



HAL
open science

Un exemple de réorganisation territoriale de l'offre de soins : entre enjeux des tutelles et des acteurs locaux, qui pilote ?

Laurent Theveneau

► To cite this version:

Laurent Theveneau. Un exemple de réorganisation territoriale de l'offre de soins : entre enjeux des tutelles et des acteurs locaux, qui pilote ?. Science politique. 2014. dumas-01134331

HAL Id: dumas-01134331

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01134331>

Submitted on 23 Mar 2015

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.

Vous allez consulter un mémoire réalisé par un étudiant dans le cadre de sa scolarité à Sciences Po Grenoble. L'établissement ne pourra être tenu pour responsable des propos contenus dans ce travail.

Afin de respecter la législation sur le droit d'auteur, ce mémoire est diffusé sur Internet en version protégée sans les annexes. La version intégrale est uniquement disponible en intranet.



Institut d'Etudes Politiques de Grenoble

Université de Grenoble

UN EXEMPLE DE REORGANISATION TERRITORIALE DE L'OFFRE DE SOINS

Entre enjeux des tutelles et des acteurs locaux, qui pilote ?

MEMOIRE PRESENTE DANS LE CADRE DU MASTER 2
« POLITIQUES PUBLIQUES DE SANTE »
DE L'INSTITUT D'ETUDES POLITIQUES DE GRENOBLE

DIRECTRICE DE MEMOIRE :

Annick VALETTE

PRESENTE PAR :

Laurent THEVENEAU

GRENOBLE 2013-2014



Institut d'Etudes Politiques de Grenoble

Université de Grenoble

UN EXEMPLE DE REORGANISATION TERRITORIALE DE L'OFFRE DE SOINS

Entre enjeux des tutelles et des acteurs locaux, qui pilote ?

MEMOIRE PRESENTE DANS LE CADRE DU MASTER 2
« POLITIQUES PUBLIQUES DE SANTE »
DE L'INSTITUT D'ETUDES POLITIQUES DE GRENOBLE

DIRECTRICE DE MEMOIRE :

Annick VALETTE

PRESENTE PAR :

Laurent THEVENEAU

GRENOBLE 2013-2014

« Qu'importe l'issue du chemin quand seul compte le chemin parcouru ».

David Le Breton.

Remerciements

Nous tenons tout particulièrement à remercier,

Mme Annick VALETTE, pour son accompagnement méthodologique avisé et bienveillant tout au long de cette direction de mémoire, et pour avoir guidé et enrichi notre réflexion.

M. David GIBERGUES, pour nous avoir accompagné dans tant de projets ces dernières années. Encore un obstacle de franchi...

Mme Valérie MONGENOT, pour son soutien sans faille et son indéfectible croyance en la qualité de ce travail ; qu'il puisse ne pas la décevoir.

Christèle, Emmanuelle, Céline, Eric et tant d'autres, pour avoir cru en nous et nous avoir accordé une écoute salutaire dans les moments de doute.

L'ensemble des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête de terrain, pour le temps qu'il nous ont accordé, la bienveillance qu'ils ont eue à notre égard et pour avoir, par les informations qu'ils nous ont fournies, permis une analyse poussée de la situation d'étude.

Sommaire

Glossaire.....	7
Introduction.....	9
Préambule.....	15
PARTIE 1.	
La régulation du système de santé au cœur d'enjeux divergents	18
1. Les pouvoirs publics s'emparent de la question.....	18
1.1. L'enjeu central de la maîtrise des dépenses de santé.....	21
1.2. Réaffirmer les valeurs fondatrices du système de santé français : les enjeux corollaires de l'accessibilité et de la qualité des soins.....	27
1.3. La performance des établissements publics de santé, nouvel enjeu des politiques publiques.....	32
2. Qui pilote la santé ?.....	38
2.1. Une organisation déconcentrée confiée à des agences	38
2.2. Les ARS : la place centrale de l'échelon régional dans le pilotage et l'implémentation territoriale de la politique nationale de santé	44
2.3. L'ARS, réel chef de file de cette politique de santé ?	48
3. Une dissension entre ligne directrice des politiques publiques et réalité de terrain.....	53

3.1. Démographie et géographie, moteurs de la réorganisation sanitaire.....	53
3.2. Les établissements de santé au cœur d'un paradoxe économique.....	56
3.3. L'aiguillon de la concurrence public / privé.....	59
PARTIE 2.	
Au-delà du paradoxe, une offre de soins cohérente avec le contexte local.....	63
1. Une stratégie gagnant – gagnant pour les deux établissements	63
1.1. Une fusion pour développer un hôpital référent et dynamiser une structure en perte de vitesse.....	64
1.2. Un projet de coopération peu contesté	70
2. Une réorganisation pertinente mais peu innovante	75
2.1. Un choix contraint par des normes	76
2.2. Des alternatives non retenues	80
3. Le poids de la décision politique.....	83
3.1. Le path dependance comme fil conducteur	84
3.2. Les acteurs de la réorganisation, stratégies de l'action publique.....	86
Conclusion.....	94
Bibliographie.....	99
Table des annexes.....	105

Glossaire

AC : Aides à la Contractualisation

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé

CHT : Communauté Hospitalière de Territoire

CHSCT : Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CREA : Comptes de REsultat Analytique

CRSA : Conférences Régionales de Santé et de l'Autonomie

CSBM : Consommation de Soins et de Biens Médicaux

CSG : Contribution Sociale Généralisée

CTE : Comité Technique d'Etablissement

DAF : Dotation Annuelle de Financement

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DGS : Direction Générale de la Santé

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

FINESS : Fichier National des Etablissement Sanitaires et Sociaux

FIR : Fonds d'Intervention Régional

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GIP : Groupement d'Intérêt Public

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patient, Santé, Territoire

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

LOLFSS : Loi organique relative aux lois de financement de la Sécurité Sociale

MIG : Missions d'Intérêt Général

NMP : Nouveau Management Public

ONDAM : Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie

OPEERA : Outil Prospectif d'Evaluation Economique Relatif à l'Ambulatoire

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PRS : Plan Régional de Santé

PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé

SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

SRP : Schéma Régional de Prévention

T2A : Tarification A l'Activité

URSSAF : Unions de Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

Introduction

« Positionnés dans un système sanitaire particulièrement encadré réglementairement et fortement concurrentiel [...], les établissements publics de santé français doivent davantage qu'auparavant se doter d'une stratégie territoriale qui corresponde aux problématiques spécifiques de leur environnement local. Cette stratégie doit être construite [...] à partir d'une analyse géopolitique de son territoire prenant en compte les rapports de forces locaux, ses faiblesses et atouts structurels propres et les particularités sanitaires de la population qu'il dessert afin de développer une offre de soins plus pertinente et mieux ciblée »¹.

Cette citation d'Aurélien DELAS illustre parfaitement notre constat initial et le questionnement qu'il a suscité. Professionnel dans un établissement de santé, nous avons observé ces dernières années croître l'importance de la stratégie territoriale évoquée ci-dessus. L'établissement de santé dans lequel nous exerçons notre activité, qualifié de référent sur son territoire, s'inscrit dans une dynamique de développement important d'activité et de coopérations poussées avec les autres établissements de santé positionnés sur le même territoire. Nous observons donc l'offre de soins se recomposer en mettant en œuvre de nouvelles synergies. Cette restructuration de l'offre sanitaire a pris une nouvelle dimension en 2009 avec la loi HPST², qui positionne l'échelon régional comme prévalent dans la définition des politiques publiques de santé, et le territoire comme niveau essentiel du maillage de l'offre de soins. Cette loi promeut le rapprochement et les collaborations entre les établissements de santé, en proposant notamment des outils de coopérations³, et redéfinit le pilotage de la santé, en décroissant les secteurs sociaux, médicaux et médico-sociaux, par une délégation étendue de compétences aux tutelles que sont les Agences Régionales de Santé (ARS).

Notre questionnement initial s'appuie sur la mise en évidence d'une incohérence entre la construction et la mise en œuvre opérationnelle de l'offre de soins au niveau du territoire, et la

1 DELAS A. « L'hôpital public, un nouvel acteur territorial entre aménagement sanitaire et rivalités stratégiques ». Hérodote [En ligne]. 1 décembre 2011. Vol. n° 143, n°4, p. 89-119, p. 90.

2 Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 « Portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires »

3 Que sont les CHT (communautés hospitalières de territoire), qui permettent à des établissements publics de définir des stratégies communes ciblées, et les GCS (groupement de coopération sanitaire), qui permettent quant à eux des collaborations entre les établissements de santé publics et privés.

politique édictée par les tutelles. Tout d'abord, dans le cadre d'une Communauté Hospitalière de Territoire (CHT), notre établissement de santé a développé de nouvelles activités et a contractualisé avec des hôpitaux publics partenaires autour de transferts d'activités. Avec un des établissements de santé partenaires, la coopération s'est axée sur le déploiement d'une activité chirurgicale. Ainsi, un bloc opératoire dédié à la chirurgie ambulatoire a ouvert en 2010 sur le site de cet hôpital partenaire. Ce service de soins techniques est donc géré par notre établissement de santé, bien qu'il soit délocalisé à dix-huit kilomètres. Si ce partenariat met en évidence la politique commune de deux établissements de santé, notamment par la définition d'accords d'exercice et de mise à disposition de locaux, il interpelle par sa divergence avec les directives affichées au niveau des tutelles. En effet, là où, pour des raisons que nous exposerons plus tard, les politiques actuelles de santé s'orientent vers la mutualisation des moyens de production de l'offre de soins, et notamment des plateaux techniques avec pour objectif une réduction des coûts d'exploitation, nous constatons donc la multiplication de ces mêmes plateaux avec, pour un unique établissement de santé, coexistence de trois blocs opératoires¹, ce qui représente une dispersion des moyens de production des actes chirurgicaux.

Nous avons donc cherché les raisons pouvant expliquer ce paradoxe afin de comprendre pourquoi certaines décisions de recomposition de l'offre de soins sur le territoire semblent en contradiction avec les orientations définies au niveau national, et relayées par les tutelles régionales, qui ont pourtant un caractère structurant affirmé. Notre questionnement initial interroge donc les relations et interactions qui se nouent entre les acteurs de terrain et les tutelles dans la construction d'une offre de soins de proximité.

Notre perception initiale du fonctionnement des ARS est très proche de la thèse défendue par C. SUAREZ qui stipule que « les agences régionales imposent des mesures aux hôpitaux, plus qu'elles ne les négocient. L'Etat veut développer le principe de contractualisation entre les agences régionales et les établissements pour mener les restructurations hospitalières [...]. Or la démarche de contractualisation, volontaire par définition, est imposée aux établissements. Les agences se montrent ainsi directives [...], les établissements hospitaliers ne peuvent donc

1 Un bloc de chirurgie conventionnelle et un bloc de chirurgie ambulatoire sur le site principal de notre établissement d'exercice, et donc un bloc ambulatoire sur le site de l'établissement de santé partenaire.

rien négocier. Tout leur est imposé, de la démarche au contenu du contrat »¹. Dans cette vision, les politiques nationales s'imposeraient aux établissements de santé et ceux-ci ne seraient que des exécutants ne bénéficiant d'aucune marge de manœuvre dans la détermination de leurs orientations stratégiques. Les différents travaux que nous avons menés durant cette année de master, et en particulier les apports théoriques en lien avec l'analyse des politiques publiques, ont fait émerger l'idée que la mise en œuvre d'une politique publique, qu'elle soit de santé ou autre, ne saurait être l'expression pure de l'idée politique telle que décidée à l'échelon étatique ou gouvernemental. A la logique « top-down »², qui représente la déclinaison sur le terrain de la décision originelle, s'associe une dynamique « bottom-up »³, qui concrétise l'ensemble des revendications des acteurs de terrain qui vont faire valoir leurs intérêts afin de négocier la mise en place effective de la politique en tentant de préserver leurs intérêts. Ainsi, nous pouvons avancer, pour reprendre les idées de Pierre MULLER, que la rationalité de l'action publique présente des limites et que l'analyse des politiques publiques tend à remettre en question l'Etat dans « sa capacité à imposer un ordre politique global [...], l'Etat omniscient ou omnipotent dont la rationalité [serait] en mesure de transcender l'irrationalité des intérêts particuliers »⁴. Il nous est donc apparu essentiel, pour comprendre la décision politique et la mise en place de l'offre de soins, telle qu'elle se décline sur un plan opérationnel, d'analyser les parties en présence.

Nous avons donc tenté de lister de manière exhaustive les acteurs ayant partie prise dans la définition de la politique de santé telle qu'elle s'applique sur le terrain, ainsi que leurs intérêts potentiels. Tout d'abord, nous avons identifié les établissements de santé. Depuis l'instauration de la Tarification A l'Activité (T2A), ils cherchent à maintenir un équilibre budgétaire. Dans l'exemple de notre cas d'appel, le développement de la chirurgie ambulatoire peut être interprété comme l'investissement d'un segment porteur d'activité et de valorisation financière en lien avec des politiques incitatives que nous détaillerons ultérieurement. Ensuite, les tutelles représentant les pouvoirs publics cherchent à répondre aux objectifs attendus à un niveau national, à savoir garantir un accès à des soins de qualité à l'intégralité de la population en tentant de prévenir les inégalités, mais aussi atteindre un

1 SUAREZ C. « Quelle organisation alternative pour le système sanitaire français ? » La Revue de l'Ires. 1 décembre 2008. Vol. n° 59, n°4, p. 41-74, p. 45.

2 BOUSSAGUET L., JACQUOT S., RAVINET P. Dictionnaire des politiques publiques, 4e édition. Édition : 4e édition. Paris : PRESSES DE SCIENCES PO, 2014. 776 p. ISBN : 9782724615500.

3 Idem

4 MULLER P. « L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique ». 2000. Vol. 50, n°2, p. 189-208. P 191.

équilibre budgétaire au niveau du système et tenter de réguler la dépense publique. Puis, notre analyse de la problématique a mis en évidence que les communes et collectivités territoriales, de par l'action des élus, ont un rôle prégnant. En effet, il ressort que « l'hôpital est souvent le plus important employeur local »¹. La conservation d'un certain nombre d'emplois, ainsi que d'une offre de soins de proximité, nous semblent autant d'éléments prépondérants qui seraient de nature à justifier l'action des élus politiques locaux. Enfin, la concurrence entre les établissements de santé publics et privés pourrait intervenir dans la recomposition de l'offre de soins. Cette présentation met en évidence la complexité de la construction de l'offre de soins, du fait de la multiplicité des acteurs qui y participent et de la réalité des intérêts individuels défendus par chacun.

Nous proposons par ce travail de chercher à comprendre dans quelle mesure les orientations stratégiques tutélaires interagissent avec les enjeux des acteurs pour construire l'offre de soins territoriale.

Au regard des éléments qui nous ont permis de parvenir à cette question de recherche, nous émettons trois hypothèses qui guideront notre recherche de terrain.

Premièrement, les personnalités politiques locales définiraient une stratégie d'orientation et de développement de l'offre de soins autour des enjeux que représentent la conservation des emplois et de l'offre de soins de proximité.

Ensuite, la contractualisation, autour des objectifs à atteindre et des moyens alloués pour y parvenir, entre un établissement de santé et la tutelle, représenterait un levier de développement du territoire et de l'offre de santé qui peut y être proposée.

Enfin, dans le cadre de politiques incitatives, de nouveaux modèles, ici la chirurgie ambulatoire, constitueraient de nouveaux axes de développement de la performance pour les établissements de santé, sur les plans économique et de la qualité des soins.

L'objet de ce travail est étudié au prisme d'un territoire sanitaire bien défini. Cette approche monographique fait l'objet d'un choix délibéré. Nous n'avons pas souhaité effectuer une comparaison entre la construction d'une offre sanitaire opérée sur deux territoires différents, en raison d'une méconnaissance d'une réorganisation qui soit, tant soit peu, comparable à

1 OLIER L., CHALEIX M., GUILLAUMAT-TAILLIET F. « 10. L'offre de soins en France : évolution et perspectives ». Hors collection. 1 juin 2009. p. 107-113.

celle du territoire d'étude. La focalisation sur un unique sujet d'étude nous a permis d'étudier plus finement les mécanismes et motivations de la prise de décision, et d'appréhender les intérêts et enjeux de l'ensemble des acteurs. Si ce travail est, de fait, non reproductible, il permet cependant de dégager des généralités ou standards que nous pensons être à-même de se transposer dans d'autres cas.

Sur le plan méthodologique, nous avons initialement tenté d'identifier les personnes les plus à-même de nous éclairer sur le contexte local et le cheminement qui a conduit à la définition et la construction de l'offre de soins observée à ce jour. Pour des questions de lisibilité, nous proposons de détailler plus finement la population d'étude en annexe (annexe 1). Au vu des personnes à rencontrer et des thèmes à aborder, il nous est apparu pertinent de travailler à partir d'entretiens semi-directifs. En effet, les éléments exploitables sont étroitement liés à une vision subjective qu'ont les individus de leurs enjeux, de leur positionnement et de leur influence dans la décision politique. La méthodologie retenue devait donc permettre aux personnes d'exprimer leurs représentations ; aussi avons-nous rejeté d'emblée les questionnaires pour nous concentrer sur des rencontres individuelles.

Après retranscription du contenu, nous avons construit une grille d'analyse avec laquelle nous avons cherché à mettre en évidence les similitudes et les divergences d'opinion, les pensées personnelles et les contradictions. Ce travail nous a permis de définir deux grandes thématiques qui guideront notre cheminement et formaliseront les deux parties de ce mémoire.

Dans une première partie, nous éclairerons le fait que notre problématique questionne les phénomènes complexes qui se jouent actuellement au niveau de la régulation du système de santé.

Nous présenterons d'abord la volonté des pouvoirs publics de faire valoir leurs enjeux et de se positionner comme élément de régulation à travers la mise en place de nouvelles politiques publiques.

Ensuite, nous objectiverons que la mise en œuvre des politiques publiques de santé se caractérise par une diversité d'acteurs. Nous présenterons les rôles et missions théoriques de chacun et remettrons en cause, à l'aide des éléments extraits de l'enquête de terrain, le rôle de régulateur de certains.

Enfin, nous présenterons les dissensions constatées entre les lignes de définition nationales des politiques publiques et les réalités de proximité. Pour cela, nous mettrons en évidence que

les établissements de santé, de par le contexte dans lequel ils sont positionnés et les contraintes auxquelles ils font face, se positionnent eux-mêmes comme acteurs régulateurs.

Dans une seconde partie, nous chercherons à mettre en évidence que l'offre de soins proposée sur le territoire d'enquête présente une rationalité objective, emprunte des réalités locales.

Pour ce faire, nous présenterons en quoi ce projet apporte une réponse pertinente à la situation des deux établissements de santé étudiés.

Nous détaillerons ensuite les opportunités qui auraient pu voir le jour et les limites qui ont rendu impossible leur mise en œuvre.

Enfin, nous expliquerons que l'offre actuelle est la résultante d'une décision politique. A ce titre, la réalité de ce jour est le fruit d'une construction historique où chacun des acteurs a tenté de faire prévaloir ses intérêts.

Mais avant toute chose, nous souhaitons apporter, dans une partie préambule, des précisions qui faciliteront la lecture de ce travail. Il nous semble important en effet de présenter les spécificités du territoire sur lequel porte notre étude, afin que le lecteur ait connaissance des villes, des établissements de santé publics et privés auxquels nous faisons régulièrement allusion ainsi que leur évolution dans le temps.

