adaptation de l'une à l'autre et réciproquement, le pouvoir est inséparablement lié à la négociation : c'est

« jeu » à l'hôpital :

« C'est un jeu entre la Commission médicale d'établissement et le directeur. Là-dessus on va rajouter le jeu politique parce qu'il ne faut pas oublier qu'il y a quand même le Conseil de surveillance avec le député-maire » (Théo, 47 ans, cadre de santé, service des urgences, ancien infirmier, dans le service depuis 31 ans).

Comme l'illustre cet extrait d'entretien, ces trois catégories dominantes entretiennent des relations soutenues au cours du processus décisionnel. Dans ce « jeu », chaque acteur représente un pouvoir incontournable autant qu'un contre-pouvoir pour les deux autres corps décisionnaires. Comme chaque acteur maîtrise un aspect particulier de l'institution, le consentement tacite de l'un constitue un « passage obligé » pour ses partenaires-adversaires.

La force de cet « ordre négocié » s'observe notamment dans les moments de « rupture ». Si les principaux acteurs de l'institution se trouvent dans une situation conflictuelle telle que tout accord semble impossible, c'est bien souvent le directeur général qui sortira perdant de ce conflit, comme me l'explique la directrice des soins infirmiers :

« La loi HPST, il y a je trouve une grosse malhonnêteté dedans, qui est encore plus accentuée par Mme Tourraine à mon sens, c'est que dans la loi HPST, il est dit que les pouvoirs sont données au directeur, moi je dis que c'est un affichage : toute personne qui a un peu travailler dans un hôpital sait qu'un directeur qui prendra des décisions, qui iraient complètement à l'encontre du Président de CME et à l'encontre de la CME, le directeur est aujourd'hui le fusible de l'hôpital, on fait pas sauter un Président de CME qui est élu par ses pairs, et comme justement c'est le directeur qui a officiellement toutes les responsabilités et le pouvoir, si ça cafouille, c'est lui qui saute, c'est ce qui rend certains directeurs très fragiles aujourd'hui, très frileux je dirais car ils sentent bien cette fragilité. Donc là les directeurs aujourd'hui, pour en revenir à l'affirmation du fait que le directeur est le patron dans les textes, mais un directeur qui va se mettre à dos sa communauté médicale, d'abord l'ARS le fait sauter, c'est arrivé ici à l'ancien directeur qui a été dans un autre hôpital, il a été le fusible » (Stéphanie, 56 ans,

une relation d'échange, donc de négociation dans laquelle deux personnes au moins sont engagées » (Michel Crozier, *L'acteur et le système*, *op. cit.*, p. 65-66.). En cela, les auteurs reprennent largement les grilles d'analyses développées par les auteurs de l'école interactionniste de Chicago ainsi que les analyses développées par Robert Dahl dans Robert Dahl, « The concept of power », *Behavioral Sciences*, n°2, 1957, p. 201-215

directrice des soins infirmiers depuis 2006, ancienne directrice des soins dans les hôpitaux de l'AP-HP, ancienne infirmière).

Au regard de cette situation objective, les différents acteurs, en fonction de leurs ressources, orienteront les échanges et les négociations dans une direction qui leur est favorable. Même si le directeur général reste décisionnaire en dernier ressort, il sera contraint de négocier avec les autres pouvoirs de l'institution, afin d'obtenir leur accord « tacite » sur une question donnée. De plus, ces négociations multiples durant le processus de décision auront lieu la plupart du temps lors d'échanges informels.

B – La forme de l'informel

Au delà des compétences formelles des différentes catégories dominantes et des instances de représentation, la prise de décision est bien davantage le produit d'échanges informels entre les principaux protagonistes de l'institution⁴⁹⁹. Les grandes décisions relèvent ainsi d'un ensemble d'échanges tripartite entre le directeur général, le président de la CME et le président du Conseil de surveillance.

Ces acteurs ne s'opposeront jamais dans une instance de représentation (directoire, CME, conseil de surveillance). Si des divergences les séparent, elles seront discutées en aparté. Les vraies questions ne seront pas abordées lors des réunions des instances officielles. Elles seront discutées lors de réunions informelles dans le bureau du directeur ou lors de discussions « de couloir ».

Les observations recueillies lors d'un Conseil de surveillance auquel j'ai assisté il y a quelques mois viennent renforcer cette importance des échanges informels entre les acteurs dominants de l'hôpital. Ainsi, début mars, je me rend un matin devant la salle des commissions de l'hôpital Salvador Allende pour assister au Conseil de surveillance, sur invitation du député-maire. En avance⁵⁰⁰, j'ai ainsi pu voir l'ordre d'arrivée des différents membres du conseil. Aux alentours de 8h30, je vois le président du conseil de surveillance arrivé, visiblement d'humeur maussade. Il me

499 Philip Selznick a montré très tôt l'importance de la dimension informelle dans le fonctionnement des organisations bureaucratiques, in Philip Selznick, *Tennessee Valley Authority and the Grass Roots*, Berkeley, University of California Press, 1949.

500 Le conseil commençait à 9h du matin.

fait un sourire rapide, me serre la main et me dit « Attendez ici, vous avez le temps ». Il se retourne et prend l'escalier en face de moi qui mène à l'étage de la direction. En passant, Catherine, la secrétaire de direction, qui prépare depuis plus de 30 ans ces réunions⁵⁰¹, me regarde d'un air complice et me souffle « il est monté dans le bureau du directeur ». Aux alentours de 9h15, alors que tous les membres sont arrivés, le directeur général et le président du conseil de surveillance redescendent l'escalier en discutant. Si personne ne sait ce qu'ils se sont dit, le changement d'expression (plus détendu) du président du Conseil de surveillance en dit long sur leur échange. Les deux hommes s'installent côte à côte au centre de la grande table ovale. Après avoir spécifié qu'il devait être de retour en mairie aux alentours de 11h du matin, le président du conseil de surveillance ouvre la séance.

La formalité des propos tenus en séance par les différents protagonistes⁵⁰² révèle le caractère purement informatif de ces réunions. Les différents intervenants abordent certains dossiers importants pour l'hôpital et informent le président du Conseil de Surveillance sur leurs avancées. Le président du conseil reçoit ainsi différentes informations qu'il n'a pas vocation à remettre en cause, du moins, pas lors de la séance. Les deux principaux protagonistes de la réunion (directeur et député-maire) tentent d'afficher une certaine complicité. A aucun moment les deux hommes ne se sont contredit ou sont venus remettre en cause les propos tenus par l'autre. On perçoit alors l'aspect purement informatif du conseil de surveillance. Les véritables questions problématiques, les sujets sensibles susceptibles d'entraîner un différend entre les deux hommes ont bien davantage été abordés durant leur réunion en aparté avant la tenue du conseil. Comme me l'explique le responsable du service jardin qui a assisté durant plusieurs années au conseil d'administration en tant que représentant du personnel non médical, les deux hommes ne s'opposeront jamais lors de la séance :

« C'était que dans les couloirs, tu ne vois pas au CA le député et le directeur s'opposer. Ça se règle avant dans les couloirs ou tu veux, mais ils ne vont pas s'accrocher en CA devant tout le monde » (Antoine, 50 ans, agent chef, responsable du service jardin, ancien représentant syndical, à l'hôpital Salvador Allende depuis 31 ans).

501 La première arrivée vers 8h, elle prépare toute la salle pour les membres du conseil de surveillance.

502 La séance était divisée en plusieurs points principaux : présentation du nouveau directeur général, approbation du compte rendu de la précédente réunion, point sur les finances, la psychiatrie, les travaux en cours...

Le responsable adjoint des services techniques me confirme cet état de fait :

« Alors c'est comme ça que ça passe, c'est vrai. Et c'est comme ça, quelque que soit le directeur. La décision se fait dans l'informel, bien sûr. Alors c'est pourquoi il arrive plus tôt le député, parce que ça lui donne le temps de voir avec le directeur les quelques points qui fâchent. S'ils arrivent à trouver un consensus, et même s'ils ne trouvent pas de consensus, parce que quand ils sont là, dans ce conseil, il ne se font pas la gueule. Mais, il le fait toujours le député, pratiquement dans tous les conseils d'administration, le président vient voir le directeur avant de façon à se mettre d'accord, et après ils font le conseil » (Yves, 59 ans, agent de maîtrise principal, responsable des ateliers, ancien représentant syndical CGT, à l'hôpital Salvador Allende depuis 38 ans).

La revalorisation de compétence dont bénéficie le directeur général reste ainsi largement formelle. En pratique, le directeur général est toujours autant contraint qu'auparavant de négocier entre les principaux acteurs dominants de l'institution hospitalière. La perte de prérogatives des deux principales instances de représentation de l'hôpital (CME, Conseil de surveillance), et le renforcement corrélatif des compétences attribuées aux directeurs d'hôpitaux n'ont pas entamé les négociations inhérentes au processus de décision. C'est pourquoi on peut émettre l'hypothèse d'une stabilité dans les rapports de force au sein de l'hôpital. Malgré les modifications formelles, l'étude du processus décisionnel montre un statut-quo entre les différents acteurs dominants de l'institution. Les ressources et les pouvoirs exercés par chacun induit une nécessaire interdépendance dans la prise de décision au sein de l'hôpital.

§ III : La réduction de la marge de manœuvre des directeurs d'hôpitaux

A rebours des principales conclusions de la littérature concernant l'évolution du groupe professionnel des directeurs d'hôpitaux⁵⁰³, on observe en pratique une réduction de la marge de manœuvre du directeur général. Si Frédéric Pierru esquisse cette hypothèse dans un article récent⁵⁰⁴, en affirmant une perte d'autonomie par le renforcement du pouvoir des instances de tutelles (ARS) (A), il ne parle pas des conséquences que cette réduction de marge de manœuvre induit dans

503 La littérature actuelle parle d'un renforcement des directeurs d'hôpitaux.

504 Frédéric Pierru parle d'une perte d'autonomie des directeurs dans Frédéric Pierru, *art cit*, « Le mandarin... », p. 52.

l'hôpital, notamment pour les catégories professionnelles plus subordonnées (B).

A – Le renforcement des instances de tutelles

Fait rarement relevé par la littérature, le renforcement du directeur général des Agences Régionales de Santé s'effectue également au détriment du directeur général de l'hôpital, qui dispose désormais d'une marge de manœuvre réduite dans sa prise de décision, par son étroite dépendance à l'égard des décisions prises au niveau de l'ARS. L'ancien directeur général de l'hôpital m'en parle durant notre rencontre :

« Ah oui, oui, bien sûr, on a recentralisé. D'ailleurs, il y a certains directeurs généraux d'ARS qui veulent jouer les gros bras et qui vont au-delà de leurs compétences. En fait les ARH à l'époque, c'était censé être des administrations de mission, pas des administrations de gestion. Voilà, vous êtes à Science-Po donc vous voyez la différence, c'est très important. Et de plus en plus les ARS sont en train de devenir des administrations de gestion. C'est là qu'on n'est pas forcément d'accord nous les directeurs d'hôpitaux et président de CME. Et nous on dit, à ce moment-là, il n'y a qu'à supprimer les directeurs d'hôpitaux. Et puis vous faites de telle sorte que les hôpitaux soient des services extérieurs de l'ARS. Nous sommes des établissements publics. Et en droit public français, ce n'est pas anodin, ça veut dire que normalement on doit avoir la personnalité juridique et l'autonomie financière. Autonomie financière, il y a longtemps que c'est terminé avec la T2A mais la personnalité juridique, on l'a gardait jusqu'à nouvelle ordre. Donc vous voyez c'est un peu flou tout ça » (Michel, 58 ans, directeur général de CHU, ancien directeur général de l'hôpital Salvador Allende entre 2003 et 2012).

Au départ définies comme des administrations de « mission », ces agences sanitaires deviennent de plus en plus dans les faits des administrations de « gestion », caractéristique d'une reprise en main étatique dans le domaine de la santé. Cette tendance participe ainsi à la « verticalisation » de la décision en matière de santé, système de régulation dans lequel le directeur voit sa marge de manœuvre réduite (particulièrement en matière budgétaire). Le chef de service de gastro-entérologie me parle de cette dépendance du directeur général à l'égard de l'ARS :

« Même les directeurs ont un pouvoir mais ils sont directement sous la tutelle des ARS, et les ARS les tiennent par le bout du nez, en gros, s'ils ne sont pas dans la rectitude sur le plan du budget, si on dépasse 3,5% je crois, on nous envoi des « *missi dominici* », on est mis sous une

sorte de tutelle, et là, ils ne s'embarrassent pas pour fermer les services non rentable comme on a fait dans des tas d'hôpitaux, donc ils sont obnubilés par le budget, ça devient une obsession, je me rappelle, l'ancien directeur, il n'en dormais plus, le seul truc important, c'était la ligne bleu des Vosges, le budget équilibré, c'était le point, si vous réussissiez vous étiez un génie, c'était merveilleux, vous étiez un directeur génial, mais il est quasiment enferré par ça et il ne peut quasiment pas accorder tels autres postes, c'est affreux, ils sont eux-mêmes totalement dominés par le problème de l'argent sous la pression » (Lucas, 59 ans, chirurgien interventionnel, chef de service de gastro-entérologie à l'hôpital Salvador Allende depuis 21 ans).

Cette réduction de marge de manœuvre des directeurs d'hôpitaux vient contredire certaines hypothèses qui postulent que les directeurs d'établissement se seraient appropriés les dernières réformes afin de revaloriser leur position dans le champ de la santé et au sein de l'hôpital⁵⁰⁵. Au contraire, les directeurs voient leur marge de manœuvre réduite, comme l'illustre les propos de la directrice des affaires financières :

« Oh, elle est de plus en plus réduite, là, j'ai vu que la ministre voulait redonner davantage de pouvoir aux médecins, mais qu'est-ce qu'il a comme pouvoir le directeur ? A part d'être sur un siège éjectable et de sauter comme le premier fusible, il n'a rien d'autres comme pouvoirs, tout est décidé, discuté à l'avance, c'est la DGOS qui fixe le budget, j'ai l'impression que les ARS sont maintenant déjà un peu dépossédés de ça »⁵⁰⁶ (Monique, 57 ans, directrice des affaires financières depuis 2003 à l'hôpital Salvador Allende).

Cette diminution de marge de manœuvre a entraîné certaines résistances de la part des directeurs d'hôpitaux, désireux de conserver une part de leurs pouvoirs. La pression budgétaire qu'ils subissent de la part des instances de tutelle contraint le directeur général à prendre certaines décisions contre l'intérêt de son établissement. Ne pouvant prendre de véritables décisions allant contre les intérêts du corps médical, les directeurs n'auront d'autres choix que de se tourner vers les catégories professionnelles plus subordonnées de l'institution⁵⁰⁷.

505 C'est notamment l'hypothèse de Frédéric Pierru dans Frédéric Pierru, *art cit.*, « Le mandarin... »

506 Cet extrait amène ainsi une nouvelle hypothèse : même les ARS seraient dépossédées de nombreuses décisions, qui sont en réalité pilotées au niveau ministériel, par la Direction Générale de l'Offre de Soins.

507 Qui disposent elles de ressources moins nombreuses et « capacité d'atténuation » des réformes beaucoup plus faible.

B – L'unique marge de manœuvre des directeurs : les catégories subordonnées

Les directions administratives, n'ayant pas plus de leviers sur le pouvoir médical qu'elles en avaient auparavant, auront tendance à faire peser l'effet des réformes sur les catégories de personnels plus subordonnés⁵⁰⁸. Ces catégories dominées (paramédicaux, agents techniques) qui n'étaient que peu concernés par les dispositions des réformes⁵⁰⁹, se retrouvent être les catégories les plus touchées sur le terrain. De par leur position d'interface, les catégories dominantes du secteur auront tendance, même inconsciemment, à faire peser les décisions sur les catégories subordonnées, d'autant qu'elles seront moins disposées à résister par la réduction de leurs marges de manœuvres sur le terrain⁵¹⁰. Les catégories dominantes, de par leurs position d'intermédiaire stratégique dans la mise en œuvre des réformes, vont, pour conserver leurs propres prérogatives, largement faire peser l'économie des réformes sur les personnels dont elles ont la responsabilité⁵¹¹.

On observe alors un grand ressentiment de la part des catégories professionnelles subordonnées, qui considèrent avoir été plus touchées par les réformes que les catégories dominantes, qui seraient elles, parvenue à passer « à travers ». Le directeur ne pourra prendre des décisions allant à l'encontre du pouvoir médical. De ce fait, les catégories paramédicales seront les premières touchées, comme le remarque la cadre de santé supérieur du pôle médico-chirurgical :

« Je pense que ça a plus touché les équipes paramédicales puisque les seules catégories sur lesquelles le directeur a vraiment du pouvoir de diminuer ses dépenses de personnel, c'est sur ces catégories-là donc en ce sens, oui » (Huguette, 48 ans, cadre de santé supérieur du pôle médico-chirurgical, ancienne infirmière (de 1987 à 1995), puis cadre de santé jusqu'en 2012, à l'hôpital Salvador Allende depuis 25 ans).

Selon les agents des services techniques⁵¹², si les personnels subordonnés des services de soin commencent à être touchés par les mesures d'économie au sein de l'hôpital, c'est parce que la

508 On observe ainsi un rétrécissement de la marge de manœuvre des catégories professionnelles subordonnées.

509 Les dispositions concernaient uniquement les catégories dominantes de l'hôpital (directeur, organe de représentation...

510 Il va sans dire que les acteurs dominants d'un secteur ne feront pas peser l'effet des réformes sur leur propre catégorie.

511 Tant sur le personnel paramédical que sur le personnel administratif et technique.

512 Aussi bien les services d'hôtellerie, de restauration, jardin, salubrité, peinture, électricité, menuiserie, plomberie, blanchisserie, sécurité...

direction serait arrivée au bout de ses possibilités concernant les services techniques et logistique. Le chef de la salubrité me parle de cette situation durant notre rencontre :

« Les infirmières, ils sont très touchés. Il y a 15 ans, c'était les services logistiques, donc comme je dis, je ne peux plus restructurer, je suis arrivé au bout de ce que je peux faire, c'est fini, pour moi, on ne peut plus rien toucher, on s'est battu en haut, ils ont compris, mais bon, ce n'est pas les deux plombiers qui coûtent cher, avant ils étaient 6. Donc ils ont commencé à casser les services techniques, et ça bossait, il y avait 10 peintres, maintenant ils ne sont que 2. Alors on donne au privé, on donne au privé, mais il ne fait pas tout hein. Mais les effectifs des services techniques ont été divisés par deux, à l'économat, ils ont perdu des postes, et tout ce qui est administratif, sauf les finances, parce que les finances, il faut que l'argent rentre. Et là, ils s'attaquent aux soins, aux services de soins, mais pas aux médecins, à tout ce qui est autour. Les premières qui ont morflé, ce sont les ASH, au début, ils étaient 3 par service, maintenant, il n'y en a plus qu'une. Avant, ils bossaient à deux le matin, deux l'après-midi, après, il y en a eu plus que deux, et il ne fait plus le matin ou le soir, il fait la journée entière. Ils ont restructuré sur les plus bas, alors ils se déchargent, t'es en bas hein, ce n'est pas le toubib, il va donner le dossier à la cadre, qui va le donner aux infirmières, et aller, ça retombe sur le plus bas. Maintenant, c'est les infirmières. Ils sont moins touchés que nous, parce qu'ils ont plus vocation à se défendre ». (Karl, 46 ans, agent de maîtrise, responsable du service salubrité, à l'hôpital Salvador Allende depuis 27 ans).

De la position de l'agent dépendra les ressources « mobilisables » au sein de l'institution hospitalière, notamment lors de la mise en œuvre d'une réforme. Face aux réformes, chaque acteur de l'institution, dominant ou dominé, tentera de se réorganiser en fonction de ses possibilités⁵¹³. Dans ce cadre, l'inégalité de position initiale des acteurs induit une capacité différenciée de réaction face aux réformes⁵¹⁴. Les catégories professionnelles dominées disposent de moins de ressources pour parer aux effets des réformes qui traversent le secteur. Dans ce cadre, on peut poser l'hypothèse d'un renforcement de la contrainte qui pèse sur catégories professionnelles subordonnées au sein de l'institution hospitalière.

513 En d'autres termes, en fonction de ses ressources.

514 Comme le note Stewart R. Clegg, « les inégalités structurelles caractérisent les possibilités d'action des différents joueurs au sein d'une organisation » : S. R. Clegg, *Power, rule and domination*, Londres, Routledge, The international library of sociology, 1975. Pour illustrer finement son propos, l'auteur prend l'exemple d'un jeu d'échec : la reine se trouvera généralement dans une situation considérablement et le plus souvent irréversiblement privilégiée par rapport au simple pion, puisqu'un certain nombre de règles culturelles et légales non négociables en la circonstance ouvriront plus de possibilités d'action à l'une qu'à l'autre. (Même si la reine elle-même n'est pas libre de faire ce que bon lui semble).

Cet effet inattendu des réformes hospitalières montrent la déformation de l'esprit de la loi à l'œuvre une fois son application en pratique. Les ressources des pouvoirs dominants de l'institution leurs ont permis de conserver la majorité de leurs prérogatives, par différentes stratégies de résistance et de blocage. Cette recomposition est loin de l'esprit initial prôné par le législateur, et illustre cette différence fondamentale entre le texte et sa pratique. La loi HPST, malgré la réorganisation des instances décisionnaires et la redéfinition des compétences qu'elle a entraînée, n'a pas permis de modifier les rapports de force entre les catégories dominantes de l'institution. Elle a au contraire réduit un peu plus encore la marge de manœuvre des catégories plus subordonnées. Comme le notait déjà Haroun Jamous il y a un demi-siècle, « l'application des règles du jeu d'un système tend à perpétuer en son sein l'accès différentiel à certaines ressources et, plus généralement, le partage d'un certain enjeu entre favorisés et défavorisés »⁵¹⁵. Cinquante ans plus tard, la situation est toujours la même.

Un extrait d'entretien est particulièrement significatif pour rendre compte de la situation actuelle dans l'hôpital public. Il nous est donné par la cadre de santé supérieur du pôle médico-chirurgical. Cet extrait résume de plus la plupart des phénomènes analysés tout au long de ce chapitre :

« Il y a des rapports de pouvoir, mais ils ont toujours existé, le directoire n'a fait que les officialiser, pour moi, ça n'a rien changé, peut-être les paramédicaux sont un peu plus exclus encore de tout ça, mais je pense que la vraie question, c'est qu'on devrait dépasser ces questions de rapports de pouvoir et de luttes de classe. Parce que l'hôpital, c'est une lutte de catégories professionnelles, ce n'est pas un ensemble unifié qui avance ensemble dans les réformes, non, il y a un aspect très politique dans tout ça qui freine les choses, où chacun veut conserver ses attributions, c'est une inertie l'hôpital. Tant qu'on sera dans des choses comme ça, on n'avancera pas. Si vous prenez les élus, c'est pareil, le Conseil de surveillance n'a peut-être plus qu'un rôle formel mais l'élu lui, attendez, il a toujours du pouvoir dans les hautes sphères, aux Ministères ou à l'Assemblée Nationale. Et qui il y a beaucoup aussi à l'Assemblée Nationale ? Des médecins, donc ils ont un grand pouvoir et ils peuvent parfois passer au-delà du directeur général ou du directeur de l'ARS. L'élu, il n'a aucun intérêt à ce que l'hôpital ferme, c'est une source d'emplois pour sa commune, ainsi que des électeurs potentiels, donc les élus sont très

515 Haroun Jamous, *Sociologie de la décision*, op. cit., p. 162

attentifs à leur hôpital, c'est normal, ils le défendent, ils savent très bien que s'il ferme, c'est très dur politiquement pour les maires et députés en place et même pour les politiques à plus haute échelle. Et comme ils sont tous dans une volonté de réélection, ils ne vont jamais jusqu'au bout. Donc malgré les réformes, tout cela est tellement compliqué, il y a tellement de relations de pouvoirs et de niveaux de décision qu'au final, la réforme sur le terrain ne ressemble plus vraiment à celle sur le papier, mettre en œuvre une loi avec peu de moyens, ce n'est pas simple, et c'est souvent assez long, nous on en voit peu l'effet sur le terrain, on essaie mais ça ne fonctionne pas bien, les rapports de pouvoirs sont toujours les mêmes et chacun a gardé ses attributions et se bat pour les garder. Et il y a surtout cet aspect politique, par exemple l'ancien directeur, l'ancien président de la CME et le président du conseil de surveillance n'étaient pas dans cette logique de rentabilité, de productivité donc forcément, ça ralenti les choses, c'est humain, chacun fait de la résistance, et sur le terrain, on est très loin de l'idée de départ de loi. A la base, l'idée n'était pas mauvaise, mais ce n'était pas le bon contexte » (Huguette, 48 ans, cadre de santé supérieur du pôle médico-chirurgical, ancienne infirmière (de 1987 à 1995), puis cadre de santé jusqu'en 2012, à l'hôpital Salvador Allende depuis 25 ans).

Ainsi, les réformes organisationnelles de la nouvelle gouvernance hospitalière (mise en pôle) et les modifications de compétence opérées par la loi HPST ont rencontré de nombreuses difficultés de formalisation dans leur mise en œuvre à l'hôpital Salvador Allende. La structuration de l'institution, les rapports de pouvoir en son sein et la volonté individuelle de conservation des prérogatives représentent des puissants mécanismes qui limite en pratique toute tentative de changement dans l'institution. Ainsi, bien que « les réformes institutionnelles soient des activités sociales intentionnellement orientées autour d'enjeux de transformation de règles, elles sont profondément contraintes du fait de leurs appartenances à des espaces sociaux et institutionnels au sein desquels elles se déploient et qu'elles ambitionnent de changer »⁵¹⁶. Les espaces sociaux qu'elles tentent de transformer sont complexes, et ne restent jamais passifs face à une modification substantielle de leurs « conditions d'existence ».

516 Philippe Bezès, Patrick Le Lidec, *art. cit.*, « Ce que les réformes font aux institutions », p. 75.

CONCLUSION GENERALE

Ces deux ensembles de réformes ont ainsi entraîné de nombreuses transformations dans l'institution hospitalière. Néanmoins, elles n'ont pas toutes eu des effets équivalents. L'introduction de la tarification à l'activité représente de loin le changement le plus structurant au sein de l'hôpital. Ce nouveau mode financement « incitatif » a entraîné de profondes évolutions dans les pratiques des agents du secteur. Si la mise en place de T2A au sein des hôpitaux a dévoilé certains effets « non désirés »⁵¹⁷, son application a été le théâtre de transformations conséquentes dans ce secteur d'action publique.

Au contraire, d'autres réformes ont rencontré d'importantes difficultés de formalisation en pratique (volet « Gouvernance » de l'ordonnance de 2005 et loi HPST de 2009). Les modifications organisationnelles opérées n'ont pas eu les effets escomptés. La mise en place des pôles d'activité s'est heurtée à la résistance farouche des chefs de service⁵¹⁸ qui sont parvenus à ôter presque tout pouvoir réel au chef de pôle. Ces stratégies de blocage ont limité en pratique la portée de cette réforme. Les services existent toujours et ils demeurent l'échelon organisationnel le plus structurant de l'institution hospitalière. Dans une perspective similaire, la redéfinition de compétence opérée en faveur des directeurs d'hôpitaux a eu des effets moindres. Malgré la volonté gouvernementale de renforcer les prérogatives du directeur général pour modifier l'équilibre des pouvoirs au sein de l'institution, les « pleins-pouvoirs » du directeur relèvent en réalité de l'illusion. Cette redéfinition des compétences reste ainsi « formelle », et on observe une certaine stabilité dans les rapports de force entre catégories dominantes. Les catégories traditionnellement dominantes à l'hôpital (pouvoir médical, pouvoir mayoral) ont mobilisé leurs nombreuses ressources afin de conserver une place prépondérante dans le processus de décision. La négociation demeure la règle, et le directeur général est aujourd'hui encore, contraint d'obtenir le « consentement tacite » des autres acteurs dominants de l'institution pour toute grande décision concernant l'évolution de l'établissement. A contre-courant des principales conclusions de la littérature, la loi HPST entraînerait même une réduction de la marge de manœuvre des directeurs, au profit des agences régionales de santé, confirmant l'hypothèse d'un renforcement du pilotage politique en matière de santé⁵¹⁹.

517 Comme l'introduction d'une logique de rentabilité, une concurrence accrue entre hôpitaux...

518 Ainsi qu'à la frilosité des directions administratives dans la délégation de gestion que prônait la l'ordonnance de 2005.

519 Diminution de marge de manœuvre qui se répercute elle-même sur les catégories professionnelles les plus

Ces réformes ont ainsi entraîné des évolutions nuancées. Cette inégale efficacité des lois s'explique en premier lieu par leur différence « d'objet ». Les lois organisationnelles et de modification de compétence ont rencontré davantage de difficultés d'application en pratique⁵²⁰. Leur mise en œuvre s'est confrontée à de puissants intérêts professionnels, qui ont significativement contribué à « déformer » l'esprit de la loi⁵²¹. La force des logiques d'institution a ainsi agi comme un puissant facteur d'atténuation de ces réformes. Dès lors, il est possible de poser une première affirmation⁵²²: les conditions sociales de « réussite » d'une réforme seront étroitement dépendantes de son « objet ».

L'étude de la mise en œuvre des réformes hospitalières permet ainsi d'introduire une sociologie du changement dans l'action publique. Elle met en lumière différents phénomènes propres aux activités de réforme. Dans cet espace social où tout semble avoir changé, certains mécanismes inhérents aux institutions demeurent pourtant immuables. Observer l'application d'une loi « sur le terrain », au sein d'une institution comme l'hôpital, rend dès lors possible l'analyse de ces mécanismes complexes⁵²³ qui interviennent dans la mise en œuvre d'une réforme⁵²⁴.