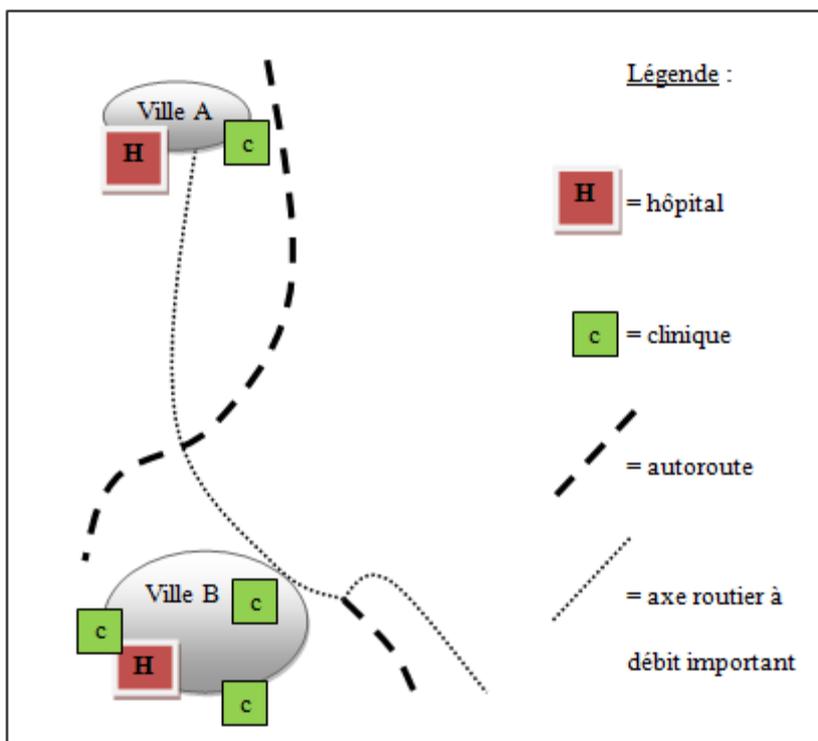
Préambule

Pour la zone géographique qui intéresse notre étude, l'année 2010 a marqué un tournant fondamental qui a profondément remanié l'organisation et le maillage territorial de l'offre de soins proposée.

L'objectif de ce préambule est d'apporter un ensemble d'informations pour comprendre l'évolution de cette organisation sanitaire, et tenter d'en expliquer les motivations.

Nous proposons donc de détailler la situation antérieure à 2010. Nous expliquerons ensuite les principales raisons du changement pour arriver à la présentation de l'offre de soins qui est proposée de nos jours

Situation avant 2010 :



Ville A proposait une offre sanitaire qui s'organisait autour de deux établissements de santé, localisés au centre-ville de la commune, un hôpital public et une clinique privée à but lucratif appartenant au groupe M.

L'hôpital ne proposait déjà plus de chirurgie conventionnelle depuis les années 2000, et le plateau technique du bloc opératoire était utilisé pour sécuriser l'activité obstétricale urgente de la maternité qui, elle, poursuivait son activité.

La clinique proposait une offre de soins variée, et l'ensemble des spécialités chirurgicales y étaient représentées.

Les deux établissements de santé avaient contractualisé entre eux une coopération autour de l'activité de la maternité. Pour pallier l'absence de chirurgiens hospitaliers depuis la fermeture de l'activité chirurgicale, les praticiens exerçant la chirurgie digestive à la clinique assuraient la continuité et la permanence de la prise en charge chirurgicale des parturientes sur le site de l'hôpital.

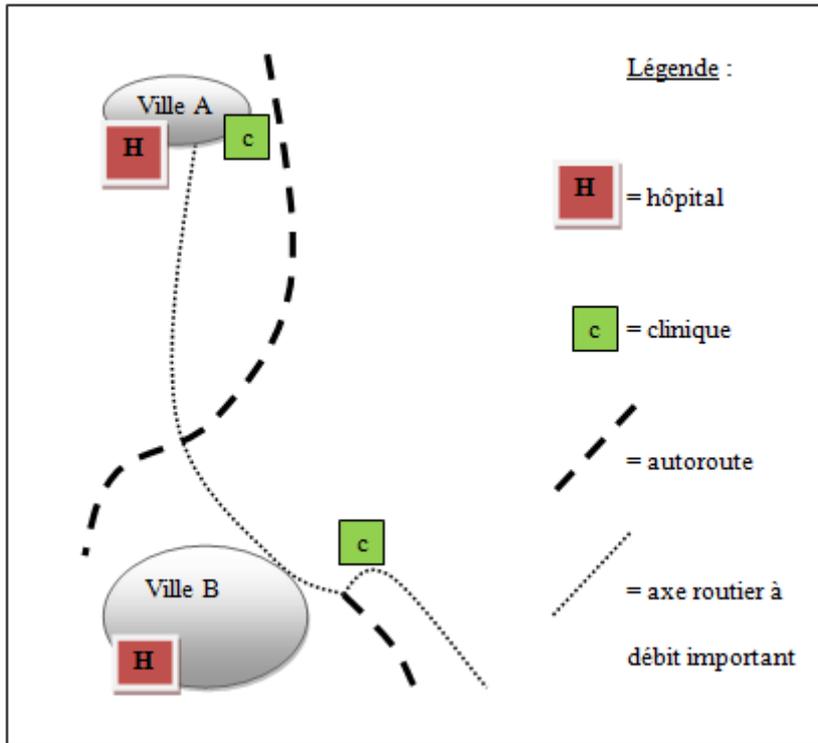
Au niveau de Ville B, l'offre de soins se composait d'un hôpital public et de trois cliniques privées à but lucratif, dont deux étaient indépendantes et une appartenait au groupe M. Là aussi, les quatre établissements étaient localisés au cœur de la ville.

Cette organisation s'est vue chamboulée à partir de l'année 2009 par l'annonce de la recomposition de l'offre de soins privée sur le territoire. Le groupe M a fait le choix de recentrer ses activités sur certaines spécialités et de fermer un de ses établissements. C'est ainsi qu'il a arrêté l'ensemble de ses activités sur Ville B et que la clinique qu'il possède sur Ville A s'est concentrée sur deux spécialités chirurgicales. Cette réorganisation du groupe M a donc rendu caduque le partenariat avec l'hôpital de Ville A, du fait du départ des chirurgiens digestifs vers d'autres établissements de santé.

Ville A s'est donc trouvée confrontée à l'impossibilité de maintenir son offre de soins obstétricale pour des raisons de sécurité sanitaire, la présence d'un chirurgien pouvant intervenir dans un délai défini conditionnant l'autorisation d'ouverture ou de maintien d'un tel service. C'est ainsi qu'en 2010, la maternité a fermé sur ce centre hospitalier et l'intégralité de l'activité obstétricale a été transférée sur l'hôpital de Ville B.

En parallèle, l'offre de soins s'est aussi recomposée sur le bassin de Ville B. Si la clinique du groupe M a donc fermé, les deux autres structures, initialement indépendantes, ont développé un projet de fusion et se sont regroupées dans un établissement commun.

Situation depuis 2010 :



A ce jour, l'offre de soins proposée est donc la suivante.

Ville A propose toujours une offre sanitaire organisée autour d'un hôpital public et d'une clinique privée à but lucratif qui demeurent dans les mêmes locaux.

L'hôpital n'a donc plus d'activité obstétricale mais a développé, grâce à un partenariat avec le centre hospitalier de Ville B, une offre de soins de chirurgie ambulatoire sur le plateau technique de son ancien bloc opératoire qui a été réhabilité.

La clinique a restreint la variété de son offre de soins et s'est focalisée sur deux spécialités chirurgicales.

Au niveau de Ville B, l'offre de soins se compose maintenant d'un hôpital public et d'une clinique privée à but lucratif, nommée clinique 1 dans la suite du texte.

La clinique a fait le choix de quitter le centre-ville pour se positionner au plus près des axes routiers.

L'hôpital, pour sa part, est en pleine reconstruction, et il a été décidé de le conserver en centre-ville, sur le même site que l'établissement en activité.

PARTIE 1.

La régulation du système de santé au cœur d'enjeux divergents

1. Les pouvoirs publics s'emparent de la question

« L'Etat revendique le leadership de la politique de santé. Il assume ouvertement des responsabilités opérationnelles sur le secteur hospitalier [...]. En revanche, malgré la solennité du débat annuel sur la loi de financement de la Sécurité Sociale, la politique de santé reste écartelée entre les sphères [...] sociales et politiques »¹. Ce constat dressé par Didier TABUTEAU mérite explication. Le système de santé français est le fruit d'une genèse historique, dont nous proposons une présentation synthétique dans l'encadré suivant afin de définir les éléments qui nous paraissent de nature à éclairer la complexité qui perdure de nos jours.

La construction du système sanitaire français, rappel historique.

Les origines du système de santé assurantiel que nous connaissons actuellement en France sont étroitement en lien avec un changement de paradigme profond de la société au 18^{ème} siècle.

Jusqu'à cette période, la société française était majoritairement rurale. Le mode d'assistance en vigueur se basait sur des mécanismes de solidarités liés à une notion d'appartenance, à une famille ou un territoire, mais aussi sur une place prépondérante occupée par l'Eglise.

Un bouleversement social rapide s'est produit, sur le plan de l'organisation de la société mais aussi

1 TABUTEAU D. Démocratie sanitaire ; les nouveaux défis de la politique de santé. Paris : ODILE JACOB, 2013. 304 p. ISBN : 9782738129932. p 247.

des idéologies dominantes, au moment de l'industrialisation du pays et de la Révolution Française.

La révolution industrielle a entraîné une désertification des zones rurales avec transfert massif des populations vers les territoires urbains, sièges des industries pourvoyeuses d'emplois. Au-delà des problématiques inhérentes à ces transferts importants (mal-logement, insalubrité, augmentation de la pauvreté), les modèles de solidarité se sont vus profondément remaniés par l'éclatement de la cellule familiale comme premier recours.

La Révolution Française a, pour sa part, modifié les modes de pensée. Outre la remise en question de la place de l'Eglise et de son emprise sur la société, le courant philosophique dominant émettait l'idée que la pauvreté pouvait ne pas être que le fait des personnes, mais aussi d'un contexte socioéconomique.

C'est ainsi que sont nés les prémices d'une action publique protectrice ; les pouvoirs publics devant tenter d'apporter une réponse aux nouvelles problématiques sociales. La collectivité s'est donc vue confier la mission de prévenir le risque, notamment pour ce qui concerne la maladie et l'impossibilité de travailler, afin de garantir un revenu minimal de subsistance aux personnes ne pouvant plus exercer leur activité professionnelle. Face à cet attendu, trois grands courants de pensée ont ainsi créé trois grands modèles de protection sociale.

Le modèle national est un système de santé orchestré par l'Etat lui-même. Garantissant un accès aux soins à tous, il est extrêmement centralisé et est financé par l'imposition de tous. C'est, pour exemple, le modèle appliqué au Royaume-Uni.

A l'opposé, le modèle libéral est basé sur un Etat peu interventionniste qui conserve des prérogatives pour une marge de la population¹ mais délègue, pour une large majorité, la couverture maladie aux assurances privées ; c'est le modèle en vigueur, entre autres, aux Etats-Unis.

La France a choisi une troisième voie, celle du modèle assurantiel. Celui-ci, dit « système d'assurance-maladie »² résulte de l'idéologie politique dominante sous le Second Empire. Le courant libéral a pris le pas, prônant un faible interventionnisme de l'Etat. Ainsi, en lieu et place d'un modèle Beveridgien de système public de santé, intégralement contrôlé par l'Etat, a été instaurée une protection sociale organisée selon un modèle Bismarckien. Elle a ainsi, dès le début, été confiée à des caisses mutualistes organisées autour de la solidarité professionnelle. Ce modèle n'a jamais été remis en question. En effet, lors de la création en 1945 de la Sécurité Sociale, dont l'objectif affiché est de garantir une couverture universelle des risques sociaux, Pierre LAROQUE³ parle d'un « danger » de

1 Personnes âgées, pauvres, invalides et recours à l'urgence extrême.

2 PALIER B. La réforme des systèmes de santé. 5e éd.[s.l.] : Presses Universitaires de France - PUF, 2010. 128 p. ISBN : 2130580904. p27.

3 Membre du Conseil d'Etat, il est considéré comme le père fondateur de la Sécurité Sociale. Le 23 mars 1945 à l'École nationale d'organisation économique et sociale il prononce un discours qui annonce l'ordonnance du 4 octobre 1945 et dessine la trame du modèle français de Sécurité sociale.

gestion de ce système par une administration qui présente selon lui toutes les limites liées à la bureaucratie, pour prôner la gestion par les représentants des cotisants, réunis en organisation par caisses.

Branche de la Sécurité Sociale, l'Assurance Maladie fonctionne donc par l'affiliation obligatoire de l'ensemble des salariés à des caisses, et par prélèvement de cotisations sociales indexées sur le travail. De nos jours, si ce système perdure, sa complexité demeure importante avec de nombreux régimes dérogatoires et spéciaux ainsi que de nombreuses caisses qu'il n'a jamais été possible d'unifier.

Nous constatons donc que le pilotage de notre système de santé se caractérise par une profonde dualité. D'un côté, les pouvoirs publics sont en charge de la définition d'une politique sanitaire globale qui réponde aux grands problèmes sociétaux de santé publique. D'un autre côté, la mise en œuvre de cette politique, et notamment son financement, sont confiés à des organismes de Sécurité Sociale, qui relèvent le plus souvent du droit privé et qui se voient confier une délégation pour remplir une mission de service public.

Cette organisation originelle se voit contrariée depuis des décennies par la prégnance toujours plus forte du facteur économique. Pour tenter d'apporter une réponse au paradoxe que constitue le maintien d'« un niveau de remboursement satisfaisant et [la limitation des] prélèvements nécessaires au financement de l'Assurance Maladie »¹, les pouvoirs publics ont dû sortir de cet aspect restrictif de définition stratégique de la santé, pour se positionner dans l'arbitrage des décisions de régulation. En effet, si les Unions de Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales (URSSAF)² sont en charge du prélèvement des cotisations, ce sont les pouvoirs publics qui sont chargés de la définition des taux de cotisations. L'aspect économique prend donc pour les pouvoirs publics une importance cruciale, pour trouver un juste milieu entre la meilleure protection sociale possible et un coût de financement qui soit socialement acceptable et accepté.

1 TABUTEAU D. Démocratie sanitaire ; les nouveaux défis de la politique de santé. Paris : ODILE JACOB, 2013. 304 p. ISBN : 9782738129932. p 133.

2 Organismes privés délégataires de mission de service public, ils sont en charge de la collecte des cotisations salariales et patronales destinées à financer le régime général de la Sécurité Sociale, ainsi que d'autres organismes ou institutions (régime de l'Assurance-chômage, fonds national d'aide au logement, fonds de solidarité vieillesse, fonds CMU, ...).

1.1. L'enjeu central de la maîtrise des dépenses de santé

Le système de protection sociale mis en place en France offre une grande liberté aux acteurs et consommateurs de soins. Il a également permis à la population de bénéficier des progrès de la médecine en ne conditionnant pas l'accès aux soins aux conditions de ressources des personnes. En effet, s'inscrivant dans une logique d'assistance, il se veut égalitaire dans l'accès aux soins qu'il propose à tous les citoyens, en découplant la participation financière individuelle de la prestation reçue en retour. Ainsi, chacun participe au financement du système de santé selon ses revenus, et non pas de son état de santé, et reçoit les soins en fonction de son état de santé et non selon ses ressources financières. Nous constatons cependant que ce modèle présente des limites. En étant peu contraignant pour les acteurs¹ et les bénéficiaires², le système de santé actuel a une tendance inflationniste et entraîne une augmentation de la consommation de soins. En outre, en finançant l'Assurance Maladie sur les cotisations salariales, ce système est en lien direct avec l'activité économique du pays. Tout ralentissement de la croissance devient problématique. Avec la hausse du chômage, la baisse de l'emploi entraîne immédiatement une diminution des cotisations et une baisse des ressources de l'Assurance maladie. L'Etat français se trouve donc face à une double problématique ; financer toujours plus de soins avec des recettes qui diminuent ou ne suivent pas la même progression, et maintenir un système de protection sociale voulu historiquement universel.

En effet, cette protection sociale reste un objectif central de notre société ; ce que réaffirme le Code de la Sécurité Sociale qui stipule que « la Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de l'Assurance Maladie »³. Cependant, le facteur économique ne peut être laissé de côté, point qui est d'ailleurs intégré par l'ensemble des professionnels intervenant dans le système sanitaire. A la première question de notre grille

1 La Sécurité sociale n'a pas de contrôle direct sur les médecins et en 2007, ceux-ci ont obtenu gain de cause en conservant leur liberté d'installation, là où les pouvoirs publics souhaitaient réguler les implantations médicales au niveau national afin de prévenir les déserts médicaux.

2 Contrairement aux systèmes nationaux de santé, tout citoyen français peut choisir son médecin traitant et peut, de son chef, consulter plusieurs médecins différents sans contrôle de la Sécurité Sociale.

3 Code de la sécurité sociale. - Article L111-2-1.

d'entretien, « Dans le contexte actuel, quels sont les principaux enjeux des établissements de santé ? », il n'est pas une personne interrogée qui n'ait mis en évidence le besoin d'assurer la pérennité de notre système de santé par la recherche d'un équilibre financier. Nous avons prévu une relance sur ce thème, pensant que les propos s'orienteraient principalement vers la notion d'activité des établissements, mais la question des dépenses de santé semble à ce point prégnante qu'elle a surgi systématiquement dans toutes les réponses que nous avons obtenues et que pour ARS 2, le « pilotage [actuel du système sanitaire est] vraiment orienté sur l'aspect économique »¹.

« Le montant des dépenses courantes de santé s'élève à 240 milliards d'euros en 2011, soit 12 % du produit intérieur brut (PIB), contre 234,1 milliards d'euros en 2010 (soit 12,1 % du PIB). La Consommation de Soins et de Biens Médicaux (CSBM), qui en représente les trois quarts, atteint pour sa part 175 milliards d'euros et s'élève à 2 698 euros par habitant. Le ralentissement de la progression de la CSBM, amorcé en 2007, se poursuit en 2010 : + 2,3 % en valeur après + 3,2 % en 2009 ; son évolution reste ainsi nettement inférieure à celle observée au début de la décennie. Sa part dans le PIB, stabilisée entre 1995 et 2000 à 8 %, progresse nettement entre 2000 et 2005, passant de 8 % à 8,6 %, sous l'effet à la fois de la forte croissance des différents postes de dépenses et de la moindre augmentation du PIB. Depuis 2006, le rythme de croissance de la CSBM est resté inférieur à 4 % par an. Sa part dans le PIB (9 % en 2009 comme en 2010) n'augmente mécaniquement en 2009 qu'en raison de la baisse du PIB ».

Source : www.insee.fr

Si l'importance du facteur économique dans la santé nous paraît être à ce point familier pour les acteurs, nous y voyons un lien avec l'occurrence régulière de ce thème dans le débat public. Pour exemple, la Cour des Comptes² émet des rapports réguliers sur l'état des finances, et pointait en 2012 la problématique du déficit public français, atteignant 5,2% du

1 Entretien n°4.

2 Juridiction administrative, elle a pour but un contrôle des dépenses publiques. Elle émet des rapports de régularité dans la gestion financière des administrations, qu'elle remet au gouvernement, au Parlement et qui sont également mis à disposition des citoyens.

PIB, dont 46% étaient imputables aux dépenses de santé. Cette question, récurrente depuis des décennies, justifie que les politiques publiques s'évertuent à tenter de répondre à cette problématique du financement de l'Assurance Maladie par de nombreux plans successifs. Nous n'avons pas ici vocation à être exhaustifs dans les modalités mises en œuvre par les pouvoirs publics, mais nous détaillerons deux réformes qui vont dans le sens de la thèse que nous avons défendue jusqu'à présent.