Dans une perspective élargie, centrer la recherche sur les différentes étapes d'une réforme législative, de sa conception⁵²⁵ à sa mise en œuvre, permettrait d'opérer une conceptualisation plus

dominées à l'hôpital.

520 Afin de prévenir les critiques, il est nécessaire ici d'introduire une réserve. L'introduction de la tarification à l'activité a été amorcée il y a plus longtemps que les autres réformes que nous avons étudié. Il est possible que l'effet moindre de certaines réformes soit en partie dû à leur introduction « relativement » récente. Les véritables effets de certaines dispositions ne seront peut-être perceptibles que dans plusieurs années. Elles se sont néanmoins heurtées à des mécanismes qui eux, demeurent « intemporels » et observable dans de nombreux autres espaces sociaux. Il est néanmoins nécessaire de garder à l'esprit l'importance du temps long dans la mise en œuvre des réformes. Dans ce cadre, effectuer une enquête similaire dans plusieurs années permettrait peut-être de remettre en cause certaines hypothèses développées dans ce travail de recherche.

521 Démontrant ainsi l'écart immuable entre un texte de loi et son application en pratique.

522 Qui reste évidemment à vérifier dans d'autres secteurs d'action publique qui répondent à des logiques très différentes.

523 De plus, ces mécanismes ne sont pas propres aux institutions.

524 Une enquête de terrain au cœur d'un hôpital, permet ainsi au chercheur d'appréhender un ensemble de mécanismes difficilement perceptibles si l'on s'en tient à l'analyse de matériaux sociologiques de « seconde main » (rapports au gouvernement, articles et journaux, entretiens avec des hauts-fonctionnaires ou avec des journalistes). Pour observer les effets des réformes hospitalières, il est nécessaire de passer la porte de l'hôpital, d'y interroger ses acteurs afin de saisir au concret, les véritables évolutions qu'elles ont entraînées.

525 Ainsi, analyser les débats parlementaires, les buts poursuivis par les concepteurs de la loi, leurs attentes, son adoption ainsi que les divers amendements qui la modifie, sa mise en œuvre, du décret d'application aux formes qu'elle revêt en pratique dans une institution donnée.

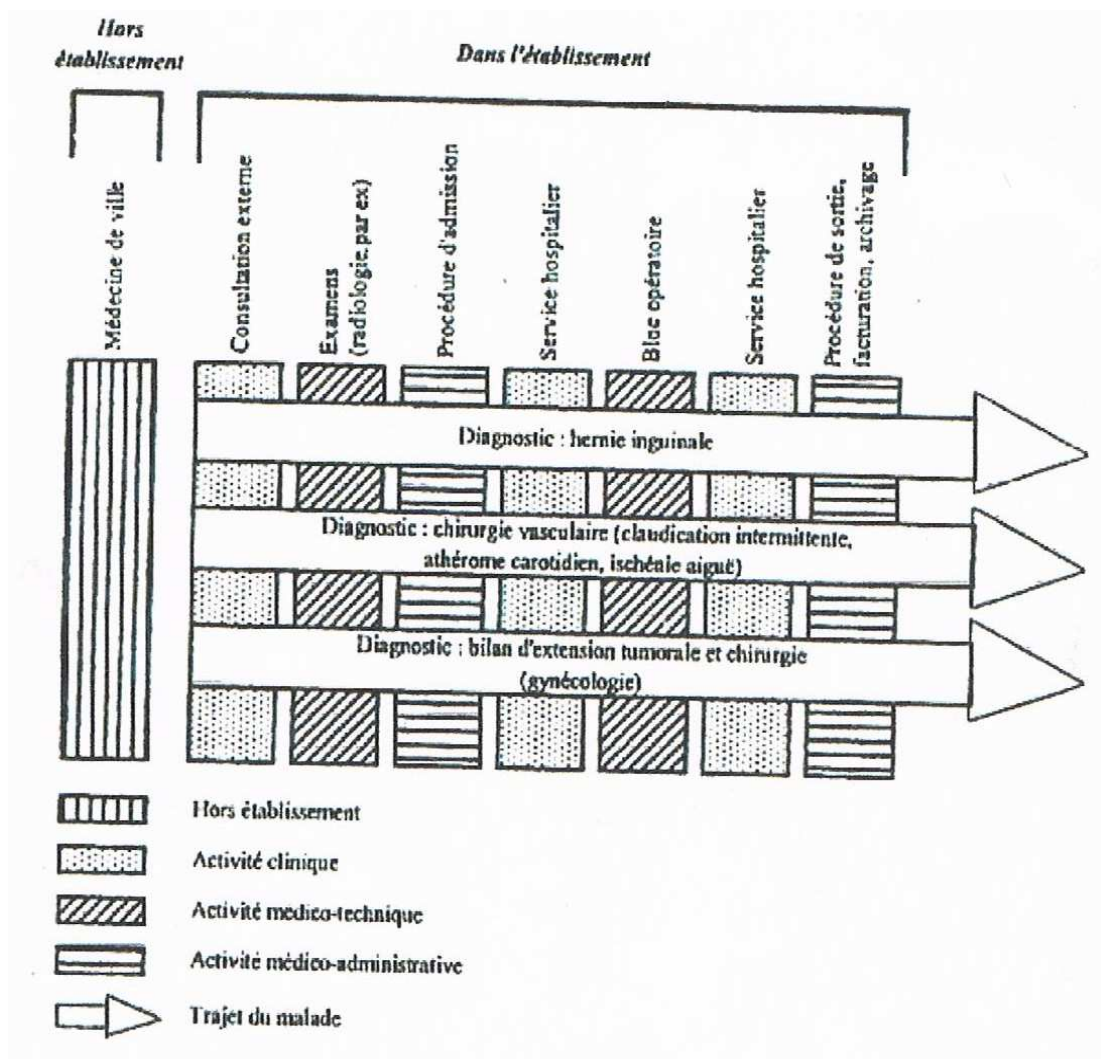
approfondie des différents mécanismes limitatifs propres aux activités de réforme, afin de mettre en lumière les distances qui séparent en pratique, un texte de loi de son application effective dans un espace social spécifique.

Annexes :

Annexe n°1 : Le plan d'organisation de l'hôpital







Annexe n°2 : Les types d'activité rencontrés par le patient



Liste de Plans d'action permettant d'atteindre l'EPRD 2012 : recettes moyen terme

- **ACTION OFFRE MEDICALE :**
Optimiser l'offre médicale en fonction des marges contributives de chaque spécialité
 - Analyser le compte de résultat 2011
 - Ramener chacune des activités à une unité commune (nombre de lits, nombre de passages en consultations...)
 - Définir un plan d'action spécifique pour les activités dégageant le moins de marges (réduction des dépenses, augmentations des recettes, suspension de l'activité...)
 - **Organiser une task force d'analyse des comptes et de propositions chiffrées (Pt CME, DAM, CAG, DAF, DIM)**

		Rentabilité forte	Rentabilité faible
+ Taux de croissance du marché -	+	Activités stars 	Activités dilemmes 
	-	Activités vaches à lait 	Activités poids morts 
		+	-
		Part de marché relative	

Entretiens réalisés

	Âge	Fonction	Service/pôle	Renseignements complémentaires	Date
Michel	58 ans	Ancien directeur général	Direction	Désormais directeur général en CHU à l'AP-HP	26/12/12
Patrick	68 ans	Président du Conseil de surveillance		Député-Maire de la circonscription	11/01/13
Vincent	26 ans	Assistant Parlementaire		Assiste au Conseil de surveillance depuis 2 ans	12/02/13
Yves	59 ans	Agent de maîtrise principal	Service technique/Atelier	Ancien représentant du personnel CGT	14/03/13
Damien	44 ans	Préventeur/médecine du travail	DRH	Représentant du personnel CGT, membre du Conseil de Surveillance	20/03/13
Pierre	52 ans	Agent Administratif	Responsable du service Parcours		27/03/13
Karl	46 ans	Agent de maîtrise	Responsable de la Salubrité/UCC	Ancien responsable du service cuisine	27/03/13
Mohamed	56 ans	Contremaître principal	Responsable de la Blanchisserie	Arrivé du secteur privé en 2007	29/03/13
Karima	60 ans	Assistante sociale/Cadre socio-éducatif	Service social		03/04/13
Antoine	50 ans	Agent chef	Responsable des Jardins	Ancien représentant du personnel CGT	04/04/13
Sarah	44 ans	Médecin/Chef de service/Chef de pôle	Soins de suite et rééducation		05/04/13
Jacques	47 ans	Psychiatre/Chef de service/chef de pôle	Psychiatrie		05/04/13
Lucas	59 ans	Chirurgien/Chef de service	Gastro-entérologie	Membre du directoire	10/04/13
Théo	47 ans	Cadre de santé	Urgences	Ancien infirmier	11/04/13
Marie-Claude	47 ans	Cadre de santé	Réanimation	Ancienne infirmière	12/04/13
Gisèle	58 ans	Cadre supérieur de santé	Pôle urgences-Réa-Anesthésie	Ancienne infirmière, ancienne surveillante.	12/04/13
Kadia	29 ans	Directrice des services économiques	Services économiques	Toute jeune directrice arrivé en 2008	15/04/13
Marc	38 ans	Infirmier	Pédopsychiatrie		17/04/13
Monique	57 ans	Directrice des services financiers	Affaires financières		18/04/13
Céline	57 ans	Cadre de santé	Diabétologie	Ancienne infirmière	19/04/13
Kamélia	42 ans	Cadre supérieur de santé	Pôle mère-enfant	Ancienne infirmière, ancienne surveillante.	24/04/13
Jean	50 ans	Radiologue	Radiologie	Travail de nuit	26/04/13
Louise	54 ans	Aide-soignante	Gastrologie	Travail de nuit	26/04/13
Chantal	43 ans	Directrice de la qualité de l'informatique	Direction	Ancienne DRH	03/05/13
Christopher	46 ans	Directeur général	Direction	Ancien directeur adjoint des Affaires médicales à l'AP-HP	13/05/13
François	51 ans	Anesthésiste-Réanimateur/Chef de service	Anesthésie	Ancien président de la CME, ancien vice-président du directoire	14/05/13
Huguette	48 ans	Cadre supérieur de santé	Pôle médico-chirurgical	Ancienne infirmière, ancienne surveillante.	16/05/13
Stéphanie	56 ans	Directrice des Soins Infirmiers	Direction	Ancienne infirmière	17/05/13

Retranscription des entretiens⁵²⁶ :

Entretien n°1 : Michel, 58 ans, directeur général de CHU, ancien directeur général de l'hôpital Salvador Allende, en poste de 2003 à 2012 (le 26/12) :

A : De votre point de vue, qu'est-ce que la loi HPST, créant les ARS, a changé dans la prise de décision, notamment au niveau du budget. Sachant que lors de mes précédents entretiens, un responsable me disait que vous vous déplaçiez directement à l'ARS pour négocier l'EPRD et des contrats d'objectifs et de moyens

M : Alors il y a eu les ARH, et il y a eu les ARS après, depuis le 1^{er} Avril 2010, en tout cas en Île-de-France. C'était les agences régionales d'hospitalisation. Alors c'est vrai que ça a été une nouveauté. C'est une suite logique de la loi Defferre de décentralisation, la loi fondatrice. Et la mise en place des ARH, c'est tout simplement qu'à la tête des régions, ils ont mis un super préfet, on va appeler ça comme ça, qui gère tout ce qui tourne autour de la santé. Donc ça c'était avec les ARH, et ensuite avec les ARS ils ont hérité en plus de tout ce qui est ambulatoire, les caisses de Sécurité Sociale, et cætera. Ça c'est la réforme HPST. Mais dès la mise en place des ARH, en effet, ce qui a un peu changé, nous ne dépendions plus des préfets de départements, ni du préfet de région, mais de l'ARH ou ARS, et dans les départements, il y avait du temps des ARH, il y avait encore les DASS, qui datait de 1964 elle, mais il y a eu les délégations territoriales avec les ARS. Donc si vous voulez, il y a eu une sorte de centralisation régionale des compétences et des attributions, au niveau de la santé notamment. Voilà, c'était la novation des ARH, puis des ARS. Alors évidemment, c'est avec ces personnages-là qu'on est censé discuter des affaires de l'hôpital. Quand ils ont mis en place les ARH, ils ont mis en place les SROS. Donc c'est en quelque sorte un plan régional. Et c'est devenu un plan stratégique régional de santé (PSRS). D'ailleurs, c'est un peu la même chose, ils essaient de planifier. Vous savez que dans ce pays le plan a pris un coup, mais en matière sanitaire, vu que ça coûte très cher, ils ont quand même maintenu une certaine planification. Donc ça, c'est le SROS et PSRS. Alors il y a tout un système de concertation qui a été mis en place, des conférences sanitaires de secteur, ils consultent les élus, ils consultent les hôpitaux, ils consultent la fédération privée, la FHF, ils consultent tous les professionnels, les syndicats, et cætera, et donc ils rédigent ce document qui est pour 4 ou 5 ans la loi de la région. Et dans ce document, ils vous disent, alors je dis n'importe quoi hein, mais il y a deux services de cardiologie en trop dans le département de Seine Saint Denis, il y a trop de SSR dans l'Essonne, et ils prévoient si vous voulez, ce qu'ils vont ouvrir, ce qu'ils vont fermer, et ce qu'ils vont muscler, ou pas muscler d'ailleurs. Et donc ça c'est la loi qui s'applique à toute une région, et chaque région a son SROSS, son plan stratégique, et après c'est évidemment avec les directeurs d'établissements qu'ils discutent les contrats d'objectifs et de moyens et

526 Nous retranscrivons ici uniquement les passages les plus significatifs des entretiens réalisés (particulièrement ceux ayant servi à la démonstration).

les EPRD, ce sont les budgets hospitaliers, discutés naturellement tous les ans.

A : Surtout que c'était un budget global avant

M : C'était un budget global effectivement, et encore avant, c'était le prix de journée, et maintenant, c'est la rémunération à l'activité, la tarification à l'activité, et là, c'est différent, je vous en dirais deux mots après. Vous avez eu trois régimes de rémunération des hôpitaux. Le prix de journée, alors là, c'était la bouteille à l'encre ça. J'ai connu les trois. Alors le prix de journée, c'était très inflationniste, c'est pour ça qu'ils l'ont liquidé. Un peu tardivement mais ils se sont aperçu que c'était très inflationniste. Parce que, comment on procédait pour faire simple. Vous calculiez vos dépenses, tient qu'est-ce que je vais dépenser en personnel l'année prochaine, en 2013, je vais avoir tant d'effectifs, médecins, infirmières, vous calculiez vos charges de personnels, ensuite, vous calculiez quelles dépenses vous alliez avoir pour les médicaments, comment on faisait d'habitude ? On prenait la moyenne arithmétique des trois dernières années et on ajoutait 4, 5, 6, 8, 10% en fonction du taux d'inflation et on calculait nos dépenses de produits pharmaceutiques, de médicaments, des dispositifs médicaux, de fluides... après vous passiez au titre 3, c'était les dépenses d'intendances, de logistiques, en général, l'électricité, le chauffage, la nourriture, la blanchisserie, les contrats de maintenances tout ça, et même chose, vous preniez la moyenne des trois dernières années et vous ajoutiez l'inflation et même un peu plus. Et le groupe 4, c'était toutes les dépenses des comptes financiers, les amortissements, les intérêts quand vous aviez des emprunts, donc ça, c'est un groupe qu'on maîtrisait assez parce que vous saviez un peu près qu'elle était vos amortissements, quels emprunts vous avez fait, d'ailleurs on devait joindre à la préparation du budget une liste des emprunts en cours, avec les remboursements en capital et en intérêts, ça c'était relativement. Vous ajoutiez ces 4 groupes, vous obtenez le total de vos dépenses, puis ensuite, vous calculiez le nombre de journée d'hospitalisation que vous alliez faire en fonction des services. Et naturellement, vous divisiez votre total de dépense par votre total de journée et vous aviez votre prix de journée, donc système très inflationniste. Parce que qu'est ce qui se passait ? En septembre, octobre, malgré tout ça, vous étiez capable de dire, je vais être en déficit. Ou je vais être en excédent. Très peu d'hôpitaux étaient en excédent. Donc il existait à l'époque ce qu'on appelait un budget additionnel. On avait le droit d'en faire donc qu'est ce qui se passait ? Moi j'ai vécu ça : en septembre, le retour des vacances, les directeurs prévoyant convoquaient leurs CME et leur CA à l'époque, et il disait voilà, Monsieur le président, je pense que si on ne fait rien, on sera en déficit à la fin de l'année, donc je vous propose d'augmenter notre prix de journée, de 2 ou 3%. Et puis la plupart du temps, on disait aux médecins, puisque c'était le prix de journée, on était payé à la journée, on disait au médecin, ce n'était jamais dans les PV, vous ne le verrez jamais dans les PV, cher docteur, j'aimerais que vous allongiez un peu votre durée moyenne de séjour. Parce que ça va nous faire des recettes. Résultat, la quasi-totalité des hôpitaux étaient en équilibre, mais au quel prix, c'était les grands déficits de la sécurité sociale de l'époque Barre. Alors Raymond Barre en arrivant la dedans, il a tout de suite compris que c'était un système qui ne pouvait pas continuer, crise pétrolière à l'époque, vous étiez jeune, peut-être pas né, et il a dit ça, ça ne marche pas du tout, donc il est passé à la dotation globale, budget global. Et alors là, quelle que soit votre activité, vous aviez un budget. Et alors les bons étaient pénalisés, parce que quand vous aviez dépensé votre budget global, vous étiez obligé de dire à votre médecin stop, plus d'activités car qui dit activité dit dépense. Vous admettez un

malade, vous opérer, un bloc ça coûte, il faut le soigner, médicament, personnel, et cætera. Vous aviez les dépenses, mais vous n'aviez pas les recettes. Puisque le budget global était bloqué, par contre, les établissements qui finalement marchaient tranquillement étaient excédentaires. Par ce qu'ils avaient une activité en deçà de leur budget global. Donc des dépenses en deçà. Donc la paradoxalement, c'est Ravit, Ministre de la santé PC à l'époque en 1981-83 qui a dit, mais c'est un système à la con ce truc-là, excusez-moi. Il faut qu'on change, et donc lui avait parlé non pas de tarification à l'activité, mais de tarification à la pathologie. Il y a eu des débats pendant des années, et on est arrivé à la tarification à l'activité. Donc un malade qui se fait hospitaliser il vient pour une prothèse totale de hanche, il y a un tarif national pour la prothèse total de hanche, qu'elle que soit l'hôpital, et l'hôpital est remboursé et rémunéré en fonction de l'activité. Vous faites 300 prothèses totales de hanches, vous êtes rémunérés pour 300, vous en faites 10, vous êtes rémunéré pour 10. La logique, c'est si vous avez de l'activité, vous avez de la recette. Si vous n'avez pas d'activité, vous aurez les recettes de votre activité, c'est-à-dire pas grand-chose. Ça c'était pour donner un coup de pouce pour les hôpitaux qui voulaient augmenter leurs activités, et c'était aussi pour faire qu'il n'y ait plus de rente de situation et ils sont passés à la tarification à l'activité. Donc on est passé du prix de journée au budget global à la tarification à l'activité. Bon après moi, ce que je reproche un peu, c'est qu'il faudrait qu'ils augmentent un petit peu les missions d'intérêt générale parce qu'on fait des choses pour lesquels on n'est pas rémunérés. Résultat des courses, la moitié des hôpitaux sont en déficit. Vous le savez, et les tarifs, deuxième critique, ne sont pas à la hauteur des dépenses puisque vous avez des tarifs qui diminuent. Parce que les tarifs sont une manette à la disposition du gouvernement les tarifs. Quand ils voient qu'une activité s'accroît, ils baissent les tarifs pour décourager, c'est une politique keynésienne à rebours. Ils diminuent l'offre. Et comment diminuer l'offre ? En jouant sur les tarifs. Alors la principale critique qu'on peut faire à ça, c'est et les besoins de santé là-dedans. C'est toujours le hiatus entre nécessité budgétaire et besoin de santé. Donc voilà comment ça fonctionne en gros.

A : Finalement, c'est la T2A qui a le plus modifié le système de gouvernance des hôpitaux

M : C'est la plus structurante si on peut dire.

A : Également, la loi HPST a introduit des changements dans les organes directeurs, notamment avec la création du directoire

M : La première loi après Juppé on va dire, donc c'était une loi qui laissait le conseil d'administration en l'état en gros mais qui créait un conseil exécutif. Elle laissait la Commission médicale d'établissement comme elle était avec ses attributions mais elle intercalait entre les deux un comité exécutif. Ce comité exécutif, y siégeait tous les chefs de pôles, puis deux ou trois directeurs. Moi je trouvais que c'était très bien ça parce que les chefs de pôles étaient représentés. Alors à Salvador Allende, il y avait 7 ou 8 pôles donc c'était bien et ça, ça permettait une concertation intéressante. Je ne sais pas pour quel motifs ils ont trouvé que le conseil exécutif était un organisme un peu lourd, et loi HPST, ils ont réduit ça et ils ont mis en place le directoire. Ils ont revu les compétences du CA qui est devenu conseil de surveillance, qui ne

délibère même plus sur le budget, puisqu'il est informé du budget, c'est quand même, à mon avis, ça pose problème ça, parce que qui a-t-on dans un conseil de surveillance ? On a des élus. Il y a le député, et les élus sont quand même des gens légitimes issus du suffrage universel, et ces gens-là n'ont même plus leurs mots à dire sur le budget de l'hôpital. Moi je ne suis pas trop d'accord, après ça dépend de quelle conception ont se fait d'un établissement public hospitalier. Donc ils ont réduit les compétences du conseil de surveillance et ils les ont attribuées au directoire, c'est le directoire, donc le directeur, parce que le directoire ne rend pas de décision, il donne des avis. Et c'est le directeur qui décide après avoir consulté le président de la CME et son directoire. Et donc c'est le directeur qui prépare le budget, l'EPRD, il voit ça avec son directoire et il le donne pour information au conseil de surveillance. Donc le pouvoir entre guillemet c'est déplacé. Il est passé du conseil de surveillance au directoire, quant à la CME même chose, elle n'a plus d'avis à donner sur les nominations médicales. Ça se passe aussi au directoire. Donc y a eu un peu une concentration du pouvoir au niveau du directoire. D'ailleurs les mots ont un sens, la terminologie n'est jamais innocente. Conseil de surveillance, directoire, c'est issu du privé tout ça, donc effectivement ils ont voulu modifier l'équilibre du pouvoir par cette loi HPST. On a assisté à un basculement des attributions et compétences du CS et de la CME voir le directoire, et donc vers le directeur car le directeur est le président du directoire.

A : Et quelle est la composition du directoire ?

M : Il y a 7 personnes. Vous avez 4 médecins, et 3 non médecins, donc les médecins ont la majorité au directoire, ça aussi ce n'est pas un phénomène de hasard.

A : Ils se sont beaucoup mobilisés lors du processus d'adoption de la loi HPST car ils avaient peu été consultés.

M : Tout à fait.

A : Et ça a été comme ça dès l'adoption de la loi ou ces modifications résultent du décret d'application ?

M : Alors oui, il y a eu un bégaiement là à un moment donné, donc siège de droit, le président de la CME, 3 autres médecins sur propositions du président de la CME. C'est le directeur qui décide donc le directeur peut dire vous m'envoyer le docteur machin, moi je ne veux pas le directeur machin, je veux le docteur Duchemin. Il a le droit de le faire le directeur. Bon en général si vous voulez, comme le directeur et le président de la CME forment un tandem très important pour l'hôpital, je ne connais pas de directeur qui va se mettre à dos son président de CME en refusant au directoire quelqu'un qu'il lui propose. Bon, et les trois autres, c'est qui ? C'est le directeur. A notre grande surprise, de droit, le directeur des soins, alors elles ont fait du bon lobbying vous voyez parce que ce n'était pas prévu au départ ça. Et un autre directeur nommé par le directeur lui-même, donc ça fait 7 au total. Bon après, vous pouvez inviter untel ou untel en fonction de l'ordre du jour, mais les 7 qui délibèrent c'est eux.

A : Donc c'est eux qui sont chargés de prendre les grandes orientations pour l'hôpital

M : C'est le directoire, mais le directeur n'est pas tenu de suivre les avis du directoire. Il rend des avis et il délibère par consensus, il n'y a pas de vote.

A : Donc en dernier ressort, la décision vous appartient.

M : Mais, on essaie quand même d'avoir l'assentiment d'une grande majorité du directoire. Sinon, ça ne serait pas vivable si le directeur passait son temps à prendre des décisions totalement contraires aux CS et au directoire, il ne durerait pas longtemps. Parce que les politiques ont quand même gardé un peu de pouvoir. Moi mon président de conseil de surveillance est ministre dans l'actuel gouvernement, supposez que je ne suive pas quelque chose qu'il m'a dit, vous croyez que je vais rester 48 heures dans l'hôpital (rire). Les politiques ont quand même quelque part toujours un rôle, même le député-maire dans mon ancien hôpital.

A : Je l'ai rencontré aussi de par mon militantisme.

M : Vous lui transmettez mes amitiés, c'est un ami de longue date.

A : Et lui il en disait quoi ? Parce que son rôle a changé quelque part

M : Ah oui, oui, oui. Je l'ai souvent entendu dire en CS, de toute façon, nous les élus, on est des potiches maintenant avec la loi HPST, donc Monsieur le directeur, gérer l'hôpital, vous aurez mon soutien mais si vous vous voulez bien me demander mon avis, je vous le donnerai, mais vous voyez bien vous-même qu'on méprise les élus. Ils voulaient se débarrasser des élus, franchement au niveau du gouvernement qui a mis en place la loi HPST.

A : Parce qu'il y a eu presque une cacophonie parce qu'on a décentralisé et la quelque part, on est un peu en train de re-centraliser au niveau du pilotage politique.

M : Ah oui, oui, bien sûr, on a recentraliser. D'ailleurs, il y a certains directeurs généraux d'ARS qui veulent jouer les gros bras et qui vont au-delà de leurs compétences. En fait les ARH à l'époque, c'était censé être des administrations de mission, pas des administrations de gestion. Voilà, vous êtes à Science-Po donc vous voyez la différence, c'est très important. Et de plus en plus les ARS sont en train de devenir des administrations de gestion. C'est là qu'on n'est pas forcément d'accord nous les directeurs d'hôpitaux et président de CME. Et nous on dit, à ce moment-là, il n'y a qu'à supprimer les directeurs d'hôpitaux. Et puis vous faites de telle sorte que les hôpitaux soient des services extérieures de l'ARS. Bon alors que jusqu'à maintenant dans ce pays, les CH, les hôpitaux, c'est pareil pour Marseille, c'est pareil pour Lyon, c'est pareil pour l'AP-HP, nous sommes des établissements publics communaux, ou intercommunaux ou

départementaux pour les CHS (psy). Nous sommes des établissements publics. Et en droit public français, ce n'est pas anodin, ça veut dire que normalement on doit avoir la personnalité juridique et l'autonomie financière. Autonomie financière, il y a longtemps que c'est terminé avec la T2A mais la personnalité juridique, on l'a gardait jusqu'à nouvelle ordre. Donc vous voyez c'est un peu flou tout ça.

A : D'autant plus que la loi HPST avec le directoire, ça a quelque part renforcé les compétences du directeur d'hôpital et de l'autre, on observe peut être parallèlement un renforcement des ARS ?

M : Absolument, bien sûr. Et là, ou on le voit aussi, c'est sur la procédure de nomination des directeurs. Avant, le poste était publié. Il y avait des candidats, il y avait une commission de classement. Donc supposons que vous ayez 25 candidats, vous en placiez 5. C'est 5 candidats, on les faisait connaître au président du CA, le président du CA les recevaient tous et faisait un choix. Et il était exceptionnel que le ministre de la santé ne suive pas l'avis du CA qui la plupart du temps était député-maire, sénateur-maire. Maintenant, ça a totalement changé. Vous avez toujours la publication quand-même. Vous avez toujours les candidats, vous avez toujours, ça a changé de nom, c'est la commission des carrières maintenant, qui sélectionne des candidats et en retient 4, 5, 6 en fonction de l'importance de l'hôpital. C'est ce qui s'est passé pour l'hôpital Salvador Allende, c'est ce qui s'est passé pour ici, et le CNG, le Centre national de Gestion, vous avez entendu parler de ce truc-là ? Alors c'est un organisme, encore un démembrement de l'État, une sorte d'établissement public qui gère les carrières des directeurs des hôpitaux et des médecins. Donc le CNG qui gère tout ça, donc il envoie au président du CS les 5 candidats qui sont retenus par la commission des carrières. Normalement, le député-maire de la circonscription de l'hôpital Salvador Allende l'a fait d'ailleurs. Il reçoit les candidats, et il donne un avis, qui n'est plus qu'un avis, qu'il transmet au directeur général de l'ARS, et c'est le directeur général qui en donnant son avis au CNG, si vous voulez est maître du jeu. Parce que pour l'instant, le CNG n'est jamais allé à l'encontre d'un avis du directeur général de l'ARS. Par contre, ce que je peux vous dire, ça reste entre nous, c'est que le président du CS n'a pas donné forcément donné un avis similaire à celui du DG de l'ARS, bon, et là on voit que celui qui a la priorité, ce n'est plus l' élu, c'est l'ARS, donc vous voyez, il y a un glissement quand même, un dessaisissement des élus de tout un tas de chose, y compris de la nomination des directeurs d'hôpitaux. C'est quand même assez significatif ça.