Tout d'abord, concernant les recettes du financement de l'Assurance Maladie, nous présenterons l'instauration de la Contribution Sociale Généralisée (CSG). Historiquement centrées sur les seules cotisations prélevées sur le travail, par les charges salariales et patronales, les recettes de l'Assurance Maladie peuvent fluctuer. Le contexte économique de la fin des années 1980, avec notamment un emploi défaillant, a généré des difficultés dans le financement du système de santé. La réponse apportée par les pouvoirs publics a constitué en une recherche de diversification des revenus de l'Assurance Maladie. C'est ainsi que la loi de finance de 1991¹ a instauré la CSG, contribution assise sur l'ensemble des revenus des personnes domiciliées en France et destinée à compléter le dispositif de financement de la protection sociale. Nous analysons la mise en place de ce nouveau mode de financement comme une prise de position forte des pouvoirs publics et une volonté d'introduire une part de financement fondé sur un mode universel d'imposition.

Outre cette action centrée sur la modification des modalités de financement, l'autre mode d'action privilégié par les pouvoirs publics a consisté à développer une régulation des dépenses, pour éviter la nécessaire augmentation des différents prélèvements. Les textes législatifs que nous identifions comme particulièrement marquants de cette dynamique sont les ordonnances de 1996. Dès l'année précédente, Alain JUPPE, alors Premier ministre, annonce un plan qui vise à encadrer les dépenses de l'Assurance Maladie. Ainsi, la loi du 30 décembre 1995² instaure un nouveau cadre et positionne le Parlement comme acteur de la régulation. En effet, jusqu'alors laissé à l'écart des décisions opérationnelles du financement de la Sécurité Sociale, mission gérée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), députés et sénateurs se voient confier chaque année la mission de voter une loi de finance qui

1 Loi de finance pour 1991 (n° 90-1168 du 29 décembre 1990).

2 Loi n° 95-1348 du 30 décembre 1995 autorisant le gouvernement, par application de l'article 38 de la Constitution, à réformer la protection sociale.

détermine les grandes orientations ainsi que le budget alloué à la santé et à l'Assurance maladie : la Loi Organique relative aux Lois de Financement de la Sécurité Sociale (LOLFSS)¹. Avec la mise en place de cet arsenal législatif, le Parlement est donc légitimé, depuis 1996, dans une position de régulateur de l'aspect économique et financier de la santé en validant annuellement, par vote, l'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM). Celui-ci se définit comme un « montant prévisionnel établi chaque année pour les dépenses de l'assurance maladie »². Relevant d'une démarche de régulation des dépenses de santé, il constitue une cible à ne pas dépasser et un cadre financier contraint pour les politiques de santé. Ainsi, l'enveloppe budgétaire globale que devront se répartir tous les établissements sanitaires français est discutée et décidée au niveau du gouvernement avec validation par le Parlement. Bien que l'ONDAM progresse chaque année selon un taux prédéterminé, en tenant compte de l'évolution prévisible des dépenses de santé, des évolutions des tarifs et des économies nécessaires pour atteindre le taux retenu, son évolution est donc volontairement régulée par les pouvoirs publics afin de prévenir des dérives incontrôlées.

Enfin, dernier élément significatif de la volonté de maîtrise des dépenses de santé que nous présenterons ici, la refonte du système de financement des établissements de santé apparaît comme un facteur prépondérant. Longtemps découplé de l'activité de soins produite, le financement des établissements de santé s'est vu modifié par la mise en place en 2005 de la Tarification A l'Activité (T2A), qui a bouleversé le schéma économique des établissements.

Rappel historique sur le financement des hôpitaux.

A partir des années 1940, les établissements de santé ont perçu des financements selon un système dit de « prix de journée ». L'élément comptable de base de ce système était la présence à une heure précise d'un nombre donné de patients au sein de chaque institution. Pour chaque patient présent à ce moment, l'Assurance Maladie remboursait un montant déterminé à l'établissement de santé. Ce système a entraîné des dérives considérables. Tout d'abord, afin d'augmenter leurs rentrées économiques, les établissements de santé ont cherché à développer au maximum leurs capacités d'hospitalisation. Ensuite, cette méthode de financement incitait à garder les patients hospitalisés plus que de raison afin de s'assurer de leur présence au sein de l'institution et de s'assurer d'un

1 Loi organique n° 96-646 du 22 juillet 1996 relative aux lois de financement de la sécurité sociale. Page 11103.

2 <http://www.economie.gouv.fr/ondam>

remplissage optimal de l'ensemble des lits disponibles. Face à la hausse des dépenses hospitalières liées à ce modèle de financement, les dépenses de santé ont atteint un seuil difficilement supportable pour la collectivité.

La réforme de ce mode de financement a abouti à la mise en place d'une tarification dite au budget global. Chaque structure recevait une enveloppe annuelle fixe qui devait lui permettre de faire face à son activité, et qu'il lui fallait dépenser sous peine de voir ses revenus suivants amputés. Ce système de financement n'était aucunement incitatif à l'activité et générait même de lourdes différences entre les établissements de santé. En effet, certains établissements étaient sur-dotés alors que d'autres ne pouvaient faire face à leur activité. Les possibilités d'adaptation de ce mode de fonctionnement étaient très faibles, et ne permettaient pas d'adapter rapidement le financement des établissements de santé à l'évolution de leur activité en lien avec l'évolution démographique de leur bassin de population. Ce modèle a donc « très vite [...] été limitatif pour le public »¹ qui cherchait à développer son activité ; mais générait en contrepartie des rentes de fonctionnement pour un certain nombre d'établissements de santé qui n'avaient pas intérêt à fournir de nouveaux services qui seraient coûteux mais non générateurs de recettes supplémentaires.

C'est ainsi que la réforme suivante du financement des établissements de santé a cherché à se focaliser sur l'activité de soins, afin de créer un lien étroit entre recettes financières et activité de soins produite. La mise en place en 1982, à des fins non financières de santé publique, du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI²) a permis une classification des pathologies traitées afin de classer les séjours hospitaliers par groupes homogènes. Sur cette base, la tarification à l'activité (T2A) ainsi mise en place en 2005 permet donc, via l'informatisation des données de soins, d'indexer le financement des établissements de santé à leur productivité en actes de soins³.

En effet, l'objectif affiché par cette réforme était de ne plus garantir de rente de fonctionnement à des établissements, mais de financer la santé en fonction des actes de soins concrètement réalisés. Si nous mettrons ultérieurement en évidence les effets pervers de la

1 Entretien n°3.

2 Cette réforme a été mise en place par la Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, et impose aux établissements une transmission informatique des éléments relatifs à leurs hospitalisations.

3 Système éminemment complexe, la T2A valorise financièrement chaque hospitalisation dans un établissement de soins. Pour ce faire, un système informatique, code chaque pathologie prise en charge et la classe dans un GHM, groupe homogène de malades. Les GHM sont ensuite regroupés en GHS, groupes homogènes de séjours, qui représentent le tarif opposable sur lequel se base l'Assurance Maladie pour rémunérer les établissements de santé.

T2A, que la plupart des personnes entretenues reconnaissent, au moins à demi-mot, beaucoup pointent qu'une réforme était nécessaire. En effet, pour ARS 1, l'intention de la réforme est plus importante que les effets observés ; elle relève d'une volonté d'adapter le système à son contexte. Bien que corollaires, les effets pervers de tout système ne doivent pas être niés et s'objectivent avec le temps ; ils font l'objet d'axes améliorations successifs. Ainsi, il émet l'idée que « l'impulsion, ça n'est jamais parfait. Moi j'ai connu la période du prix de journée [...] et du budget global, [...] on a vu que ce n'était pas très performant. La réforme suivante [la T2A, ndlr] a consisté à donner proportionnellement à l'activité de l'établissement, et ça, ça n'est pas choquant »¹.

D'ailleurs, nombre de personnes interrogées mettent en avant les effets positifs de cette réforme. Il existait auparavant une différence structurelle entre des établissements de santé publics financés par un budget global, et des structures privées qui étaient rémunérées sur un modèle proche de la T2A. Tous les directeurs d'établissements rencontrés pointent qu'« à partir du moment où on est passé en T2A, il y a eu comme un phénomène de redressement, de rattrapage, et le public a commencé à regagner des parts de marché sur le privé »². DG 1 avance même que la structure dont il assure la direction « s'est énormément développée, directement en lien avec la T2A »³. La mise en place de la T2A se présente donc comme une réforme qui a permis de fixer des règles de financement communes quelle que soit la nature de la structure sanitaire, mais qui a également favorisé les établissements dynamiques ou inscrits dans une logique de développement et de rationalisation de leur activité.

La mise en relation conjointe d'un budget sanitaire contraint, défini par l'ONDAM, et d'un financement des établissements de santé lié à leur activité, a permis l'émergence dans le secteur sanitaire du concept d'efficacité économique, que nous définirons comme « la meilleure utilisation de ressources limitées »⁴.

Cependant, malgré l'évidente prépondérance de l'aspect financier, il nous apparaît crucial de dépasser le versant économique qui ne saurait à lui seul être représentatif des grands enjeux de notre système sanitaire. Si pour Didier TABUTEAU, cette « politique de maîtrise drastique des dépenses de santé » apparaît fondamentale, la finalité recherchée reste principalement de

1 Entretien n°1.

2 Entretien n°5.

3 Entretien n°3.

4 Définition proposée dans une de ses présentations par Jean MAGNAN DE BORNIER, professeur de Sciences Économiques à l'Université Aix Marseille III.

« préserver le principe de la solidarité »¹. Cette pensée s'est retrouvée très régulièrement auprès des personnes enquêtées, notamment auprès des acteurs de terrains, pour qui l'aspect financier, pour crucial qu'il soit, ne doit pas effacer « l'importance d'assurer le maillage territorial de l'offre de soins afin de garantir un égal accès à l'ensemble de la population »². Pour Mr X., représentant élu d'une collectivité locale, l'enjeu central actuellement est de « garder l'offre de soins qui est la nôtre aujourd'hui »³ afin de « garantir [aux citoyens] une proximité et une qualité des soins »⁴.

1.2. Réaffirmer les valeurs fondatrices du système de santé français : les enjeux corollaires de l'accessibilité et de la qualité des soins

Au-delà des coûts de santé qui occupent régulièrement la première place dans le débat public sur la santé en France, d'autres aspects demeurent prépondérants et font l'objet d'actions régulières et récurrentes de la part de la puissance publique.

Le Code de la santé publique affirme clairement que « le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible »⁵. Ces valeurs fondatrices de notre système de santé mettent en exergue le besoin d'apporter une réponse à la problématique de l'accès aux soins pour l'ensemble des citoyens, ainsi que l'importance croissante des concepts de qualité et de sécurité des soins.

1 TABUTEAU D. Démocratie sanitaire ; les nouveaux défis de la politique de santé. Paris : ODILE JACOB, 2013. 304 p. ISBN : 9782738129932. p 235.

2 Entretien n°5.

3 Entretien n°2.

4 Idem.

5 Article L1110-1 du code de la santé publique, Créé par Loi n°2002-303 du 4 mars 2002.

L'accès aux soins, et au système de santé plus généralement, a pris une place importante ces dernières décennies. La planification sanitaire est ainsi devenue un enjeu central d'adaptation du système de santé, en termes d'équipements sanitaires, de plateaux techniques et de répartition quantitative des lits, afin d'identifier et de répondre aux besoins en santé de la population.

Evolution historique de la planification sanitaire :

Les pouvoirs publics l'ont initiée avec la loi du 31 décembre 1970¹, qui définissait la carte sanitaire. Celle-ci était un outil relativement simple qui, par le biais de calculs d'indices, déterminait un nombre de lits d'hospitalisation à mettre à disposition de la population, et ce pour chaque typologie de prise en charge. Les reproches qui ont pu être formulés à l'encontre de ce mode de planification étaient de formaliser une cartographie des structures existantes au lieu d'avoir une vision plus rationalisatrice en fonction de besoins réels et objectivés de la population sur un territoire donné.

Afin de se doter d'outils plus adaptés pour le pilotage des structures de santé et de les mettre en adéquation avec les besoins réels de la population, la loi du 31 juillet 1991² a refondu la carte sanitaire en instaurant un nouvel outil de planification : le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS). Ce schéma a été créé dans le but de définir une planification sanitaire régionale selon des critères qualitatifs, et non plus exclusivement quantitatifs, en lien avec les besoins observés et objectivés de la population. Le SROS est élaboré avec l'ensemble des partenaires, notamment les usagers, et représente une « véritable rupture avec le passé »³.

Les SROS se sont succédés (première, deuxième génération), jusqu'à l'année 2006 où ont été

1 Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

2 Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

3 LERNOUT T., LEBRUN L., BRÉCHAT P.-H. « Trois générations de schémas régionaux d'organisation sanitaire en quinze années : bilan et perspectives ». Santé Publique [En ligne]. 22 janvier 2008. Vol. Vol. 19, n°6, p. 499-512. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.3917/spub.076.0499> > (consulté le 26 mars 2014). P 503.

instaurés les SROS de troisième génération. La philosophie a continué son évolution pour prôner toujours la simplification de la planification hospitalière, mais aussi le développement d'une offre de soins alternative à l'aspect curatif, prévalent jusque-là : c'est la mise en exergue de l'importance des soins préventifs et palliatifs.

Ainsi, à travers l'ordonnance du 4 septembre 2003¹ et la circulaire du 5 mars 2004², qui réforment la carte sanitaire, nous voyons apparaître un nouveau paradigme. Les besoins en santé dépassent une vision de standardisation et nécessitent une évaluation multifactorielle (zone d'attractivité, données démographiques, concurrence entre établissements de santé, ...) : c'est l'émergence de la notion de territoire de santé. Avec ce concept, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) se voit positionnée comme décideuse et organisatrice de l'offre de soins au niveau de l'entité géographique qu'est la région, à travers la définition et « l'élaboration d'un projet médical de territoire »³.

La dernière grande loi de santé en date, la loi HPST⁴ de 2009, met en avant dans son volet territoire la nécessité de « répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique »⁵. La volonté affichée par les pouvoirs publics est de garantir, sur l'ensemble du territoire national, un égal accès aux citoyens. Cette dimension est mise en évidence dans l'ensemble des entretiens réalisés. Pour les représentants des tutelles, ainsi que pour les directeurs rencontrés, les enjeux principaux des réformes hospitalières sont en premier lieu un besoin d'adapter l'offre de soins aux besoins des bassins de population sur lesquels leurs établissements de santé sont positionnés. Cet objectif prend également tout son sens pour les représentants des collectivités locales ; l'enjeu principal se focalisant autour de l'importance de maintenir une offre de soins de proximité. C'est dans l'objectif de répondre à ce besoin d'adaptation à un contexte local que les politiques de

1 Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.

2 Circulaire n° 01/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération.

3 LERNOUT T., LEBRUN L., BRÉCHAT P.-H. « Trois générations de schémas régionaux d'organisation sanitaire en quinze années : bilan et perspectives ». Santé Publique [En ligne]. 22 janvier 2008. Vol. 19, n°6, p. 499-512. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.3917/spub.076.0499> > (consulté le 26 mars 2014). P 506.

4 Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

5 Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Chapitre IV, article L. 1434-7.

régionalisation ont vu le jour. L'ensemble des actions des pouvoirs publics a convergé vers un positionnement central de l'échelon régional. Si nous expliciterons et questionnerons ultérieurement les missions réelles et observées de l'Agence Régionale de Santé (ARS), force est de reconnaître qu'elle est, dans la logique initiale, le maillon central de pilotage de l'offre de soins en étant à l'interface entre les politiques nationales et les contraintes locales et territoriales. A ce titre, elle a autorité pour transiger et contraindre les établissements de santé.

Bien que seule maîtresse des décisions finales, l'ARS s'inscrit dans une logique de négociation avec l'ensemble des acteurs. Nous avons retrouvé cette dynamique auprès des représentants des tutelles, qui perçoivent globalement les établissements de santé comme des partenaires, mais aussi auprès des directeurs des établissements sanitaires, qui ne parlent pas de l'ARS comme d'un élément uniquement contraignant, mais d'un accompagnateur dans tout un ensemble de démarches, notamment administratives.

Cette logique de négociation ne se focalise pas exclusivement sur les acteurs directs de production de soins. L'article L1110-1 du Code de la santé publique, cité plus tôt, positionne les usagers aux côtés des autorités sanitaires dans la préparation et la participation à la décision. Les SROS de troisième génération sont ainsi construits en concertation avec usagers et représentants élus des collectivités locales. Regroupés au sein des Conférences Régionales de Santé et de l'Autonomie (CRSA¹), ils cherchent à faire valoir les aspirations et attentes de la population dépendant du territoire de santé avec comme finalité attendue une objectivation des besoins réels pour optimiser la réponse publique et adapter finement l'offre déployée sur les territoires.

Cette place croissante des usagers, objectivation du concept de démocratie sanitaire, nous semble à mettre en corrélation avec l'émergence du concept de qualité dans le secteur sanitaire. A partir des années 1980, avec l'apparition dans le débat public des grands scandales sanitaires, le sentiment global de confiance envers le système sanitaire français a été remis en question. Cette défiance de la part des usagers a conduit les pouvoirs publics à définir et mettre en œuvre des actions visant à garantir la qualité et à sécuriser les activités de soins. C'est ainsi que se sont mises en place les premières démarches de certification des établissements de santé.

¹ Organe essentiel de la nouvelle gouvernance du système de santé, cette conférence est le lieu de l'expression des acteurs appartenant au système de santé.

Ce discours qualité est aujourd'hui intégré dans les réflexions collectives et individuelles. Nous avons ainsi été surpris par le discours de Mr X. qui explique la fermeture de la maternité de Ville A et le transfert de l'activité vers Ville B par un besoin de « sécurisation des processus, avec des moyens plus importants et des organisations adaptées »¹. Si pour DG 1 et DG 2 l'émergence de la qualité dans le secteur sanitaire se traduit principalement par l'évaluation de leurs institutions dans le cadre des plans de certification et d'accréditation, puis par la mise en œuvre des démarches correctives, ils pointent cependant que cette dynamique a aussi participé à modifier le pilotage des établissements de santé. En effet, dans le cadre de la réforme de la gouvernance hospitalière, les instances ont vu leurs champs de compétences respectifs évoluer. Ainsi, DG 1 précise que « la Commission Médicale d'Établissement (CME) a gagné une compétence un peu plus forte justement en matière de qualité. Et donc, on a systématiquement aujourd'hui, et plus que par le passé, des ordres du jour qui comportent des questions qualité, enfin qui tournent autour de la qualité. C'est bien aussi que les médecins, qui sont concernés par ces sujets là en débattent »². Cette dimension semble donc prendre sens dans la vie des établissements de santé.

Cependant, au-delà de cette volonté de sécurisation des soins prodigués, la démarche qualité prend également une signification particulière. La presse généraliste publie régulièrement des classements des établissements de santé, et les critères qualité deviennent désormais des « critères de choix »³ mis à disposition des usagers. Pour DG 2, la démarche qualité est aussi une vitrine pour une institution, un élément d'affichage à destination du public afin de valoriser un savoir-faire et une expertise dans des champs définis.

Nous venons de mettre en évidence la place prépondérante qu'ont pu prendre l'efficacité économique, l'enjeu de l'accessibilité des soins et le développement de la logique de qualité dans le secteur sanitaire. Ces éléments ne sont que la déclinaison du concept de performance, ensemble beaucoup plus vaste qui est apparu comme nouveau leitmotiv dans la gestion des établissements de santé.

1 Entretien n°1.

2 Entretien n°3.

3 Entretien n°5.

1.3. La performance des établissements publics de santé, nouvel enjeu des politiques publiques

Pour les raisons économiques que nous avons précédemment détaillées, se profile une crise de l'Etat providence, qui sans changement majeur, annonce une impossibilité de maintenir le système actuel. Cependant, pour des raisons structurelles, les pouvoirs publics ont peu de marges de manœuvre sur l'hospitalisation privée et sur la médecine ambulatoire de ville. Les possibilités de régulation du secteur lucratif se focalisent sur l'aspect financier avec la modulation des tarifs de remboursement par l'Assurance Maladie, la médecine ambulatoire étant, pour les raisons historiques présentées auparavant, en négociation directe avec les caisses de Sécurité Sociale. Ayant des difficultés à peser sur ces secteurs de l'activité sanitaire, les pouvoirs publics concentrent donc majoritairement leurs actions sur le secteur public hospitalier. Ainsi, ils tentent de « faire évoluer les services publics dans leur organisation et leur fonctionnement, de telle façon qu' [...] ils possèdent [...] une efficacité maximale »¹ ; c'est le principe de mutabilité.

Ce besoin d'adaptation laisse sous-entendre que les services publics seraient de nos jours inadaptés ; ou ne répondraient en tout cas plus aux problématiques actuelles. Annie BARTOLI résume cette idée en affirmant que « les unités publiques [doivent] moderniser leur fonctionnement et développer des formes organisationnelles [...] plus souples que les configurations administratives d'antan »². Cette vision d'un service public rigide et inapproprié qui doit se réformer structurellement trouve ses origines dans le courant néolibéral qui a émergé dans les années 1970 aux Etats-Unis. Depuis lors s'est développé un grand courant de pensée, le Nouveau Management Public (NMP). Nous le définissons comme « l'idéologie de la bonne gestion du secteur public »³. La philosophie que prône ce modèle

1 RENAUDIN F. Le principe de mutabilité est-il un principe contraignant ? [En ligne]. 12 octobre 2009. Disponible sur : < <http://opuscitatum.com/modules.php?name=News&file=article&sid=238> >.

2 BARTOLI A. Management dans les organisations publiques. 3e éd.[s.l.] : Dunod, 2009. 405 p. ISBN : 2100526448. P 225.

3 PETERS B. Guy, « Nouveau management public (New public management) », dans BOUSSAGUET L., JACQUOT S., RAVINET P. Dictionnaire des politiques publiques, 4e édition. Édition : 4e édition. Paris : PRESSES DE SCIENCES PO, 2014. 776 p. ISBN : 9782724615500. P 398.

remet en question le fonctionnement du service public hospitalier pour chercher à définir un modèle plus pertinent et adapté à son contexte. L'objectif poursuivi est de répondre à la demande en responsabilisant les acteurs afin qu'ils utilisent de manière optimale les ressources dont ils disposent. Le modèle qui semble véhiculer l'ensemble de ces caractéristiques est celui en vigueur dans le secteur privé, où les buts poursuivis sont de rationaliser afin de maîtriser les coûts et de dégager des bénéfices. Le Nouveau Management Public représente ainsi un moyen de développer la performance des institutions publiques en s'inspirant du fonctionnement du secteur privé et en mobilisant les grandes théories des organisations et du management.

La performance, concept devenu central pour les établissements de santé, admet de nombreux sens. Elle signifie étymologiquement « accomplir » et « exécuter »¹, mais prend des acceptions différentes selon les domaines. Elle peut être un « résultat optimal obtenu par un matériel donné »² ou un « résultat obtenu dans une compétition ». Si les compréhensions sont différentes, toutes les définitions s'accordent pour définir comme élément invariant la notion de résultat. La performance se présente donc comme un concept global mesurable, qui se décline en plusieurs sous-concepts, certains ayant été présentés précédemment.

Nous avons déjà détaillé la notion de qualité ; la performance qualitative d'un établissement de santé pouvant s'évaluer sous l'angle du respect des bonnes pratiques professionnelles en vigueur ainsi que de la mise en œuvre d'un certain nombre de procédures évaluées par la démarche d'accréditation. Le critère d'efficacité, qui consiste à utiliser une ressource de manière optimale en recherchant la productivité maximale représente un versant très quantitatif de la performance.

Nous nous arrêterons plus longtemps sur le concept d'efficience, non seulement pour des raisons de complexité de définition, mais aussi parce qu'il prend des sens différents pour les personnes rencontrées. Pour Annie BARTOLI, l'efficience se définit comme le « rapport entre le résultat obtenu et les moyens engagés »³. Cette définition introduit donc la notion de

1Larousse.fr - Dictionnaires [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.larousse.com/en/dictionnaires/francais/comp%C3%A9tence/17648> > (consulté le 22 avril 2012).

2 Ibid.

3 BARTOLI A. Management dans les organisations publiques. 3e éd.[s.l.] : Dunod, 2009. 405 p. ISBN : 2100526448. Page 80.

coût de production, dans le but de trouver l'équilibre le plus profitable. DG 1 exprime une opinion qui va dans le même sens puisque pour lui, « l'efficience c'est la manière d'atteindre au moindre coût l'objectif qu'on s'est fixé. On se trompe sur le terme efficience, ça ne veut pas dire économie, ça veut dire efficacité au meilleur coût»¹. Ainsi donc, efficience et performance des établissements publics de santé ne seraient pas qu'une recherche d'économies, mais une volonté d'inculquer une dynamique de productivité au sein du service public, en s'assurant d'un meilleur contrôle des dépenses de santé.

En cherchant ainsi à développer l'efficience du secteur public par l'introduction de méthodes entrepreneuriales issues du secteur privé, le Nouveau Management Public vise principalement à définir de nouvelles organisations et à responsabiliser les acteurs. Le nouveau modèle en vigueur prône donc la définition d'objectifs macroscopiques, tout en laissant libre choix aux acteurs dans la définition des organisations à mettre en place et l'utilisation des ressources allouées. Le contrôle se fait sur l'atteinte des objectifs, pas sur les modalités pour y parvenir. C'est dans cette logique qu'a été mise en place la nouvelle gouvernance hospitalière. Nous développerons principalement deux axes forts qui nous semblent prépondérants pour expliquer la nouvelle dynamique qui s'est instaurée dans le pilotage des établissements de santé.

Le premier point concerne la création des pôles d'activité. Le plan Hôpital 2007, initié en 2002 par Jean-François MATTEI, ministre de la Santé du gouvernement du Premier ministre Jean-Pierre RAFFARIN, a pour ambition de refondre le modèle de gouvernance hospitalière avec une volonté de simplification du fonctionnement hospitalier et de déconcentration de la gestion. C'est par l'ordonnance du 2 mai 2005² que les établissements publics de santé se voient contraints de fonder leur organisation interne sur une logique de pôles d'activité, regroupant les activités cliniques, médico-techniques et logistiques. Ces pôles d'activités sont des structures bénéficiant, dans le cadre d'une délégation de gestion contractualisée avec le Directeur Général d'établissement, d'une autonomie quant à la définition des moyens pour atteindre les objectifs négociés. Nous observons donc ici la mise en évidence de la logique du Nouveau Management Public qui prône de donner des marges décisionnelles aux acteurs de proximité afin de les mobiliser dans la dynamique institutionnelle. DG 1 pointe d'ailleurs que

1 Entretien n°3.

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

« les pôles ont diffusé [...] une vision plus globale et [...] une culture médico-économique. Les exécutifs de pôle¹ ne sont pas que les porte-paroles, ils se sentent aussi investis d'un rôle de gestion, d'un rôle d'intermédiaire, d'un rôle de coordonnateur, d'un rôle de médiateur au sein du pôle »².

Le second point qui nous semble important dans la réforme de la gouvernance hospitalière concerne la refonte des instances décisionnelles instaurée par la loi HPST. Si nous ne détaillerons pas l'ensemble des modifications apportées, un changement a fait grand bruit lors de la mise en application de la loi. « Au moment de la loi HPST, il était affiché qu'il fallait qu'il y ait un directeur qui ait plus de pouvoir. Du coup on a supprimé des pouvoirs [aux autres instances] »³. Ce changement de taille, qui voulait positionner le directeur d'établissement comme un patron d'entreprise n'a, semble-t-il, « pas changé grand-chose »⁴ sur un plan opérationnel. DG 2 émet une opinion semblable, narrant que ces « aspects de la réforme sont beaucoup d'encre, de salive et de polémiques pour des changements qui sont quand même minces »⁵. Ainsi, notre enquête de terrain met en évidence que si le positionnement des équipes de direction n'est pas fondamentalement différent, celles-ci privilégiant toujours la discussion et la négociation avec des instances qui n'ont plus qu'un aspect théoriquement consultatif, le changement le plus notable se concrétise dans la modification des mentalités induite par le positionnement beaucoup plus stratégique des médecins chefs de pôle, qui délaissent une partie clinique de leur activité pour développer une logique plus administrative et emprunte des enjeux économique-financiers des établissements de santé. C'est dans cette logique que se sont développés des outils de suivi de l'activité et que l'hôpital public a connu l'émergence de nouvelles professions : les contrôleurs de gestion. Le pilotage médico-économique de la performance hospitalière est donc devenu central et nous constatons tous les jours, dans notre pratique professionnelle, l'importance prise par les tableaux de bord de suivi d'activité et les Comptes de REsultat Analytique (CREA).

1 Les équipes de direction des pôles d'activités cliniques et médico-techniques se composent d'un directeur administratif, d'un référent médical et d'un cadre soignant.

2 Entretien n°3.

3 Entretien n°3.

4 Entretien n°3.

5 Entretien n°5.

L'ensemble des politiques publiques développées ces dernières années, selon les recommandations du Nouveau Management Public, ont atteint leur objectif de dynamiser le secteur public hospitalier en lui inculquant les principes de recherche de performance. Cependant, l'association conjointe d'un financement à l'activité et d'une logique d'augmentation de cette même activité présentent des conséquences importantes.

Nous questionnons ici le discours qui prétend que les activités de soins se développent en réponse à un besoin de la population. Il nous semble important de le nuancer en précisant que, dans ce contexte de recherche de performance et d'efficience économiques, toute nouvelle activité ne peut se développer que dans deux contextes.

Le premier est la mise en évidence de la viabilité économique d'un projet, c'est-à-dire la démonstration mathématique que les bénéfices attendus du développement d'une activité seront supérieurs aux coûts de mise en œuvre. André GRIMALDI défend cette thèse en émettant l'idée que la T2A a « réussi à définir des patients et des activités rentables et d'autres non rentables »¹.

La seconde possibilité, dans le cas d'une activité structurellement déficitaire, mais qui serait une vitrine pour un établissement de santé ou répondrait un à besoin spécifique sur un territoire donné, consiste à mettre en évidence que le déficit serait comblé par l'augmentation d'une autre activité ou par des financements annexes, non corrélés au volume d'activité. Cette idée se retrouve étayée par l'entretien que nous avons eu avec ARS 2, qui pointe l'extrême complexité du financement actuel des établissements de santé. Il nous a ainsi présenté le champ des possibles « pour essayer de financer tout ce qui n'est pas pris en charge par la T2A, qui ne finance que de l'activité »². Entre l'existence des Missions d'Intérêt Général (MIG³), des Aides à la Contractualisation (AC¹), du Fonds d'Intervention Régional (FIR²), de

1 GRIMALDI A., PEN C. L. Où va le système de santé français ? [s.l.] : Prométhée, 2010. 100 p. ISBN : 2916623078. p 53.

2 Entretien n° 4.

3 Non soumises à la T2A, les missions d'enseignement, de recherche et d'aide médicale d'urgence, dites d'intérêt général, exercées par certains établissements de santé nécessitent un financement spécifique. Une dotation existe ainsi pour financer certaines activités de soins que sont les SAMU, SMUR, équipes mobiles de gériatrie et de soins palliatifs, les unités de consultation et de soins ambulatoires, etc.

la Dotation Annuelle de Financement (DAF³) et de divers forfaits⁴, un ensemble de dispositifs ont été créés pour permettre de financer des activités primordiales pour la pertinence des soins proposés aux usagers du système de santé, mais laissées de côté par un modèle de financement imparfait. Ainsi, Annie PODEUR, Directrice générale de l'offre de soins, reconnaissait en 2011 que « le législateur a entendu [...] maintenir des sources de financement en dehors du principe général de la tarification à l'activité ; il a souhaité que les ressources d'un certain nombre de missions ne soient pas soumises aux variations de l'activité dénombrée par les séjours ou les séances. En effet, les activités des établissements de santé ne se limitent pas à des activités quantifiables à travers les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et facturables à l'Assurance Maladie »⁵.

Nous voyons ici poindre les limites d'un système incitatif à la performance. Dès lors que les établissements de santé ont intégré ces nouveaux modes de fonctionnement, ils se sont emparés des nouvelles règles afin de les mettre en application et d'optimiser leurs marges financières. Cependant, les effets produits sont contreproductifs. En effet, « la tarification à l'activité a réintroduit des mécanismes inflationnistes dans la gestion hospitalière en incitant à l'accroissement des budgets par l'augmentation de l'activité »⁶. Les budgets alloués étant prédéterminés, nous retrouvons ici la mission du Parlement lors du vote de l'ONDAM, l'augmentation de l'activité se traduit donc inmanquablement par la baisse des tarifs de

1 Les dotations d'aides à la contractualisation ont cherché, dans un premier temps, à financer les surcoûts de charges d'amortissement induits par les investissements financiers effectués par les établissements de santé dans le cadre du plan « Hôpital 2007 ». Elles visent désormais également à accompagner le développement ou le maintien d'activités dans le cadre des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) et à soutenir les établissements dans leurs efforts d'adaptation aux réformes et de retour à l'équilibre.

2 Créé par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2012, ce fonds d'intervention régional vise à renforcer les possibilités d'action transversale des ARS. Ce fonds regroupe des crédits régionaux pour la permanence, la qualité et la coordination des soins.

3 Les activités de soins de suite et de psychiatrie restent hors champ de la T2A et sont toujours financées selon un mode proche du système en vigueur avant la réforme, c'est-à-dire par allocation de moyens prédéterminés.

4 Nous prendrons ici l'exemple du forfait Accueil et Traitement des Urgences (ATU). Dû pour chaque passage aux urgences, il a pour objectif de couvrir les dépenses des établissements de santé pratiquant l'admission et le traitement des patients accueillis dans les services d'accueil des urgences.

5 Circulaire DGOS 1er août 2011 relative au guide de délégation des dotations finançant les aides à la contractualisation.

6 TABUTEAU D. Démocratie sanitaire ; les nouveaux défis de la politique de santé. Paris : ODILE JACOB, 2013. 304 p. ISBN : 9782738129932. p 202.

remboursement par l'Assurance Maladie ; c'est l'effet régulation prix / volume, toute augmentation d'un facteur entraînant mathématiquement la baisse de l'autre pour rester dans l'enveloppe budgétaire définie. Le système en vigueur pousse donc les établissements de santé à développer des stratégies d'activité dont la pérennité financière n'est pas assurée ; « le manque de lisibilité qui en découle tout comme son instabilité [...] handicapent [les établissements de santé dans] la construction d'un management quotidien prospectif »¹. Ce contexte instable et insécurisant posé, nous proposons de comprendre quelle ligne de conduite est donnée aux établissements de santé et qui en est l'émetteur.

2. Qui pilote la santé ?

Nous venons de mettre en évidence les grands enjeux des politiques sanitaires actuelles et leurs conséquences sur le contexte dans lequel se trouvent les établissements de santé. Il nous apparaît à présent nécessaire de détailler comment les décisions sont prises et la façon dont elles se déclinent. En effet, si nous avons pu dès le début mettre en évidence la dualité qui existe entre la définition des politiques de santé et leur financement, avec l'interface entre les pouvoirs publics et l'Assurance Maladie, il nous semble que la mise en œuvre des politiques révèle également un degré élevé de complexité et que le ministère de la santé n'est pas le seul intervenant dans le pilotage de la santé.

2.1. Une organisation déconcentrée confiée à des agences

Au niveau du ministère de la santé premièrement, le pilotage de la santé est clivé entre deux grandes directions.

¹ BRUANT-BISSON A., CASTEL P., PANEL M.-P., « Evaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé ». [s.l.] : Inspection Générale des Affaires Sociales, 2012. P 4.

D'un côté, la Direction Générale de la Santé (DGS) a pour mission de « préparer la politique de santé publique et contribuer à sa mise en œuvre »¹. Pour ce faire, elle élabore les plans de santé publique ainsi que les programmes nationaux de santé. Nous retrouvons dans ses attributions les grands principes que nous avons présentés précédemment, notamment la nécessité de « garantir la qualité, la sécurité et l'égalité dans l'accès au système de santé »². Afin de mener à bien ses missions et coordonner leur mise en œuvre effective, la DGS assure la supervision des agences sanitaires et prend part au comité de pilotage des ARS.

D'un autre côté, La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), qui s'est substituée depuis le 16 mars 2010 à la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), s'oriente vers un rôle de promotion d'une réflexion généraliste autour de l'offre de soins et de garant de l'efficacité des établissements de santé. A ces fins, elle développe le pilotage stratégique, le contrôle, l'évaluation et l'animation en ne se focalisant plus sur une mission d'expertise en santé.

Ainsi, au niveau central déjà, nous observons un clivage entre d'un côté la définition des objectifs des politiques globales de santé, et d'autre part la réflexion sur l'adaptation de l'offre de soins aux besoins territoriaux et locaux. Si nous n'avons pas d'élément éclairant les sources de difficultés potentielles liées à cette différenciation des directions et de leurs missions, l'échange que nous avons eu avec ARS 2 nous a montré qu'à un échelon inférieur, ce genre de clivage générerait des incompatibilités et des difficultés à uniformiser les lignes de conduite. Nous soutenons donc l'idée que ce clivage au niveau ministériel est source de problématiques dans la définition d'objectifs conjoints, et dans les modalités à mettre en œuvre afin de parvenir à leur atteinte.

Ensuite, reprenant toujours l'idéologie dominante du Nouveau Management Public, nous allons expliciter le désengagement des pouvoirs publics dans la gestion et la mise en œuvre des grandes politiques. En reprenant leurs missions respectives, nous avons vu que DGS et DGOS, et donc le ministère de la santé, ne conservent que des prérogatives de définition stratégique des orientations, à travers l'annonce des grands plans sanitaires pluriannuels et des modalités de concrétisation de ceux-ci sur le terrain. En effet, le Nouveau Management Public

1 <http://www.social-sante.gouv.fr/le-ministere,149/>

2 Idem

prône le recours à des agences externes pour tout ce qui concerne la déclinaison opérationnelle des objectifs déterminés au niveau étatique. Ainsi, nous constatons que de nombreuses agences gravitent autour du ministère de la santé. Après avoir contractualisé avec ce dernier, elles bénéficient de délégations de missions, et se voient ainsi dotées chacune d'un rôle prescripteur dans les modalités de mise en œuvre des politiques publiques. ARS 2 s'exprime dans ce sens et présente le poids normatif de ces agences en parlant d'« une chape qui prescrit les bonnes pratiques et les établissements de santé essayent de faire au mieux après. Oui ça on sait définir les règles et les normes, mais après ça n'est pas toujours facile »¹. Si nous ne souhaitons pas présenter l'ensemble des agences rattachées au ministère de la santé, nous souhaitons nous focaliser sur deux qui nous semblent avoir un impact majeur sur les établissements de santé et qui intéressent notre problématique.