A : Et les directeurs de l'ARS, en général, c'est des gens qui ont quoi comme formation ?

M : Ce sont des anciens préfets, ou sous-préfet, ou d'anciens directeurs d'hôpitaux, de CHU, ou des anciens directeurs de cliniques privées, ça peut aussi être des anciens directeurs de cliniques. Parce qu'il y a plus de passage entre l'un et l'autre. Et ils sont désignés en Conseil des Ministres.

A : J'ai lu dans un article qu'il fallait en finir avec la gestion par les intéressés, pouvez-vous m'en parler ?

M : Oui, c'est ce qu'on disait tout à l'heure, c'est le transfert de pouvoir du CS au directoire, de la CME au directoire, et du directoire au directeur. Le directoire n'a pas de pouvoir de décision. Il donne un avis, c'est le directeur qui décide. Mais il le fait toujours avec l'accord de son directoire parce qu'un directeur qui décide en permanence contre l'avis de son directoire, en deux mois, il dégage. Il faut être clair, parce que les médecins vont commencer à remuer, les élus aussi, et puis on va vous dire monsieur le directeur, ou bien vous mettez de l'eau dans votre vin ou vous allez voir ailleurs. Voilà, ils vont voir le directeur général de l'ARS, ils vont voir le ministre. Donc vous ne pouvez pas vous permettre de diriger un hôpital tout seul, comme un soliveau.

A : Mon père m'a dit que vous avez commencé en tant que directeur du personnel, et aujourd'hui, il y a eu une élévation des titres pour être directeur d'hôpitaux.

M : Oui, la plupart du temps, ils ont fait droit, Science Po, certains ont fait philo, sciences, mais très, très peu ont fait une prép. ENA, qui ont fait comme moi d'ailleurs, qui se sont rétamés à l'ENA, qui ont passé le concours de l'ENSP, EHESP maintenant, et qui effectivement ont un certain bagage et un certain formatage entre nous. Et qui, ça ont l'a tous subi. Vous savez moi, je suis de la promotion 1973, à l'école de la Santé, je me rappelle des cours qu'on suivait là-bas, je passais mon temps à les critiquer quoi. Vous me direz que j'étais politiquement sur une certaine orientation qui faisait que je ne pouvais que critiquer ce qui se disait là-bas, mais je n'ai pas changé là-dessus.

A : Lui parle de mon engagement et de mes relations avec le député maire PCF

M : Oh, moi, Patrick (député-maire et président du conseil de surveillance de son ancien hôpital), pour tout vous dire, je l'ai connu, il était l'adjoint de R (ancien député-maire communiste dont l'hôpital porte le nom), et ensuite, il est devenu secrétaire de la fédération du PC de X, après il est devenu maire de X et député. Et moi je l'ai connu en 1975 ou 1976, vous voyez. Et son prédécesseur a été président du Conseil d'administration de l'hôpital, je l'ai connu moi. Alors, si vous voyez Patrick, vous lui transmettez toutes mes amitiés, c'est un ami de longue date.

A : Et votre formation ?

P : Je suis de formation droit-science-po, prép ENA, puis thésard sur la démocratie directe, thèse que j'ai dû différer pour gagner ma vie, donc passage de plusieurs concours dont l'ENSP à l'époque Puis j'ai fait une thèse sur le même sujet, que j'ai obtenue en 2010.

Entretien n°2 : Patrick, 68 ans, député-maire de la circonscription depuis 1981, mouvement apparenté communiste, ancien assistant parlementaire du président du groupe communiste à l'Assemblée Nationale de 1964 à 1981, président du Conseil de Surveillance de l'hôpital Salvador Allende depuis 21 ans (le 11/01) :

A : Quelle est votre vision de la loi HPST ?

P : La loi (HPST) est une rupture sur la gouvernance des hôpitaux, mais bien franche quoi, c'est-à-dire, ce que je disais, c'est une reprise en main par l'État donc les agences régionales de santé depuis 2009, elles ont des pouvoirs très importants, elles gèrent des sommes considérables, bien plus d'ailleurs que certains Ministères, donc reprise en main qui fait que les élus qui siègent aux conseils de surveillance aujourd'hui qui étaient les conseils d'administration, je pense le plus jouent un rôle formel. Alors bien sûr, ils sont informés par les directions de l'hôpital mais l'ordre du jour des CS dépend du directeur, quand on prend l'EPRD, il dépend également de la direction. Alors on est informé, mais l'EPRD va à l'ARS qui le transforme, le change et les CS ne votent même plus l'EPRD. On a une information c'est tout. Donc c'est vraiment très formel, j'ai souvent l'occasion de parler de plante verte un peu quand même mais c'est quand même une rupture très importante avec l'ancien système, là aujourd'hui, c'est une reprise en main de l'Etat, avec une grande centralisation, et un pouvoir donné au directeur, le directeur décide de tout. Ils sont dans le directoire, ils décident de tout, donc le CS est informé, alerté, il peut poser toutes les questions possibles. C'est bien qu'il reste des élus dans les conseils de surveillance, parce qu'on est aussi surtout à l'écoute des populations, on connaît leur désirât, les souffrances que l'on rencontre, surtout dans les territoires fragilisés comme ceux de banlieue, mais la loi a changé beaucoup de chose quand même.

A : Votre assistant parlementaire me disait justement qu'il y avait peu de débats et qu'il y avait un côté salle d'enregistrement ?

P : Y a du débat mais ce n'est pas tranché par des votes quoi.

A : Et avant quand vous étiez au Conseil d'Administration ?

P : Oh, avant il y avait déjà un rôle prééminent des directions d'hôpital, mais là ça a complètement changé. Avant lorsqu'il y avait un poste vacant et qu'il fallait renouveler la direction, le président du Conseil d'administration avait un rôle à jouer et souvent, très souvent, dans la plupart des cas, son avis était suivi. En l'espèce, ce n'est plus le cas aujourd'hui. On consulte le président du Conseil de surveillance mais

c'est l'ARS qui décide voilà, avec des pouvoirs très, très, renforcés quoi.

A : C'est un peu paradoxal puisque dans un certain sens, cette réforme participe à l'évidement du débat dans ces différentes instances, parce que si c'est dans le directoire dans une petite structure que toutes les décisions sont prises, et le pouvoir médical ?

P : Oh le pouvoir médical, il a son poids encore, les CME sont également consultées. Non, le pouvoir médical, je dirais qu'il est intouchable quand même. Heureusement, mais le pouvoir médical, il y a eu aussi des transferts de souveraineté vers les directions administratives et les directeurs, mais il est quand même exclu de gouverner un hôpital sans tenir compte de l'avis des médecins et du collectif, de la collégialité que représente la CME et tout le travail d'élaboration, de synthèse, qu'ils font parvenir à la direction.

A : Parce que dans la loi HPST, ils ont été marginalisés dans le processus d'adoption, et ils se sont mobilisés dans la mise en œuvre ?

P : Probablement, je n'ai pas les détails de cela, enfin bon, ils sont quand même aujourd'hui, les présidents de CME ont un rôle majeur encore dans l'hôpital. Alors, on garde toujours, le débat est très ouvert sur la question du personnel, parce que là les syndicats de représentant, comme on a des reports de charge et que le retour à l'équilibre passe par quelques mesures impopulaires, y a des débats avec le personnel, là on va visiter la psychiatrie, c'est le 17, parce qu'elle est un peu en souffrance, le personnel est mécontent, les médecins, les infirmières, c'est sérieux hein, le taux d'encadrement est très faible.

Entretien n°3 : Vincent, 26 ans, assistant parlementaire du député-maire Président du Conseil de surveillance, assiste au conseil de surveillance depuis 2 ans (le 12/02) :

A : Tu as assisté à plusieurs conseils de surveillance et justement tu me disais qu'il y avait un côté chambre d'enregistrement plus que de véritables délibérations et ce qui m'aurait intéressé dans ma perspective, c'est que tu me racontes toi quand tu vas dans un conseil de surveillance comment ça se passe en gros ?

V: Alors l'ambiance est assez détendue quand même, les gens se saluent, c'est cordiale, c'est assez sympathique, donc moi ce que je fais, c'est que je me mets sur le côté, y a une grande table style conseil

d'administration et moi je suis un peu sur le côté, je prends des notes. Ce que je fais en général, c'est que je prépare l'ordre du jour pour le président du Conseil de surveillance, donc moi, on me transmet les documents, on me transmet l'ordre du jour, peut être une semaine avant le conseil et donc après j'essaie de faire des fiches sur les principales décisions pour que le président du CS ait quelques éléments pour pouvoir être prêt le jour du Conseil.

A : Donc au niveau délibération, pour voir comment le Conseil de surveillance se passe au niveau de l'ordre du jour, ou c'est quelque chose qui est prédéfini ?

V : Ah non, l'ordre du jour est établi par la direction de l'hôpital, ils nous le transmettent une semaine ou deux avant le conseil, donc en général il y a toujours une information sur le budget, très souvent, donc en gros, comment ça se passe, une directrice adjointe de l'hôpital, en général fait une présentation avec un power point et revient sur les principaux aspects du budget, voilà, donc après on n'est pas tous qualifiés pour avoir un avis pertinent sur le budget mais en général y a toujours un rappel sur le budget vu qu'en général, y a toujours des petites décisions à prendre pour les reports de charge, ce genre de chose. Voilà, après soit un petit débat, après on ne remet pas fondamentalement en cause les orientations de l'hôpital, c'est souvent le président du Conseil de surveillance qui va poser une question pour savoir par exemple si le déficit est conjoncturel ou structurel, voilà, après il y a aussi pas mal de points à l'ordre du jour qui sont des formalités administratives par exemple, quand il y a une délégation de signature avec un directeur adjoint, une convention avec une association, ce genre de choses. Après les débats, ça dépend, les débats peuvent prendre sur certains points alors je ne sais pas sur des éléments d'actualité, par exemple pour les problèmes à l'unité de soin au niveau de la prison ou de la psychiatrie, donc quand il y a un événement particulier, il y a un peu plus de débats peut-être. Sinon, c'est dans une ambiance assez cordiale. Les syndicats s'expriment mais pas toujours et ils sont, au début, je les ai trouvé assez discret, et là, on les entend un peu plus. C'est peut être lié au changement de direction et aussi le fait que l'hôpital est dans une situation financière un peu difficile.

A : Donc au niveau budgétaire, c'est quand même le CS qui garde la main mise sur la gestion de l'hôpital, au niveau décisionnel ?

V : Oui, après le budget est fait par la direction de l'hôpital hein, alors après, il peut y avoir un débat, mais je ne sais même pas si on vote hein, je ne crois pas. Donc ça ne change pas grand-chose. Le budget est présenté, après on peut poser des questions. Y a un côté participatif mais pas vraiment décisionnel vu que rien n'est remis en cause sur les grandes orientations de l'hôpital. Je pense que c'est plus pour donner les informations que vraiment décider du sort de l'hôpital.

A : C'est pour ça que tu me parlais du côté chambre d'enregistrement

V : Oui exactement. Mais après le président du Conseil de surveillance a quand même un pouvoir sur l'ordre du jour parce que, après voilà, ça reste entre nous, mais s'il y a un point à l'ordre que le président ne veut pas forcément aborder, il peut dire bon on laisse ça, mais après de manière informelle, y a quand même un aller-retour entre le directeur de l'hôpital et le président du conseil de surveillance. Après c'est informel mais par exemple je sais que pour l'hôpital dont on parle, il y avait un plan d'économie-restructuration qui était dans les tuyaux. Le directeur en a parlé au président du conseil de surveillance, il n'était pas d'accord pour mettre en place ce plan rapidement donc il lui a demandé de l'enlever de l'ordre du jour.

A : Et vous votez les questions particulières ou c'est un vote de fin de séance ?

V : Non, c'est normalement sur chaque point, délibération par délibération, mais après on vote très rarement. Après si vraiment y a une fronde d'une partie du conseil, il y aura un vote si vraiment, pour les questions qui posent problème.

Entretien n°4 : Yves, 59 ans, agent de maîtrise principal, responsable des ateliers, ancien représentant syndical CGT, à l'hôpital Salvador Allende depuis 38 ans (le 14/03)

A : Tout le côté informel dans la décision est très intéressante, parce que tous les conseils ont surtout un côté informatif non ?

Y : Alors c'est comme ça que ça passe, c'est vrai. Et c'est comme ça, quelque que soit le directeur. La décision se fait dans l'informel, bien sûr. Alors c'est pourquoi il arrive plus tôt le député, parce que ça lui donne le temps de voir avec le directeur les quelques points qui fâchent. S'ils arrivent à trouver un consensus, et même s'ils ne trouvent pas de consensus, parce que quand ils sont là, dans ce conseil, ils ne se font pas la gueule. Par contre, et c'est pour cela d'ailleurs que j'évite les boîtes qui n'ont pas de syndicats d'ailleurs, parce que je ne sais pas comment ils peuvent traiter ça. La question de représentation, parce que c'est très utile, c'est très utile parce, alors même si au conseil, le député n'a pas voulu fâcher le directeur, donc il ne va pas lui dire, ah bon, mais vous aviez dit ça, comment ça se fait que... D'accord, ok. Mais l'organisation syndicale qui n'est pas d'accord avec telle ou telle chose que le député n'a pas voulu traiter, peut aller rencontrer le directeur, et dire qu'il n'a pas eu satisfaction. Puis rencontrer le député. Et là, à ce moment-là, le député est plus à l'aise pour vendre la mèche. Il nous l'a déjà fait trois fois face au précédent directeur, pourtant ils étaient copains. Mais la chose, c'est que voilà, Patrick, c'est un homme politique, il sait parfaitement à l'hôpital, il y a des gens de sa circonscription qui travaillent.

A : C'est autant d'électeurs potentiels

Y : Tu as tout compris. Donc le député, lorsqu'il nous vendait certaines choses en aparté dans le couloir, parce que bon, il a quand même son indépendance de sortir de la salle des Commissions parce que ça nous arrivait d'envahir la salle des commissions pour qu'il entende aussi que nous avons des souffrances, c'est normal. Et donc, ça lui arrivait de sortir de la salle des Com, tout seul, comme un vrai président, et il venait nous voir pour nous dire, bon, voilà, vous avez raison, je suis d'accord avec vous, mais une fois qu'il rentre, il ne dit plus rien. Donc là, c'est à nous après de travailler ce qu'il nous a dit. Mais, il le fait toujours le député, pratiquement dans tous les conseils d'administrations, le président vient voir le directeur avant de façon à se mettre d'accord, et après ils font le conseil. Mais c'est une bonne chose parce que ça nous permet quand même, nous-même d'aller le voir.

A : Qu'elle est votre lecture des réformes au niveau de l'hôpital ?

Y : Négatives, ces réformes-là sont purement et simplement de nature à, je n'ai même pas envie de dire, c'est des trompes l'œil, ça ne sert à rien, ça ne sert strictement à rien. D'ailleurs, j'aimerais bien savoir quelle réforme nous avons eu qui nous a servi ? Qui ne nous a pas seulement contraint ? Laquelle ? D'ailleurs, je ne sais plus laquelle on vient d'avoir...

A : La loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire

Y : Off (exclamation), la loi HPST, qu'est-ce qu'on peut dire concrètement de cette loi. D'ailleurs, si j'ai bien entendu la ministre de la Santé, elle veut même revenir dessus, non, ça nous a servi à rien, c'est, franchement je ne sais pas, et là nous revenons sur cette loi, ce sont des gens qui prennent des décisions sans savoir comment elles vont s'appliquer. Ce sont des gens qui ne sont pas sur le terrain, qui sont déconnectés. Mais ça ne nous sert rien ! Surtout que c'est le personnel de terrain qui est directement touché !

A : Et les réformes ont touché les médecins ?

Y : Non plus. Non, Non, ils sont passés à travers. Les médecins ont leurs pouvoirs, et puis d'ailleurs, lorsque tu dis à ton directeur alors voilà, sur le plan médical, personne, non personne ne veut toucher et personne ne touchera aux médecins, ce n'est pas vrai. Personne ne touchera aux médecins, d'ailleurs, je te l'ai dit tout à l'heure, les médecins, mais il faut le vivre pour voir, les médecins ils arrivent, alors il y en a qui sont consciencieux, il y en a un qui se gare tout le temps-là, il bosse en gastrologie, lui le matin, il

arrive de bonne heure, il s'en va tard, mais il ne part pas de l'hôpital sans avoir vu, après opération, tous les malades qu'il a opérés. Il y en a certains, mais il y en a d'autres, non, l'État n'est pas prêt à toucher aux médecins, et l'État n'a pas les moyens de toucher au médecin, ils n'ont pas les moyens et ils ne se les ont pas non plus donnés. Et l'État ne peut pas, ce n'est pas le directeur qui va pouvoir. Parce que le directeur va te dire quoi, oui, mais si je n'ai pas de médecins ? Même s'il m'aura fait que 4 visites et 2, 3 opérations, j'ai besoin de lui quand-même.

Entretien n°5 : Damien, 44 ans, responsable de la médecine du travail, représentant du personnel (CGT), membre du Conseil de surveillance, à l'hôpital depuis 21 ans (le 20/03) :

A: Vous assistez au Conseil de surveillance, mis en place depuis la loi HPST. Pouvez-vous m'en parler ?

D: La loi HPST, ce qui a changé par rapport à avant, il y avait des CA qui avaient un peu plus de pouvoirs, depuis cette loi, c'est vrai qu'on donne un avis, parce que maintenant, il y a le directoire et c'est là que tout se passe. Je dirais que généralement, globalement, ça se passe plutôt bien, puisque le président du conseil de surveillance a des pré-réunions avec le directeur qui lui explique déjà les choses et nous en tant que membre du conseil de surveillance, on est là, on donne des avis par rapport à des décisions qui sont déjà plus ou moins entérinées, et c'est le côté néfaste pour moi de la loi HPST.

A : Tout le monde a été touché par les réformes ?

D: On ne peut pas dire par exemple que les directeurs ont été impactés par la loi, alors en effectivement dans leur façon de gérer il y a eu un impact et par rapport à la pression, mais elle sera moindre que les agents de terrain, parce que les agents de terrain vivent les situations difficiles au quotidien, quand une infirmière est là et qu'elle a 30 malades, c'est difficile à gérer et en plus notre particularité ici, c'est qu'on a un public difficile, il faut faire face aux agressions verbales, aux agressions physiques, et tout fait que les personnels, ça craque, et il faut le dire, nous avons des catégories de personnels, notamment la catégorie C, qui dans la fonction publique, n'est pas valorisée. Un aide-soignant en catégorie C touche 1200€, un ASH qui fait toute sa carrière à l'hôpital partira en fin de carrière à 1400€ net. A la retraite, c'est 700€. C'est tout ça qui fait que quand on fait les réformes, on pense toujours au côté gestion, on ne pense pas à l'impact que ça peut avoir sur les salariés et c'est un peu dommage.

A : Le nouveau directeur est considéré lui comme assez gestionnaire, il a la même personnalité que le précédent directeur selon vous ?

D: L'ancien directeur, pour le définir, je dirais que c'était un fin tacticien. Très fin tacticien, c'était quelqu'un qui a de la bouteille, un vieux briscard, qui effectivement, fait partie de ce que j'appelle moi, on est quasiment du même bord politique, il savait faire, dès que situation devenait explosive, tempérer les choses, après le petit bémol, d'ailleurs je lui ai déjà, parce qu'on a l'occasion de se parler franchement, ce qui nous a peut être mis en difficulté ici à son époque, c'est le fait qu'il avait laissé à ses adjoints, par son besoin de concertation, un peu trop de prérogatives, ce qui fait que parfois, il y a eu certaines décisions où que certaines directions ont été prise, montrait qu'il avait laissé trop de marge à ses adjoints. Mais il est comme ça l'ancien directeur, c'est sa façon de travailler. Mais sinon effectivement, c'est quelqu'un très concertation qui a un côté très social, très humaniste, même si à un moment donné il fallait qu'il prenne des décisions, mais je pense qu'il prenait en compte tous les paramètres, et je pense que par rapport au nouveau directeur, là, nous avons à faire à un technicien. Qui s'est baladé dans les ministères, mais ma conviction à moi, c'est qu'à un moment donné, il va trancher dans le vif. D'autant plus que c'est lui qui la mise en place la politique de la T2A par rapport au ministère, au niveau budgétaire, il s'y connaît, je pense que ça ne va pas tarder de voir qui est vraiment le nouveau directeur. On le saura, parce qu'en tant que directeur général d'établissement, il n'a pas l'expérience de l'ancien directeur, c'est sa première direction générale, on verra, je n'ai pas d'à priori, j'essaie d'être positif, il connaît les effets positifs et négatifs de la T2A, donc ça ne peut qu'être bénéfique pour nous, après, j'attends de voir.

A : Et le président de la CME a toujours autant de pouvoir ?

D: Encore plus aujourd'hui avec le directoire. Parce que s'il veut bloquer quelque chose, même si en dernier lieu, le directeur peut trancher, mais vu aujourd'hui la position du directoire, je vois mal un directeur tranché de façon catégorique en désaccord complet avec son président de CME, sinon, la communauté médicale explose.

A : Et vous sentez des différences entre le nouveau et l'ancien président de CME ?

D: Le docteur Z était, ce n'est pas la même démarche que le nouveau, C, il est jeune, il fonce, alors que l'ancien a été interne ici, médecin ici, et il connaissait tout le monde ici, et il avait plus le côté paternaliste, à discuter avec tout le monde, à écouter tout le monde et à ne pas vraiment tranché sur les sujets. Nous par exemple, les syndicats, on n'a jamais eu de problème avec lui, il nous recevait, il essayait de calmer les choses. Moi la différence qu'il y a je ne l'ai pas encore ressenti parce que je n'ai pas encore vu l'action du nouveau président. L'ancien on peut dire quand même qu'il a mis en place les urgences, le plateau technique, la réanimation, bon, on peut dire que sous sa présidence, des choses ont été faites,

l'autre il faut voir, pour le moment ça fait 1 an et demi.

A: Je lui parle des relations entre le président du conseil de surveillance et l'ancien directeur qui étaient très « copains », mais des tactiques du président du conseil de surveillance pour parfois coincer le directeur général

D: Le président du conseil de surveillance, c'est un vieux briscard mais ces deux-là, je pense qu'ils formaient un beau tandem parce que l'ancien directeur aussi parfois quand il y avait des actions devant ses directeurs, ils faisait de la résistance, mais quand on était en aparté, il disait oui, il était pratiquement d'accord avec nous, sauf que dans sa position de directeur, il y a une forme à donner voilà, et le président du conseil de surveillance, c'est pareil, je suis persuadé qu'il n'est pas d'accord avec certaines décisions prises notamment sur le personnel, mais dans sa position de président, il se doit de penser à l'institution, de nous faire des grandes rhétoriques comme ça. Mais dans tous les cas, il y a les pré-réunions. Parce que le directeur va lui expliquer et il va se mettre d'accord avec le directeur même s'il sait derrière que le personnel ne sera pas forcément d'accord avec ça. Et en conseil de surveillance, devant les agents, il va dire, écoutez monsieur le directeur, il faut vous consulter avec les agents, il faut discuter, même s'il sait au fond de lui que là ou veut aller le directeur, c'est là où il faut aller. Mais, il va jouer son rôle de président de conseil de surveillance parce que c'est un tacticien.

A: La mise en pôle a bureaucratisé des médecins ?

D: Le médecin, c'est son travail de coder, il a fait les actes, il doit les valoriser, après c'est clair que c'est une gestion de pôle, en fonction de son budget, mais c'est ce qui change. Les GHS, c'est le médecin qui doit valoriser, c'est trop important pour que ça ne soit pas le médecin qui le fasse, on ne va pas donner ça à la secrétaire mais c'est vrai que pour le chef de pôle, y a une notion de gestion budgétaire, du personnel, des dépenses, des recettes. Et c'est une mauvaise chose parce que certains pôles vont moins fonctionner que d'autres, et ceux qui vont marcher vont dire regarder celui-là il marche moins bien, donné moi ses moyens et on ferme son activité, et on peut en arriver-là. Et on n'est déjà comme ça un peu dans cet établissement parce que quand le président de CME vous dit à demi-mot, cette activité-là ne fonctionne pas, c'est parce que je pense que certains médecins lui ont dit ça. Comme je l'ai dit au président de CME, je pense que c'est aussi un problème des médecins, s'il y avait plus d'informations, il y aurait des pathologies moins graves en arrivant à l'hôpital, et les médecins doivent s'investir plus. Et nous avons des médecins chef de service, chirurgien, qui ont régné ici pendant des années, et c'est gens-là à aucun moment n'ont préparé leur succession. Ils s'intéressaient uniquement à leur petit domaine de pouvoir et à leur propre personne. Donc, ce qu'il fait que parfois, quand le chef de service partait, il fallait tout refaire et recommencer à zéro, et c'est catastrophique pour un établissement, mais ça, ce sont les médecins qui sont dans leurs bulles et qui pensent à eux.

Entretien n°6 : Karl, 46 ans, agent de maîtrise, responsable du service salubrité, à l'hôpital Salvador Allende depuis 27 ans (27/03)

A : Et donc les réformes vous ont touchés autant d'autres catégories ?

K: Oh non, les médecins, ils sont intouchables, même le directeur ne les commande pas, ils sont à la CME, ils ont un directeur à eux, avant c'était Z, et là, il n'y est plus, il a fait 8 ans, les médecins, c'est ce qui nous fou dedans, on ne peut pas les toucher, même le directeur ne peut pas. Il n'a pas de pouvoir sur les médecins, il n'a pouvoir que sur le paramédical. Le paramédical, ce n'est même pas les infirmières, c'est le kiné, les conneries comme ça.

A: Et ils sont moins touchés ?

K : Non, les infirmières, elles sont très touchées. Il y a 15 ans, c'était les services logistiques, donc comme je dis, je ne peux plus restructurer, je suis arrivé au bout de ce que je peux faire, c'est fini, pour moi, on ne peut plus rien toucher, on s'est battu en haut, ils ont compris, mais bon, ce n'est pas les deux plombiers qui coûtent cher, avant ils étaient 6. Donc ils ont commencé à casser les services techniques, et ça bossait, il y avait 10 peintres, maintenant ils ne sont que 2. Alors on donne au privé, on donne au privé, mais il ne fait pas tout hein. Il va te changer un lavabo, c'est tant, tu leur dis, là, y a un robinet (siffle), non, il faut un devis, c'est pour ça qu'il revienne à embaucher des plombiers. Mais les effectifs des services techniques a été divisé par deux, l'économat, ils ont perdu des postes, et tout ce qui est administratif, sauf les finances, parce que les finances, il faut que l'argent rentre. Et là, ils s'attaquent aux soins, aux services de soins, mais pas aux médecins, tout ce qui est autour. Les premières qui ont morflé, ce sont les ASH, au début, ils étaient 3 par service, maintenant, il n'y en a plus qu'une. Avant, ils bossaient à deux le matin, deux l'après-midi, après, il y en a eu plus que deux, et il ne fait plus le matin ou le soir, il fait la journée entière. Ils ont restructuré sur les plus bas, alors ils se déchargent, t'es en bas hein, ce n'est pas le toubib, il va donner le dossier à la cadre, qui va le donner aux infirmières, et allez, ça retombe sur le plus bas. Maintenant, c'est les infirmières. Ils sont moins touchés que nous, parce qu'ils ont plus vocation à se défendre.

A: Et justement que penses-tu de la place des services non médicaux dans les réformes ?

K: Tu sais, le médical s'est toujours senti le plus important, on a toujours été les bras cassés. D'ailleurs on te le dit toujours, s'ils ne sont pas là, vous ne mangez pas en gros. Mais eux, ils ne mangent pas non plus parce que c'est nous qui faisons la livraison. Ça, ils ne s'en rendent pas toujours compte du boulot. Mais c'est vrai que même la nouvelle patronne qu'on a, vraiment elle te le dit à fond quoi. Les médecins, ce sont les meilleurs, heureusement qu'ils sont là, ils font tournés la boutique. Cette patronne-là, les autres

ne disaient pas ça mais elle.

Entretien n°7 : Antoine, 50 ans, agent chef, responsable du service jardin, ancien représentant syndical CGT (le 04/04) :

A : La mise en pôle a été de grandes évolutions ?

A : Alors le début, parce que la mise en pôle, c'est pareil, ce sont de grosses réformes. On avait l'ARS qui nous donnait des documents pour essayer de nous orienter mais bon, pour le faire en pratique ce n'est pas facile parce que ça bouge aussi toutes les hiérarchies de chefferies de services il y avait 4 ou 5 services en chirurgie avec chacun un chef de service et on se retrouve avec donc un pôle en chirurgie qui comprend en général un médecin chef de pôle, un adjoint administratif qui gère la partie administrative, compte, et une troisième personne, je ne me rappelle plus comment on l'appelle. Donc il y avait un trio de pôle normalement mais c'est pareil, mais à l'époque, pour former le trio de pôle, pour créer des adjoints administratifs, on nous a pas donné l'argent pour l'adjoint administratif, il a fallu en trouver un dans le pôle qui voulait bien se détacher pour faire ça mais en général qui gardait sa tâche en même temps, donc c'est compliqué à former, et alors là effectivement en termes de hiérarchie, tu prends la chirurgie où il y a des services différents, il y a des chefs de service dans chaque, c'est difficile de déléguer son pouvoir à un chef de pôle qui va essayer de réunir tout le monde, celui qui va acheter plus ça cette année et moins ça cette année, c'est vite compliqué dans les rapports de pouvoirs.

A : Et donc les pôles existent toujours ?

A : Oui, oui, mais il n'y a pas vraiment de délégation et c'est pareil, c'est compliqué, avant les budgets étaient à chaque directeur, directeur du plan, de l'équipement, c'était aussi difficile en termes de pouvoir parce que, par exemple moi, quand on a fait notre pôle hôtelier, on a fait un plan d'investissement sur 10 ans. Quand je donnais mon plan d'investissement au directeur de l'équipement qui d'habitude en fait, quand j'y allais en tant que chef de service, je négociais mon matériel, en disant j'ai besoin de ça ou ça et il me signait ou il me signait pas le bon de commande quoi. J'avais juste à expliquer le besoin du matériel mais j'y allais en tant que chef de service. Là, une fois que le plan d'investissement sur 10 ans, je l'avais signé avec le directeur de l'hôpital, mon directeur de l'équipement devenait l'exécutant de mon plan d'investissement alors en termes de choc de pouvoir, c'était assez compliqué pour les directeurs en place.

A : Et vis-à-vis des médecins, c'était pareil ?

A : Ba que ce soit avec un chef de pôle médical ou avec un chef de pôle logistique, c'était la même chose

si tu veux et donc cette délégation touchait à trop de pouvoir dans l'hôpital et c'était compliqué. Et en plus dans ce cas-là, il y a toujours une réaction de crispation, ou chacun veut garder ses prérogatives quoi.

A : Quand l'ARS vient en visite, comment ça se passe ?

A : Je pense que c'est plus le directeur qui vient à l'ARS que le contraire mais là c'est peut-être des choses que je ne connais pas. Mais je sais que le directeur vient souvent à l'ARS, ça c'est clair je le sais, surtout au moment des EPRD et cætera parce qu'ils vont négocier, ils se voient plein de fois avant de signer le truc définitif parce que finalement, le côté contrat de pôle, c'était un peu la même chose que ce que le directeur fait avec l'ARS, c'est-à-dire qu'il signe un contrat d'objectifs et de moyens et nous on signait un contrat d'objectif et de moyens avec le directeur. Donc c'est sûr que les directeurs sont pas dans une position facile, parce que là, quand les GHS baissent, ce n'est pas eux qui sont décisionnaires de ça et il faut qu'il l'applique, ils font avec quoi. Et pour les visites de l'ARS, c'est rare, tous les 4 ans ou 5 ans, quand ils viennent en visite, là, d'ailleurs ils viennent en plus, l'hôpital paye pour qu'ils viennent donc ça coûte un peu cher en plus, il faut les loger, les nourrir pendant 5 jours qu'ils sont là et ils nous donnent un plan de visite en fait de ce qu'ils vont visiter, par exemple le parcours du patient, ou la chirurgie, les urgences, à je ne sais quelle service. Et tous les domaines sont visés, la logistique, la technique, administratif, alors c'est vrai que là, on se retrouve dès fois dans des situations un peu cocasses ou comme l'hôpital manque de moyens, y a des services par exemple, on a fermé un service comme la porterie, avant on avait un service porterie avec quelqu'un qui ouvrait et fermait une barrière. C'est un service pour faire fonctionner 7 jours sur 7, 24h/24, c'est 4 ou 5 postes, il faut du monde du coup, il faut compter les congés. Donc c'est un service qu'on a finalement supprimé toujours à cause des moyens de gagner de l'argent. Ces postes-là ont été dispatché ailleurs et on a plus de porterie, alors c'est vrai que par exemple, si je prends le circuit handicapé, notre circuit de départ était qu'ils prennent un jeton à la porterie. Bon, on a fermé le service de porterie et on a pas mis en place un autre fonctionnement et du coup, c'est vrai que les handicapés pour accéder au parking, il fallait qu'ils se garent, qu'ils aillent au service sécurité chercher un jeton, retourner à leurs voitures, aller se garer au parking handicapé, c'est peu le parcours du combattant pour eux quoi. Donc là c'est vrai qu'on n'était pas au top. Mais c'est vrai que la, quand l'ARS vient, on a mis une personne à la porterie pendant une semaine pour respecter le protocole qu'on avait écrit, donc c'est un peu le côté effet pervers ou si le préfet vient, on va tout repeindre avant qu'il arrive parce qu'il faut que ça soit propre. Pour les archives pareil, sur le, dès ce qui est une bonne chose d'ailleurs. Sur la dernière visite effectivement, ils devaient visiter les archives et donc on avait les archives au 4^{ème} étage d'un bâtiment qui était dispersés, dans le grand bâtiment rouge (date de 1950), et effectivement comme le directeur sachant que l'ARS, les experts visiteurs allaient visiter les archives, il voulait que les archives soient « niquel Crome », bien rangé. Et puis ça a duré quelques mois ou il n'a pas réussi avec le chef de service à organiser et à faire le truc, parce qu'on pouvait le faire gentiment, et puis comme ça ce n'est pas fait, un mois et demi avant que les visiteurs arrivent, il m'a demandé de tout monter parce qu'on devait tout regrouper au 5^{ème} étage et tout bien ranger. Donc il m'a demandé de le faire parce qu'il y arrivait pas et il m'a confié la mission de le faire, plus de 300 000 dossiers à monter d'un étage à un autre et on a fait ça sur un peu-près un mois avec tous

les matins 2 gars de chaque équipe, service technique, sécurité incendie, enfin voilà quoi, on m'a mis du monde à disposition et puis on a fait ça, on passer un mois là-haut tous les matins et puis on a remis les archives carrés quoi.

A : Parce qu'il y avait la visite.

A : Oui mais à la limite sans la visite, on n'aurait pas pris le temps de le faire donc ça au moins c'est le côté positif, mais en même temps, c'est vrai que s'ils n'étaient pas venus, ça serait sûrement encore un peu le bazar quoi. Mais le côté quand on va faire un audit, c'est la même chose, on dit à un service, tient, on va venir vous auditer dans 3 semaines, un mois, bon, on sait bien que dans les trois semaines qui se sont passées avant qu'on arrive, il y a eu de la remise à jour, c'est normal, et en même temps, la y a le côté sympa, ça fait avancer les choses, mais, l'audit c'est pas du contrôle, ça c'est clair.

A : Oui, y a quand même un côté emballage quand même

A : C'est vrai que quand les gens savent qu'on vient et nous quand on sait qu'ils viennent et qu'ils vont faire telles ou telles choses, automatiquement, je sais que 15 jours avant l'arrivée des super-visiteurs, on débarrasse tout un tas de couloir parce que y avait des choses qui encombrent les couloirs qui n'ont rien à faire là et au niveau sécurité incendie, c'est des choses par exemple ou on, on est bien à 90% mais y a toujours des choses qui se mettent à traîner et qui restent là, qui ne devraient pas, et que tout le monde oublie plus ou moins, mais par contre quand on sait que les experts visiteurs arrivent, où qu'il y a une commission incendie, là on se dit là, y a un bureau, une connerie qui traîne depuis 15 jours et qu'il aurait pu être descendu. Et donc la visite guidée, on travaille particulièrement sur les points qui nous disent qu'ils vont venir. Même si on travaille sur tout quand même, parce que l'hôpital tout se recoupe, donc c'est difficile d'être bon et mauvais d'un côté, surtout qu'on a une évaluation avant, on s'auto-évalue dans tous les critères, on le donne aux experts visiteurs et eux viennent avec une autre autoévaluation et font leurs visites en fonction de notre autoévaluation donc tout ça est quand même, et puis bon, les gens qui viennent, ce sont des directeurs d'hôpitaux, des médecins, des ingénieurs, c'est des gens qui connaissent l'hôpital aussi bien que nous, donc tu ne peux pas, il y a quand même aussi un côté chez les experts visiteurs, un côté où ils sont pas trop méchant parce qu'aujourd'hui c'est eux qui nous visite mais demain ça sera nous. Donc y a aussi un côté tacite. Si y a des choses qui vont pas, ils nous le disent mais y a des choses, ce n'est pas non plus, ils savent très bien qu'ils ont les mêmes problèmes chez eux, nous ce qu'on à l'hôpital ne sont pas particulière à Salvador Allende, toutes les problématiques que je te dis sont valables dans tous les hôpitaux de France, et doit y en avoir je veux dire

A: Les médecins ont milité pour être présent au directoire ?

A : Oui, alors il y a toujours un problème de fond que je n'ai pas compris à l'hôpital, c'est que les médecins ne sont pas rattachés hiérarchiquement au directeur. Ils sont nommés par le Ministère, je ne sais plus trop comment ça se passe pour eux après l'application de cette loi HPST mais je sais que dans la première loi, ils étaient un peu mis à l'écart du directoire et du côté décisionnel, et qu'il y a eu un gros travail de lobbying des médecins là dessus pour en faire partie, ce qui n'était pas illogique d'ailleurs. Et donc maintenant ils en font partis. Je sais qu'il s'est passé quelque chose, parce que d'après ce que je sais, il y a deux boutures de cette loi, il y a eu une première, c'est Bachelot, alors je ne sais pas si c'est elle qui l'a modifié mais il y a eu deux volets mais il faut suivre. Et je pense que c'est aussi un peu le problème de l'hôpital, on ne peut pas faire une réforme tous les ans. Ça paraît compliqué. 90 services, 2000 employés, on ne peut pas mettre en place tous les ans une nouvelle réforme qui chamboule un peu, qui change à chaque fois, il faudrait quelque chose de plus stable. Ça va trop vite pour l'hôpital.

A: Le directeur et le président du Conseil de Surveillance s'opposent parfois ?

A: Oui, mais c'était que dans les couloirs, tu ne vois pas au CA le député et le directeur s'opposer. Ça se règle avant dans les couloirs ou tu veux, mais ils ne vont pas s'accrocher en CA devant tout le monde. Il y avait une possibilité éventuellement que, il y avait quand même un contre-pouvoir en termes d'élites. Maintenant, le directoire il est aussi un avis consultatif, après bien sûr que dans l'idée que le directeur ne peut pas se mettre complètement contre le directoire, la CME, le député, parce que ça se passe à un autre niveau, mais automatiquement ça va revenir, et lui retomber dessus. Donc il est bien obligé de négocier avec le député, et la CME, un petit minimum, mais malgré tout, en cas de blocage, il a quand même un droit de décision ou c'est lui qui va décider. Après ça se passe à un autre niveau, à la limite, si le député passe par au-dessus, qu'il arrive à choper le ministre et qu'il passe un coup de fil au directeur de l'hôpital pour lui attendez votre truc, il faudrait peut-être regarder, c'est peut être moyen enfin bon, ne t'inquiète pas le directeur il va, comme-moi si tu veux, si y a le ministre ou l'ARS qui l'appelle et qui lui dit : « dite donc », ça revient dans la politique après, c'est à un autre niveau.

A : Même le directeur me disait que les débats ne se terminaient pas par des votes mais par consensus donc en gros, ça fait partie de plein de choses qu'ils ont mis en place dans la perspective plus grande participation et présence des professionnels, de plein d'acteurs qui sont informés mais au final, dans le processus de décision qui décide

A : C'est toujours les mêmes. Ne t'inquiète pas, ils arrangent toujours ça selon leurs intérêts. Après le problème, que ce soit l'hôpital ou partout si tu veux, c'est ce que je dis souvent, le problème ce n'est pas le système que tu mets en place, c'est comment les gens le font vivre. Aucun système n'est parfait, et tu peux trouver même le système parfait, si les gens le font vivre mal, t'aura des mauvaises décisions au

bout du compte. Tu peux avoir un système complètement imparfait, par contre si les gens gèrent la chose dans le consensus, le bon sens, tu peux avoir un mauvais système qui marchera bien. Le problème ce n'est pas tellement le système, alors quand même tu as effectivement dans le côté représentatif, y a un côté qui décide, qui ne décide pas, donc la effectivement, y a un côté presque plaisanterie démocratique entre nous si tu veux, on te jugera au grand dieu que non, mais dans les faits, c'est comme ça que ça se passe. Je vais te dire, le directeur va décider finalement ce qu'il veut, enfin, ils décident à deux, trois quoi. Qui décide réellement, c'est le président de la CME, le député et lui, parce qu'il ne peut pas se mettre complètement contre le médical, voilà, donc faut qu'il y ait un consensus avec les médecins.

A : Le député me disait que le pouvoir médical était toujours « intouchable » quand même

A : Il restera toujours intouchable, un petit peu.

A : Il me disait que c'était de diriger l'hôpital sans consulter l'avis des médecins.

A : Non déjà, d'un point de vue historique, ils ont un poids quand même, ça reste dans le sérail la haut, en plus ils le défendent, ne t'inquiète hein, comme il faut. Et effectivement, ils ont quand même une place à l'hôpital ou il y a tout un tas de chose que tu ne peux pas faire sans ces acteurs là parce que tu n'iras pas au bout de que tu veux faire. Si les médecins se mettaient à faire la grève du zèle si tu veux, tu es dans la m.... quoi. Ils n'ont toujours pas de lien hiérarchique avec le directeur. Ils sont toujours nommés par le Ministère quoi. C'est les Ministères. Donc ils essaient d'enlever des prérogatives aux médecins mais dans les faits, le chef de service a toujours son mot à dire.

Entretien n°8 : Sarah, 44 ans, médecin, chef de service de rééducation fonctionnelle, chef de pôle de Rééducation et soin de suite, exerce à l'hôpital Salvador Allende depuis 23 ans (le 05/04)

A : Et justement dans les réformes, que pensez de la place des médecins ?

S: Oui, je trouve, le président de CME n'est pas d'accord avec ça, moi je trouve que les médecins ont perdu du pouvoir. Oui, parce qu'en fait, on est les dernier au courant, par exemple, vous êtes intéressés dans une problématique de services à faire des choses, vous espérez les développer, vous faites en sorte de les développer, mais, sans trop vous mettre au courant, on peut vous dire, et bien non, vous ne pourrez pas le faire. Il y a un manque de communication, ou de discussion, de tractation, qui sont derrière et donc on ne vous met pas au courant, et ça a toujours été comme ça, et ça, je ne trouve ça pas normal. Encore une

fois, un hôpital au départ, c'est des malades, des médecins, des soignants, sans les médecins, les aides-soignantes, les infirmières, tous ces gens-là, il n'y a pas d'hôpital, il n'y a pas de soins, donc je veux dire qu'il faut revenir au départ, après, les politiques de santé, si elles sont discutées sans les médecins et les patients, ce n'est pas bien.

A : Vous vous aidez entre services ?

S: Alors non, moi je vais vous dire, mon opinion de l'hôpital, c'est que le gâteau, il y a un gâteau (sourit), et y a des parts de gâteaux, donc plus il y a de part, plus la part est petite donc voilà. Vous avez compris (rires). Il n'y a pas d'entraides, non (rires). C'est pour ça même que c'est difficile de travailler en pôle, c'est pour ça qu'il n'y a pas de médecins de pôles en médecine, il y a trop de services qui n'ont rien à voir les uns avec les autres et qui ont des problématiques qu'ils veulent personnels, ils vont chacun aller discuter leurs bouts de gras avec le directeur mais ils n'ont aucune envie d'avoir de nouveaux trucs en communs. Ils ne veulent pas, c'est très compliqué parce que les médecins sont individualistes, mais, moi, je le regrette un peu, je ne suis pas dans ce truc-là moi, moi personnellement, je ne suis pas dans cette vision-là, mais j'en ai souffert de cette vision, c'est-à-dire que maintenant, depuis longtemps, je sais que je ne serai pas aidé par le voisin, mais ça, ça fait 10 ans que je sais ça. Personne ne m'aide, si on peut me piquer, moins j'ai d'infirmières, plus les autres, mieux les autres s'en portent, moins j'ai de médecins, mieux les autres s'en portent parce que c'est plus d'argent qui reste pour d'autres gens. Moi je ne suis pas dans cette optique-là, ça ne me dérange pas d'aider un collègue d'un autre service, de conseiller, bien sûr qu'il y a des mouvances et qu'on a des affinités mais qu'on va s'entraider, enfin légèrement entre nous, mais il n'y a pas réellement d'entraide, ce n'est pas vrai ça. C'est un peu un milieu de requin, il faut être clair.

A : Qu'avez-vous pensé du changement de président de la CME ?

S : Moi je pense, je lui ai déjà dit (parle du nouveau), qu'il a une vision des fois plus économique que médical, lui dit que, alors moi je suis en désaccord avec lui, il dit que le médecin reste au centre de l'hôpital, moi je lui dis que le médecin a perdu pied à l'hôpital, et lui n'est pas d'accord avec ça, bon, moi je pense que quand même il a une vision, alors il est très dynamique, très volontaire, il veut faire plein de choses, je ne nie pas ça hein, mais je pense quand même qu'il a une vision économiste de l'hôpital, je lui ai déjà dit qu'il perdait le point de vue du patient. Après, vous savez dans un hôpital, il n'y a pas 36 médecins volontaires pour être président de CME, il y en avait zéro, enfin il y avait le docteur chef de pôle de psychiatrie, et le docteur chef de service du pôle mère-enfant, mais il était trop malade, donc il ne pouvait pas. Parce que lui voulait, en plus, il avait une grosse pratique en lien avec l'ARS, donc il n'y avait pas pléthore de candidats, personne ne s'arrache ce poste. Moi, ça ne me dirait pas du tout, il faut aimer ça quoi, ce n'est plus du médical, moi je suis médecin, je ne suis pas, enfin bref, je pense qu'il faut aimer ça.

A: Le nouveau directeur est considéré plus gestionnaire que son prédécesseur non ?

S : Oui enfin, moi, la fermeture de mon service, c'était quand même l'ancien directeur. (Chacun a ses préférences selon le directeur qui les a contraints). Il ne m'a pas prévenu. Alors que moi je préférerais celui d'avant. Il ne m'avait jamais embêté. Mais en général, je pense que nous en tant que médecins, on n'a pas à incliné la tête, moi je ne suis pas d'accord, je le dis, après, on a certaines manières de se défendre, certaines manières de montrer activité. Je ne vois pas pourquoi je baisserai la tête parce qu'on me dit, le président de CME, il a tout, (s'est reprise) il a beaucoup de pouvoir, il a une vision qui est probablement pas exacte des difficultés de chacun, moi parfois, je ne me retrouve pas dans ce qu'il raconte, il y a des trucs non, il est renseigné je ne sais pas par qui, donc je ne m'appuie pas trop dessus, juste quand il me soutient, mais on a d'autres méthodes de défense quand on dirige un service. Moi quand on malmène un service, je suis prête à me défendre autrement.

A : Et vous faites comment ?

S: Et bien nous avons les moyens de se faire entendre au niveau de l'ARS, bien sûr, on est des grands hein, il y a des médecins à l'ARS, et des médecins par secteur. Donc s'il y a une incompréhension, donc moi, je ne l'ai pas fait récemment, je n'ai pas eu à me plaindre, mais je dirais pourquoi on ne le ferait pas, je ne vois pourquoi, je sais qu'antérieurement, il y a des médecins qui l'ont fait. En pédopsychiatrie par exemple, l'ancien chef de service, il y a dix ans, ça n'allait pas, l'évolution de son service, le directeur d'ici n'allait pas dans son sens, donc il est passé par un autre niveau. Il l'a fait, après, ça ne veut pas dire que vous serez entendu, attention, mais c'est un autre moyen.

Entretien n°9 : Jacques, 47 ans, psychiatre, chef de service de psychiatrie C, chef de pôle de psychiatrie adulte, à l'hôpital Salvador Allende depuis 15 ans (le 05/04) :

A : Et avec les autres services de psychiatrie, ça se passe bien ? Parce qu'on me disait que chaque service de psychiatrie disait que chacun des problèmes rencontrés étaient particuliers.

J : Les trois services n'ont pas des politiques différentes, mais on des anatomies différentes, des problèmes différents des uns des autres, le but d'un pôle, c'est d'essayer d'homogénéiser tout ça, de faire des passerelles, de mettre des moyens, ça c'est un mot que la psychiatrie n'aime pas, parce que mutualiser, on pense que ce qu'on prend à B, on le prendra pour toujours, et qu'on ne peut pas s'entraider,

non, la crise de décembre a été comme ça, on failli fermer un secteur entier de psychiatrie faute de personnel, alors bon, on a fermé le CAC, les urgences psychiatriques, c'était pas la meilleure période pour fermer en décembre mais on a calmé la situation, mais arrive d'autres problèmes, là c'est la psychiatrie A qui a d'autres problèmes et qui est en difficulté, et du jour au lendemain. C'est pour ça que je pense que pour s'en sortir, la psychiatrie doit arrêter ces baronnies qui n'ont plus lieu d'être, alors vous allez me dire c'est simple de dire ça quand je suis chef de pôle et que mon intérêt c'est d'avoir un état comme à la Louis XIV, bon au-delà de ça, moi c'est de mettre un peu d'ordre là où il en faut en effet, il y a un secteur, 20 lits, c'est quasiment un secteur, et ça nous fait réfléchir pour savoir si on a vraiment besoin de 20 lits en psychiatrie chez nous. Mettre les cartes sur tables pour discuter, sans enlever à Pierre, à Paul, une once de pouvoir, un chef est un chef, et point bar. Mais ça mérite réflexion, et c'est vrai que les gens se replient énormément sur le service. On se replie en neurologie, en gastrologie, mais aussi en psychiatrie, les collègues de la A, voilà, alors maintenant, c'est vrai qu'avant, les chefs ne se parlaient quasiment pas, maintenant, on se parle, on discute, voilà, mais, c'est pour ça que le pôle, au début c'était très compliqué, on met un étage supplémentaire, et moi sans chef de service, je ne peux pas travailler, je ne peux pas passer ma vie à fliquer tout le monde et ce n'est pas trop ma tasse de thé. Il y a plutôt un fort cloisonnement entre chaque service malgré le fait que chaque service rencontre des problématiques assez similaires, mais chacun se replie l'inter-service parce que c'est plus simple, Il y a toujours des adaptations locales c'est sûr. En psychiatrie, c'est pareil, des décisions sont prises en haut, mais dans tous les cas, il y aura un arrangement au niveau du service pour pallier à ce manque de moyens, aux coupes budgétaires, au manque de personnel, pour continuer à faire tourner le service.

A : Et vous pensez que le président du Conseil de surveillance a encore du poids dans l'hôpital ?

J : On a quand même avec cette loi voulu réduire le poids des élus quand même dans le fonctionnement de l'hôpital, c'est clair, mais on ne peut pas faire sans les élus, on ne peut pas, ils ont un pouvoir, on travaille avec eux, ils sont dans la ville, vous voulez développer une activité extrahospitalières, vous ne pouvez pas faire sans eux, vous ne pouvez pas implanter ne serait-ce qu'un centre médico-psychologique sans parler un peu avec le maire, savoir où on pourrait le mettre, comment l'implanter, alors bon parfois, vous avez des écoutes favorables et parfois ça ne les intéresse pas plus que ça, mais il faut quand même de temps en temps allé au charbon, là on a un projet de regrouper deux CMP, il faut que la mairie nous aide à trouver des locaux, il faut qu'elle donne son avis donc c'est sûr qu'ils ont beaucoup perdu parce que le personnage principal, c'est le directeur maintenant, mais les élus, franchement, je vois mal un directeur se passer de ses élus locaux, ils sont paradoxalement important, par le lobbying qu'ils peuvent faire aussi. Puis ils ont des relais au niveau des ministères et des politiques, ils en ont peut-être moins au niveau ARS et délégation territoriale, quoi que, ils ont quand même des relais haut placés.

A: Et au niveau de la loi HPST et des organes directeurs, notamment la création du directoire, beaucoup ont pu dire que cette loi avait été prise pour freiner le pouvoir médical

J : Pas vraiment, parce qu'on a eu notre directoire quand même, et les médecins sont quand même pas mal représentés, il y en a 4 sur 7, même si le directeur a une voie majoritaire, ils sont là, les directeurs, y a la direction des soins, non, moi je pense que la représentation médicale elle est là, après tout dépend comment se passe le directoire, voilà. On a essayé à l'époque, peut-être un peu trop consensuel d'ailleurs, on cherchait le compromis, parce que bon, partant du principe que ça ne sert à rien de se friter avec une direction en permanence, alors de temps en temps, il faut un conflit, mais il faut savoir l'arrêter, où ça nous mène, on a connu comme ça des hôpitaux complètement bloqués, mais nous ici, c'est vrai, à l'époque on a été trop consensuel d'une certaine manière.

A: C'était une grande caractéristique de l'ancien directeur ?

J : Oui, cette culture du compromis toujours trouver des portes de sortie, voilà, alors l'idée qui prévaut derrière ça, c'est ce qu'on doit rechercher le plus souvent mais certaines choses ne doivent pas être acceptées et parfois, on doit mettre des barrières. Des choses sur lesquelles on ne peut pas transiger, après, en effet, c'est des questions d'homme tout ça.

A: Et la CME, beaucoup disent qu'elle a perdu beaucoup quand même.

J : C'est vrai qu'elle a beaucoup perdue, avant c'était un organe de décision, alors maintenant, on peut donner son avis seulement les choses sont déjà faites, c'est une chambre d'enregistrement, mais ça reste quand même un endroit où les médecins ont une parole libre, ils peuvent exprimer leurs mécontentements. Certainement comme un CHSCT, les choses se disent même si elle a perdu du pouvoir dans les textes, mais le directeur doit l'écouter, parce que la cheville ouvrière de cet hôpital, c'est quand même ses médecins, ses infirmières, et voilà, on rencontre des crises de recrutements dans certaines spécialités et si on ne se mobilise pas le médical va payer le prix fort. Il faut quand même, et puis les médecins ne sont pas non plus des rebelles en permanence. Nous l'intérêt d'un service de médecine, c'est que ça tourne bien, qu'on est les moyens de fonctionner mais c'est vrai que la CME s'est transformé, avant on nommait, elle était capable de tout pouvoir de blocage. Qu'elle ne peut plus avoir c'est certain.

A: Il y a toujours un aspect politique dans les réformes ?

J: C'est sûr qu'on attendait tous avec impatience l'alternance de 2012 et l'élection présidentielle, avec

l'espoir que l'ancien ne repasse pas, avec des choses qui nous inquiétait de la privatisation de l'hôpital, on l'avait vu avec une vision un peu, une vision de la santé, avec des liens forts avec le privé, quitte à faire rentrer le privé dans le public là où le privé était performant, donc des choses qui inquiétaient quand même, donc le président du CS et l'ancien directeur, ont voulu défendre l'hôpital public, son pré-carré, ses missions de services publics, alors c'est vrai que tout ça, ça a été très politique. Cette loi a en effet, je pense, des gens ont traîné les pieds pour l'appliquer c'est certain, en disant, on va arriver en mai 2012, il y aura probablement un nouveau gouvernement, donc là, on parle de l'amender, on en parle hein, mais on ne voit pas grand-chose venir pour l'instant.

Entretien n°10 : Lucas, 59 ans, chirurgien interventionnel, chef de service de gastro-entérologie à l'hôpital Salvador Allende depuis 21 ans (le 10/04) :

A : Depuis combien de temps êtes-vous à l'hôpital ? Pouvez-vous me résumer votre carrière ?

L : J'ai commencé ma carrière comme interne et je suis devenu temps plein donc ça fait 41 ans d'exercice, et à l'hôpital Salvador Allende, ça fait 34 ans. Donc interne, chef de clinique, puis assistant ici, adjoint, et je suis devenu chef de service en 1992, il y a 21 ans de cela.

A: Concernant la tarification à l'activité et la loi HPST, vous avez senti directement un impact dans vos services ?

L: Oui. Plutôt négatif. Sur le plan de la tarification à l'acte qui est devenu 100% en fait, on l'a trouvé extrêmement pervers comme système, parce que tout ce que gagne l'hôpital, ce que reçoit l'hôpital dépend de l'activité alors ça peut paraître comme ça sain, mais c'est extrêmement pervers. Par exemple, vous avez des professions médicales comme la diabétologie qui vont faire très peu d'actes et qui vont rapporter très peu d'argent. Parce qu'ils font juste de l'hospitalisation classique, et ils vont être automatiquement déficitaires. Alors évidemment, on compense comme en gastro où on va faire des actes, ça veut dire que l'hôpital, enfin le chef d'établissement aura tendance à sacrifier les services considérés comme non rentables. Alors c'est très dangereux ça, alors quand vous êtes en milieu hospitalier public, on sait qu'on doit rendre un service public et qu'on ne va pas fermer le service mais il y a quand même cette menace parce que les directeurs deviennent des gestionnaires purs, cette menace terrible de favoriser uniquement les services qui font le plus d'actes qui vont être favorisés par rapport à ceux qui ne rapportent pas mais parce que structurellement ils ne rapportent pas, les services de médecine interne même les plus sophistiqués vont faire des tas d'examens pour des maladies rares, les malades restent longtemps et ils rapportent extrêmement peu. Et on aurait tendance à vouloir les sacrifier, c'est ce qu'ils font dans le milieu privé, ils ferment carrément tout ce qui n'est pas rentable, mais le problème en

médecine, c'est que médecine et rentabilité, c'est deux questions assez différentes. Donc ça, c'est la première chose qu'on a senti, la 2^{ème}, le problème est pervers, je vais vous donner un exemple, l'ulcère biennal hémorragique, par exemple c'est 2100 euros pour une hospitalisation de 8 jours, une pancréatite aiguë, ça fait 3000 euros, donc vous, vous faites beaucoup de ces malades-là, vous êtes content vous codez, et les dés sont pipés parce que quand ils s'aperçoivent qu'on en fait beaucoup, ils réduisent le prix. Donc vous saviez l'ulcère qui était à 2300, l'année suivante, il était à 2100, l'année suivante à 2000, et après on vous dit qu'il faut faire plus, et le directeur est là pour vous dire ah mais, on a vu 50 malades de plus, on a vu plus de malades, mais comme ça rapporte moins, et en gros, on a l'impression, on a l'impression de devoir cavalier comme si c'était une chaîne de montage de l'usine de Renault, c'est-à-dire que les directeurs deviennent un peu, c'est-à-dire qu'en plus, à côté de la loi HPST, sont soumis à cet impératif d'argent, et ils ne sont pratiquement jugés qu'à l'aune du budget global, et à la fin, il faut que le budget hospitalier soit positif, enfin on n'est pas là pour gagner de l'argent, donc il doit être équilibré. Mais on se rend compte qu'en ce moment, environ 15% des hôpitaux sont en équilibre et que 85% sont en déficit plus ou moins grave, et la tarification à l'acte a aggravé cette situation.