La Haute Autorité de Santé (HAS), qui est une Autorité Publique Indépendante², a pour mission d'édicter des règles de bonnes pratiques dans le but de développer la sécurité et la qualité de la prise en charge. Elle participe à la régulation du système de soins en cherchant à développer l'évaluation en santé. Elle est ainsi une structure autonome qui s'appuie sur une expertise reconnue et décollée du contexte économique-organisationnel du secteur sanitaire pour promouvoir la mise en place de la démarche qualité dans les établissements de santé.

Elle travaille en collaboration avec les sociétés savantes représentant les professionnels du secteur sanitaire pour promouvoir des « recommandations [visant à] rationaliser les prises en charge et à évaluer la pertinence des stratégies thérapeutiques et des pratiques professionnelles »³. Les objectifs sont certes de proposer les prises en charge les plus appropriées à un moment donné, selon les évolutions des techniques et données de la science, mais Didier TABUTEAU voit également dans la promotion de ces « pratiques médicales dont le rapport bénéfices/risques est le plus favorable en l'état de la science, [un moyen d']

1 Entretien n°4.

2 Une autorité publique indépendante (API) est une structure administrative dotée de la personnalité morale. C'est une institution de l'État, chargée par le législateur d'une mission de service d'intérêt général. La HAS est une API à caractère scientifique, créée par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie l'article codifié à l'article L 161-37 du Code de la sécurité sociale.

3 TABUTEAU D. Démocratie sanitaire ; les nouveaux défis de la politique de santé. Paris : ODILE JACOB, 2013. 304 p. ISBN : 9782738129932. p 242.

améliorer la qualité des soins et l'efficacité du système »¹. C'est dans cette logique qu'a été instaurée la démarche de certification et d'accréditation des établissements de santé. DG 2 y voit un moyen pour développer la performance en « standardisant les processus et en travaillant sur les non conformités »². Si ce discours mis en avant par les directeurs rencontrés va dans le sens d'une plus grande sécurisation de la prestation, notre pratique professionnelle de proximité renvoie à une réalité quelque peu différente. Notre vécu de terrain, ainsi que l'enquête que nous avons réalisée lors de notre mémoire de Master 1, avait permis de mettre en évidence que cette dynamique restait très théorique et que, si la gestion des risques devient une démarche prégnante à l'hôpital public, la visite d'accréditation représente pour les professionnels un moment de pression pour formaliser l'ensemble des protocoles et procédures manquants. Si nous n'analyserons pas plus avant cette divergence, qui ferait l'objet d'un autre travail, nous y voyons malgré tout un poids extrêmement contraignant de la HAS sur les pratiques professionnelles à travers l'exigence de formalisation de l'ensemble des processus de soins.

La seconde agence dont nous souhaitons traiter ici est l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé (ANAP). Créée en 2009 par l'article 18 de la loi HPST, elle est un Groupement d'Intérêt Public (GIP³). Elle a pour objet « d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers [...], leur permettant de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier et de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses »⁴. Conçue comme une agence d'accompagnement des établissements de santé, elle met à leur disposition et diffuse des recommandations et des outils pragmatiques, et définit des protocoles de bonnes pratiques logistiques et organisationnelles. Cependant, au-delà de ce rôle de conseil et d'accompagnement, cette agence est également légitimée sur une mission de

1 TABUTEAU D. Démocratie sanitaire ; les nouveaux défis de la politique de santé. Paris : ODILE JACOB, 2013. 304 p. ISBN : 9782738129932. p 242.

2 Entretien n°5.

3 Un GIP est une organisation dotée de la personnalité morale de droit public. C'est une structure légère qui fonctionne selon des règles de gestion et de fonctionnement souples. Il peut être constitué entre différents partenaires publics ou entre un partenaire public au moins et un ou plusieurs organismes privés. Ayant un objectif affiché, il a pour finalité une mission d'intérêt général non lucrative.

4 Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Article 18.

contrôle des établissements de santé. A cette fin, dans le cadre de ses missions, elle peut procéder ou diligenter des audits de gestion et d'organisation de l'ensemble des activités des établissements de santé et médico-sociaux. Ainsi, dans le cas de structures en difficultés économiques ou face à des problématiques de gestion financière, des contrats bipartites sont signés entre l'établissement concerné et l'ANAP. Cette contractualisation détermine, en échange d'une aide logistique et/ou organisationnelle, un plan de retour à l'équilibre, parfois drastique, afin de rétablir les comptes de l'institution. Ainsi, l'ANAP est connue pour, « dans un système de budgétisation par la performance », soumettre « les opérateurs [...] à des objectifs à atteindre sous la forme de contrats performance »¹.

Parmi les outils de développement de la performance, l'ANAP propose des tableaux de bords, des méthodes de comparaison entre les établissements de santé et des guides de recommandations de bonnes pratiques. Dans le cadre de l'implémentation d'un nouveau plateau technique de chirurgie ambulatoire, qui fait partie de notre questionnement initial, le rôle de l'ANAP est fondamental. Ainsi, la politique globale suivie tend au « développement de la chirurgie ambulatoire, c'est vraiment une priorité puisque la ministre l'a encore rappelé, il faut faire des économies et il faut à tout prix développer la chirurgie ambulatoire »². Au-delà des incitations financières à développer l'ambulatoire, que nous développerons plus loin, l'ANAP a donc été missionnée pour promouvoir la chirurgie ambulatoire comme pratique recommandée, avec comme objectif que les établissements de santé développent cette modalité de prise en charge des usagers. Dans ce but, l'ANAP a publié en décembre 2013 un guide méthodologique, « Chirurgie ambulatoire : mode d'emploi », remis aux établissements de santé et disponible en téléchargement sur son site internet, visant à décrire « de manière opérationnelle toutes les étapes clés d'un projet de développement de la chirurgie ambulatoire, depuis le cadrage du projet jusqu'à sa mise en œuvre et à la pérennisation des actions. Il propose des méthodes et des exemples d'organisations issus du retour d'expériences de 20 établissements ; il donne également des pistes pour convaincre et embarquer les acteurs »³. Afficher clairement dans l'objectif initial cette volonté de « convaincre » pour « embarquer les acteurs » dans une logique éclairée sur l'aspect normatif et contraignant de la demande. Tout est mis en œuvre pour que les établissements de santé intègrent la démarche. De plus, le

1 CATTEAU D. La LOLF et la modernisation de la gestion publique : La performance, fondement d'un droit public financier rénové. [s.l.] : Dalloz-Sirey, 2007. 556 p. ISBN : 2247074200. p 167.

2 Entretien n°4.

3 www.anap.fr

« retour d'expérience » dont il est question est la restitution d'un benchmarking, c'est-à-dire d'une étude comparative des méthodes, organisations et résultats de plusieurs structures. La finalité est d'observer les différentes modalités de pratiques, de comparer la performance des établissements de santé entre eux, pour ériger les établissements et organisations performantes comme modèles à suivre.

Outre cette injonction à développer la chirurgie ambulatoire, l'ANAP met également en ligne, à destination des établissements de santé, des outils de diagnostic interne. Nous prendrons l'exemple de l'Outil Prospectif d'Evaluation Economique Relatif à l'Ambulatoire (OPEERA¹) et d'Interdiag Chir Ambu². Nous voyons ici que l'ANAP s'empare d'une directive ministérielle, le développement des prises en charge sur des modes ambulatoires, pour lui donner sens pour les établissements de santé, en les poussant à intégrer la démarche et en leur proposant des outils méthodologiques.

Cet exemple de la chirurgie ambulatoire est également un excellent exemple pour mettre en évidence le travail qui peut être réalisé conjointement par ces agences. Ainsi est paru en juin 2013 un rapport, « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire »³, qui détaille comment « la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) se sont associées dans un programme de travail commun dont l'objectif est de produire des outils et référentiels permettant d'améliorer le développement de la chirurgie ambulatoire, dans l'objectif d'atteindre un taux global d'actes chirurgicaux réalisés en ambulatoire de 50 % à l'horizon 2016 ». Au-delà de l'aspect économiquement favorable, ce rapport décrit la pratique ambulatoire comme associant « qualité, sécurité, réduction des délais et optimisation de

1 L'ANAP le définit sur son site internet comme un « outil prospectif qui permet d'objectiver les conditions requises, sur un plan économique, pour développer la chirurgie ambulatoire via la substitution d'actes de chirurgie conventionnelle par la chirurgie ambulatoire ».

2 L'ANAP le définit sur son site internet comme un « outil de diagnostic interne constitué d'un questionnaire permettant, pour un établissement de santé, d'évaluer son niveau de maturité pour chacune des recommandations organisationnelles relatives à la chirurgie ambulatoire émises par l'ANAP et la HAS. Chaque établissement peut mesurer son niveau de maturité et le chemin à parcourir pour [...] faire évoluer son organisation ».

3 ANAP, HAS. « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire, synthèse et recommandations, tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger, état des lieux et perspectives ». [s.l.] : [s.n.], 2013. P 5. Rapport disponible sur les sites www.anap.fr et www.has.fr.

l'organisation des soins, mais aussi réduction du taux des infections nosocomiales et amélioration de la satisfaction des patients ».

Nous venons de présenter deux agences qui gravitent autour du ministère de la santé et qui sont en charge de donner sens aux directives nationales ; nous souhaitons à présent détailler les rôles et missions d'une agence qui est, elle, en charge de décliner ces directives au plus près du terrain.

2.2. Les ARS : la place centrale de l'échelon régional dans le pilotage et l'implémentation territoriale de la politique nationale de santé

Les Agences Régionales de Santé (ARS¹) sont des établissements publics administratifs. Elles ont été instaurées par la loi HPST de 2009, mais n'ont remplacé de manière effective les structures préexistantes qu'au 1^{er} avril 2010. Elles « ont pour mission d'assurer, à l'échelon régional, le pilotage d'ensemble de notre système de santé. Elles sont responsables de la sécurité sanitaire, des actions de prévention [...], de l'organisation de l'offre de soins en fonction des besoins de la population [...]. Elles garantissent une approche plus cohérente et plus efficace des politiques de santé menées sur un territoire et permettent une plus grande fluidité du parcours de soins, pour répondre aux besoins des patients »². Si les missions de l'ARS sont bien connues par chacune des personnes que nous avons rencontrées, ARS 1 les synthétise de manière différente en plaçant en première ligne les usagers. Ainsi, pour lui, la mission de l'ARS c'est d'abord « assurer l'accès aux soins. Tout d'abord l'accès aux soins d'urgence, ensuite aux soins classiques de proximité, mais c'est aussi la lutte contre les déserts médicaux. C'est la construction de filières de soins cohérentes de façon à garantir la qualité du parcours de soins, sa rapidité et sa pertinence. L'ARS a pour mission de mettre en

1 Les ARS remplacent les ARH en fusionnant leurs missions avec celles des services des DDASS (Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales), des DRASS (Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales) et des URCAM (Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie) afin de regrouper les pouvoirs de financement et d'organisation de l'offre de soins pour un meilleur pilotage sanitaire.

2 <http://www.ars.sante.fr/Les-objectifs.89787.0.html>

place la politique nationale sur le territoire régional, c'est ça son rôle. Mais aussi de maintenir les équilibres budgétaires de sorte que les établissements ne soient pas endettés à l'excès, ce qui est souvent le cas, et qu'on puisse maintenir la pérennité de notre système de santé »¹.

Dans ces deux visions des rôles des ARS, un point central, et qui a semble-t-il amené à la création de ces agences, est la notion de cohérence. Le constat qui préexistait à ces agences faisait état d'un morcellement de l'ensemble des acteurs de santé avec une coordination défaillante lors de leurs interventions respectives. A ce moment précis, les Agences Régionale de l'Hospitalisation (ARH²) côtoyaient de nombreuses autres structures, et la lisibilité des rôles et missions de chacun semblait être un point central d'amélioration. La volonté politique a donc orienté l'évolution de ces agences vers la centralisation des compétences et la création de guichets uniques ayant vocation à gérer conjointement les secteurs médicaux, sociaux et médico-sociaux afin de donner de la cohérence à l'intervention publique. Cette démarche visait également à positionner les acteurs de santé comme experts dans la connaissance des besoins de la population sur leur territoire d'exercice afin de déléguer l'organisation de l'offre de soins à un échelon maîtrisant les spécificités régionales, aussi bien en termes d'accès que de besoins précisément analysés pour adapter le maillage de l'offre de soins.

Nous avons pu, plus tôt dans ce travail, présenter la planification sanitaire. Celle-ci a évolué pour passer de la carte sanitaire à la mise en place du SROS. Ce schéma n'est cependant qu'un élément d'une politique plus globale de l'ARS. En effet, celle-ci formalise un Plan Régional de Santé (PRS) quinquennal, qui représente une synthèse de l'ensemble des démarches agissant en faveur de la santé. En lien avec cette dynamique de décloisonnement des secteurs de l'ARS, le PRS est par essence très large puisque son champ de compétence dépasse le sanitaire pour englober également le médico-social et la médecine libérale. Il se décline en un document stratégique, le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), puis des schémas opérationnels que sont les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS), les

1 Entretien n°1.

2 Mises en place lors de la réforme dite « Juppé » de l'assurance-maladie par l'ordonnance du 24 avril 1996. Les agences régionales de l'hospitalisation avaient pour but de centraliser au niveau régional l'organisation de l'hospitalisation publique et privée. Ces agences se voulaient des instances de coordination, travaillant avec les autres services de l'État (DDASS, DRASS, ...) et de l'Assurance Maladie (CRAM et échelon régional du contrôle médical).

Schémas Régionaux d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) et les Schémas Régionaux de Prévention (SRP), qui donnent eux-mêmes naissance à des programmes de mise en œuvre détaillant les aspects pratiques d'implémentation des orientations définies. Nous voyons donc le SROS passer d'un statut de document central de la planification sanitaire à celui de partie d'une politique plus globale, dépassant le cadre restreint de l'hospitalisation, pour tenter de coordonner une prise en charge sanitaire plus complexe et globale. L'objectif de cette intégration de schémas dans un plan plus large et plus global vise à décroiser les réflexions et à développer la cohérence d'ensemble en s'assurant de l'existence d'un lien entre les différents schémas, et ainsi entre les différents secteurs, dont le médical et le médico-social, et prévenir ainsi les visions trop individualistes. La volonté mise en avant ici est celle d'une réflexion sur des trajectoires de soins et des parcours de santé des patients. Nous avons d'ailleurs retrouvé cette vision très transversale dans le discours d'ARS 1 qui nous a présenté une vision très macroscopique de l'ARS avec une réelle réflexion en terme de filières de soins. La dynamique de décroissement entre les différents secteurs prend tout son sens et les propos tenus vont dans le sens de l'intégration de la réorganisation sanitaire dans une politique très large de promotion de la santé, qui passe par la prévention et une réflexion sur des filières de soins qui permettraient de redéfinir des parcours pertinents avec limitation des incohérences dans la prise en charge. Ce discours s'éloigne de notre vision initiale de l'ARS, que nous pensions principalement centrée sur l'organisation de l'offre de soins, pour admettre que cette dernière ne représente qu'une petite partie de ses attributions.

Elle n'est cependant pas des moindres, et l'ARS a un rôle important dans la rationalisation de l'offre de soins. La mise en place des SROS a induit une logique comptable, avec la nécessité de repenser l'équipement sanitaire d'une zone géographique afin de ne pas financer d'appareils qui seraient mal ou sous-utilisés. C'est dans cette logique que sont prônées les mutualisations de plateaux techniques qui ont alimenté notre questionnement initial. L'objectif clairement annoncé, et repris par les deux agents de l'ARS rencontrés, est de rationaliser les coûts d'exploitation et de s'assurer de l'utilisation optimale des moyens existants avant d'envisager d'en créer de nouveaux.

Notre cas d'étude présente ici un premier paradoxe. Si l'offre de soins s'est réorganisée telle qu'elle est aujourd'hui, et présentée en préambule, c'est qu'elle est la synthèse la plus pertinente des enjeux de chacun des acteurs, ce que nous présenterons en seconde partie. Elle répond également aux attentes de l'ARS. Mais d'un point de vue strictement comptable, nous affirmons que l'équation économique n'est pas optimale. A nos questions sur la pertinence

financière de ce projet, ARS 2 a habilement contourné le sujet pour ne pas s'exprimer directement. DG2 a de son côté, de mauvaise grâce au début, accepté l'idée que « sur le plan économique, on constate, vous avez raison, une augmentation des charges d'exploitation avec le deuxième bloc »¹.

Quoi qu'il en soit, la logique de coopération reste centrale et l'ARS dispose d'outils pour inciter et/ou accompagner les établissements de santé dans cette dynamique. Dans le cadre du plan Hôpital 2007, présenté auparavant et fortement imprégné des fondements du Nouveau Management Public, les statuts de la fonction publique hospitalière ont été modernisés. Le service public hospitalier n'est plus l'apanage de l'hôpital public, la nouvelle terminologie parlant d'établissements de santé remplissant des missions de service public. Ce changement est fondamental puisqu'il introduit dans le champ de l'action publique aussi bien des établissements sanitaires publics que privés. Ces derniers peuvent se voir confier des missions de service public en cas d'insuffisance de l'offre publique de soins ; ces missions se voient alors définies de manière contractuelle entre l'établissement et les tutelles sanitaires. L'ARS est donc en charge de promouvoir nous seulement des coopérations entre établissements de santé, mais aussi de travailler à développer des « partenariats entre structures privées et publiques »². Les établissements de santé ne se caractérisent désormais plus par leur statut, mais par les services qu'ils apportent, et les modes de coopérations possibles se voient définis par la loi HPST. Sont ainsi instaurés les Groupements de Coopération sanitaire (GCS) et les Communautés Hospitalières de Territoire (CHT).

En pratique, l'outil de l'ARS pour travailler avec les établissements de santé est le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM). C'est un dispositif prévu par la loi HPST, qui stipule que « l'agence régionale de santé conclut avec chaque établissement de santé ou titulaire de l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens d'une durée maximale de cinq ans »³. C'est un document opposable qui engage les deux parties signataires sur la stratégie de l'établissement de santé, mais aussi sur une performance budgétaire attendue. Nous proposons en annexe les premières pages du CPOM

1 Entretien n°5.

2 BELORGEY N. L'hôpital sous pression : Enquête sur le nouveau management public. [s.l.] : Editions La Découverte, 2010. 330 p. ISBN : 2707164283. p 11.

3 Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Article 6.

signé entre l'établissement référent de notre cas d'étude et sa tutelle ; il éclaire le cadre contraignant de cet outil qui décrit précisément les attentes de la tutelle.

Présentées de la sorte, il semble que les ARS soient des structures qui bénéficient d'une délégation de mission extrêmement étendue et dont les marges de manœuvre leur permettent de peser fortement sur les décisions locales de réorganisation de l'offre de soins ainsi que sur le pilotage des établissements de santé. Il nous semble donc intéressant de noter que, dans une logique similaire à celle décrite pour les autres agences, les ARS restent directement rattachées au ministère de la santé qui est leur autorité de tutelle. Ainsi, malgré la volonté d'autonomisation des régions, « déconcentration ne veut pas dire décentralisation. Les ARS restent des organismes d'Etat, chargés de mettre en œuvre sur leur territoire, les priorités nationales de santé »¹. Pour ce faire, un ensemble de dispositifs concourent à placer le ministère en position de force. Le premier point, qui est à notre sens le plus notoire, est en lien avec le mode de nomination des directeurs d'ARS. Ceux-ci sont nommés par le Conseil des ministres sur avis du ministre des Affaires Sociales et de la Santé ; ce qui corrobore le fait que le pouvoir central conserve le contrôle sur les ARS qui sont donc des relais locaux des stratégies sanitaires et sociales de l'Etat. Le second point que nous préciserons est le mode de construction territoriale actuel, avec vingt-six ARS sur l'ensemble du territoire, qui renforce la présence des pouvoirs publics. Alexis BARON l'analyse comme la volonté de « l'Etat [de] reprendre la main sur l'agenda politique en matière d'action sanitaire et médico-sociale »². Ainsi, les ARS ne seraient donc pas des leaders tout puissants et bénéficieraient finalement que d'une autonomie relative sous contrôle du pouvoir central. Face à la mise en évidence d'éléments contradictoires provenant de l'enquête de terrain, nous souhaitons maintenant interroger ce rôle déterminant de l'ARS dans la définition de l'offre de santé territoriale.