A: Ils vont favoriser les pathologies plus lourdes ?

L : Il y a des trucs où ils vont vous dire, bon nous la diabétologie, on la fait par la clinique du coin et nous, on ne fait pas, l'urologie, ça ne rapporte pas, allez hop, et tout ce qui ne rapporte pas, et c'est extrêmement pervers. Ça incite également autre chose de pervers, à surcoter les actes, c'est-à-dire que les médecins sont tellement fouettés entre guillemets, enfin qu'on leur rabâche toute la journée que seul le codage prend une importance capital, et certains praticiens n'hésitent pas à surcoter involontairement d'ailleurs, parce qu'eux, ça ne leur rapporte pas un centime, mais il vont dire un malade qui rentre par exemple pour une bronchite aiguë, ils vont mettre insuffisance respiratoire aiguë qui est codée trois fois plus. Mais il y a des critères très précis, il faut vraiment qu'il y ait une hypoxémie grave et donc s'il y a un contrôle de la sécurité sociale, ce qui se passe chaque année, et donc tout ça n'est pas sain.

A: Et donc vous êtes directement touchés ?

C'est essentiellement le fait que maintenant, les directeurs ne veulent plus rien comme ils sont toujours en déficit léger, ils vont aller gratter dans tous les endroits où on trouve de l'argent et réduire le nombre d'infirmières au minimum, en fait, on est toujours en dessous des normes. Et ça c'est ultra dur, on se retrouve avec deux aides-soignantes alors qu'il y a 20 toilettes, et donc la qualité baisse, et c'était inéluctable avec cette loi. Le deuxième effet de la loi HPST, le but était de supprimer tout pouvoir médical, parce qu'avant il y avait la CME, et avait pour but l'interface entre la direction et les médecins, et il y avait les réunions qui servaient à dire, il y a ça, il y a ça. Comme le précédent gouvernement ne

voulait pas que les médecins puissent agir parce que vous savez, on est méchant, dépensier, c'est notre grand défaut, c'est nous qui créons les maladies, il n'y en a pas au départ et on crée les maladies et ils disent que les médecins qui sont à l'origine des dépenses médicales et donc qu'il faut laisser le directeur comme un directeur de boîte gérer son truc, et de ce fait là, ils ont supprimé notre pouvoir, la CME n'est même pas une chambre d'enregistrement mais une chambre d'information. On n'a plus aucun pouvoir. Voir même la nomination des médecins ne passe plus, on nous informe que, c'est-à-dire que toutes les décisions sont prises en directoire, c'est-à-dire le directeur avec ses directeurs et avec en face, un président de CME qui lui à un certain pouvoir, mais il peut être en guerre mais ce n'est pas bon, généralement, il faut que ça se passe bien. Comme ils sont face à face genre 4 contre 4, et c'est eux, tout le pouvoir se concentre dans ce petit noyau, et les autres médecins, rien, ils n'ont plus aucun pouvoir, ils ont même supprimé dans la loi HPST les chefferies de service. Les chefs de service n'existent plus, or, c'est une absurdité parce que si y avait une cellule qui fonctionne bien dans les hôpitaux, c'est la chefferie, ce n'est pas un truc qu'on a inventé, c'est une unité réelle avec un chef de service, des adjoints, des infirmiers, tout une équipe qui travaille ensemble et qui se coordonne. Nous par exemple, c'est la gastro-entérologie. Mais c'est une réalité. Alors ils ont couplé tout ça pour faire des départements, pour qu'à chaque fois il y ait un chef de groupe en quelque sorte. Et que ce chef de groupe est l'interlocuteur du directeur mais le directeur ne veut plus vous voir. Enfin, il voudrait ne plus nous voir, il nous reçoit toujours mais on sent bien le changement si vous voulez. Ça reste un peu dans l'esprit, parce que rien n'a supprimé les services en fait.

Reçoit un coup de téléphone : « Non moi je ne peux pas, à un moment je ne peux pas tout faire et être partout, non, je ne peux pas, allez aux consultations mais nous, Montreuil, ils se débrouillent. Nous on privilégie nos patients. Je crois d'ailleurs qu'il n'y a aucune place.

« Oui donc, on a décidé d'appeler ça des pôles parce que les premiers départements avaient raté. Et donc il y a des pôles, un chef de pôle, alors c'est horrible l'histoire des pôles, je vous explique à quel point c'est vicieux. Déjà on crée des pôles qui sont souvent fait de bric et de broc. Nous on a essayé de le faire à peu près scientifiquement en faisant un pôle chirurgico-médical. Parce que la gastrologie travaille toujours avec la chirurgie viscérale. Et puis tous les autres chirurgiens. Et puis, y a des pôles où c'est n'importe quoi, où ils vont vous mélanger la pneumologie avec la dermatologie, simplement, il doit y avoir un pôle. Après, on élit un chef de pôle, et ce chef de pôle, ce malheureux chef de pôle, il est sous les contraintes du directeur et il devient parfois malheureusement notre adversaire. On le met en porte à faux avec les autres médecins en le culpabilisant, en lui disant, mais comment, il faut aller engueuler le dermato, il faut engueuler l'urologue, il ne fait pas assez d'actes, et il se trouve dans un, un peu comme un capot, c'est horrible ce que je dis mais bon, c'est un peu ça, on lui demande de faire un travail, une interface, où il devient anti-médecin et plus grave encore, on est tous plutôt en nombre bas dans les hôpitaux, et on prend des médecins qui étaient de pur cliniciens et on leur demande 50% de leur temps pour faire de la gestion pure, comme si y avait pas assez de gestionnaires dans les hôpitaux. Alors effectivement, il faut une interface parce qu'il faut un peu mais avant on fonctionnait sans ça et

maintenant on crée ça, c'est-à-dire des déséquilibres très graves parce que j'ai déjà vu des pôles où les chefs ne s'entendent pas du tout avec le chef de pôle et ça crée des tensions extrêmes, parce que l'homme devient et prend, devient l'éminence du directeur, il se retourne contre son propre camp en quelque sorte, et le deuxième c'est qu'on lui a enlevé 30 à 50% de son travail et il devient un gestionnaire, ça moi, je trouve ça complètement fou, donc pour moi, c'est, d'ailleurs, d'ailleurs il devait y avoir des corrections avec Madame Marisol Touraine, avait envisagé des corrections devant porter sur une certaine part dans la T2A, du budget, d'une hauteur de 30% dans la tarification à l'acte, et elle devait remettre les chefs de service et redonner du pouvoir aux médecins dans la CME au moins pour les nominations médicales. On marche sur la tête, comment le directeur peut-il connaître, alors il ne le fait pas vraiment, il ne peut pas le faire, ils ne savent pas le faire, donc ils s'en remettent au président de CME, mais pour peu que le président de CME s'éloigne de sa base parce qu'il est devenu l'allié du directeur, il va prendre des décisions de nomination contre l'avis des autres. Avant, il y avait un vote. Maintenant, il n'y a plus de vote puisque ça n'a plus d'objet. Avant, on était nommé par ses pairs, ses collègues. Bon il me semble que c'était comme ça qu'il fallait faire. On avait un an de probatoire, et au bout d'un an, les collègues votaient, ça me paraissait la situation la plus saine. Ils ont voulu tout donner. Cela dit, les directeurs ne le font pas, parce qu'ils savent très bien qu'ils connaissent leurs limites, et puis je vous dis ce qui est terrible dans cette tarification à l'acte, c'est l'obsession du nombre, de la rentabilité, ce qui fait que certains directeurs, je vous le promet, ont un tableau, où ils comparent les praticiens et les actes qu'ils font et moi j'ai vu à l'hôpital d'Eaubonne, selon les consultations que vous avez fait dans l'année, moi par exemple, si vous en aviez 508 l'année dernière et que là, vous en passez 512, vous aviez en face de votre nom écrit un bulletin vert. Si vous étiez pareil, vous aviez un bulletin orange et si vous aviez fait moins, vous aviez un gros bulletin rouge genre faite attention on ne va pas tarder à vous virez, mais attendez, c'est complètement fou, comme si c'était un métier de rentabilité, ce n'est pas une chaîne de montage de Renault, et je vous donne un autre exemple, à un moment donné, ils voulaient que les praticiens hospitaliers aient une part rémunérée en fonction de la qualité, une part variable du salaire de l'ordre de 15%. Alors comment juger de la qualité, c'est très dur, alors on m'a dit, en consultation, combien vous voyez de patients ? Alors moi, je dis, il me faut 30 minutes pour voir un malade. Donc, je ne peux pas en voir plus de 8 dans mon après-midi, jamais plus parce que sinon, je deviens fou, je ne les vois pas bien. Ah oui, mais monsieur Untel, alors, on vous dit un clinicien qui est connu pour sa médiocrité totale, mais lui, il en voit 15 ou 16. Alors, on dit, lui c'est mieux, si lui, vous lui donnez les 15% supplémentaires parce qu'il en a fait plus que moi, il y a une révolution dans l'hôpital je peux vous dire parce que tout le monde sait qu'il n'examine pas ses patients, qu'il ne les fait même pas se déshabiller, que ça va à toute allure, que c'est bidon, alors que y en a qui prennent le temps, c'est comme si vous compariez une bottine faite de très haute qualité et une chaussure industrielle nulle, et qu'on vous dit, ah et bien là ils en fabriquent deux fois plus, alors que vous avez à côté cette magnifique chaussure faite main, attendez, il ne faut pas déconner. C'est très grave, heureusement cette mesure a été abandonnée, mais cette rentabilité, cet argent qui doit toujours tout dominer crée des tensions dans les hôpitaux folles. Mais regardez un autre truc conséquence de la T2A, les anciens patrons, souvent ils restaient médecins attachés dans leur service, par exemple, ils gardaient deux consultations par semaine, ils étaient payés au 13^{ème} échelon, donc ce n'est pas énorme, je peux vous dire que pour deux consultations pour un mois, ça fait 750 euros,

ce n'est pas, c'est vraiment des petites sommes, et bien pour les rabaisser encore, on les a remis au 2^{ème} échelon. 400 euros, ce qui fait 41 euros pour une consultation de 3h30. Mais pourquoi ce mépris ? Moi, je suis allé voir le directeur précédent et je lui ai dit, le jour où je partirai à la retraite, il me dit qu'on ne pourra pas vous payer plus au deuxième échelon, mais je lui ai dit, vous ne comprenez pas, c'est humiliant pour moi, d'un coup vous me mettez au deuxième échelon comme un interne qui commence les consultations. Je n'ai rien perdu de mes qualités intellectuelles où alors on me dit vous êtes gaga, vous devez partir, mais c'est honteux de rabaisser les gens, vous ne perdez pas votre qualité, vous ne pouvez pas perdre votre efficacité, je ne comprends pas très bien. Votre expertise est celle d'un PH (praticien hospitalier) de 13^{ème} échelon, pas celle d'un 2^{ème} échelon, donc c'est une insulte, et que se passe-t-il, les gens s'en vont, et de toute façon, c'est ce qu'ils veulent, voilà, ne plus les payer, donc c'est honteux, voilà, j'arrête là.

A : Donc vos relations avec la direction sont parfois compliquées ?

L: Ça dépend des directeurs, on a eu la chance avec les deux derniers, c'était des gens très humains, donc on a de très bonnes relations, c'est facile de les avoir, de communiquer avec eux, ils ont toujours un respect pour le chef de service, ils ne disent pas que ça sert à rien, que c'est fini, je ne veux plus vous voir, mais celui d'avant, je ne citerai pas son nom, était lui, beaucoup plus méprisant et beaucoup plus difficile, et encore, il n'avait pas toutes les lois avec lui.

A : Le nouveau directeur est quand même qualifié de gestionnaire et spécialiste de la T2A, vous n'avez pas d'inquiétudes ?

L: Absolument, mais non, il a un abord extrêmement humain, on l'a rencontré et on a eu le sentiment profond qu'il n'y aurait pas de difficultés avec lui, il n'y a que les hommes qui comptent, moi j'ai l'impression qu'il est gentil donc on n'a pas cet horrible sentiment mais, vous avez sûrement des directeurs qui vous disent les médecins, c'est des salops, comme si on pouvait se passer des médecins dans un hôpital, moi je ne comprends pas très bien leurs idées.

A : Il y a quand même toujours cette tension entre qualité de soin et rentabilité ?

L : Qualité de soin qui est bridée par cet impératif de rentabilité. À un moment donné, si vous voulez, on peut augmenter toujours un peu notre rentabilité mais ce n'est pas comme une chaîne de montage que vous allez finir par fabriquer une Renault en 5 minutes, ça n'existe pas en médecine, à un moment donné,

ça va devenir incompressible, je vous donne un exemple, à un moment donné, nous par exemple, sur 25 lits, on faisait 1200 malades une année, puis l'année suivante, 1250 malades, puis l'année suivante 1300 malades, dans le budget prévisionnel, le directeur a fait une droite, c'est-à-dire, l'année d'après, 1350, l'année suivante 1400, 1450, mais pourquoi pas 10000, c'est absurde, à un moment ça devient incompressible, on s'est aperçu qu'on était en asymptote autour de 1300 malades par ans, la durée moyenne de séjour est très faible, 5 jours et demi, on ne veut pas aller en dessous sinon on ne les voit plus, ce n'est pas possible, et c'est ça que les gens n'arrivent pas à comprendre, en médecine, c'est un artisanat, et puis il y a le côté humain, pour connaître un patient, vous n'avez pas juste à lui palper le foie, vous l'interrogez, lui parlez de sa famille, sinon, vous passez à côté de tout, c'est un ensemble, l'abord psychologique est essentiel, parce que vous savez que psyché et somas s'intriquent énormément. Les directeurs le prennent moins en compte, mais heureusement, quand ils sont humains, ils comprennent. Ils ont renoncé à cette histoire de part variable, vous voyez, et puis moi je ne suis pas du tout là pour faire du chiffre, je suis spécialiste là pour voir des malades souvent difficiles en deuxième, troisième main, qui me sont envoyés par des médecins traitants, qui ont déjà vu des spécialistes, c'est tout un dossier compliqué, et c'est ça mon intérêt dans la vie, ce n'est pas de faire du remplacement d'ordonnance voilà monsieur. Ça ne veut rien dire, ce n'est pas pour ça que j'ai été fait et que j'ai appris, c'est absurde.

A: Et que pensez-vous des médecins qui passent peu de temps à l'hôpital public et qui partent ensuite en clinique ?

L: Il y a toujours eu des brebis noires. On a toujours été décrié. Avant les médecins, ils ne savaient rien, c'était des sorciers, on les admirait du temps de Molière, on les saignait, les purgations, et maintenant qu'on sait vraiment soigner, on est vilipender méchamment, pas toujours, mais on est énormément critiqué. Mais c'est le même problème pour la classe politique, y a une brebis noire donc ça y est. Alors c'est vrai qu'il y a quelques seigneurs de la médecine notamment, pas ici, c'est dans les CHU, professeurs, très titrés, qui deviennent un peu « fricard » et qui effectivement ont des liens avec les cliniques, font du privé, ne font presque plus de public, voir reçoivent de l'argent de la main à la main, je veux dire faire une opération chirurgicale banale et demandez 5000 euros, c'est un peu choquant aussi, mais d'un autre côté, les gens le font volontairement, on ne les oblige pas à payer. Et le deuxième point, c'est très peu de monde, alors évidemment ils se font monter en épingle. Alors les gens se font quand même opérer par le professeur Duchemol, ils payent 5000 et après ils vont hurler, pourquoi ? Je veux dire, si vous achetez un Mac au triple du prix pour un Android, c'est votre choix. Et dans les hôpitaux, il n'y a pas ces problèmes de frics, il y a très peu d'activité privée et même quand certains le font, c'est vraiment, ils prennent des consultations 40 euros, ça ne veut rien dire. Ces débordements se font surtout par certains patrons, et ça représente très peu de personnes, peut-être 20 ou 30 personnes à Paris. Parce qu'ils sont devenus des grands potentats, et d'ailleurs, on comprend très bien pourquoi ils finissent par faire ça, parce que les payes hospitalières sont ridicules par rapport à leur niveau, c'est ça le problème, ici, nous ne sommes pas agrégés, un praticien hospitalier ne peut pas gagner plus de 6500 euros par mois. C'était la

même chose y a 10 ans, et le grand professeur va toucher 8500 euros, donc il vont se dire bon 8500 euros, pour ce que je vau, ils font des interviews partout, ils donnent des cours, donc il faut au moins que je double, et puis ils sont attirés par l'argent, surtout si sa clientèle l'accepte. Et puis y a des dérives, mais ça représente une minorité.

A: Et concernant la CME dans les réformes, notamment sur ses compétences ? Quelle est l'évolution ? Notamment le rôle de son président ?

L: Le docteur C. est président de CME, donc c'est lui qui a le pouvoir, alors, on lui a donné. Il est notre mandant, il a été élu tout à fait démocratiquement, donc le pouvoir est légitime, et c'est lui en fait avec qui le directeur va tout faire, il nous informe de ce qu'il fait, je pense que la CME est devenue une pseudo-participation, il fait tout pour nous informer, nous aider, mais en réalité, les dés sont pipés, tout est décidé, prévu d'avance. La CME devient une chambre de psychodrame où tous les gens disent mais moi je veux ça, c'est enregistré mais en réalité les décisions se prennent à part. Et la CME n'a plus l'attrait d'autre fois. Parfois on se demande ce qu'on fait là à part pour protester un peu mais c'est dans le vide hein, si le président de CME ne veut pas vous écouter, vous parlez une demie heure pour rien. Bon, c'est une tribune importante quand-même ne serait-ce que parce qu'il y a le président de CME et le directeur, mais c'est quand même une entente. Mais s'ils ne veulent pas vous entendre, vous n'aurez rien du tout, et ce n'était pas comme ça avant. La CME avait un pouvoir beaucoup plus important. Aujourd'hui, les décisions se passent dans le directoire, tout, c'est pour nous faire plaisir qu'on nous fait des CME en ce moment, alors on lui a donné des tas de rôles soi-disant, notamment de s'occuper de la qualité médicale, c'est vraiment honteux de dire ça. On s'en est toujours occupé, non c'est une chambre d'information, d'un exutoire général pour que les mauvaises humeurs, mais ça n'a plus d'objet, on pourrait la supprimer, mais ça ferait un scandale.

A: Et donc vous faites comment pour protéger votre service par rapport à cette réduction de marge de manœuvre ?

L : C'est, il faut se battre toujours, allez voir la directrice des soins infirmiers quand vous avez des problèmes d'infirmières, et voir les infirmières chefs, les surveillantes, et en dernier recours on va voir le directeur. Chaque chef de service doit se battre parce qu'on ne peut pas autrement. Mais d'un autre côté, vous êtes avec les surveillantes chefs qui elles sont martyrisés parce qu'elles sont entre la DRH et la direction, on leur dit on n'a plus d'argent, vous ne pouvez plus, et elles, elles voient les humains, elles étaient avant infirmières, elles demandent comment on peut faire. Je n'ai pas d'argent, elles rappellent les filles du samedi et du dimanche, elles les obligent à faire deux vacations de suite, franchement, donc c'est interne entre service, on s'arrange pour minimiser l'impact des réformes. Mais on essaie, parce que c'est pareil, en tant que praticien, dès qu'un praticien s'en va, il n'y a pas de remplacement, on se retrouve

en sous-effectif médical, alors qu'on nous demande plus de choses, et les infirmières sont maintenant dans des difficultés très grandes, des problèmes de recrutement, et comme ils ne veulent plus prendre d'infirmières intérimaires parce que c'est extrêmement coûteux, ils obligent l'infirmière du matin à faire la suite si l'infirmière de l'après-midi ne vient pas, elle est obligée de rempiler 8h sur 8h. 16h de suite, et c'est une obligation ça fait partie de la charte de l'hôpital. Ce qui n'est quand même pas très normal, c'est choquant ça. On va vous dire c'est comme ça, il n'y a pas d'autres solutions. Autre chose qui m'a choqué, encore pour gagner de l'argent, vous savez si y a le glissement vieillesse-technicité, donc maintenant, ils ont dit qu'une infirmière qui arrivait à l'âge légal de la retraite, il y a parfois des infirmières de premières classe d'une très haute technicité, elles ont besoin pour leurs fils de rester un an ou deux de plus, on leur refuse. Ils veulent embaucher une infirmière plus jeune, qui est payé deux fois moins cher, mais il y a des limites à ça, alors là, ils tendent à virer tous les gens âgés, ce n'est pas bien, c'est contraire au fondement, il y a cette règle, nous on a une infirmière en endoscopie, qui est la meilleure infirmière dans son domaine, remarquable, elle est super, et là, on lui dit qu'en novembre prochain, elle doit partir, alors moi, je suis prêt à monter au créneau, j'irais voir le directeur, je lui dirai que j'ai absolument besoin de ces deux ans de plus. On va reformer une jeune infirmière ? On va nous dire que c'est la loi locale ? Qu'est-ce que ça veut dire ? D'abord, je croyais que Sarkozy avait dit qu'on pouvait prolonger et qu'on ne devait pas la renvoyer si elle ne voulait pas.

A: Et pour le Conseil de surveillance ?

L: C'est comme la CME, moi je crois que c'est le directoire qui concentre toute la force dans ses mains, et d'ailleurs, tous les gens qui y ont été au directoire, me le confirment, tout se prend au directoire, le reste, c'est des détails de premières classe, les commissions de truc, qui ne servent à rien, on fait ça pour faire plaisir aux gens. Et le président de la CME nous l'a dit, « vous les vieux vous n'arrivez pas à comprendre ça, mais la CME, ce n'est plus rien. Le pouvoir c'est à part, on vous les fait pour vous faire plaisir la CME, il l'a dit crûment mais ça voulait dire ce que ça voulait dire, il connaît bien les lois et il a bien senti le vent de la nouvelle vague en quelque sorte.

A: Et l'ancien président de la CME était dans la même optique ?

L : Non, alors lui, il était dans l'ancienne parce que lui grand défenseur du service, de la CME, il dit qu'en aucun cas les services ne doivent disparaître, et il a raison parce que les services ne disparaissent pas dans la réalité, c'est impossible, ils ont essayé de masquer mais c'est impossible, c'est la cellule vivante des hôpitaux et lui non, était beaucoup plus ouvert, le directoire même, ça le choquait, il était beaucoup plus ouvert vers la CME. Et il espère revenir vers plus de, il trouve cette loi folle.

Elles sont épouvantables, elles sont devenues épouvantables, on a plus de difficultés pour avoir des infirmières et travailler dans de bonnes conditions, et puis on est assommé véritablement par le travail, aussi parce que les malades deviennent de plus en plus exigeants, parce que le bassin de population ne fait que croître, passant de 250 000 personnes il y a 20 ans à 400 000 personnes aujourd'hui, une demande extrêmement forte, on donne des rendez-vous de consultation dans deux mois et demi, alors ça gueule, et puis quand les malades ont des vrais urgences, on est obligé de rajouter, alors on rajoute, on rajoute, et puis y a la disparition des internes, ce n'est plus rien, là, chez moi, je n'ai plus d'internes, donc je vais devoir y aller pour faire l'entrée et la sortie de ma vingtaine, mais ce n'est pas à moi de faire ça normalement, l'interne vous présente des cas difficiles et qui vous dit voilà, j'ai eu 5 entrants, 3 c'est ça, mais les deux je voulais les voir avec vous. C'est ça le travail, là maintenant non.

A: Et donc les réformes pour vous sont applicables ?

L: Il faut atténuer le pouvoir, parce que même les directeurs ont un pouvoir mais ils sont directement sous la tutelle des ARS, et les ARS les tiennent par le bout du nez, en gros, s'ils ne sont pas dans la rectitude sur le plan du budget, si on dépasse 3,5% je crois, on nous envoie des missi-dominici, on est mis sous une sorte de tutelle, et là, ils ne s'embarrassent pas pour fermer les services non rentables comme on a fait dans des tas d'hôpitaux, donc ils sont obnubilés par le budget, ça devient une obsession, je me rappelle, l'ancien directeur, il n'en dormais plus, le seul truc important, c'était la ligne bleu des Vosges, le budget équilibré, c'était le point, si vous réussissiez vous étiez un génie, c'était merveilleux, vous étiez un directeur génial, mais il est quasiment enferré par ça et il ne peut quasiment pas accorder tels autres postes, c'est affreux, ils sont eux-mêmes totalement dominés par le problème de l'argent sous la pression. Mais il n'hésite pas par exemple l'an dernier, on avait un déficit important, la commission pour le matériel avait statué sur des achats de matériel, et bien 260 000 euros ont été gelés complètement, reportés cette année, j'espère que ça sera fait, mais les achats de matériel paramédical se sont arrêtés, il faut faire super attention, nous, on est par exemple dépendant des endoscopes, si on se met à avoir des vieux endoscopes qui tombent en panne c'est de la folie, et ce n'est pas en construisant des nouveaux bâtiments que ça va s'arranger. Il faut arrêter les services rentables et les non rentables qu'on rejette alors qu'ils sont non rentables structurellement, et il faut redonner du pouvoir aux médecins, mais on a bien compris que l'argent était le nerf de la guerre et qu'ils ne pourront jamais dire allé voilà, on ouvre les vannes, on sait que c'est fini et que ça n'existera plus, donc on essaie de jongler avec ce que l'on a le mieux possible.

A: Donc les médecins ont perdu du pouvoir avec la loi HPST ?

L: Très clairement oui, sauf, j'ai été étonné quand même, on a l'impression que le président de la CME a

un très grand pouvoir d'abord parce que c'est notre mandant, c'est important, mais surtout il a un très grand pouvoir parce qu'on voit que le directeur ne peut absolument rien faire sans eux, il ne peut être contre, c'est quasi impossible, ils sont obligés de travailler main dans la main et donc il y a une atténuation très forte. C'est impossible de se mettre l'ensemble du corps médical à dos. Alors la dérive c'est que le président de CME s'éloigne de sa base et devienne gestionnaire, décide de la fermeture de là, sans s'occuper des mandants qu'on a été pour lui, c'est un danger. Mais vous voyez, c'est hors PV en quelque sorte, le nouveau président de la CME, c'est un jeune dynamique, il connaît bien les lois et il en veut, il a cette espèce d'ambition d'arrivisme, qui est sympathique et qui est porteuse pour l'hôpital, il a des projets, mais il ne connaît pas tout le fonctionnement du vieil hôpital et surtout les hommes, c'est-à-dire qu'il peut faire du mal à des gens sans s'en apercevoir qui casse des trucs, comparé à l'ancien qui connaissait beaucoup mieux les rouages, et donc prendre des décisions cassantes vécues par certains qui sont très choqués, de l'autre si vous prenez un vieux médecin conservateur, ce n'est pas mieux non, c'est très compliqué. Il faut prendre des gens jeunes et dynamiques qui ont des idées, mais il faut parfois leur rappeler que c'est la base qui l'a élu et qu'il faut pas qu'il s'éloigne trop.

Entretien n°11 : Théo, 47 ans, cadre de santé, service des urgences, ancien infirmier, dans le service depuis 31 ans (le 11/04) :

A: La dernière loi HPST a-t-elle eu des effets sur le terrain ?

T: Alors non, la loi HPST sur le terrain, pas trop, c'est surtout au niveau de la T2A, c'est-à-dire qu'on arrive aux urgences à travailler avec les services d'une façon différente, et les services viennent choisir leurs patients, et on se retrouve ici avec des patients inintéressant entre guillemets, pour les médecins compte tenu de la DMS, donc ils les laissent soi dans le couloir, ils retardent au maximum la prise en charge dans les services pour diminuer leurs DMS à eux.

(Je lui parle du livre de Vincent Pelloux).

T: Là, je ne sais pas parce que je suis au service porte aujourd'hui mais aux urgences, là, il y a peut-être aussi des gens qui sont en attente de résultat de bilan, c'est possible, ce matin il y avait déjà 5 ou 6 patients en attente de lit. Alors, je ne sais pas s'ils sont partis ou qu'ils ont été remplacés par d'autres mais en gros, si vraiment, il y a une très faible activité, on peut ne pas en avoir, si vraiment, il y a une grosse activité, ça nous est arrivé d'avoir un peu près entre 15 et 20 malades dans le couloir en attente de lit.

A: C'est dû au manque de moyens alloués au service des urgences ?