2.3. L'ARS, réel chef de file de cette politique de santé ?

Notre enquête de terrain nous a permis de comprendre que, pour plusieurs raisons, l'ARS ne semble pas être l'unique décisionnaire des définitions et modalités de mise en œuvre de

1 COURREGES Cécile, Directrice générale de l'ARS de Bourgogne. Réforme de la gouvernance régionale : quel impact sur le pilotage national ? adsp n°74 Mars 2011, P.33

2 BARON A., Dynamiques territoriales de l'action sociale et médico-sociale.PUG, 2010, P.77

l'offre de soins. Si nous ne reviendrons pas sur le fait qu'elle ne se concentre pas sur cette mission, qui n'est qu'une partie d'une politique sanitaire plus large à mener à l'échelon de la région, notre critique s'orientera sur deux axes. D'une part, nous verrons que l'ARS est une agence dont le fonctionnement interne est complexe, régi et contraint par des organisations rigides. D'autre part, nous présenterons le discours que nous ont tenu les directeurs d'établissements de santé et qui va dans le sens d'une prise de distance par rapport à la tutelle.

Notre premier axe de critique se base sur le constat qu'au niveau structurel, les ARS sont étroitement rattachées au pouvoir central. Ainsi, pour Alexis BARON « la structure de gestion des ARS est très centralisée : le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales pilote en direct, par des réunions parisiennes fréquentes, les directeurs généraux d'ARS »¹. Ce fait repose la question de l'autonomie réelle de ces agences. Mais, élément plus marquant, notre rencontre avec ARS 2 a été extrêmement éclairante sur l'organisation interne de l'ARS. Voulu(e) agence unique afin de lever les lourdeurs administratives qui résultaient de la nécessaire coopération entre les structures préexistantes, notre échange sur les missions de l'ARS a amené à plusieurs reprises les mots de « lourdeur administrative »². Aussi, afin de clarifier les sous-entendus, nous avons posé la question suivante : pourtant la volonté de création des ARS, en centralisant beaucoup de compétences, était une volonté de combattre cette lourdeur administrative qui semble donc ne s'être que déplacée ? La réponse a mis en évidence plusieurs problématiques.

Tout d'abord le manque d'effectifs nous a été présenté comme un élément sensible. ARS 2 nous a présenté les tâches attendues de sa délégation départementale. En énumérant les postes fonctionnels mis à disposition pour remplir la mission, dont une partie sont occupés par des agents en congés maladie et maternité non remplacés, il exprime ne pas avoir le temps nécessaire au bon suivi des dossiers. Il conclut par une remarque en forme de renoncement, « comment voulez-vous que je sois au courant de tout ? Ca n'est pas possible. Je suis correspondant pour tellement de choses, qu'est-ce que vous voulez que j'aie dans le détail ?

1 CÉPRÉ L. « Rivalités, territoire et santé : enjeux et constats pour une vraie démocratie sanitaire ». Hérodote [En ligne]. 1 décembre 2011. Vol. n° 143, n°4, p. 65-88. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.3917/her.143.0065> > (consulté le 25 février 2014). P 66.

2 Entretien n°4.

»¹. Il reconnaît même faire « beaucoup de management, plus que de l'offre de soins »². Ainsi, face à la complexité des dossiers à traiter dans le cadre de la fusion des établissements de santé qui nous intéressent, notamment l'inscription de la nouvelle entité juridique créée au Fichier National des Etablissement Sanitaires et Sociaux (FINESS³), la délégation départementale de l'ARS nous a semblé dans une démarche passive. Loin d'être à l'initiative de la démarche de fusion, la tutelle semble ici consacrer ses efforts sur la concrétisation administrative du projet plus que sur sa définition stratégique.

Autre problématique qui nous a été présentée, le décloisonnement affiché lors de la création des ARS ne semble pas faire sens au quotidien. ARS 2 nous a présenté et expliqué l'organigramme de l'ARS, que nous joignons en annexe. S'il paraît relativement simple, avec les trois grands axes que sont les directions métiers, les directions et services transversaux et les délégations départementales, ARS 2 nous a expliqué que la réalité est empreinte de difficultés liées non seulement à un effet taille, l'ARS employant 750 personnes, mais surtout aux interrelations, voire inimitiés, qui se nouent entre chacun des services et certains agents. Il a ainsi pris l'exemple d'une filière spécifique de prise en charge pour nous raconter qu'« elle est au carrefour de ce deux directions mais qu'ils ne s'entendent pas très bien, ils s'ignorent un peu. Et nous on est là, on est tout petit face à tout ça »⁴. Ces problématiques interpersonnelles ont même amené ARS 2 à nous confier « pour faire avancer un dossier il faut vraiment avoir la santé physique et morale. C'est vraiment dense, on nous en demande beaucoup et on ne fait qu'effleurer, et c'est compliqué avec tout ce monde »⁵.

Enfin, la troisième problématique marquante est le manque de clarté dans la répartition des missions. Si la délégation territoriale traite directement l'intégralité des dossiers pour les établissements de santé de petite taille, ARS 2 met en avant un « problème d'échelle de traitement des problématiques [car] pour les gros établissements, tout est géré depuis

1 Entretien n°4.

2 Entretien n°4.

3 Ce fichier national assure l'immatriculation des établissements et entités juridiques porteurs d'une autorisation ou d'un agrément, il attribue un numéro FINESS, considéré comme un identifiant majeur. La fusion de deux établissements sanitaires nécessite de réinscrire intégralement la nouvelle entité, et ce pour chacune des autorisations d'activité attribuée.

4 Entretien n°4.

5 Entretien n°4.

[l'agence régionale] »¹. La délégation départementale se trouve ainsi décideuse d'une partie des arbitrages relatifs à l'offre de soins, selon la taille des structures, mais se trouve dépossédée de ce rôle pour les établissements plus importants, n'étant alors reléguée qu'à un rôle de transmission d'information. Cette centralisation des informations et décisions stratégiques entraîne d'ailleurs des problématiques de partage de points de vue, l'agence centrale étant perçue par les délégations départementales comme éloignée de la réalité de terrain, comme étant « plus dans la théorie, alors que nous on est dans la pratique »².

Second axe de critique, les outils de régulation utilisés par l'ARS, les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) apparaissent être des éléments rigides qui génèrent plus de charge de travail administratif qu'ils n'apportent de réponse concrète aux problématiques. Les acteurs de terrain en position stratégique ont reconnu en première intention lors de nos discussions l'aspect tutélaire de l'ARS et le côté déterministe et opposable des CPOM. Mais à la relance et à la discussion, cette vision s'efface derrière une autre réalité. Les CPOM ne sont que des documents paraphés afin d'être conformes aux bonnes pratiques de contractualisation et de coopération avec les tutelles, mais l'aspect de détermination d'objectifs perd son sens. Ainsi, DG 1 a pu confier, non sans insister fortement sur le caractère confidentiel des propos tenus, « alors refermez l'enregistreur s'il vous plaît. La contractualisation c'est une usine à gaz dont je m'affranchis complètement. Je signe des tas de choses que je ne lis pas ; ça n'est pas avec ça qu'on pilote un établissement. Ce que je vous dis là est hautement confidentiel, ma position sur le CPOM et le PRS [Plan Régional de Santé] ne regarde personne dans l'établissement »³. Ce discours se retrouve chez DG 2, pour qui ces CPOM représentent une lourdeur administrative et définissent plus les objectifs que les moyens alloués pour les atteindre. Ainsi donc, ces outils de pilotage des établissements de santé ne semblent pas apporter de plus-value dans la définition de la stratégie des structures sanitaires. De plus, ils semblent mal connus et compris de la communauté médicale. En effet, aucun des médecins rencontrés n'a cité les CPOM comme outil de pilotage des établissements de santé. ARS 1 a d'ailleurs reconnu à ce sujet que le caractère déterministe des CPOM « reste modeste mais [que l'ARS] cherche à impulser»⁴ une dynamique de contractualisation. Quoi qu'il en soit, cet

1 Entretien n°4.

2 Entretien n°4.

3 Entretien n°3.

4 Entretien n°1.

outil ne semble pas avoir la portée attendue et DG 2 remet également en question sa portée stratégique.

Toujours dans cette logique de prise de distance par rapport à la tutelle, DG 1 nous a expliqué que les relations avec l'ARS étaient en grande partie personne dépendante. Il a argumenté son propos en nous disant que « tous les établissements et tous les directeurs ne sont pas égaux face à la tutelle. A la limite, plus vous êtes sur un degré de confiance élevé vis-à-vis de l'ARS, et plus vous avez d'autonomie dans le quotidien »¹. Nous avons initialement pris ces propos avec de la distance, pensant cette opinion isolée et non forcément observable sur le terrain. Cependant, notre entretien avec ARS 2 a corroboré ces propos. Il nous a en effet parlé de DG 1, avec qui il traite régulièrement, sur un ton extrêmement respectueux, nous vantant ses mérites avec déférence en disant « il me semble que le directeur ne peut pas être partout et derrière tout le monde, ça doit être un gros paquebot à diriger ; il assume quand même bien [DG 1, ndlr] »². Il semble donc probable que le charisme individuel d'un directeur, ou la taille de l'établissement dont il a la gestion, soient des éléments qui influent sur la nature des relations qu'il entretient avec la tutelle.

Ainsi, pour l'ensemble de ces raisons, nous remettons en question la position de l'ARS en tant que leader dans l'implémentation des politiques de santé à l'échelon territorial. Si elle s'avère garante du bon respect des objectifs nationaux prioritaires et de l'équilibre budgétaire et financier des établissements de santé, ceux-ci conservent, a priori, une marge de manœuvre importante dans la définition de leurs priorités et de leur développement d'activités. C'est ce que nous allons à présent tenter d'objectiver, c'est-à-dire mettre en exergue le rôle que peuvent avoir les établissements de santé et les acteurs de proximité dans la régulation du système sanitaire.

1 Entretien n°3.

2 Entretien n°4.

3. Une dissension entre ligne directrice des politiques publiques et réalité de terrain

Pour étayer notre vision de la complexité de la régulation du système de santé, nous venons de détailler les enjeux qui nous paraissent centraux dans le maintien d'une offre de soins qui réponde aux attentes des politiques mais aussi des citoyens. Nous avons ensuite présenté la logique top-down qui organise le pilotage de la santé, depuis le ministère et les agences jusqu'au terrain, avec remise en question du statut de décisionnaire de l'ARS. Nous proposons maintenant d'étudier dans quelle mesure les établissements de santé participent également à la régulation du système de santé à travers la mise en évidence des enjeux qui sont les leurs au quotidien.

3.1. Démographie et géographie, moteurs de la réorganisation sanitaire

Imaginée et construite au niveau national, la politique de santé détermine des orientations et stratégies globales. Les recommandations de mise en application qui proviennent des différentes agences décrites ci-dessus ont également vocation à être généralistes. Les lignes directrices définies par les structures de régulation représentent donc des guides idéologiques, mais leur mise en application peut se heurter à la réalité de terrain. En effet, le territoire français n'est pas uniforme et les spécificités régionales nécessitent des réponses variées et adaptées au cas par cas. Ainsi, les territoires de santé sont des éléments dynamiques, et les bassins de population qui les constituent présentent un caractère évolutif. Nous retrouvons ici l'importance que peuvent avoir les professionnels et les représentants des usagers dans la négociation des adaptations territoriales spécifiques, la tutelle étant garante de son côté de la cohérence globale du cadre de l'organisation sanitaire.

Nous avons d'ailleurs retrouvé cette notion d'adaptabilité à l'évolution tout au long de nos entretiens. Pour DG 1, « si vous avez une augmentation de la population, vous avez un effet mathématique, mécanique, comptable, d'augmentation du nombre d'hospitalisations. [...] A côté, si vous comparez notre situation à celle d'une zone, dieu sait qu'elles sont nombreuses malheureusement, qui est au contraire en déclin démographique, [...] vous avez au contraire

un impact sur l'hôpital qui va être différent. L'hôpital va devoir avoir potentiellement une activité qui régresse, une structure d'activité qui n'est pas la même que dans le premier cas de figure, et donc il faut qu'il s'adapte aussi »¹. Mr X., bien que représentant d'une collectivité locale, a lui-même reconnu ce grand principe énonçant que cette notion d'adaptation de l'offre de soins se concrétisait « en modifiant l'organisation, [en effectuant] des regroupements d'hôpitaux, des fermetures de petits sites »². Ainsi, au-delà des grands schémas défendus par les politiques publiques, le facteur principal à prendre en compte pour les acteurs de terrain est l'évolution démographique du bassin de population sur lequel ils sont implantés.

En ce qui concerne notre zone d'étude, la démographie est en expansion comme le confirme l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) qui pointe que « du fait de son attractivité, [le département du territoire étudié est] en forte progression démographique, en particulier dans sa partie occidentale. Si les tendances actuelles se maintiennent, le département compterait 483 000 habitants en 2031³. Son rythme de croissance devrait progressivement ralentir pour passer de 0,9 % par an actuellement à 0,6 % à la fin des années 2020 »⁴.

En centrant même sur le territoire précis qui nous concerne, le bassin de population actuel, qui représente 200 000 individus, va être amené à évoluer jusqu'à environ 300 000 sur la même période. Ainsi pour l'ensemble des personnes rencontrées, il s'avérait nécessaire de travailler de manière prospective à mettre en place une offre de soins qui puisse répondre aux évolutions prévisibles de la demande de la part des usagers.

Deux éléments supplémentaires peuvent être apportés pour éclairer le sujet. Tout d'abord, la reconstruction de l'hôpital de Ville B n'a pas pris en compte cet aspect prévisionnel de l'évolution de la demande en soins dans la définition des capacités définitives en lits. Pour toutes les personnes interrogées qui ont pu participer à ce projet de reconstruction, il ressort que « les discussions ont été tendues sur les capacités d'hospitalisation »⁵ et que « les tutelles

1 Entretien n°3.

2 Entretien n°2.

3 Contre 373 000 en 1999 et 403 000 en 2006. Source INSEE.

4 DOMENGE, M. « La lettre analyses ». [s.l.] : INSEE, 2010. P 2.

5 Entretien n°5.

ont cherché à construire au plus juste des besoins actuels »¹. DG 1 résume les débats qui ont conduit à la reconstruction de l'établissement en précisant que « le nouvel hôpital de Ville B à lui tout seul n'a pas tenu compte de ça, on ne l'a pas surdimensionné, [...] il n'a pas été présenté comme étant conditionné par cette analyse et on n'a pas fait de la surcapacité pour anticiper les évolutions à venir »². En somme, chacun s'accorde à projeter qu'à peine ouvert, le nouvel établissement sera déjà fortement contraint par un nombre de lits relativement restreint, en tout cas en inadéquation avec les projections d'évolution des activités et de la demande en soins sur le bassin étudié. Mr X. s'avance même en disant que l'hôpital de « Ville B explose dans ses murs, et d'ailleurs même une fois le nouvel hôpital livré, il continuera probablement à exploser dans ses murs »³.

Second point que nous évoquerons ici, la topographie du territoire d'étude se présente comme une contrainte supplémentaire. Le bassin géographique de Ville B est contraint par des obstacles naturels. L'évolution démographique ne pourra donc se faire, pour des raisons géographiques, qu'en direction de Ville A. L'INSEE valide cette vision de DG 1, DG 2, ARS 2 et Mr X. en décrivant que « le territoire [...] de Ville A est le plus attractif du département, en partie du fait de la déconcentration de l'agglomération de Ville B »⁴. Ainsi, le maintien de deux plateaux techniques, même s'il n'est pas prôné dans les préconisations ministérielles de l'offre de soins, peut avoir un sens. C'est le cas ici à l'étude de la géographie et de l'évolution démographique du territoire étudié. La réorganisation proposée semble donc une opportunité pertinente pour proposer une offre de soins de proximité adaptée.

Ainsi, si la recomposition de l'offre de soins nous paraissait initialement contradictoire avec ce qui est préconisé au niveau national, elle s'avère être en réalité parfaitement conforme à la prise en considération des enjeux locaux et des grands principes d'accessibilité et de proximité. C'est d'ailleurs pour cela que l'ARS ne s'est pas opposée à cette réorganisation et que ARS 2 nous confirme sa pertinence en expliquant que l'offre proposée « fonctionne bien, se développe, [...] et il n'est pas question de la remettre en cause »⁵.

1 Entretien n°4.

2 Entretien n°3.

3 Entretien n°2.

4 DOMENGE, M. « La lettre analyses ». [s.l.] : INSEE, 2010. P 3.

5 Entretien n°4.

Nous touchons ici du doigt la nécessaire adaptabilité des politiques publiques. De par leur expertise, les acteurs de terrain participent, en négociation avec la tutelle, à traduire cette politique de l'échelon national à l'échelon territorial, afin d'apporter une réponse adaptée, de couvrir plus efficacement le territoire et de proposer un maillage pertinent. La recomposition de l'offre de soins prend ici une vision prospective en tentant par anticipation de proposer une offre cohérente avec les projections d'évolution à venir de la demande en soins.

Cette vision d'évaluation par anticipation des besoins se heurte à une réalité plus concrète à laquelle sont soumis les établissements de santé ; celle imposée une nouvelle fois par les contraintes économiques auxquelles ils sont soumis.

3.2. Les établissements de santé au cœur d'un paradoxe économique

« Il y a une approche macro-économique et une approche micro-économique du problème qui entrent en conflit à un moment donné »¹. DG 1 met ici en évidence la complexité de l'équation à laquelle sont soumis les établissements de santé. La politique nationale de financement des établissements de santé entre ici en contradiction avec le quotidien que vivent les dirigeants de ces structures.

Au niveau macro-économique, la problématique est en lien avec la nature même du mode de financement de la santé. Nous avons déjà pu mettre en évidence les effets pervers inflationnistes de la T2A. Comme plus d'activité entraîne plus de dépenses pour l'Assurance Maladie, les pouvoirs publics ont tenté de rompre ce cercle non vertueux. La mise en place de l'ONDAM, avec l'effet de régulation prix / volume qui en résulte, est une première réponse pour restreindre l'inflation et s'assurer de la maîtrise de l'augmentation des dépenses de santé. Les effets secondaires sur les établissements de santé ne sont pas anodins puisque ceux-ci sont incités à faire croître leur activité de production de soins, tout en sachant très bien que cette course en avant aura des effets délétères sur les tarifs, et que leurs projections de ressources financières ne seront pas pérennes.

Second mode de régulation des dépenses de santé, les pouvoirs publics tentent de mettre en place des politiques incitatives à la réduction des coûts. Si l'ANAP et la HAS présentent la

¹ Entretien n°3.

prise en charge ambulatoire comme gage de sécurisation et de qualité des soins, ARS 2 est beaucoup plus critique et y voit une motivation avant tout financière. Il explique qu'« il y a quand même un axe fort, c'est le développement de la chirurgie ambulatoire. Ça c'est vraiment une des priorités puisque la ministre l'a encore rappelé, il faut faire des économies et il faut à tout prix développer la chirurgie ambulatoire. Ça permet des gains énormes parce qu'il n'y a pas besoin de construire des murs et pas besoin d'organiser une surveillance 24 heures sur 24, vous n'avez pas l'aspect hôtelier »¹. Ainsi, l'ambulatoire est avant tout un moyen de réduire les dépenses de santé par l'impact qu'il a sur le reste de la chirurgie, dite conventionnelle. En effet, « le tarif initialement retenu dans la plupart des pays ayant mis en place la tarification à l'activité était généralement plus faible pour la chirurgie ambulatoire [et avec la mise en place d'une] tarification identique des actes de chirurgie ambulatoire et de chirurgie classique comparables [...] cela a conduit à rapprocher progressivement les tarifs des deux types de séjours »².

La promotion de la chirurgie ambulatoire s'est faite autour de dix-huit actes marqueurs³ à partir de 2009. Ils sont passés à trente-neuf en 2012, et les perspectives tablent sur une cinquantaine d'actes marqueurs fin 2014. L'objectif poursuivi est d'aligner les remboursements des actes chirurgicaux sur le tarif de l'ambulatoire, même si l'acte devait être réalisé en hospitalisation conventionnelle. Cet alignement tarifaire constitue « un signal fort en faveur de la chirurgie ambulatoire »⁴, et invite surtout les établissements de santé à réduire leur part de chirurgie conventionnelle. En effet, les coûts d'exploitation de celle-ci sont nettement supérieurs et ne pourront être couverts par des remboursements basés sur les tarifs ambulatoires.

1 Entretien n°4.

2 ANAP, HAS. « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire, synthèse et recommandations, tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger, état des lieux et perspectives ». [s.l.] : [s.n.], 2013. P 9.

3 Les actes marqueurs sont des interventions chirurgicales déterminées qui doivent se réaliser de façon quasi exclusive sur un mode de prise en charge ambulatoire. Le non respect de cette consigne entraîne pour le praticien le besoin de demander, par entente préalable, l'autorisation à la Sécurité Sociale de réaliser l'acte en hospitalisation conventionnelle. L'aspect administratif et le temps passé à la construction des dossiers a pour but de dissuader les professionnels et de les inciter fortement à pratiquer ces gestes selon les modalités prescrites.

4 ANAP, HAS. « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire, synthèse et recommandations, tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger, état des lieux et perspectives ». [s.l.] : [s.n.], 2013. P 9.

A un niveau plus micro-économique, chaque directeur de structure sanitaire est garant de l'équilibre financier de son institution. DG 1 nous a expliqué très clairement les contraintes qui sont les siennes à ce sujet. Parlant des recettes d'un établissement de santé, il établit un parallèle rapide en expliquant que toute « diminution de l'activité c'est une perte de recettes qui est immédiate »¹. Si les ressources financières sont ainsi variables, il n'en va pas de même pour les charges auxquelles la structure doit faire face. En effet, les charges liées au personnel, la masse salariale représentant 70% des dépenses hospitalières, ainsi que les maintenances et charges d'amortissement sont stables et extrêmement rigides. C'est ce qui amène DG 1 à conclure que « les solutions d'adaptation côté dépenses pour rétablir l'équilibre ne sont non seulement pas immédiates mais sont très rigides »². La gestion hospitalière semble donc se réduire à un équilibre précaire, l'objectif étant de maintenir l'activité à un niveau qui permette de financer les charges fixes de la structure. Contrainte supplémentaire, le but poursuivi n'est pas tant l'équilibre économique que le fait de dégager des excédents en fin d'exercice budgétaire. Ceci afin de pouvoir développer une politique d'investissement, de poursuivre la croissance des activités et ainsi rendre attractif l'établissement de santé. DG 1 résume ainsi cette idée, « Il n'y a pas de mystère, quand vous avez de l'argent vous pouvez investir, vous pouvez avoir des projets. Un plan d'équipement, si vous n'avez pas l'argent pour le financer qu'est-ce que vous faites ? Les médecins ne sont pas contents et ils vont voir ailleurs, voilà, ou alors ils ne viennent pas, on n'arrive pas à les recruter »³. Le modèle économique actuel semble donc pousser les établissements de santé à une fuite en avant vers le toujours plus d'activité. Le fait que le développement des actes médicaux soit contreproductif à court terme est bien assimilé par les acteurs, mais DG 2 conclut en remarquant que « ce sont les règles du jeu et elles sont actuellement les mêmes pour tout le monde. Il faut faire avec même si c'est un non-sens »⁴.

DG 1 a d'ailleurs mis en évidence que la réforme de la tarification hospitalière, bien qu'elle ait pu être complexe, contraignante voire délétère pour certains établissements de santé, a eu pour mérite de positionner l'ensemble des structures sanitaires sur un socle commun. Il pense ainsi que grâce à la T2A, « le secteur public a commencé à regagner des parts de marché sur

1 Entretien n°3.

2 Entretien n°3.

3 Entretien n°3.

4 Entretien n°5.

le secteur privé »¹, introduisant ainsi un concept qui est revenu régulièrement lors de notre entretien, celui de la concurrence que se livrent désormais ces deux secteurs d'activité.

3.3. L'aiguillon de la concurrence public / privé

Dans la volonté de proposer une offre de soins cohérente répondant aux besoins des populations, et en s'inspirant toujours des idées et préceptes du Nouveau Management Public, les politiques publiques ont cherché à s'affranchir de l'idée que cette offre de soins ne pouvait être que publique. C'est ainsi que la loi HPST a remis en question la notion de service public de santé, pour promouvoir le concept d'établissements de santé, quel que soit leur statut juridique, remplissant des missions de service public. Cette évolution de 2009 vise donc à développer les partenariats et complémentarités entre les structures sanitaires publiques et privées pour offrir un maillage territorial pertinent au niveau de l'offre de soins en ne focalisant plus sur le statut juridique de l'offreur. C'est ainsi qu'ont été développés des modalités juridiques de coopération, les Communautés Hospitalières de Territoires (CHT) et les Groupements de Coopération Sanitaire (GCS). Si les CHT ont vocation à rapprocher uniquement les établissements de santé publics, les GCS cherchent eux à décloisonner et à rapprocher les intervenants des secteurs publics et privés.

Cependant, si cette vision idéaliste d'établissements de santé privés et publics participant à une logique commune de coopération se montre séduisante, elle ne résiste pas aux observations de terrain. DG 1 exprime d'ailleurs clairement cette idée en disant « ah ben c'est clair ! Après vous avez toujours de bons esprits qui vont vous parler de la coopération, de la coordination, on est tous beaux, on a tous bon esprit, et on tire tous dans le même sens. Il ne faut pas se faire d'illusion. Nous sommes dans un système qui est concurrentiel, et je dirais même au-delà du public et du privé ! »².

Ainsi, dans le cas de notre étude, le développement de la chirurgie ambulatoire sur Ville A correspond certes à une volonté de proposer une offre de proximité pour les usagers, mais elle est avant tout un moyen de proposer une offre de chirurgie publique sur le territoire étudié. En

1 Entretien n°3.

2 Entretien n°3.

effet, suite à la reconfiguration de l'offre de soins privée sur le secteur de Ville A, tel que présenté en préambule, « la restructuration des cliniques laissait sur le carreau, si je puis dire, des malades potentiels, des actes de chirurgie potentiels. Ça voulait dire quoi ? Soit on ne faisait rien. On aurait grappillé une petite fraction de cette activité mais minime, soit le reste de l'activité serait parti à [clinique 1]. Partie et perdue, voilà. Ou bien alors on essayait d'en récupérer un maximum, d'où l'idée de faire de la chirurgie ambulatoire à Ville A »¹. DG 1 exprime clairement ici la volonté de se positionner en concurrent du secteur privé et raisonne selon les concepts de taux de fuite des usagers et de zones d'attractivité. L'objectif clairement affiché est de gagner des parts de marché, ou en tout cas de proposer une offre chirurgicale alternative à la prise en charge par le secteur privé.

C'est une démarche ouvertement volontariste car les nombreuses lectures que nous avons effectuées mettent en évidence que le secteur privé est en position dominante sur le « marché des interventions chirurgicales les plus fréquentes »², et est structurellement mieux armé pour développer la chirurgie ambulatoire.

La volonté affichée par DG 1 est ici de se positionner sur une offre concurrentielle et de ne pas laisser le champ libre au secteur privé. Il reconnaît ne pas avoir « vocation à favoriser le développement de clinique 1 au détriment de l'hôpital de Ville B. Donc je défends forcément notre boutique et notre intérêt »³. Il applique d'ailleurs cette logique bien au-delà de notre territoire d'étude. Comme l'hôpital de Ville B est référent sur le territoire départemental, DG 1 explique qu'« au-delà de Ville A il y a tout le territoire. Il y a quelques chirurgiens qui vont [consulter dans les établissements partenaires]. Bon c'est clair que nous avons intérêt à le faire dans une problématique de constitution d'un réseau, [mais aussi] de concurrence parce que les médecins de clinique 1 ne demandent qu'à y aller. Pour l'instant ils n'ont jamais eu le droit d'installer des cabinets secondaires mais ils aimeraient bien »⁴. Ces propos nous renvoient directement à la thèse défendue par Aurélien DELAS pour qui « les établissements de santé doivent ainsi désormais connaître les caractéristiques de la population qu'ils desservent [...], ainsi que les atouts et contraintes de leur environnement afin de tenter de développer la

1 Entretien n°3.

2 ENGEL F., CAUTERMAN D. M., TAJAHMADY D. A. « Développer la chirurgie ambulatoire: les limites des politiques incitatives ». Gérer et comprendre. 1 décembre 2008. Vol. 94, n°4, p. 14-24. P 18.

3 Entretien n°3.

4 Entretien n°3.

stratégie la plus pertinente pour leur développement et leur avenir. L'enjeu pour un établissement repose désormais sur une stratégie d'augmentation de ses parts de marché, que ce soit par développement externe, en accroissant son emprise sur les aires de recrutement de ses concurrents ou par développement interne, en diminuant les taux de fuite sur son propre territoire de chalandise »¹.

Si nous n'avons en réalité pas été surpris par ce discours, que nous a également rapporté de façon plus nuancée DG 2, nous aurions souhaité pouvoir rencontrer l'équipe de direction de clinique 1 pour échanger sur ce sujet. Nous rapprochons la difficulté à obtenir un rendez-vous de notre appartenance au principal établissement concurrent. En effet, malgré la présentation de notre objet de recherche, notre statut d'étudiant en Master s'est sans doute effacé derrière celui de professionnel, et nous n'avons pas été en mesure de les rencontrer. Leur vision d'une démarche hospitalière agressive sur le versant concurrentiel aurait pu apporter un éclairage différent à notre travail ; nous y voyons ici une limite que nous ne sommes pas parvenus à contourner.

Nous avons par contre été beaucoup plus surpris de retrouver ce discours lors de notre entretien avec Dr CME. Du fait de notre mission professionnelle, nous sommes en contact fréquent avec des chirurgiens qui interviennent sur les deux sites de Ville B et Ville A. Ceux-ci mettent régulièrement en évidence les difficultés organisationnelles à travailler sur des sites délocalisés. Aussi, lors de notre rencontre avec Dr CME, nous avons orienté nos questions afin de comprendre pourquoi le corps médical ne s'était pas opposé à cette décision de développer un second plateau technique si cela entraînait effectivement une complexification de ses organisations de travail. Dr CME a exprimé l'importance de « maintenir une offre chirurgicale publique de qualité »². Ainsi, cette logique de contrer le privé pour ne pas le laisser occuper le terrain chirurgical sur le territoire étudié semble avoir uni l'ensemble des acteurs de santé, permis de lever les résistances au projet et favorisé l'adhésion de la communauté médicale à ce développement d'activité.

1 DELAS A. « L'hôpital public, un nouvel acteur territorial entre aménagement sanitaire et rivalités stratégiques ». Hérodote [En ligne]. 1 décembre 2011. Vol. n° 143, n°4, p. 89-119, p. 102.

2 Entretien n°6.

Nous avons pu mettre en évidence dans cette première partie que la régulation actuelle du système de santé doit composer avec des contraintes systémiques nombreuses et variées. Nous avons pu objectiver que le pilotage des établissements de santé est la résultante de la rencontre entre une logique top-down, qui cherche à faire appliquer par l'ensemble des acteurs du système sanitaire français une stratégie globale, et une réalité bottom-up qui positionne les établissements de santé et les acteurs de terrain comme régulateurs de l'offre de soins en fonction de leurs contraintes propres.

Nous souhaitons à présent détailler plus finement la réorganisation de l'offre de soins qui s'est produite sur le territoire de notre étude, pour comprendre en quoi elle est une synthèse pertinente des objectifs de chacune des parties, aussi bien la tutelle représentant les pouvoirs publics que les acteurs locaux.

PARTIE 2.

Au-delà du paradoxe, une offre de soins cohérente avec le contexte local

Nous avons pu mettre en évidence que l'évolution démographique à venir, ainsi que sa répartition géographique sur le territoire, sont des éléments centraux à prendre en compte et qu'elles justifient une redéfinition et une modification organisationnelle et structurelle de l'offre de soins. Tout projet de réorganisation peut se réaliser selon différents scénarii. Nous envisagerons ultérieurement ce qu'aurait pu être une collaboration différente des deux établissements de santé étudiés, mais nous souhaitons dès à présent mettre en évidence que pour de multiples raisons, l'offre proposée à ce jour se caractérise par une réponse pertinente aux besoins attendus.

1. Une stratégie gagnant – gagnant pour les deux établissements

Dans le scénario retenu, qui amène à ce jour la reconstruction du nouvel établissement de Ville B sur le site de l'ancien qui sera démoli par la suite, le constat dressé par l'ensemble des personnes interrogées a mis en évidence que cet hôpital aurait « des capacités [...] insuffisantes pour absorber toute l'activité si l'hôpital de Ville A [devait fermer] »¹. Partant de ce constat, le rapprochement des deux établissements de santé s'est avéré inévitable. En effet, face à la réalité « que de toute façon le site de Ville A n'est pas voué à disparaître »², DG 2 nous a présenté que l'orientation retenue consistait à l'amener « à se restructurer et à se

1 Entretien n°3.

2 Entretien n°5.

développer »¹. Nous voyons donc émerger une logique de développement conjointe des deux établissements de santé ; leur rapprochement se concrétisant par une fusion visant à développer les synergies et les complémentarités. Nous allons donc détailler à présent en quoi l'organisation retenue représente une opportunité pour chacune des structures en présence, mais aussi en quoi le mode de rapprochement retenu a facilité l'émergence de cette dynamique.

1.1. Une fusion pour développer un hôpital référent et dynamiser une structure en perte de vitesse

« Tout établissement de santé doit réussir à atteindre une masse critique d'activité lui garantissant rentabilité de la structure, maintien de la qualité et des qualifications et stabilité de ses équipes médicales. En retour, cette reconnaissance par la population de la qualité des équipes médicales et de la prise en charge soignante d'un hôpital constitue une garantie d'attractivité pour l'établissement, et donc de pérennité »². Cette idée exprimée par Aurélien DELAS résume la situation actuellement constatée au niveau de l'hôpital de Ville B. La masse critique d'activité nécessaire pour assurer la pérennité de la structure est atteinte, et DG 1 pointe d'ailleurs avec beaucoup de satisfaction dans la voix que son établissement « s'est énormément développé »³, et qu'il représente une zone de forte attractivité, notamment pour les professionnels de santé puisqu' « en dix ans, le nombre de médecins a augmenté de 70% »⁴. Cette activité soutenue et en développement du centre hospitalier de Ville B est même reconnue à un échelon national, puisque l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) présente dans ses rapports cet établissement comme étant « l'hôpital de référence pour [le département étudié] »⁵. Pourtant, ce constat dressé ne manque pas de questionner sur les écueils potentiels qui guettent ce centre hospitalier. Le contexte économique de la santé, que

1 Entretien n°5.

2 DELAS A. « L'hôpital public, un nouvel acteur territorial entre aménagement sanitaire et rivalités stratégiques ». Hérodote [En ligne]. 1 décembre 2011. Vol. n° 143, n°4, p. 89-119, p. 102.

3 Entretien n°3.

4 Entretien n°3.

5 LALANDE F., SCOTTON C., BOCQUET P-Y., BONNET J-L. « Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ? », rapport IGAS, 2012. P 37.

nos avons détaillé en première partie, incite les établissements de santé à poursuivre continuellement une politique d'expansion de leurs activités. Nous avons vu par ailleurs que l'hôpital de Ville B risquait d'être confronté à une problématique de places d'hospitalisation, le nouveau bâtiment n'ayant pas été surdimensionné en terme de capacité et de nombre de lits. Ainsi, puisque les possibilités internes sont contraintes, le potentiel de développement se trouve sur des sites et structures extérieures.

Du fait de liens de coopération entre les hôpitaux de Ville A et de Ville B depuis de nombreuses années, principalement autour du transfert de l'activité obstétricale que nous avons présenté en préambule, la poursuite du rapprochement des deux établissements de santé s'est donc naturellement imposée. Mr X. reconnaît par ailleurs que puisque « Ville B explose dans ses murs, [le fait d'avoir] une soupape géographique pas très loin pour aller [...] développer des activités comme la chirurgie ambulatoire et les consultations, je pense que c'est leur intérêt aussi »¹. En tant que représentant élu de la collectivité locale de Ville A, il nous a semblé qu'il y avait lui aussi intérêt, ce qu'il a reconnu suite à notre relance. Pour lui, les deux parties ont à gagner dans cette réorganisation, « Ville A maint[enant] une offre de soins de proximité sur la ville, Ville B [trouvant] une possibilité de décharge pour ne plus être saturé »².

L'objectif affiché de ce rapprochement collaboratif des deux établissements de santé est donc de permettre à l'hôpital de Ville B de poursuivre sa croissance, tout en garantissant un avenir à une structure qui n'en avait pas en restant isolée. C'est d'ailleurs l'idée que défend la tutelle, puisqu'ARS 2 reconnaît que ce rapprochement « répond à plusieurs objectifs, [notamment celui d'] éviter que l'hôpital de Ville A ne périclite totalement, parce qu'à un moment donné, il y a eu des craintes qu'il ne devienne qu'un hôpital gériatrique »³.

Ce projet de coopération des deux centres hospitaliers s'est concrétisé par la formalisation d'un projet médical unique pour les deux établissements de santé. Ce document a cherché à promouvoir les synergies dans le but d'organiser des complémentarités entre les deux établissements et de valoriser chacun des sites. Ainsi, c'est ce projet médical qui « a donné du

1 Entretien n°2.

2 Entretien n°4.

3 Entretien n°4.

punch à Ville A [en lui permettant de développer] la chirurgie ambulatoire [et de] sauvegarder son service de soins d'urgence »¹. Cette organisation représente donc une stratégie gagnant – gagnant pour les deux structures dans le sens où chacune trouve des avantages et bénéfices à s'impliquer dans la collaboration. Ce projet représente également une plus-value pour la collectivité locale de Ville A, qui a trouvé là un moyen de maintenir une offre de soins de recours de proximité, le service des urgences, tout en développant en partenariat avec Ville B des activités perçues par le grand public comme attractives et performantes. C'est dans ce sens que Mr X. confirme que cette réorganisation a pris pour Ville A un aspect « décisif, parce qu'on peut considérer qu'un hôpital sans chirurgie et sans maternité n'est plus tout à fait un hôpital dans l'esprit des gens. Ce sont les spécialités vives et attractives, c'est comme ça »². Bien plus qu'une recommandation institutionnelle, le développement de la chirurgie ambulatoire semble donc représenter pour le site de Ville A une vitrine importante et véhiculant une image positive, dynamique et performante.