T: C'est-à-dire, je n'attribuerai pas ça à un manque de moyens, j'attribue ça à une politique de santé qui est différente, c'est-à-dire que la politique de santé qui est appliquée dans les services de par la DMS font qu'en fait, les médecins d'autres services travaillent avec des médecins d'autres établissements plutôt qu'avec nous, donc ils préfèrent prendre des patients spécifiques à leurs spécialités qui viendront de leurs réseaux à eux extérieurs, y en a qui viennent de X, d'autres de Y, de partout, que les médecins chefs de services connaissent et qu'ils préfèrent faire rentrer dans leurs lits de libre plutôt que de prendre chez nous les cas sociaux. Ce cloisonnement est donc tamponné par le service porte justement, parce que les patients au bout de deux ou trois jours, si y en a qui restent deux ou trois jours, certains restent plus longtemps que ça, mais dans le couloir sur le brancard, ça devient inadmissible, c'est même inadmissible qu'il reste une nuit donc généralement, c'est classé aux portes, et là, les spécialistes des services descendent et disent, là, on fait ça, on fait ça, en gros, le porte fait tout le bilan de ce qu'il veut pas faire là-haut et une fois que le bilan est fait, parce qu'on arrive à avoir des bilans plus rapidement qu'eux ici, donc une fois que tous les bilans sont fait, soit ils les prennent, soit le malade sort, voilà.

A: Et vous êtes à l'hôpital depuis longtemps ?

T : Depuis 31 ans au service des urgences, donc j'ai beaucoup vu de choses bougées. Notamment au niveau des conditions de travail, à mon idée, pour moi, alors ça n'engage que moi ce que je dis hein, je pense que ça ne concerne pas tout l'hôpital parce que je pense que les administratifs ne seraient pas d'accord avec ce que je dis, mais je pense qu'il y a vraiment un manque de personnel, je pense qu'on ne peut pas en même temps, on n'a le nombre de personnels pour accueillir 180 personnes par jour en moyenne, donc en moyenne dans les petites journées c'est 150 personnes, et dans les grosses journées, on peut monter jusqu'à 250 donc c'est quand même assez énorme donc on a un potentiel paramédical pour accueillir ces patients. Si on en rajoute dans les couloirs, c'est l'équivalent d'un service des fois, donc il y a un manque de moyen à ce niveau-là, il ne faudrait pas nécessairement employer de nouveaux paramédicaux spécifiquement aux urgences mais au moins d'en dégager certains lorsque certaines d'autres services, ou créer une équipe de renfort qui viendrait renforcer quand une vingtaine de patients dans les couloirs. Parce que c'est des patients à qui on compte le prix de journée quand-même. Donc, qui n'ont ni télé, ni téléphone, ni intimité, auquel les traitements sont donnés à la va vite donc voilà.

A: Et quelle est la volonté de la direction par rapport à ça ?

T : Moi, je pense que la politique est simple, du moment que ça tourne, on ne fait rien. Il n'y a pas de décision prise, tout ce qu'il y a, c'est au cas où vraiment il y a des réunions de crise se font quand

vraiment la situation perdue pendant plusieurs semaines. Là, il y a quelques temps où durant 4 semaines, tous les jours, tous les jours, il y avait des patients dans les couloirs, on a réussi entre cadre à s'arranger avec des services qui nous passaient une aide-soignante, où des choses comme ça mais c'était ponctuel et rien n'était décidé. Et à ce moment-là, s'il y a vraiment une grosse réunion de crise, on impose des patients dans les services. Par le biais de l'administration. Mais en général, on essaie de s'arranger inter-service, intra-pôle aussi, parce qu'on travaille beaucoup avec la réanimation, donc il y a des échanges d'ASH quand nous on en a trop, des échanges d'aides-soignantes, si vraiment il y a trop de choses et qu'on connaît un autre cadre avec qui on veut voir si y a pas une aide-soignante supplémentaire mais ça reste rien de bien défini, sauf une fois que ça avait durer très longtemps, que l'administration nous a accordé quand même quelqu'un pendant deux ou trois jours mais c'est tout.

A: J'ai eu aussi des entretiens avec les directeurs et c'est sûr qu'ils ont beaucoup de pressions sur le budget et sur les économies à faire.

T : A partir du moment où les patients qui sont dans les couloirs payent un prix de journée, on a à l'intérieur des urgences un service complet sans service supplémentaire, donc à partir de là, c'est carrément du bénéfice net, donc pour moi, l'administration n'a aucun intérêt à voir disparaître ces lits-là, enfin ces patients hospitaliser dans le couloir, lit virtuel, lit porte, enfin on leur donne des tas de noms mais ça revient au même, c'est des patients qui restent dans le couloir sur des brancards donc pour moi, ils n'ont aucun intérêts à les enlever. Je pense que si vraiment il devait y avoir quelque chose à faire, il faut que le système explose pour que les gens puissent.

A: Il y a une tension entre qualité de soins et rentabilité pour la direction ?

T: La direction est dans la logique de qualité lorsque l'HAS débarque pour faire ces fameux contrôles. Il n'y a plus de brancards qui traînent, on n'est briffé mais ça fait rire tout le monde, ça nous fait rire, les patients, les soignants eux-aussi, parce qu'on est les premiers à dire mais elle est où la qualité de soins, c'est quoi là ? Par contre, évidemment, l'HAS est au courant de ces états de fait, donc c'est partout pareil.

A : Et l'HAS fait quelque chose pour ça ?

T: Du tout, à partir du moment où le système tourne, s'il n'y a pas de problème, pourquoi s'en inquiéter ? Même si ça remonte jusqu'au ministère et que toute l'administration connaît les difficultés des urgences aussi bien que des autres services aussi, et des effets pervers, du moment que ça tourne pourquoi s'embêter. Donc nous on le ressent sur le travail, on a beaucoup plus de travail quand les patients sont présent dans les couloirs, en plus il y a beaucoup de problèmes avec les familles qu'il faut régler, parce que les familles veulent les voir, normalement ils n'ont pas le droit de rentrer, on les laisse rentrer quand

même, donc il y a des conflits, plus il y a de monde, plus il y a de conflit, c'est comme une bouilloire quoi. C'est la cocote minute ici, donc ça nous demande beaucoup plus de gestion de dossier, de patients, d'essayer de trouver des lits, d'essayer de trouver transferts des choses comme ça.

A : Et en dehors de ces problèmes, vous entretenez quand même de bon rapport avec l'administration ?

T: On a des bons rapports avec eux, c'est-à-dire qu'on ne peut pas aller à l'encontre, on est coincé les cadres, à la limite ceux qu'on plus de marge de manœuvre, ce sont les cadres supérieurs, eux sont vraiment toujours avec l'administration et faire remonter des choses, nous aussi on peut faire remonter des choses, mais si vous voulez le cadre de proximité véritablement est tenue à l'écart de beaucoup de choses. Les infos, des fois, les dossiers, il faut qu'on les pêche, qu'on aille à la recherche, les budgets sont soigneusement cachés, on ne sait pas combien on rapporte, une fois les urgences sont en déficit, une fois non, c'est noyer le poisson.

A: Il y a des problèmes d'informations entre les services ?

T: Alors, il y a une bonne information mais à certain niveau (rires), pas à tous les niveaux, donc je vous dis, les budgets, moi personnellement, je suis persuadé que les urgences ne sont pas en déficit, mais on ne va pas en parler, on va dire plutôt qu'elles sont déficitaires justement pour taire certaines choses, voilà.

A: Et les médecins ?

T : Les médecins gardent leurs prérogatives. Le problème des hôpitaux, c'est qu'il y a plusieurs castes qui tiennent l'hôpital, donc au niveau sociologique, c'est très intéressant parce qu'il y a plusieurs têtes qui ont le pouvoir, donc il y a la caste des médecins avec la CME, et de l'autre côté tout le côté administratif avec le directeur, et entre tout ça, et encore plus bas, il y a le paramédical, alors il ne faut pas rêver, le paramédical, c'est la main d'œuvre, dans la tête des médecins, et aussi je veux dire, le paramédical, c'est l'infirmière qui pique, c'est l'OS quoi, on est bien d'accord, il n'y a aucun pouvoir décisionnel pour le pouvoir paramédical donc nous déjà en tant que cadre du paramédical, pour se faire entendre, ce n'est déjà pas facile, même si l'administration nous entend, il faut encore après que ça redescende vers les médecins. Donc il y a ces trois castes qui sont là, et chacun peut essayer à sa façon de bloquer quelque chose. Donc, c'est ce qui s'est passé avec la loi HPST au départ, évidemment les médecins n'étaient pas d'accord. Donc ils ont freiné un grand coup en disant oh les pôles, le directeur, tout ça, donc ça a fait traîner en longueur, parce qu'on sait aussi que c'est politique, là on est sur la loi HPST va changer dans pas longtemps donc de toute façon, ce n'était pas la peine de la mettre en place, alors après, on va dire voilà, et puis, ils voyaient très certainement d'un très mauvais œil le pouvoir du directeur qui était

renforcé. Pouvoir que certains directeurs ont mon avis, même tous, on eut du mal à accepter eux aussi à mon avis, s'ils se mettent à dos le pouvoir médical, (soupir), ça va gripper dans les rouages. Aussi bien du niveau administratif, directorial, que médical, et aussi au niveau du comité médical, la loi HPST n'a pas été très appliquée. Parce qu'il faut que ça fonctionne, si ça fonctionne pas entre directeurs et médecins, si on arrive pas à acquérir le pouvoir médical au niveau de l'administration, car si le directeur veut ouvrir un nouveau service, ou faire ce qu'il veut dans son hôpital, il lui faut l'autorisation du président de CME, donc voilà, moi je pense que l'idéal dans le public comme dans le privée, c'est que les directeurs d'hôpitaux soient des médecins qui est eu une formation spécifique à la direction d'un hôpital, un peu comme les grands administratifs, un médecin reconnu qui fasse beaucoup plus d'administratifs.

A: Surtout qu'il comprend votre logique.

T: Voilà, c'est deux façons de penser différentes et c'est surtout deux pouvoirs différents. C'est un jeu entre la CME et le directeur. Là-dessus on va rajouter le jeu politique parce qu'il ne faut pas oublier qu'il y a quand même le CS avec le député maire donc généralement.

A: Vous pensez qu'il a encore un rôle ?

T: Oui, il a du pouvoir, et s'il en a encore, c'est qu'on n'a pas voulu lui enlever. Donc à partir du moment où on le reconnaît et qu'on lui demande toujours des choses, c'est qu'il a le pouvoir, donc voilà, cette loi visait visiblement a essayé de museler un peu plus les médecins pour qu'ils rentrent dans un moule plus administratif et au final, ça a complètement échoué. Pour moi, c'est un échec. C'est-à-dire qu'à partir du moment où le directeur ne le fait pas, le refuse, bon, donc nous, il ne faut pas oublier qu'on est plus de gauche que de droite, cette loi venait de droite donc tous les gens de gauche, notamment le député, et que l'ancien directeur était lui aussi plutôt bien à gauche, ils n'avaient pas tout à fait intérêt à ce que ça marche et que ça fonctionne. Donc, voilà, c'est des contingences politiques internes, externes, qui se mélangent, voilà.

A: Et que pensez-vous du nouveau directeur ?

T: Ah ce n'est pas les mêmes personnalités, il y a des choses, bon moi j'aimais beaucoup l'ancien directeur, ce n'est pas le problème, mais des fois, je le trouvais trop laxiste sur certaines choses. Parce que ne pas prendre de décision, c'est déjà prendre une décision, de toute façon, au niveau politique on laisse, on sait que ça va s'arranger. Je ne sais si vous avez déjà remarqué les choses comme ça ou grande réunion, on va, il faut qu'on en rediscute, il faut qu'on voit, en fait, tu sors de là, rien du tout, aucune décision, tout se mélange et se sont les autres qui s'arrangent pour que ça marche quand même, c'est-à-

dire qu'on sait très bien que sans prendre de décision, en bas, ça va s'arranger quand même, les gens savent très bien que si y a 20 patients dans le couloir là, le paramédical va trouver une solution pour essayer de s'arranger, donc il s'arrangent, il n'y a pas de problème.

A: C'est un peu comme au Conseil de Surveillance ou c'est très formel.

T: Il n'y a aucune décision qui se prend. Le directeur va voir ça avec le député directement. Et c'est souvent comme ça que ça se passe, c'est dans l'informel qu'il y a des choses, moi je le vois, si je veux que quelque chose de rapide, ce n'est pas en téléphonant à l'informatique en disant voilà, moi je les croise quand je vais fumer la clope, je leur dis écoute viens, tu es là, tu finis ta cigarette et on va voir ensemble. C'est dans ces moments-là que ça peut faire avancer les choses assez vite. Ce sont de petites choses mais le pouvoir décisionnel, ça se décide en tête à tête, ou par un trio, il peut y avoir le président de CME, le directeur et le député par exemple. Donc ces trois-là organisent leur histoire, ils essaient de faire tourner comme ils veulent ou comme ils peuvent, ils donnent leurs avis ou pas, et puis après, on essaie de faire avaler le poisson en CS ou en réunion de cadres supérieurs après. Ça redescend.

A: Donc il y a une certaine permanence dans les rapports entre les catégories dominantes du secteur ?

T: Le pouvoir de décider n'a pas changé de mains, c'est toujours pareil, donc bon, en fait, ça n'arrangeait ni les médecins, ni les directeurs, donc à partir de ce moment-là, pourquoi vouloir changer ?

Entretien n°12 : Monique, 57 ans, directrice des affaires financières depuis 2003 à l'hôpital Salvador Allende (le 18/04) :

A: La T2A a changé des choses dans votre travail ?

M: Ah ça oui, la tarification à l'activité, c'est un autre métier parce que moi, j'avais été directrice des finances à l'hôpital de F. (grand hôpital du sud de la France) pendant 8 ans, mais c'était du temps du budget global, le fait de passer en tarification à l'activité a complètement changé le travail, c'est un nouveau travail, plus intéressant, plus passionnant mais qui nous, la T2A en elle-même, c'était une très bonne chose mais elle se percute avec le plan d'économie de l'assurance maladie. Et le contexte de crise à l'heure actuelle, ce qui fait que nous devons faire toujours mieux avec moins de moyens.

A: Pouvez-vous me parler de votre marge de manœuvre ?

M : Oh, elle est de plus en plus réduite, là, j'ai vu que la ministre voulait redonner davantage de pouvoir aux médecins, mais qu'est-ce qu'il a comme pouvoir le directeur ? A part d'être sur un siège éjectable et de sauter comme le premier fusible, il n'a rien d'autre comme pouvoirs, tout est décidé, discuté à l'avance, c'est la DGOS qui fixe le budget, j'ai l'impression que les ARS sont maintenant déjà un peu dépossédés de ça.

A: Pour la cardiologie, vous étiez en concurrence avec un autre hôpital voisin ?

M : En fait, c'est-à-dire que Monsieur B, le directeur de l'hôpital voisin était directeur, le référent de la fédération Ile-de-France au moment où l'actuel directeur de l'ARS était président de la fédération hospitalière de France, donc ils se voyaient régulièrement donc forcément bon, et puis ils avaient d'après ce qu'on m'a dit des origines maçonniques, enfin bref, et donc là, Claude Evin étant directeur de l'ARS, quand on est allé défendre le projet d'autorisation, le directeur de l'ARS avait donné au directeur de l'hôpital voisin ces instructions, à la commission qui gère les autorisations, donc ça c'est assez mal passé quoi.

A: Et le président du Conseil de surveillance a joué un rôle donc

M : Ah oui, tous les maires parce que quand même, le maire a un pouvoir en matière de santé publique même s'il n'est pas extraordinaire, donc il tient à l'hôpital public.

A: Les relations entre lui et l'ancien directeur ne devaient pas être très simple ?

M : Ah non, non, non, pas du tout, et puis l'ancien directeur tenait particulièrement à l'hôpital Salvador Allende.

A: Je l'ai rencontré, c'est un grand homme. Que pensez-vous du nouveau ?

M: Je ne pense pas que ça se passera de la même façon. L'ancien directeur était excellent, mais excellent, dans les improvisations et dans les négociations (elle se lève), et face à une masse de personnels excités et tout, il explosait, c'était remarquable (rire). Il maniait très bien, et je pense d'ailleurs que le directeur de

l'ARS lui a fait pression sur lui, pour l'amener dans son nouvel hôpital pour qu'il ramène la paix un peu.

A: Et au niveau de la T2A pour reprendre ses effets, certains m'ont dit que ça créait une différence entre les services rentables et ceux moins rentables ?

M: Oui, nous on le sait parce qu'on n'a une bonne comptabilité, mais c'est vrai que je, les services rentables, pas rentables, c'est la mauvaise question, la bonne question c'est, qu'est-ce qu'on veut et qu'est-ce qu'on ne veut pas garder ? Vous ne pouvez pas imaginer un hôpital général sans bloc opératoire, sans réanimation, ce sont les danseuses de l'hôpital bon, après vous avez ce que nos consultants appelaient les activités vaches à lait, alors attendez, j'ai un diagramme (me montre un document avec quatre cases dans un tableau : activités stars, vaches à lait, dilemmes, point mort). Y a des activités dont on n'a pas besoin, c'est vrai, où qu'on ne sait pas bien faire et ça, il ne faudrait pas le garder, après, c'est une question de choix, il y a beaucoup de choses qui rentrent en compte mais bon des fois, une activité par exemple comme l'ophtalmologie chez nous qui ne fait que très peu de, il n'y que des consultations et aucune opérations, donc est-ce qu'il faut la garder ? D'autant plus que la consultation nous coûte cher, le chef de service, qui est un excellent ophtalmologue quand même, opère à la clinique et après, il rapatrie les patients qui coûtent chers ici pour les examiner, alors.

A: Il y a une volonté des chefs de services ? Certains sont plus impliqués que d'autres en fonction des services.

M: (Grands rire) Ça, c'est la bonne question. On voudrait les faire badger mais bon, ce sont les seuls qui ne badge pas effectivement, ils ne veulent pas, on ne peut pas se les mettre à dos parce que c'est quand même la cheville ouvrière, l'hôpital c'est un équilibre, et ce qui est rigolo, vous avez une activité, dans un service par exemple, vous faites de la chirurgie du rachis, et bien vous avez le SSR de rééducation locomoteur qui va bien fonctionner, vous avez un bon ORL qui va faire de la cancérologie, vous avez après l'hôpital de jour d'oncologie qui va bien fonctionner. Si l'ORL se casse la figure, l'ORL fonctionne moins bien. Donc il y a toujours des interactions, donc il faut faire attention quand même.

A: (On observe le document) Vous arrivez à trouver des marges de manœuvre ?

M : Ba après, il faut savoir ce qu'on veut garder, ce qu'on ne veut pas garder. Moi je suis en train de batailler depuis des années et des années parce que les consultations externes nous amènent des clients, c'est une porte d'entrée de l'hôpital, il y a la médecine de ville, et les consultations externe et les urgences. Les consultations sont au total dans l'hôpital déficitaires de 7 millions d'euros. 7 millions

d'euros, je serai ravie de pouvoir rentabiliser ces consultations externes. Alors pourquoi elles sont, on a 120 personnes qui travaillent dans ces consultations, et elles sont toutes disséminées dans le parc, vous les avez vu. Donc le bâtiment que l'on construit devant, c'est le nouveau pôle mère-enfant mais aussi le regroupement de toutes les consultations externes. Ce qui fait que je vais pouvoir enquêter rapidement et de façon sécurisée aussi. Là, l'ORL et la stomatologie, je n'ai pas encore mis de carte bancaire et je suis sûr que je perds de l'argent là-dessus, et puis on n'a pas besoin d'avoir une ou deux infirmières par consultations, donc ça serait rentabiliser au maximum les consultations. Ce qu'on fait aussi, c'est qu'on est en train d'informatiser le dossier médical, ça se déploie dans la maison, et j'aurai plus des femmes qui passent leurs temps à aller sortir des dossiers médicaux et rangés des dossiers médicaux, c'est infernal ce genre de truc. Avec les dossiers médicaux, ils vont prendre l'air (rires). Alors pour les agents, on est en train de les faire monter en compétence parce qu'on ne veut pas les virer. Essentiellement, bon c'est vrai qu'il y en a, ça relève de la greffe de neurone et ça va être beaucoup plus difficile mais bon. Pour en revenir aux consultations externes, j'espère en faire un levier plus important pour pouvoir ne pas perdre de l'argent et en gagner mais pour l'instant, c'est une activité poids mort. Mais, on ne peut pas faire autrement que la garder. Alors les activités stars, je vais vous dire, par exemple, on a l'urologie, donc les urologues ils travaillent régulièrement sur le robot médical de la Pitié. Donc ça c'est quand même un gage de compétence et on a mis en place une nouvelle technique qui est la X pour la prostate, avant on grattait, il fallait faire des lavages vésicaux, il y avait des perfusions, c'était épouvantable, du temps de travail, les personnes âgées sous coagulants, les anesthésistes ne voulaient pas les endormir parce qu'ils avaient peur, et là maintenant, on a trouvé une autre technique, on rentre des fibres lazer et par vaporisation, ça vaporise l'adénome, qu'est-ce qui se passe ? On peut opérer toutes les personnes âgées même sous coagulant, aucun problème, ça ne saigne pas, donc qu'est-ce qu'on a fait avec le service, on a fait un article pour les médecins généralistes de ville, dans la presse, dans la revue de notre hôpital, des EPU, il décolle, c'est ce qu'on appelle aussi la tête de gondole, ça c'est typique parce que ça nous amène du monde, alors là, je peux vous dire qu'on est les seuls du département à le faire. On s'y retrouvait au niveau T2A, et n'y en a pas dans le département voisin pour l'instant, ni dans l'autre, donc ça nous fait, quelqu'un qui vient ici, je ne le souhaite pas à tous les hommes mais bon (rires), la clientèle est assurée. Ça c'est vachement bien. Quelqu'un qui vient ici et qui est bien pris en charge, il reviendra peut-être. Et ça diminue la DMS. Il a débuté en septembre dernier, et il m'avait dit 3-4 jours et je ne sais pas où il en est mais il voulait la réduire. Donc après, les activités vaches à lait, celles qui produisent beaucoup, y en a qui produisent beaucoup c'est vrai, la médecine, c'est le fond de commerce de l'hôpital, c'est toujours plein, la médecine ça rapporte hein. Et les activités dilemmes, est-ce qu'on garde l'ophtalmologie ? Est-ce qu'on garde une partie des consultations de dermatologie ? A quoi ça sert ? Il y a des choses comme ça, il faut se poser des questions. Et on ne peut pas tout faire, et c'est vrai que par exemple là maintenant, on a la chirurgie orthopédique qui fonctionne très bien, la chirurgie viscérale, (souffle), et puis la chirurgie thoracique, on n'a pas de chirurgiens thoraciques donc ce n'est pas à mon avis très intéressant. Encore une fois c'est vrai, la T2A nous a incités à avoir ce genre de débats. Alors ça, (rires), les médecins ils ne tiennent pas trop à ce discours. Déjà qu'ils ne puissent pas noter directement les cadres, les secrétaires médicales, ça les dérange, la secrétaire médicale, c'est leur créature quand même, alors bon la coordinatrice qui fait les entretiens d'évaluations le fait avec le chef de service, il est tout content et puis

voilà.

A: Il y a des conflits entre médecins ?

M : Les médecins, quand ils sont entre eux et qu'ils préparent les CME, là, ils se fritent régulièrement. Bon, mais alors, quand ils sont en CME, vous n'avez pas intérêt à en attaquer un parce que la CME devient comme un poisson porque-pique (rire). C'est rigolo. Mais le conflit est surtout entre chirurgiens et anesthésistes, alors là, c'est dur. Les anesthésistes ont toujours été, avant c'étaient les cadres temporaires d'anesthésie réanimation, il y a tout un truc. Ce n'est pas simple du tout. 2400 bulletins de salaires ça vous fait une petite ville donc vous avez des amitiés, des coucheries, il y a de tout là-dedans, c'est rigolo.

A: Et quand vous me parlez des médecins qui se préparaient avant la CME, vous faites pareil ?

M : Ah oui, mais de toute façon, nous on est toujours très légalistes. En ce sens que quand le directeur dit quelque chose ou qu'un collègue directeur dit quelque chose, en séance, on ne dit rien, alors après, on ira le voir pour lui dire qu'est-ce que tu as dit comme bêtises, ce n'est pas possible mais sinon, c'est calme plat, moi je fais beaucoup d'exposé sur les finances, mais avant la séance, j'envoie l'exposé power-point au directeur. Il ne m'est jamais venue l'idée en matière de finances de lui faire un exposé sans qu'il est vu ni approuvé, jamais, jamais, jamais.

A: Et au niveau des rapports de pouvoir ça a changé ?

M : Non ça reste un peu près pareil. Du temps de l'ancien directeur aussi et de son prédécesseur, ça reste un peu près pareil, mais par contre c'est vrai que moi, je ne sais que certains médecins se disent, parce qu'il y a radio couloir quand même qui circule, y a certaines personnes qui sont quelques fois toxiques je pense pour l'hôpital, et qui colporte des ragots, je m'en doute, et je vois des manœuvres, c'est rigolo le self, ah ouais, ouais, ouais (exclamation), parce qu'on voit des gens, on se dit tient, pourquoi ils déjeunent ensembles ces deux-là, surtout les médecins, donc on se dit, il y a quelque chose derrière, et après, ça sort en CME, où des trucs comme ça.

Entretien n°13 : Céline, 44 ans, cadre de santé depuis 2005, service de diabétologie, ancienne infirmière, à l'hôpital Salvador Allende depuis 20 ans (le 19/04) :

A: Vous avez vu l'hôpital changer ?

C: Oui, et même dans la nouvelle fonction de cadre, puisque j'ai connu la transformation 2005, et on était encore limite dans la fonction de surveillante, et là, dans la véritable fonction de cadre de santé

A : Aussi avec la mise en pôle ?

C: Oui, en 2005, surtout que je fais partie du pôle qui a expérimenté le pôle en premier donc le pôle médecine, donc on a vu le changement aussitôt.

A: Et pour vous les pôles ?

C: A la base, c'est une bonne idée, se décloisonner un petit peu parce qu'à la base, on était service par service, et là, pouvoir se décloisonner, être en relation avec les autres, c'est très bien. Mais on s'est rendu compte qu'au niveau des paramédicaux, ça va, on commence à s'y faire. Au début, c'était très bien, puis quand on nous a dit d'aller dans les services pour remplacer parce qu'ils étaient en difficulté, ça allait moins bien, et puis on s'est rendu compte finalement que s'entraider c'est très bien, mais au niveau médical, c'est moins bien parce qu'on s'est retrouvé dans un système où le chef de service n'a plus autant de pouvoir que quand il était chef de service et que maintenant, ce sont des responsables d'unités, ce qui est différent. Et cette perte de pouvoir, au début on se disait, la mise en pôle, les médecins ils allaient pouvoir, mais ce n'est pas vrai du tout. Nous le pôle expérimental, on a eu un chef de pôle, et au final le responsable de pôle a démissionné parce qu'il s'est aperçu que finalement, le pouvoir, on l'a pas. On a un pouvoir sur papier mais sur le papier, on l'a pas, c'est toujours les chefs de service. Donc c'est celui qui crie le plus fort qui a gain de cause et malheureusement on avait une direction ou le dernier qui avait crié était celui qui avait le dernier mot. Et là, au jour d'aujourd'hui, on n'a toujours pas de chef de pôle et le précédent chef de pôle a quand même démissionné en janvier 2009. Donc ça fait 4 ans quand même. Il y en a eu un derrière qui a été nommé parce qu'elle avait un but derrière, l'objectif, ça reste anonyme, c'est de faire renvoyer un chef de service, qui a été mis à la porte gentiment, et derrière elle a démissionné parce qu'elle a eu son poste de responsable mais jamais on n'a eu de réunion de pôle. Tout s'est arrêté après la première démission du premier chef de pôle. Alors nous, les paramédicaux, on continue de fonctionner un petit peu en pôle puisque nous avons des réunions à la quinzaine avec la cadre de pôle mais jamais avec les responsables de pôles. Nous n'avons pas d'assistant de gestion non plus, il est parti en congé parental et on ne l'a jamais revu depuis. Nous les paramédicaux, heureusement qu'on est dans

une équipe de 4 et qu'on s'entend bien. On se dit pôle mais en fait, on ne l'est pas. Parce que sans responsable de pôle, d'assistant de gestion ni contrat de pôle, y a rien, depuis 2009, nous n'avons rien. Les paramédicaux, nous avons gardé la culture de pôle parce que nous l'avons expérimenté, parce qu'il y a eu un passé dans le pôle médecine, mais sinon, on dit le pôle médecine, ce n'est pas vrai, il n'existe pas.

A : C'est sur le papier ?

C: Même pas parce que pour que ce soit sur papier, il vous faut un responsable de pôle, il faut le trio, avec l'assistant de gestion et le cadre de pôle, avec un contrat de pôle. Et nous n'avons rien de tout ça.

A: Alors que dans les réformes, ils avaient supprimés les chefferies de services.

C: Ce n'est pas vrai en réalité. Et puis les médecins ne sont pas des managers, ce n'est pas possible, ça s'apprend. Il n'y a pas de formation prévue pour que les responsables de pôles ou d'unités aient des formations de managers, alors que les cadres de santé, de pôles, on n'a une formation. Alors que les responsables de pôle, ce n'est pas vrai, ce sont des médecins, ils sont nommés responsables de pôles et à eux de gérer mais ça ne rentre pas, et on voit donc que c'est bien cette loi pour tout changer mais dans la réalité, ce n'est pas vrai. On a besoin d'augmenter nos effectifs, je ne vais pas seulement passer par le cadre de pôle ou le chef de service, ça doit aller obligatoirement plus loin, jusqu'à la direction. Alors que normalement la direction délègue au pôle les recrutements, les enveloppes, mais en réalité ce n'est pas vrai du tout, en tout cas pour nous pôle médecine. Les autres je n'y suis pas je ne sais pas. Nous avons une étiquette de pôle de médecine, mais en réalité, nous fonctionnons à l'ancienne, et avec la nouvelle loi, donc c'est très mélangé, très nébuleux. Au niveau médical, ce n'est pas vrai, c'est toujours l'ancienne façon, au niveau paramédical, on essaie de fonctionner en pôle, mobilité intra-pôle mais c'est noyé et ce n'est pas très clair.

A: Et concernant la T2A, elle a beaucoup impacté le fonctionnement de votre service ?

C: Elle a d'autant plus impacté d'autant plus que nous, nous sommes dans un service, je ne dis pas qu'il ne rapporte pas, mais il était très valorisé, il rapportait beaucoup d'argent, parce qu'il ne faut pas le nier, on parle beaucoup d'argent ma chef de service et moi. Même si je suis soignante, l'aspect financier est pris en compte en première ligne, d'autant plus aujourd'hui parce que malheureusement on est lié à cette tarification et que si vous ne rapportez pas, vous disparaissiez. Et nous là, on a un petit souci, on est un service de diabétique, qui tourne bien qui rapporte, mais quand vous avez des pieds diabétiques, une complication du diabète, ça se nécrose, et donc il faut amputer, et quand on ampute, les soins derrière sont très lourds. Et ça, ce n'est pas valorisé, j'ai appris que récemment un patient qui venait se faire

amputer pouvait rapporter jusqu'à 8000^e. Alors que nous les séjours sont côtés 1000^e donc bon. Donc ça rapporte que des cacahuètes par rapport à la lourdeur de la prise en charge. Mais ça, on y veille parce qu'on sait que ça un impact sur le service parce que ça ne rapporte pas de sous.

A: Oui, aujourd'hui il y a une distinction entre les services rentables et non rentables ?

C: Tout à fait. Nous là, on commence à être dans ce cas-là parce qu'au tout début, tout ce qui était amputation, intervention chirurgicale, ils allaient dans le service de chirurgie d'orthopédie, sauf que maintenant, le service de diabétologie, qui a 5 ans maintenant, il prend en charge les diabétiques, et s'il y a complication, il reste en diabétologie, il ne va plus en chirurgie parce qu'ils ne savent pas gérer le diabète, ça reste de la médecine aussi, ce n'est pas que de la chirurgie. Donc ce qui fait que l'impact sur nous commence et si on ne réagit pas, ça va faire mal. Donc nous, j'ai vu M. G., vous l'avez vu ? Ça serait bien parce qu'il a une vision globale de l'hôpital et notamment de la tarification et notamment son objectif à lui, c'est que la DMS soit la plus petite possible dans les services pour fluidifier un peu les sorties, donc c'est à lui que j'ai fait appel pour essayer de voir si au niveau de notre service, si on ne peut pas édicter 3 ou 4 lits pieds diabétiques, à un stade 4 côté par la sécurité sociale qui rapporterait à l'établissement entre 8000 et 10 000 euros, ce qui serait rentable et qu'on puisse les retrouver. Parce que quand on les garde deux, trois mois, ce n'est pas rentable, parce que la codification de la sécurité sociale pour cette pathologie, pour un séjour d'un diabétique simple, cette codification fait que vous devez le garder 7 jours, et nous, on va le garder 3 mois. Parce qu'un pied diabétique, c'est en moyenne trois mois après l'amputation, donc là on y travaille justement pour valoriser notre activité.

A : Les directeurs ont été frileux pour déléguer la gestion au niveau des pôles ?

C: Mais alors pourquoi ces pôles parce que qui dit pôle dit délégation donc si on a délégation on pourrait avoir une enveloppe et gérer nous-même cet absentéisme hors ce n'est pas vrai, vous avez une absence, vous êtes obligé de vous référer à l'administration qui vous dira une fois sur deux, deux fois sur trois, non.

A: Ils s'y sont opposés ?

C: Évidemment, c'est une perte de pouvoir. Nous c'est pareil, quand on vous dit, on met les pôles en place, on met un trio de pôle, après, on se demande qu'elle est la place du directeur des soins, elle n'a plus lieu d'être. Nous notre référente est la directrice des soins, et si vous avez un trio de pôle avec le cadre supérieur de pôle, si elle a une délégation, avec les recrutements, son enveloppe d'absence, pour

tout gérer le pôle, quelle est la place du directeur des soins, il n'a plus lieu d'être. Et je pense que c'est tout ça est difficile à mettre en place. Chacun essaie de garder son pouvoir.

A: Et la vision de la directrice des soins ?

C : Ba elle, elle gère tout, donc on le sent dans les faits, pas dans le verbal, elle ne va pas vous dire moi je veux garder mon pouvoir, mais on le sent dans les faits puisqu'elle a la main prise sur tout. Quand elle vous signe vos heures supplémentaires, quand on met en place nos heures supplémentaires du mois, on fait un prévisionnel, on va mettre en place des prêts de personnels si certains services ont des surplus. Donc on va élaborer notre planning, on a mis le renfort pour le dépannage mais quand on ne peut pas, il faut demande des heures supplémentaires. Et ça, ce n'est pas gérer directement par le cadre supérieur qui devrait l'être normalement dans le pôle. Et bien elle va le donner à la directrice des soins qui elle va dire oui ou non si on peut avoir de l'argent pour avoir ces remplacements, donc dans les faits, il est là, mon pouvoir de directrice de soin, je le garde, le recrutement par exemple, les candidatures arrivent encore à la directrice des soins, c'est dispatcher au niveau des cadres supérieurs, qui va me soumettre certains profils qui pourrait correspondre à mon service, je vais rencontrer les candidats, je vais émettre mon avis favorable par exemple, que je le remets à mon cadre supérieur qui va dire recrutement à telle date, tenez je vais vous en montrer un. Par contre là, ce qui est quand même dans les faits toujours de ce pouvoir qu'elle garde bien, on aura quand même son écriture, on n'a pas le cadre de pôle là-dessus (me montre un document de recrutement). Vous avez les directrice des soins qui va dire ok pour le recrutement de madame untel à partir de telle date pour telles raisons, là, c'était mon poste gelé qu'elle m'a dégelé. Voilà, donc à aucun moment, je ne vois pas le cadre de pôle avec son tampon, sa signature.

A: Alors que vous avez remis cette lettre au cadre de pôle ?

C: Oui, et ce qui est impressionnant, c'est que là, le cadre supérieur de pôle qui a rempli la proposition de recrutement, qui au final, c'est la directrice des soins qui signe, dans les faits le pouvoir, on ne l'a pas. Le pouvoir administratif est là et dans les faits, les pôles n'existent pas, c'est la conclusion.

A: En même temps, ces réformes avaient peut-être touchés à trop de pouvoir dans cet hôpital ?

C: C'est normal. Les chefs de service, anciennement dans l'ancien système que j'ai connu, c'était des patriarches. Il avait son service, son personnel, et il n'était pas soumis hiérarchiquement à la direction. Donc c'est sûr que chacun veut garder son petit pouvoir, c'est humain. On s'accroche. Alors que nous les paramédicaux, non. Du fait que de base, on n'a des supérieurs hiérarchiques, on sent moins cette contrainte que les médecins. Nous, on a été infirmière, aide-soignante, on avait notre surveillante chef et

notre directrice des soins, donc on le sent moins. Néanmoins, avec les pôles, quand on a bien compris cette réforme et explorer l'expérimentation du pôle, on se rend compte qu'au final, ce n'est pas tout à fait. Ce n'est pas vrai sur le terrain.

A: C'est paradoxale parce qu'avec ces réformes, ils ont quand même voulu baisser le pouvoir des médecins

C: Mais qui vous avez au directoire pour baisser le pouvoir des médecins, et là nous ils mettent deux médecins supplémentaire et un directeur donc ce n'est pas vrai. Si vous avez des médecins de fort caractère à ce directoire, ils auront un pouvoir. Là, ma chef de service est dans le directoire donc je suis sûr que y a certaines décisions qui vont être prises mais pas à nos dépend. Parce que je sais qu'elle défend les soignants. J'ai cette garantie mais si vous avez des médecins qui en ont rien à faire du paramédical et que ce n'est que le médical qui les intéressent, c'est que leur pomme, et bien je peux vous dire que les décisions qui vont être prise au directoire sur les paramédicaux, et bien il ne va pas les défendre hein. C'est voter en directoire, on applique point. Après, c'est fonction, dépendant, des chefs de service, enfin on les appelle toujours comme ça. Donc le pouvoir ils l'ont toujours mais il sera dépendant de ceux qui sont présent, en fonction de leurs personnalités.

A: D'ailleurs beaucoup m'ont dit que les deux présidents de CME avaient deux personnalités très différentes

C: Oui, l'ancien était un mandarin alors que monsieur C. fait partie de la nouvelle génération, il a fait ses études, il était PH aux urgences très bien, chef des urgences très bien, et quand est arrivé cette nomination en CME et maintenant au directoire, il n'a pas la vision qu'avait son prédécesseur du mandarin, il a la nouvelle vision, donc lui, on lui a enseigné la nouvelle vision, pas celle d'hier alors que l'ancien, il avait la vision du mandarin, après ça a été difficile de passer à la vision managériale qu'on a aujourd'hui qu'on demande aux médecins. Encore nous, on l'avait plus ou moins mais les médecins non, ils n'étaient pas préparés. Donc forcément, le nouveau a la vision de la direction parce que c'est ce qu'on lui a enseigné. Il n'a pas eu la vision qu'avait l'ancien.

A: On m'a dit qu'il était plus embêté que l'ancien notamment par les chirurgiens

C: Les chirurgiens, oui, mais pourquoi ? Vous savez pourquoi ? Parce que sur la discipline de la chirurgie, personne ne mettait son nez. Les chirurgiens sont là, ils opèrent là, mais ils arrivent quand ils veulent, ils opèrent quand ils veulent. Certains ont une activité à l'extérieur, la direction n'a jamais mis son nez là-dedans mais le nouveau président de CME, il l'a mis lui. Donc ça a déplu. Quand on vient piétiner dans votre service et qu'on essaie de savoir ce qui se passe chez vous et que ça ne vous plaît pas, forcément on dira ah non lui, il n'est pas bien, il faut reprendre l'ancien parce que l'ancien il s'en fichait. Le rôle du

président de la CME, c'est d'avoir une vision globale de l'hôpital, il faut qu'il ait une stratégie institutionnelle et vis-à-vis de l'ARS et tout ce que qu'on veut, forcément il va aller explorer les autres domaines qu'il ne connaît pas à part son petit monde des urgences. Donc il va aller voir, et donc, il va aller voir les tableaux de bord, combien rapporte l'ophtalmologie, est-ce que les blocs sont occupés h24, est-ce qu'ils sont occupés, maximisés, et ça dérange. C'est tout, le nouveau dérange de ce côté-là, les chirurgiens avant au bloc, à 16h, il n'y avait plus personne. En clinique, à 19h ils y étaient encore donc ça dérange. C'est tout ça qu'il faut revoir, ce n'est pas que la faute des pôles, de la réforme, c'est l'organisation en elle-même. Le mandarin on ne touche pas donc ça ne plaît pas. Mais des choses ne sont pas normal, les consultations, c'est pareil, à 4h c'est fini. Moi je finis à 18h, je suis obligé d'aller en clinique. Et ça, à l'hôpital, on n'est pas capable de le faire. C'est une réorganisation au niveau de l'ensemble mais à l'hôpital public, on n'a pas appris à le faire, il y a ce pouvoir médical, c'est comme ça, c'est dans la culture de l'hôpital.

Entretien n°14 : Kamélia, 56 ans, cadre supérieur de santé, pôle mère-enfant, ancienne infirmière, ancienne surveillante, à l'hôpital Salvador Allende depuis 31 ans (le 24/04) :

A: Mais vous ça fonctionne mieux que d'autres pôles ?

K: Alors sur le pôle mère enfant oui, on était un des pôles qui fonctionnait bien. Alors ça fonctionnait parce que les cadres ont y croyait, les médecins, il y avait de la tension, de la rivalité hein. Là, malheureusement on a perdu le docteur S. qui était quelqu'un de très bien mais il ne faut pas croire qu'il n'avait pas de tension avec ses collègues. Mais il était novateur, il avait fait un master en management, il croyait dans les pôles, il essayait de booster l'établissement pour avancer dans son système d'information, pour avoir l'esprit d'ouverture, pour faire reconnaître les indicateurs qui ne devaient pas être établis que sur le bord financier.

A: C'est sûrement lui qui aurait été élu président de la CME non ?

K: Peut-être, mais peut-être pas non parce qu'il n'avait pas que des amis, c'est quelqu'un qui bousculait aussi, ce n'est pas évident, il y a les nouvelles générations, les anciennes générations, c'est assez politique tout ça, dans cette affaire-là bien sûr et comme il aimait dire les choses, il n'avait pas que amis, parce que dans les établissements, la T2A et même la loi HPST faisaient qu'on allait peut être devoir choisir des disciplines donc il ne s'est pas fait que des amis, quand il disait cette activité-là, ce n'est pas assez rentable. Les hôpitaux maintenant on parle de rentabilité, il n'y a pas longtemps, on parlait que de qualité. Est-ce qu'on faisait vraiment attention à la qualité, en tout cas on mettait ça en avant dès qu'il y avait les contrôles, les EPP ça vous parle ? On n'en faisait pas tant que ça, sauf les services qui étaient en

dynamique, en démarche volontariste pour s'y mettre. Maintenant, la certification aide à tout ça. Il avait largement l'envergure oui.

A: Il y a quand même une différence entre les services médicaux considérés comme rentables et non rentables ?

K : Alors nous notre pôle, mais si je viens de vous dire que l'intéressement dans le contrat n'y était jamais, on était un pôle, je dis on n'était parce que maintenant, le nouveau chef de pôle le docteur Q, je ne pense pas qu'elle fonctionne autrement, on n'avait conscience qu'on n'était pas seul et qu'il fallait un équilibre dans l'établissement. Par contre, certains comportements aujourd'hui (rires), ba, revendique parce que je suis positif, moi je dois avoir plus que l'autre. Alors maintenant, quand ton voisin il ne fait pas attention ou il ne développe pas des activités ou qu'il n'est pas dans une dynamique où tu ne revendique pas, où tu n'essaie pas de te faire reconnaître, forcément maintenant, ça parle. Mais certains pôles aussi maintenant disent j'ai, je demande.

A: J'ai rencontré un chef de pôle en psychiatrie qui me disait que malgré tout, chacun avait ses problématiques, ses problèmes

K : Pourtant on pourrait penser que la psychiatrie, ce sont les mêmes patients, mais en fait leurs prises en charge est différente, parce que le problème des pôles, pourquoi je dis ça ? On pourrait penser qu'ils ont un grand point commun, c'est le patient psychiatrique. Sauf qu'eux, dans la façon de prendre en charge, ils n'ont pas la même philosophie d'approche psychanalytique, comportementale, de même que dans d'autres pôles c'est bien difficile aussi de comprendre le métier de l'autre, de comprendre sa mission. Alors le pôle femme-enfant que nous sommes, le précédent chef de pôle était gynéco-obstétricien, il est très bien au courant autour de la périnatalité, la néonatalogie, mais la pédiatrie, ce n'était pas son domaine, la chirurgie infantile, pour le côté « chir » parce qu'il était un peu « chir » mais il ne connaissait pas bien. Donc si tu ne vas pas vers l'autre, il faut pouvoir comprendre, il faut aller vers l'autre, déjà pour qu'il voit que tu t'intéresses à lui, pour un chef de pôle c'est important, parce que ce n'est pas innée, dans son métier, il n'a jamais été travaillé en pédiatrie. Donc tu as aussi des pôles qui cohabitent avec des disciplines complètement différentes, et ils ont des logiques différentes. Le pôle médico-technique où tu as du labo, du bloc, de l'imagerie, de la pharmacie, ce sont des métiers complètement différents, et ce n'est pas facile de comprendre l'autre et de faire cohabiter tout ça.

A: Au niveau médical, il y a aussi des distinctions entre eux ?

K: Ah ba oui, on le sent même quand tu travailles, un médecin n'est pas pareil qu'un chirurgien. Moi j'ai

fait les deux, ça se sent. Les intérêts sont différents et les fonctionnements sont différents, donc si tu ne vas pas voir l'autre et comprendre le fonctionnement de l'autre, un médecin est dans son unité, il fait de la consultation, un chirurgien, il est d'abord au bloc, aux consultations, et après en hospitalisation, et si un médecin ne comprend pas que, qu'il exige qu'une plage opératoire soit changée. Mais le chirurgien, lui tu lui organise tout, il opère aussi ailleurs.

Entretien n°15 : Christopher, 46 ans, directeur général de l'hôpital Salvador Allende depuis février 2013, ancien directeur adjoint des affaires médicales de l'AP-HP (le 13/05) :

A : Les réformes de la dernière décennie ont entraîné des changements à l'hôpital selon vous ?

C : Alors pour moi, il y a un élément central d'un point de vue sociologique, je pense qu'il y a dans le paquet de réforme de 2003, donc T2A et nouvelle gouvernance, la question centrale est celle du pouvoir à l'hôpital, HPST aussi d'ailleurs, c'est donc comment transformer l'hôpital et comment modifier le pouvoir ou le rapport de force à l'hôpital et l'articulation nouvelle gouvernance/T2A à mon avis a par rapport à ce que j'ai pu connaître au début de ma vie hospitalière, environ une décennie avant ces réformes, a considérablement modifié. Alors le constat, c'est Nicolas Sarkozy qui le donne, alors je ne parle pas de HPST, j'y mettrai un certain nombre de bémols, mais, Sarkozy avait fait une phrase très courte que j'avais trouvée très intéressante sur le pouvoir à l'hôpital, il avait dit l'hôpital est un lieu où tout le monde a le pouvoir de dire non et où personne l'a le pouvoir de dire oui, qui provient du fait que schématiquement, il y a plein de pouvoirs parce qu'il y a plein d'acteurs d'origine différente dans l'hôpital et y a au moins 2 grands pouvoirs + 3 autres pouvoirs. Alors les deux grands pouvoirs intra à l'hôpital, c'est le pouvoir administratif et les directeurs qui n'a cessé d'augmenter en fait au cours de ces dernières années, enfin quand je dis depuis les dernières années, c'est depuis la création du corps des directeurs d'hôpitaux donc ça fait 40 ans. Et le pouvoir médical qui s'est modifié mais également parce que la sociologie médicale s'est modifiée. On est passé d'une air de personnes qui étaient des hommes, notables, qui avaient une vision d'exercice quasi-libérale, toute la réforme de 1958, c'est ça, gérer l'activité libérale dans l'hôpital, qui comptait absolument pas leurs temps, qui avaient une vision du pouvoir qui était extrêmement forte à un exercice qui se féminise, où la notion du temps qu'on y passe prend une importance normale, où il y a une approche qui est moins mandarinale même si ça subsiste, et qui est plus une forme de banalisation d'un salariat, alors, les deux coexistent voilà, mais il y a cette évolution-là à mon avis qui fait même de la conception du rapport au travail des médecins, il y a moins une déperdition d'auto-abondance d'une part de pouvoir. Et cette part de pouvoir est à mon avis pas mal reprise par les directeurs d'hôpitaux qui passent sous trois aspects d'ailleurs. Le directeur d'hôpital historiquement, c'était l'économie, c'était le gars qui mettait à disposition le matériel, les petits trucs, les machins. Il y a un recrutement des directeurs d'hôpitaux qui s'est quand même rehaussé, la plupart des gens qui rentrent par le concours externe aujourd'hui sont des gens qui ont fait Sciences-po Paris donc avec un bon niveau de bagage initial, il y a le fait que la contrainte économique globale et les responsabilités ont responsabiliser beaucoup le chef d'établissement et son équipe autour de lui, et donc

du coup, il dit moi je veux bien avoir des responsabilités mais avec un minimum de contrôle. Et donc on a un pouvoir qui monte, un pouvoir qui diminue, et surtout deux pouvoirs qui ne se parlent pas. Avant les réformes, malgré tout qui ne se parle pas, avec donc cette notion de blocage, très facile. Après, on peut rajouter deux autres types de pouvoirs qui sont évidemment à l'hôpital, je dirais le pouvoir des autres, donc ça peut être, c'est très variable selon les hôpitaux et les époques, ça peut être le pouvoir infirmier, lors des manifestations infirmières, qui ont fait monter les directeurs de soins, et aujourd'hui par exemple, le directeur des soins est le seul directeur issu du corps administratif qui doit obligatoirement faire partie du directoire, évidemment le pouvoir des organisations syndicales, ça dépend des endroits, donc il y a un ensemble d'autres pouvoirs, avec évidemment le pouvoir politique puisque l'hôpital est la plupart du temps le premier employeur de la ville, dans presque toutes les villes, donc c'est un agent économique fondamental, et que les maires sont très attentifs à ce qui se passe dans l'hôpital, à la fois très influent et donc très instrumentalisé d'ailleurs par les directeurs ou par les médecins pour obtenir des choses, et très instrumentalisant en contrepartie, les directeurs ou les médecins pour pas fermer la maternité quand la question s'est posée, des choses comme ça. Tout ça sous un fond qui était plus un fond classique, qui était un, une situation dont tout le monde sait qu'elle va devenir compliquée, au moins pour deux raisons, d'une part, une pénurie de moyens qui existe et une pénurie qui n'a pas été très bien organisée, la pénurie de moyens qui existe, c'est qu'on passe d'une croissance à une absence de croissance. Alors on n'est en pleine crise mais ça fait quand même depuis la fin des années 70, il y a une nécessité de maîtriser les moyens et donc de rationaliser, il y a une évolution des techniques médicales qui fait qu'on peut rationaliser un certain nombre de moyens, et y a dernier élément qui n'est pas négligeable dans le paysage, à un moment, il y a une politique de l'offre qui a été construite alors je ne sais pas comment, pourquoi, par les pouvoirs publics, en se disant au fond, si on veut limiter la consommation médicale, on va taper sur l'offre et donc diminuer le nombre de médecins, et donc les numéros clausus qui conduisent aux situations de difficultés démographique médicale qu'on connaît, et d'ailleurs c'est intéressant en soi de se dire que les pouvoirs publics ont considéré à la fin des 70 que la seule façon d'essayer de maîtriser les choses, c'était de diminuer le nombre de médecins et donc de diminuer l'offre, ce qui prouvait qu'ils n'avaient pas beaucoup de leviers sur eux. Par ailleurs, on était dans une situation avant la T2A, on n'était dans une gouvernance relativement bloquée et où au fond, les gens n'avaient pas les outils pour discuter entre eux, ils n'avaient pas les lieux de rencontre, et ils n'avaient pas les outils, je prends un exemple qui va me permettre de revenir sur la T2A, moi mes premières réunions de service à l'hôpital Necker, je ne connaissais pas du tout l'activité des gens que j'allais voir, donc on discutait de l'activité, mais on n'avait pas beaucoup d'éléments de comparaison, de compréhension, on était très éloigné de tous les processus économiques d'une entreprise normale, on n'arrivait à discuter, mais on n'avait pas d'outils. Et par ailleurs, avant la T2A, il y a le PMSI. Alors, le PMSI, c'est un outil, inspiré des DRG's américains, et qui maintenant est employé, c'est un outil de description médico-économique de l'activité on va dire employé par un peu près tous les pays dit occidentaux développés. Et donc, il y avait l'idée très ancienne dans les pouvoirs publics de la santé en France de l'utiliser comme un outil de tarification. Un truc très intéressant, c'est que quand on n'est passé au budget global en 1983, c'était un décret, le décret dit, le budget global est transitoire, et on va mettre en place et en fait, il y a eu deux décisions simultanées, la première, c'était de mettre en place le budget

global pour maîtriser les dépenses, et puis pour avoir quelque chose de plus intelligent, et quasiment simultanément, la décision de faire l'expérimentation du PMSI, donc de créer un outil de description médico-économique à la française, et donc y a eu un cheminement qui a duré un certain nombre d'années, 18 ans, mais qui a été le temps que les médecins se mettent à coder, donc à un moment il y a cette idée, alors je ne dis pas que dans l'esprit du législateur, tout a été aussi clair mais je pense que finalement, dans le résultat ça a été ça, on met en place un outil de description de l'activité, un outil qui se remet à parler de comptabilité analytique et de contrôle logistique et de gestion dans l'hôpital, et un instrument qui peut être politique, parce que c'est un outil financier important, selon les choix qu'on fait, avec un choix qui était très clair à l'époque de maîtriser le budget des dépenses, et de mettre sur la même ligne, ce vieux débat qui à mon avis était le grand débat politique tranché un coup dans un sens, un coup dans l'autre, de la convergence entre les tarifs du public et du privée, mais qui remet une forme d'analyse qui dit si je dépense, pourquoi faire dans l'hôpital et qui créer, et je reviens sur la notion de pouvoir, en termes de pouvoir, qui créer une vraie asymétrie par rapport à ce qui se passait avant, c'est-à-dire qu'avant, on n'avait des médecins malgré tout maître chez eux dans leurs services, de leurs lits, et des directeurs maîtres de leurs budgets, chacun parlant un langage que l'autre ne comprenait pas, et aucun ne pouvant évaluer ce que faisait l'autre. Et à partir du moment où la T2A légitime le PMSI, la partie administrative sait ce que font les médecins, donc il n'y a plus deux inégalités d'informations, il y a une asymétrie entre un qui monte dans la compréhension de ce que fait l'autre et l'autre qui ne l'a pas. Et dans une lecture strictement sociologique, je pense que ce qui a été très important et c'est ce qui a été bien joué à mon avis dans le paquet de lois de 2005, c'est le fait qu'à ce moment-là, il y a la nouvelle gouvernance qui va dire deux choses, la conséquence logique de commencer à regarder l'activité des médecins et donc de juger les services non plus sur le nombre de lit qu'ils ont mais sur leurs activités, qui est donc la création des pôles, donc faire une gestion à un périmètre qui n'est pas le périmètre du service, donc on casse le service, le législateur a été obsédé depuis 20 ans sans y arriver mais par l'idée de casser le service, et puis en même temps, on donne en revanche aux médecins un droit de regard sur la conduite stratégique de l'hôpital, et on va créer une instance ad-hoc qui est effectivement le comité exécutif à l'époque, paritaire, et on va dire que les grandes décisions stratégiques se prennent d'un point de vue paritaire, ce qui est bien vu, ce qui rétablissait une forme d'équilibre entre les deux pouvoirs administratifs et médicaux.

A: Donc ces lois ont permis une meilleure communication entre le médical et l'administratif ?

C: Alors oui, sachant que quelque part, les tords étaient équitablement partagés, je pense que le pouvoir administratif ne ressentait pas vraiment le besoin d'explicitier les mécanismes, les différents leviers de la direction, il y avait vraiment deux pouvoirs qui ne se parlaient pas, et à mon avis de manière assez équitablement partagée. A partir du moment où il y a de l'information technique, et des lieux pour en parler, après, bien sûr, c'est très hétérogène selon les situations mais je pense que dans les endroits où ça a bien fonctionné, ça a été très positif.

Entretien n°16 : François, 51 ans, anesthésiste-réanimateur, chef de service d'Anesthésie, vice-président de la CME, ancien président de la CME, ancien vice-président du directoire, ancien chef de pôle d'Urgences-Anesthésie-Réanimation, à l'hôpital Salvador Allende depuis 21 ans (le 14/05) :

A : Et au niveau du conseil de surveillance, peut être que cela vous concernait moins à l'époque où vous étiez président de CME, mais on a noté, comme me disait l'ancien directeur, que comme le conseil d'administration a été transformé en conseil de surveillance, cela avait fait aussi perdre beaucoup de pouvoir au Président du conseil de surveillance qui est le député-maire, et c'est peut être aussi une volonté HPST de diminuer son pouvoir ?

F: Formellement oui, c'est toujours le but d'éjecter les élus et faire avancer le lien direct entre l'agence et l'hôpital. C'est vrai. Mais bon par définition les élus sont des femmes et des hommes politiques, et on ne les met jamais dehors. Ça se passe ailleurs. Il vaut mieux avoir le soutien de son député, que le truc s'appelle comme ça comme ça, heureusement que la politique existe, on n'est pas que dans la gouvernance.

A : Dans les faits, ils sont toujours importants ?

F : Oui le député du coin c'est quand même quelqu'un d'important même si on a modifié l'organisation. Mais ce n'est pas propre à l'hôpital, il peut intervenir sur n'importe quel autre sujet. Ça inquiète beaucoup, les administrations ont toujours très peur des politiques. Il y a quand même une légitimité plus importante que la leur et donc eux ils peuvent mettre tout le monde dehors

A: Vous êtes plus proches des élus vous le corps médical ?

F: Et bien moi en tant que président de CME j'ai essayé, c'est pour ça que quand les gens disent que ça ne sert à rien ce n'est pas vrai, l'homme politique a toujours l'influence qu'il a, quelque soit son titre, donc il faut être là pour leur expliquer les choses et demander leur soutien lorsque c'est nécessaire.

(On parle de la loi HPST)

L'autre point sur lequel j'avais résisté, sur la loi HPST, il y a une vieille histoire sur les services, et une vieille lubie de vouloir supprimer les services en pensant que justement que c'est du pouvoir médical. La

loi HPST n'a pas supprimé les services mais elle n'en parle pas. Donc beaucoup de gens l'ont interprété comme la suppression des services. Ce qui moi me gêne beaucoup car c'est l'unité de prise en charge des malades, donc si vous supprimez, vous faites un pôle anesthésie-réanimation-urgence, ça veut dire quoi, rien. Vous faites un pôle médecine, si vraiment ça existe, vous faites un retour en arrière de vingt ans avec des grands services de 60 ou 80 lits non spécialisés. Ce que j'avais fait ici, enfin ce que je me suis rendu compte que pas mal de gens ont fait, c'est qu'on n'a pas du tout supprimé les services et qu'on a fait mettre dans le règlement intérieur de l'hôpital que la structure interne qui correspondait à un service s'appellerait un service et que le chef de structure interne appelé service s'appellerait chef de service. Donc on a précisé tout ça dans une autre façon de voir la loi. Mais beaucoup de gens ont fait ça aussi.

Entretien n°17 : Huguette, 48 ans, cadre de santé supérieur du pôle médico-chirurgical, ancienne infirmière (de 1987 à 1995, puis cadre de santé jusqu'en 2012, à l'hôpital Salvador Allende depuis 25 ans (le 16/05) :

A: La T2A a changé beaucoup de choses ?

H: Alors des évolutions liées à la T2A oui parce que ça a totalement changé le fonctionnement et la manière de gérer les effectifs puisqu'en fait nous on a vu un resserrement de nos conditions de travail et de recrutement parce qu'on est à la T2A à 100% en fait. Parce que je pense que l'hôpital a voulu continuer à faire vivre toute ses activités, qu'on n'a pas forcément valorisé les activités qui fonctionnaient et qu'on n'a pas eu des choix stratégiques, les efforts ont été plus sur les dépenses, et comme on sait que les $\frac{3}{4}$ des dépenses, c'est le personnel, en fait, c'est plus en termes de recrutement de gels de poste que ça s'est ressenti.

A : Les médecins codent désormais ?

H : Alors le codage, bien évidemment, ils ont compris que s'ils ne codaient pas, ils perdaient de l'activité donc si on perd de l'activité, on perd de l'argent, bon je pense qu'il y a encore des gros efforts à faire sur la qualité du codage, car contrairement aux cliniques privées qui ont compris depuis longtemps que le nerf de la guerre, c'était les finances, et du coup le codage, nous je ne sais si on n'est encore vraiment efficace sur notre codage.

A: Ya des services plus rentables que d'autres ?

H: Ce n'est pas pris en compte en fait, les services qu'on des activités rentables compensent ceux qui ont des activités moins rentables, donc c'est toujours sous une forme de fond commun. Ils ne seront pas plus dotés parce que n'importe comment, on n'a jamais eu le budget qui a été attribué par pôle, on n'est toujours avec des pôles mais avec une gestion financière centralisée. Ce n'est pas redescendu jusqu'au pôle, voilà, la loi a été mise en place mais pas jusqu'au bout, et je pense que les responsables directeurs sont assez frileux pour aller vers ça, mais je pense qu'on ne peut pas demander aux gens de terrain de cultiver l'effort s'il n'en récolte pas les fruits. Donc pour l'instant, moi je ne pense pas, on n'en voit pas les effets sur le terrain. Par contre, les rapports de pouvoir ont à mon sens changé. Parce que maintenant le directoire est composé de directeurs et de médecins, même si on n'a donné au directeur plus de pouvoir de qu'il n'en avait avant, on sait très bien que c'est un faux pouvoir parce que ce n'est pas eu qui produise, ce sont les médecins qui produisent et ils n'ont pas de vrai pouvoir sur les médecins parce qu'ils ne peuvent pas virer un médecin, il n'y a pas de rapports hiérarchiques entre eux, donc (rires), pour moi, c'est une illusion de pouvoir, après, les grands perdants de cette affaire, même si le directeur des soins fait partir du directoire et encore pas partout, pas dans tous les hôpitaux, ici, oui, je pense que les grands perdants ont été les paramédicaux. Parce que les décisions se prennent au niveau du directoire et la chaîne de communication dans l'hôpital, c'est un vaste foutoir, donc les choses ne redescendent pas forcément, les projets, ils doivent venir de la base, on a complètement tronqué l'esprit de la loi, les trio de pôles de pôle, ça ne marche pas partout, quand il y en a, ça ne fonctionne pas forcément de façon très collégiale, les assemblés de pôles, des personnels pas forcément mises en place, les suivis d'activités, les tableaux de bords, on en est au balbutiement, c'est toujours encore quelque chose de très centralisé, donc en fait, on a je dirais fait une nouvelle organisation sans casser l'ancienne. Puisqu'en fait, on a toujours les commissions de soin, la CME, on a toujours avec qu'il fallait tout chambouler et fonctionner différemment.

A: Surtout que dans les faits, les services n'ont pas disparu ?

H: Non, non, le chef de service est toujours tout puissant. Le chef de pôle n'a pas de pouvoir sur ces autres collègues, bon, par rapport au cadre supérieur, c'est différent, on avait déjà ce type de fonctionnement donc c'est différent mais le chef de pôle n'a pas de pouvoir sur les autres médecins donc pour moi c'est une organisation qui s'est rajouté à une autre alors qu'il aurait fallu tout modifier, avec des gens qui n'étaient pas forcément préparés à ça, et du coup, ça ne fonctionne pas, ou ça ne fonctionne pas bien.

A: Surtout que beaucoup me disaient que les paramédicaux, vous fonctionnez plus inter-service.

H: Oui, et puis, peut être que s'il y avait vraiment eu un budget décentralisé, les gens y auraient vu de l'intérêt, de même que dans la culture médical, ce n'est pas des gens qui ont une culture du management, donc là, ça veut dire manager un pôle, bien souvent il continu à avoir leur activité clinique, plus cette activité là mais c'est tout sauf des managers, tu n'apprends pas en quelques jours de formation continue le management, donc non, ça ne marche pas, et puis ils ne sont pas du tout reconnus, il n'a aucun pouvoir sur ses collègues. Alors nous sur le pôle CHIR, on a un trio de pôle, ce qui n'est pas le cas partout, on a des réunions de pôle mais en fait, ça devrait être là où on décide des orientations, où on décide de répartir le personnel, faire des choix stratégiques, proposer des choses, mais il y a tout sauf ça. C'est absolument pas ça qui est traité dans ce genre de réunion, on va vous faire voir les chiffres d'activités, ok, vous avez un service déficitaire, d'accord, et alors ? Et on ne fait rien, il n'y a même pas de vrai tableaux de bords et de véritable suivi de l'activité au plus près du terrain, c'est le gestionnaire de pôle qui donne des chiffres a posteriori, donc d'accord mais le tableau de bord, c'est au quotidien, et pour pouvoir agir sur ce qui dysfonctionne. L'hôpital n'a pas cette culture de décentralisation, donc ni de la part des directeurs, ni de la part des strates inférieures qui ne sont pas habitués à ce genre de décision, et quand bien même on pourrait prendre certaines décisions au niveau du pôle, mais le chef de pôle et la cadre supérieure de pôle ou le gestionnaire de pôle, quel pouvoir ont-ils ? Même s'ils voient qu'un service est déficitaire, on peut proposer des choses, mais ça ne sera même pas proposé parce le chef de pôle n'a pas de poids sur les autres. Chacun a voulu garder ses attributions. Y a beaucoup de délégations, par exemple pour le recrutement, mais la directrice valide le poste ou pas, l'équipement pareil pour la directrice des équipements, mais ils gardent pouvoir discrétionnaire puisqu'on rentre dans leurs enveloppes, et nous au départ, on ne connaît même pas l'enveloppe de départ. Tout est assez opaque.

A: Il y a un fort cloisonnement entre les services ?

H: Alors moi, je pense que le système des pôles

A: A décloisonné ?

H: A non, pas du tout (exclamation), ah non, avant on était dans une guerre de service, alors maintenant on est plus dans une entité de pôle, mais c'est la guerre des pôles, et y a tout un tas de domaine, notamment, je pense initialement sur l'équipe de renfort, avant un cadre supérieur gérât ça et répartissait par service, maintenant chaque pôle a son équipe de renfort, alors avec une répartition très opaque, puisqu'en fait, y a des disparités entre les pôles. Et si je n'ai plus de renfort, je vais devoir demander des heures supplémentaires, mais je n'aurai aucune visibilité sur les possibles surplus ailleurs, donc ça entraîne des coûts supplémentaires. Puisqu'il n'y a plus de transversalité. Après, c'est une lutte de

pouvoir.

A: Mais en médecine par exemple, il n'y a même plus de pôle depuis 2009 ?

H: Mais objectivement, ça ne change rien, qu'il y ait un pôle ou pas de pôle, dans le travail de tous les jours, et dans l'idée de la loi, mais on n'en est à des années lumières. Ça ne marche pas, donc après, je pense que c'est parce que beaucoup de directeurs avec les difficultés de budget de l'hôpital public ont peur de déléguer leurs enveloppes, les chefs de pôles ne sont pas des managers, donc ne savent pas gérer un pôle, qui n'ont pas de réels pouvoirs sur leurs collègues, la vie c'est simple hein, ça marche par la carotte et le bâton, donc voilà, un directeur qui a plus de pouvoir mais en fait qui n'a aucun pouvoir sur les médecins donc, c'est comme si c'était un poulet sans coup, on veut que l'hôpital marche comme une entreprise mais on ne donne pas les vrais moyens comme pour une entreprise donc ça ne peut pas marcher, on n'a pas pu mettre vraiment les choses en place, et après, il y a aussi l'hôpital public n'a pas les mêmes missions qu'une entreprise privée et il y a plein de choses sur lesquels il ne peut pas être rentable financièrement. C'est une concurrence déloyale entre le public et le privé.

A: Et pour vous, ces réformes pèsent beaucoup ?

H: Je pense que ça a plus touché les équipes paramédicales puisque les seules catégories sur lesquelles le directeur a vraiment du pouvoir de diminuer ces dépenses de personnel, c'est sur ces catégories-là donc en ce sens, oui.

A: Et dans vos conditions de travail ?

H: Ba moi, je dis que les réformes, l'idée des lois étaient bonne sauf qu'on ne peut pas aller jusqu'à une concurrence loyale avec le privée parce qu'on n'a pas les mêmes missions d'intérêts générales qu'eux, qu'après, l'esprit de la loi sur comment on devait fonctionner en pôle, c'était une bonne chose mais comme les réformes ne se sont pas mise en place complètement et qu'on n'a continuer d'avoir une organisation centralisée, avec les anciennes organisations comme la CME, on n'a rajouté les pôles, on n'a encore ralenti à mon avis les centres décisionnels alors qu'objectivement, c'était pour les accélérer. Alors par contre au quotidien, ça a augmenté les cadences, avec une nouvelle façon de concevoir la médecine qui me dérange de plus en plus, ou il faut faire à tout prix sortir le patient pour diminuer la DMS, et que du coup ça peut générer des défauts de qualité dans la prise en charge. Moi, je vois, les médecins essaient de faire sortir les patients au plus vite, ils veulent développer l'ambulatoire, mais les gens n'ont pas forcément l'équipement chez eux pour bien se soigner, et après, on ne regarde pas le nombre de ré-hospitalisations. Et je pense notamment à des pans de populations plus fragiles, notamment les personnes

âgées, vous ne pouvez pas soigner que son corps mais aussi son retour à domicile, mais ça prend du temps. Et je pense qu'il faudrait qu'on suive plus les indicateurs, je ne suis pas sûr qu'on fasse des économies d'un point de vue sécurité sociale.

A: Et vous avez senti une évolution dans les relations entre médecins et directeurs ?

H: Il y a des rapports de pouvoir, mais ils ont toujours existé, le directoire n'a fait que les officialiser, pour moi, ça n'a rien changé, peut-être les paramédicaux sont un peu plus exclus encore de tout ça, mais je pense que la vraie question, c'est qu'on devrait dépasser ces questions de rapports de pouvoir et de luttes de classes. Parce que l'hôpital, c'est une lutte de catégories professionnelles, ce n'est pas un ensemble unifié qui avance ensemble dans les réformes, non, il y a un aspect très politique dans tout ça qui freine les choses, où chacun veut conserver ses attributions, c'est une inertie l'hôpital. Tant qu'on sera dans des choses comme ça, on n'avancera pas. Regarder c'est la valse des directeurs, à chaque fois, il nous met un directeur qui est là pour serrer la vis de l'hôpital et le remettre à l'équilibre en faisant des économies sur les postes, sur plein de choses, puis après, comme le précédent directeur, il nous nomme quelqu'un qui fait revenir la paix sociale, qui ne souhaite pas vraiment aller dans le sens des réformes et qui tient à garder son personnel et ses services intacts, et puis hop, ils le font partir et un nouveau arrive pour remettre de l'ordre et faire toujours plus d'économies. »

A: Et vous en tant que cadre de santé ?

H: Notre métier sont en train de changer, on ne prend pas une bonne orientation, nos missions, la mission principale d'un cadre de santé, c'est la qualité des soins, et la compétence de son personnel, de plus en plus, on forme des cadres de santé qui sont des administratives-gestionnaires, et qui sont plus sur une gestion de bureau et pas suffisamment sur le terrain, et je pense qu'on n'est en train de perdre notre identité, les cadres, après, c'est vrai qu'il y a une orientation gestion plus forte à tous les niveaux mais ça doit pas être au détriment du reste. Ok, on ne peut pas exclure le côté gestion et finance, mais ce n'est pas que ça, sinon, on n'aura bientôt plus besoin des cadres de santé, un cadre administratif peut faire de la gestion, tu n'as pas besoin d'être infirmière. On n'est pas des financiers à la base, on est là pour soigner et pour le patient, ce n'est pas notre mission première, et dans la mise en œuvre, ce n'est pas simple, par manque de formation, par manque de réels pouvoirs sur les autres, par manque de transparence et clarté sur beaucoup de choses, donc c'est la politique de l'inertie, on pourrait proposer des choses mais au final, si c'est au détriment d'un service, on va attendre que ça soit la direction qui le fasse. Le chef de pôle ne va pas se mettre à dos tous ces collaborateurs, surtout que certains ont la double casquette, ils sont aussi chefs de service, donc demain, si lui diminue son activité, les autres lui diront, attention coco là. Surtout, que les chefs de pôles, mêmes les présidents de CME, depuis toujours hein, on toujours défend les intérêts de leurs services avant les intérêts de la collectivité, et la loi HPST n'a rien changé à ça finalement. Ils sont tous teintés, ils ont tous une orientation, l'actuel président défendra beaucoup tout le

côté urgences mais c'est humain, demain, il retournera aux urgences, il est sur un siège éjectable hein, donc il ne va pas se tirer une balle dans le pied non plus (rires). Soit tu deviens gestionnaire mais tu ne refais jamais de clinique soit sinon, il fait attention. Et même, si vous prenez les élus, c'est pareil, le Conseil de surveillance n'a peut-être plus qu'un rôle formel mais l' élu lui, attendez, il a toujours du pouvoir dans les hautes sphères, aux ministères ou à l'Assemblée nationale. Et qui il y a beaucoup aussi à l'Assemblée nationale ? Des médecins, donc ils ont un grand pouvoir et ils peuvent parfois passer au-delà du directeur général ou du directeur de l'ARS. L' élu, il n'a aucun intérêt à ce que l'hôpital ferme, c'est une source d'emploi pour sa commune, ainsi que des électeurs potentiels, donc les élus sont très attentifs à leur hôpital, c'est normal, ils le défendent, ils savent très bien que s'il ferme, c'est très dur politiquement pour les maires et députés en place et même pour les politiques à plus haute échelle. Et comme ils sont tous dans une volonté de réélection, ils ne vont jamais jusqu'au bout. Donc malgré les réformes, tout cela est tellement compliqué, il y a tellement de relations de pouvoirs et de niveaux de décision qu'au final, la réforme sur le terrain ne ressemble plus vraiment à celle sur le papier, mettre en œuvre une loi avec peu de moyens, ce n'est pas simple, et c'est souvent assez long, nous on n'en voit peu l'effet sur le terrain, on essaie mais ça ne fonctionne pas bien, les rapports de pouvoirs sont toujours les mêmes et chacun a gardé ses attributions et se bat pour les garder. Et il y a surtout cet aspect politique, par exemple l'ancien directeur, l'ancien président de la CME et le président du conseil de surveillance n'étaient pas dans cette logique de rentabilité, de productivité donc forcément, ça ralenti les choses, c'est humain, chacun fait de la résistance, et sur le terrain, elle est très loin de l'idée de départ de la loi. A la base, l'idée n'était pas mauvaise, mais ce n'était pas le bon contexte. Si on vous dit qu'il ne faut que réduire les dépenses, ce n'est pas facile pour la direction, ils disent bon, attend, on ne va pas trop balayer devant notre porte, on va attendre qu'il se fasse tout seul, donc ça a étranglé l'hôpital, il a été contraint de réagir mais ne l'a pas fait par réelle conviction de l'intérêt du changement, ils se sont plus fait contre l'hôpital qu'avec lui, à créer beaucoup de résistances.

Entretien n°18 : Stéphanie, 56 ans, directrice des soins infirmiers depuis 2006, ancienne directrice des soins dans les hôpitaux de l'AP-HP, ancienne infirmière (le 17/05)

A: Donc vous justement est ce que avec la loi HPST vous avez senti des évolutions dans les rapports de pouvoir à l'hôpital entre les différentes catégories ?

S: Alors pour moi la loi HPST elle a pas forcément changé grand chose et notamment à l'hôpital, en tout cas pas ici. Là le nouveau directeur veut remettre des choses en place qui devraient être effectives, là on va peut-être voir du changement, mais c'est pas tant la loi HPST à mon sens qui a changé les choses ici, mais un changement de direction et un changement de directeur adjoint qui va permettre de recadrer. Ceci dit la loi HPST, il y a je trouve une grosse malhonnêteté dedans, qui est encore plus accentuée par Mme Tourraine à mon sens, c'est que dans la loi HPST, il est dit que les pouvoirs sont donnés au directeur,

moi je dis que c'est un affichage : toute personne qui a un peu travaillé dans un hôpital sait qu'un directeur qui prendra des décisions, qui iraient complètement à l'encontre du Président de CME et à l'encontre de la CME, le directeur est aujourd'hui le fusible de l'hôpital, on fait pas sauter un Président de CME qui est élu par ses pairs, et comme justement c'est le directeur qui a officiellement toutes les responsabilités et le pouvoir, si ça cafouille, c'est lui qui saute, c'est ce qui rend certains directeurs très fragiles aujourd'hui, très frileux je dirais car ils sentent bien cette fragilité. Donc là les directeurs aujourd'hui, pour en revenir à l'affirmation du fait que le directeur est le patron dans les textes, mais un directeur qui va se mettre à dos sa communauté médicale, d'abord l'ARS le fait sauter, c'est arrivé ici à l'ancien directeur qui a été dans un autre hôpital, il a été le fusible. En plus entre temps, dans la commune où était l'hôpital, la mairie a changé, la couleur politique a changé qui n'était plus la sienne, et donc un président de CME qui a retourné sa veste pour suivre sa communauté médicale qui n'était pas d'accord avec le directeur, et bien le directeur « chtooong ». donc aujourd'hui, c'est pareil, même avec la loi HPST donc comment Marisol Touraine peut dire qu'elle veut redonner du pouvoir aux médecins, pour les gens qui ont toujours travaillé à l'hôpital, ça manque un peu de sens car aujourd'hui, je ne vois pas comment un directeur peut se mettre sa communauté médicale à dos, à moins d'être suicidaire, sinon il faut qu'il soit sacrément costaud.

A : Beaucoup de médecins m'ont dit justement que les médecins sont un corps professionnel très hiérarchisé en interne, qu'entre chirurgiens, médecins, anesthésiste-réanimateur etc...chacun défendait ses attributions, et qu'en interne cela n'était pas toujours simple, que parfois il y avait peut être moins de concertation et de coordination entre eux que ce qu'il pouvait y avoir entre les administratifs qui étaient parfois un corps professionnel plus homogène.

S: Oui mais en même temps ils sont plus doués que nous, beaucoup plus stratégiques. En effet, les médecins sont capables, là je sors du cadre de la loi HPST, de se bouffer le nez. Comme chaque établissement organisait ses pôles comme il le voulait, il y a la théorie, mais aussi la pratique. En pratique, il fallait faire avec l'humain. Et par exemple, on a un pôle médico-chirurgical car on a un service de médecine dedans qui est l'antichambre de certains services de chirurgie, ce qui n'est pas gênant, mais qu'on a sorti du pôle médecine car les deux chefs de services en sont venus aux mains, il y'en a un qui a collé l'autre au mur.

A : On m'a dit que notamment au pôle médecine il n'y avait plus de chef de pôle depuis 2009 car les rapports de pouvoir entre eux avait été trop difficile.

S: Voilà et notamment c'était au pôle médecine, un des chefs de service du pôle médecine en est venu aux mains avec le chef de service de gastrologie, qui est dans le pôle médico-chirurgical. Donc les faire travailler dans le même pôle ..

Bibliographie générale

Ouvrages :

- Allison Graham, Zelikow Philip, *Essence of decision. Explaining the Cuban Missile crisis*, New York, Addison-Wesley. Longman. 1999 (1ère édition, 1971).
- Arliaud Michel, *Les médecins*, Paris, La Découverte, 1987.
- Belorgey Nicolas, *L'hôpital sous pression : enquête sur le nouveau management public*, Paris, La Découverte, « Textes à l'appui-Enquêtes de terrain », 2010.
- Benamouzig Daniel, *La santé au miroir de l'économie*, PUF, Paris, 2005.
- Boltanski Luc, Thévenot Laurent, *De la justification, les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard, 1992.
- Bourdieu Pierre, *Le sens pratique*, Paris, Minuit, 1980.
- Boussaguet Laurie, Jacquot Sophie, Ravinet Pauline, *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, 2006 (2ème édition).
- Carricaburu Danièle, Ménoret Marie, *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin, 2004.
- Cicourel Aaron, *La sociologie cognitive*, Paris, Presses Universitaires de France, 1979.
- Contandriopoulos Andrée-Pierre et Souteyrand Yves, *L'hôpital-stratège. Dynamiques locales et offres de soins*, Paris, John Libbey, 1996.
- Crozier Michel, *On ne change pas la société par décret*, Paris, Grasset, 1979.
- Crozier Michel, Erhard Friedberg Erhard, *L'acteur et le système*, Paris, Point, 1992.
- De Kervasdoué Jean, *L'hôpital*, édition « Que sais-je », n° 795, Presse Universitaires de France, 4ème édition, 2011.
- De Kervasdoué Jean, *Santé : pour une révolution sans réforme*, Paris, Gallimard, 1999.
- De Lagasnerie Geoffroy, *La dernière leçon de Michel Foucault. Sur le néolibéralisme, la théorie et la politique*, Paris, Fayard, 2012.
- Dulong Delphine, *Sociologie des institutions politiques*, Paris, La Découverte, 2012.
- Foucault Michel, *Naissance de la Biopolitique*, Cours au Collège de France 1978-1979, Paris, Hautes Etudes, Gallimard, Seuil, 2004.
- Freidson Eliot, *La profession médicale*, Paris, Fayot, collection médecine et société, 1984.

Goffman Erving, *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Minit, 1968.

Grémion Pierre, *Le pouvoir périphérique. Bureaucrates et notables dans le système politique français*, Paris, Seuil, 1976.

Hassenteufel Patrick, *Les médecins face à l'état, une comparaison européenne*, Presses de Sciences Po, Paris, 1997.

Hassenteufel Patrick, *Sociologie politique : l'action publique*, Paris, Armand Colin, 2ème édition, 2011.

Herzlich Claudine, *Médecine, maladie et société*, Paris, Mouton-EHESS, 1970.

Hughes Everett C., *Le regard sociologique*, Paris, Éditions de l'EHESS, 1996.

Jamous Haroun, *Sociologie de la décision. La réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Paris, Centre national de la recherche scientifique, 1969.

Kuty Olgierd, *Innover à l'hôpital. Analyse sociologique d'une unité de dialyse rénale*, L'Harmattan », 1994.

Lagroye Jacques, François Bastien, Sawicki Frédéric, *Sociologie Politique*, (5ème éd), Paris, Presses de Sciences Po : Dalloz, 2006.

Lascombes Pierre, Le Galès Patrick, « *Gouverner par les instruments* », Paris, Presses de Sciences Po, 2004.

Majnoni d'Intignano Béatrice, *Économie de la santé*, Paris, Presses Universitaires de France, 2001.

Mas Bertrand, Pierru Frédéric (dir), *L'hôpital en réanimation, Le sacrifice organisé d'un service public emblématique*, Savoir/Agir Bellecombe-en-Bauges: Editions du Croquant 2011.

Mintzberg Henry, *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Editions d'Organisation, 1982.

Parsons Talcott, *The social system*, New York, Free Press, 1951.

Pelloux Patrick, *Histoire d'urgences. Dans les coulisses du monde hospitalier*, Paris, Éditions J'ai lu, collection témoignage, 2010.

Pierru Frédéric, *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauges, Editions du croquant, Collection Savoir/Agir de l'Association Raisons d'Agir, 2007.

Pierson Paul, *Politics in Time. History, Institutions and Social Analysis*, Princeton, Princeton UP, 2004.

Smith Harvey L., « Two lines of authority : the hospital dilemma », in E. Gartly Jaco (ed.), *Patients, physicians and illness*, New York, The Free Press, 1958.

Starr Paul, *The social Transformation of American Medicine*, New York, Basic Books, 1982.

Studler François, *L'hôpital en observation*, Paris, Armand Colin, 1974.

Studler François, *Sociologie médicale*, Paris, Armand Colin, 1972.

Strauss Anselm, « The Hospital and its negotiated order », in Eliot Freidson, *The Hospital in the*

modern society, Londres, The free Press of Glencoe, 1963.

Strauss Anselm, *La trame de la négociation, Sociologie qualitative et interactionnisme*, textes réunis par Isabelle Baszanger, Paris, L'harmattan, 1992.

Tsebelis Georges, *Veto players. How Political Institutions Work*, New York, Russel Sage Foundation.

Contributions :

Benamouzig Daniel, Besançon Julien, « Les agences de nouvelles administrations publiques ? », in Olivier Borraz (dir), *Politiques publiques 1. La France dans la gouvernance européenne*, Paris, Presses de Sciences Po, 2008.

Bezès Philippe, Le Lidec Patrick, « Ordre institutionnel et genèse des réformes », dans Jacques Lagroye et Michel Offerlé (dir), *Sociologie de l'institution*, Paris, Belin, 2011, p. 55-73.

Bezès Philippe, Le Lidec Patrick, « Ce que les réformes font aux institutions », dans Jacques Lagroye et Michel Offerlé (dir), *Sociologie de l'institution*, Paris, Belin, 2011, p. 73-101.

Catrice-Lorey Antoinette, « Les politiques de santé en régulation. Réorientations de l'action publique et changement social », in CRESAL, *Les raisons de l'action publique. Entre expertise et débat*, Paris, Collection logique politique, L'harmattan, 1993.

Articles :

Arborio Anne-Marie, « Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière », *Genèses*, n°22, 1996.

Arrow Kenneth J., « Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care », *American Economic Review*, vol 53, 1963, p. 941-973.

Belorgey Nicolas, « Réduire le temps d'attentes et de passage aux urgences. Une entreprise de réforme d'un service public et ses effets sociaux », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 189, p. 19-35.

Claveranne Jean-Pierre, « L'hôpital en chantier : du ménagement au management », *Revue française de gestion*, n°29 (146), 2003.

Cohen Michael D., March James G and Olsen Johan P., « A Garbage Can Model of Organizational Choice », *Administrative Science Quarterly*, Vol 17, n°1, 1972, p. 1-25.

Ellis Randall P., McGuire Thomas G., « Hospital response to prospective payment : Moral hazard, selection and practice style effects ». *Journal of Health Economics*, n°15, 1996, p. 257-277.

De Lacaussade Gilles, « Les agences régionales de santé : missions et organisations, *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n°74, mars 2011.

Genieys William, Hassenteufel Patrick, « Entre les politiques publiques et la politique : l'émergence d'une « élite du Welfare », *Gouvernement et action publique*, Les Presses de Sciences Po, Paris, n°2, 2012.

Hassenteufel Patrick, Robelet Magali, « Les médecins placés sous observation. Mobilisations autour du développement de l'évaluation médicale en France », *Politix*, Volume 12, n°46, 1999, p. 71-97.

Lindblom Charles, « The science of Muddling Through », *Public Administration Review*, vol. 19, 1959, p.79-88.

Moison Jean-Claude, « *le paradoxe de la boîte noire. Réformes hospitalière et organisation* », *Droit et société*, 2012/1 n°80 p. 91-115.

Nobre Thierry, Performances et pouvoirs à l'hôpital, *Politique et Management Public*, vol 17,n° 3, 1999.

Pauly Mark, Redisch Michael, « The Not-For-Profit Hospital as a Physicians' Cooperative », *American Economic review*, n°63, 1973, p.87-99.

Pierru Frédéric, « L'hôpital-entreprise, une self-fulfilling prophecy avortée », *Politix*, n°46, 1999.

Pierru Frédéric, « Le mandarin, Le gestionnaire et le consultant. Le tournant néo-libéral de la politique hospitalière », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°194, Seuil, septembre 2012, p.32-52.

Pierson Paul, « Path Dependence, Increasing Returns, and Political science », *American Political Science Review*, 94(2), 2000, p.251-267.

Schweyer François-Xavier, *Le corps des directeurs d'hôpital : entre logique professionnelle et régulation d'Etat*, rapport MIRE, ministère de la santé, 1999.

Schweyer François Xavier, « Une profession de l'état providence, les directeurs d'hôpital », *Revue européenne des sciences sociales*, 2006/3, XLIV, p. 45-60.

Schweyer François-Xavier, « La carrière des directeurs d'hôpitaux », *Revue française d'administration publique* », n°116, 2005, p. 623-638.