Si nous venons d'objectiver les motivations qui ont, de manière bilatérale, conduit à cette réorganisation, nous souhaiterions à présent tenter d'expliquer les raisons qui ont abouti à envisager la fusion des deux établissements publics de santé. En effet, comme nous avons pu le détailler précédemment, la loi HPST offre différents modes de coopération beaucoup moins lourds qu'une fusion. Par exemple, la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) est un modèle destiné à rapprocher les structures publiques entre elles, et nous avons cherché à comprendre pourquoi cette modalité de coopération a été écartée.

La CHT est une structuration juridique qui valide, pour des établissements de santé publics, la définition d'une stratégie commune et la mutualisation de moyens. Elle « n'est pas dotée de la personnalité morale [et] il s'agit d'un mode de coopération qui repose sur la volonté des établissements parties à la convention de CHT »³. La question de la volonté, que le ministère de la santé objective lui-même comme centrale dans la définition ci-dessus, nous semble occuper une place prépondérante dans le cas étudié. Le centre hospitalier de Ville B est dans une démarche active de coopération. Mettant en avant son statut de centre hospitalier référent, il a contractualisé avec tous les hôpitaux périphériques de son département ; pour ce faire il a

1 Entretien n°4.

2 Entretien n°2.

3 MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ. « La communauté hospitalière de territoire (CHT) ». avril 2012. P 1.

formalisé une CHT avec chacun d'entre eux, principalement sur des activités de consultations chirurgicales délocalisées. DG 1 et DG 2 nous ont tenu un discours similaire pour mettre en évidence l'importance de ces coopérations inter-établissements, mais aussi pour éclairer les limites de que présentent les CHT. DG 2 a pris l'exemple d'une ville voisine, éloignée de quarante kilomètres de Ville B. Il nous a très ouvertement confié que « c'est l'établissement avec lequel on a le plus de mal à travailler. Ils se sont toujours positionnés avec une sorte de rancœur. Ils n'ont pas une position de collaboration et de recours. Le résultat c'est que ça ne marche pas si bien que ça. En plus il y a des médecins qui par animosité envers leurs confrères de Ville B privilégient le transfert des patients vers clinique 1, et pas vers l'hôpital, mais uniquement parce qu'ils ont des rapports, même pas vraiment conflictuels, juste une espèce de rancœur »¹. Ce témoignage conforte la thèse présentée, à savoir que ce modèle de coopération inter-établissements est étroitement lié à des questions de volonté d'implication dans la démarche et qu'il dépend donc de caractéristiques individuelles et personnelles. DG 1 nous a confirmé cette réalité en expliquant que, de son point de vue, les coopérations inter-établissement les plus satisfaisantes et les plus constructives ont « pu être réalisées [non pas] dans le cadre de la CHT mais dans le cadre d'une direction commune avec Ville A »². Ainsi, la CHT serait un modèle de coopération à l'efficacité incertaine, ce que corrobore ARS 2, car pour lui, la problématique associée à la constitution d'une CHT provient du fait que « chaque établissement garde ses instances propres, sa direction propre »³. Le fait que chaque établissement participant à la CHT conserve une importante part d'autonomie devient une limite, car en cas d'objectifs incomplètement partagés, les divergences stratégiques et opérationnelles deviennent des freins à la coopération.

Toujours dans la même logique, ARS 2 défend qu'une fusion est plus performante pour instaurer une dynamique de coopération parce qu'elle « va plus vite parce qu'il n'y a qu'un directeur. Je pense que c'est un bon choix de fusionner »⁴. L'idée soutenue est que le pilotage d'une structure sanitaire est simplifié avec une direction unifiée, ce qui limite les biais potentiels induits par la multiplication des acteurs en position de décision stratégique. C'est

1 Entretien n°5.

2 Entretien n°3.

3 Entretien n°4.

4 Entretien n°4.

précisément ce que défend DG 1 en nous disant « si vous voulez, comme c'est moi le chef [unique], je ne vais pas avoir des logiques différentes »¹.

La fusion, qui dans l'exemple étudié dans ce travail s'est avérée le choix retenu, se définit « comme la réunion dans une même entité juridique de plusieurs structures antérieurement autonomes. [Elle] participe du vaste mouvement de restructurations hospitalières par lequel les établissements de santé s'adaptent aux évolutions de leur environnement, et notamment à la demande qui leur est faite aujourd'hui d'améliorer leur efficacité »². Cette définition présente l'intérêt de mettre en avant les fusions comme un moyen de participer à la logique de recherche de performance et d'efficacité des établissements de santé. ARS 2 nous a expliqué, de façon un peu lapidaire, que l'ancien directeur du centre hospitalier de Ville A « n'était pas très novateur [...], [qu'] il roupillait [et] dormait tranquillement »³. Les conséquences ont été lourdes avec une institution qui « s'était endormie pendant des dizaines d'années. Le centre hospitalier de Ville A n'était pas particulièrement performant au niveau de ses pratiques, [...] de ses modes de fonctionnement, et même au niveau de son investissement »⁴. La fusion entre les deux établissements de santé, dans la dynamique de synergie présentée ci-dessus, a permis de recentrer chaque structure sur ses forces, en tentant de construire une offre de soins complémentaire et non redondante. ARS 2, DG 2 et Mr X. nous ont ainsi listé quelques spécialités médicales, absentes ou peu investies sur l'hôpital de Ville B, qui ont été développées sur Ville A, redonnant ainsi au centre hospitalier une attractivité forte liée à la proposition exclusive d'une activité de référence sur le territoire.

Au-delà de cette dynamique d'activité, la fusion des deux établissements de santé représente également un enjeu économique majeur. En ne formant qu'une seule et même entité juridique, la structure nouvellement créée bénéficiera d'un poids économique supérieur. Ce bénéfice, Mr X. l'a bien saisi en nous expliquant que « pour Ville B, [la fusion] ce n'est pas idiot parce qu'au fond au lieu d'aller donner du fric à un hôpital différent [en mobilisant des fonds dans la création d'une filière], en investissant sur Ville A ils investissent sur un hôpital qui est sous

1 Entretien n°3.

2 LALANDE F., SCOTTON C., BOCQUET P-Y., BONNET J-L. « Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ? », rapport IGAS, 2012. P 3.

3 Entretien n°4.

4 Entretien n°4.

la même entité »¹. S'il défend ici l'idée que l'intérêt économique de cette fusion serait notoirement en faveur de l'hôpital de Ville B, nous souhaitons émettre une opinion contraire. En effet, la situation financière de l'hôpital de Ville B est saine, avec même des bénéfices réalisés ces dernières années, alors que de l'autre côté, « sans être alarmante, la situation financière du centre hospitalier de Ville A s'est légèrement dégradée ces dernières années »². Ainsi, nous pensons que la fusion sera principalement bénéfique, sur le versant économique, au site du centre hospitalier de Ville A, le poids financier de la nouvelle entité conférant une capacité d'investissement qui faisait défaut à l'hôpital de Ville A isolé, et qui devrait permettre une modernisation des locaux dans les années à venir.

Enfin, selon la théorie du développement stratégique des entreprises, « les fusions participent à la croissance externe, [ce qui leur permet] d'accroître leur part de marché, de contrôler une filière ou une ressource, de diversifier leurs activités et d'améliorer leur efficacité économique »³. Nous émettons donc l'idée que la réorganisation proposée sur le territoire étudié est celle qui répond au plus grand nombre possible de critères attendus. En effet, en plus d'anticiper la future demande en soins, elle positionne l'offre sanitaire publique comme performante du fait de l'optimisation du maillage territorial proposé et de la complémentarité des activités médico-chirurgicales développées. Elle répond également à la volonté de DG 1 de proposer une offre concurrentielle au secteur privé sur le domaine porteur de la chirurgie ; ce qu'il nous a fait comprendre en narrant « et d'ailleurs je suis un peu fier je dois dire, d'être sans doute le seul cas en France où on a ré-ouvert un site de chirurgie ambulatoire dans un établissement qui avait perdu sa chirurgie depuis plus de dix ans »⁴.

Ainsi présentée, cette réorganisation semble être la proposition la plus pertinente dans le contexte actuel du territoire d'étude. C'est ce que semble mettre en évidence le fait que ce projet n'a finalement rencontré que peu de freins.

1 Entretien n°2.

2 LALANDE F., SCOTTON C., BOCQUET P-Y., BONNET J-L. « Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ? », rapport IGAS, 2012. P 37.

3 LALANDE F., SCOTTON C., BOCQUET P-Y., BONNET J-L. « Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ? », rapport IGAS, 2012. P 25.

4 Entretien n°3.

1.2. Un projet de coopération peu contesté

Un rapport de l'IGAS, publié en 2012, tente de dresser un bilan des fusions qui ont été réalisées entre établissements de santé ces quinze dernières années. S'il valide la pertinence du processus de fusion comme étant « l'un des outils au service de l'objectif général d'optimisation de l'offre locale qui est assigné aux ARS »¹, ce rapport se montre extrêmement critique sur leur portée. Il conclut même qu'« en raison des difficultés qu'elle soulève et des risques qu'elle présente, la fusion doit demeurer une opération rare, à réserver aux cas où elle paraît effectivement indispensable »². A l'analyse des nombreuses fusions qui ont eu lieu, l'IGAS a identifié trois grandes motivations « qui peuvent expliquer l'échec d'un projet de fusion : des raisons de logiques stratégiques, des raisons managériales et des raisons financières »³. Nous allons donc tenter de comprendre pourquoi la fusion qui intéresse notre étude semble avoir réussi à dépasser ces écueils pour apparaître aux yeux des personnes interrogées comme une réussite qui s'annonce.

Sur le plan des logiques stratégiques, il semble à l'étude de ce dossier que l'absence de frein soit en lien avec une mise en concordance pertinente des objectifs de chacune des institutions que nous avons détaillés précédemment, et des attentes des médecins. Notre expérience professionnelle de terrain ainsi que l'étude de la sociologie de la profession médicale, lors de la réalisation de notre mémoire de Master 1, nous ont permis de comprendre le poids de la communauté médicale à l'hôpital public. Bien que la Commission Médicale d'Etablissement (CME) ait perdu son statut d'instance décisionnaire lors de la réforme de la gouvernance hospitalière mise en place en 2009 par la loi HPST, les praticiens conservent une place prépondérante au sein de l'hôpital et défendent leur position stratégique. DG 1 a d'ailleurs reconnu ce poids du corps médical, et l'importance d'intégrer ce dernier à la décision pour prévenir tout blocage, en nous expliquant que malgré la réforme et le fait que la CME avait désormais un rôle consultatif, il avait souhaité, dans son établissement, ne « rien changer

1 LALANDE F., SCOTTON C., BOCQUET P-Y., BONNET J-L. « Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ? », rapport IGAS, 2012. P 6.

2 LALANDE F., SCOTTON C., BOCQUET P-Y., BONNET J-L. « Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ? », rapport IGAS, 2012. P 5.

3 LALANDE F., SCOTTON C., BOCQUET P-Y., BONNET J-L. « Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ? », rapport IGAS, 2012. P 27.

quant à notre volonté d'informer la CME »¹ pour toujours la positionner comme partenaire du pilotage de l'institution. Nous avons donc cherché à rencontrer les représentants des médecins hospitaliers pour comprendre dans quelle mesure ils avaient pu valider le projet de fusion des deux établissements de santé. En effet, dans notre pratique professionnelle quotidienne, nous sommes aux prises régulières avec des praticiens médicaux qui nous présentent la complexité organisationnelle qui naît de l'impératif de travailler sur plusieurs sites géographiques. Les médecins rencontrés, qui participent aux instances décisionnaires des établissements de santé, ont dépassé cette vision très pragmatique pour mettre en avant la logique de complémentarité qui a prévalu pour valoriser chacun des deux sites, avec la proposition de déploiement d'activités spécifiques qui n'entrent pas en concurrence directe. Lors de notre rencontre, Dr CME a ainsi insisté sur cette « cohérence du projet médical unique qui vise à conforter les activités de Ville A et à formaliser celles qui vont se développer avec le soutien de Ville B »². Ainsi, le constat habituel, qui stipule que si « les personnels de direction, plus ou moins incités par la tutelle, sont souvent moteurs dans les projets de rapprochements inter-hospitaliers, pour [...] les médecins, le regroupement et la fusion des hôpitaux ou des services ne sont pas des démarches naturelles, et [...] le partage du pouvoir entre administration et praticiens pousse ces derniers à adopter des comportements de repli »³, ne semble pas être transposable dans tous les cas de figure. En intégrant dès le début cette fusion d'établissements dans une démarche globale de réflexion et de formalisation d'un projet médical commun et unique, et en y associant l'ensemble des praticiens, la stratégie mise en place a favorisé l'adhésion de l'ensemble du corps médical ainsi que son investissement dans ce projet.

Au-delà des enjeux internes aux établissements de santé, les collectivités locales présentent également des logiques stratégiques propres. Cela concerne bien évidemment la commune de Ville A. Comme présenté un peu plus haut, la situation économique de l'hôpital de Ville A entraînait des risques quant à sa pérennité. A tout point de vue, la présence d'un hôpital dans une ville est un enjeu stratégique majeur pour un responsable politique local. ARS 1 défend cette idée en nous expliquant qu'« une ville sans hôpital est déclassée »⁴, et Aurélien DELAS

1 Entretien n°3.

2 Entretien n°6.

3 LALANDE F., SCOTTON C., BOCQUET P-Y., BONNET J-L. « Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ? », rapport IGAS, 2012. P 21.

4 Entretien n°1.

prône que, « par son impact économique, financier, humain et politique, l'hôpital fait figure [...] d'acteur clef de l'aménagement territorial, et pas uniquement de son aménagement sanitaire »¹. En effet, l'hôpital revêt souvent un caractère particulier du fait de son statut de pourvoyeur d'un grand nombre d'emplois locaux, de moteur économique pour les entreprises locales, de contributeur important aux diverses taxes locales, et enfin d'élément de prestige et d'attractivité pour une commune. Lorsqu'ARS 2 dresse un bilan de la construction du projet de fusion il évoque que « Mr X. a été plutôt facilitateur. S'il avait voulu nous chercher des poux [la fusion aurait été plus compliquée] »². Nous pensons, après avoir analysé l'ensemble de ces éléments, que Mr X. n'avait aucun intérêt à s'opposer à cette fusion entre les deux structures. Ayant finement perçu le risque qu'encourait l'hôpital de Ville A, commune où il a des responsabilités, Mr X. a vu dans la fusion des deux établissements de santé un moyen, non seulement de conserver une structure sanitaire dans sa ville, et donc une offre de soins de recours, mais aussi une opportunité de créer une nouvelle dynamique hospitalière ; ce qu'il confirmé en nous disant « effectivement je me suis beaucoup battu pour ça. Être dans ce groupe plus important, avec des moyens plus importants, ça donne une espérance [...] et des moyens de modernisation et d'investissement que tout seul on n'a pas »³.

Nous affirmons même que Mr X. a vu dans ce partenariat une possibilité de maintien d'un nombre d'emplois conséquent. En effet, comme présenté en préambule, les deux établissements ont déjà organisé un partenariat lors du transfert de la maternité de Ville A sur celle de Ville B. Lors de cette réorganisation, DG 1 nous a affirmé avoir réalisé un important travail auprès du personnel de l'hôpital de Ville A et avoir intégré au sein du personnel de l'hôpital de Ville B « tous ceux qui ont voulu venir. Nous [avons] affiché que l'on reprenait la totalité du personnel et que tous ceux qui ne voulaient pas venir seraient reclassés sur Ville A. C'est ce qui a été fait. Et puis, je pense, les conditions d'accueil étaient quand même bonnes »⁴. Il nous a confirmé le souhait de mettre en place une démarche similaire dans la fusion actuelle, avec une réflexion poussée sur la mobilité des professionnels et en les intégrant aux discussions ainsi qu'aux décisions. Mr X. nous a déclaré que, les deux villes étant très proches, il trouvait plus important de défendre le nombre d'emplois que leur

1 DELAS A. « L'hôpital public, un nouvel acteur territorial entre aménagement sanitaire et rivalités stratégiques ». Hérodote [En ligne]. 1 décembre 2011. Vol. n° 143, n°4, p. 89-119, p. 93.

2 Entretien n°4.

3 Entretien n°2.

4 Entretien n°3.

localisation géographique car « des gens qui viennent travailler à Ville A et qui habitent sur Ville B, il y en a des tonnes, et ça marche aussi dans l'autre sens. Donc je pense qu'il y a une marge de négociation possible en respectant l'intérêt [...] et le quotidien des gens »¹.

Si logiques stratégiques et raisons financières n'ont pas été des motivations de blocage à cette réorganisation, il nous semble important de détailler comment l'accompagnement managérial à ce projet peut être en mesure de lever certaines réserves. En effet, le constat qu'« une fusion ne peut [...] réussir que si elle repose sur l'accord de deux volontés »² s'est confronté à la réalité de terrain. Le fait que les directions des deux établissements de santé aient trouvé un intérêt commun à fusionner ne signifie pas que l'ensemble des professionnels de ces structures comprennent les enjeux institutionnels et y adhèrent. A travers notre pratique professionnelle de terrain, nous avons pu entendre des remarques et interrogations sur cette fusion, nous avons pu lire des documents édités par les organisations syndicales représentant les personnels questionnant ce rapprochement et nous avons eu connaissance de mobilisations des agents sur le site de Ville A. Quand nous avons interrogé Mr X. sur ce fait, il est resté évasif en minimisant les faits. Il nous a expliqué que « bien sûr il y a des inquiétudes qui s'expriment, parce que les statuts des personnels ne sont pas tout à fait les mêmes [...]. Je pense que c'est assez marginal et que ça peut se régler avec les gens concernés, dans l'intérêt des gens concernés »³. Bien qu'il dise que le projet « vu de Ville A [...] n'est pas très contesté, même du point de vue des syndicats il y en a peu qui contestent »⁴, nous remettons en question son opinion, ayant connaissance de mobilisations, plus importantes que ce qu'il a souhaité nous décrire, de la part des professionnels. Nous observons là un phénomène de résistance au changement qui pousse les professionnels à se mobiliser en défaveur de ce projet.

La sociologie des organisations explique le phénomène de résistances au changement.

1 Entretien n°2.

2 CALMES G., DEHAINE J-B., « Fusion juridique des établissements publics de santé, en 2012 : de la théorie à la pratique ». Réflexions Hospitalières. mars 2012. n°544. P 60.

3 Entretien n°2.

4 Entretien n°2.

La résistance au changement est un phénomène normal, que l'on retrouve dans toute organisation, aussi bien à une échelle individuelle qu'à celle d'un groupe.

La théorie de CROZIER et FRIEDBERG présente chaque organisation comme un système complexe d'interactions entre les individus, qu'ils nomment acteurs, qui y prennent part. Chaque acteur, du fait de son expérience et de son expertise liée à sa profession et/ou à sa position dans l'organisation, a une position spécifique et stratégique dans le fonctionnement de la dite organisation. En effet, maîtriser une tâche de manière exclusive, sans qu'un autre acteur n'en ait la compétence, génère, en terminologie d'analyse stratégique, une zone d'incertitude. Celle-ci confère à l'acteur une autonomie au sein de l'organisation, et un pouvoir¹ qu'il peut exercer sur les autres, et donc sur le système entier. Le phénomène de résistance au changement provient de la crainte des acteurs de voir leurs zones d'incertitude, et donc leur autonomie, remises en question par les nouvelles organisations de travail. Comme « le changement [...] présente souvent un aspect de rationalisation qui consiste [...] à réduire ou éliminer ces zones d'incertitude »², la résistance au changement doit plus volontiers être vue comme une tentative des acteurs de garder une maîtrise sur leurs comportements et activités qu'une volonté consciente de nuire à l'institution. Ainsi, dans toute réforme, cette volonté de conserver son autonomie et sa marge de manœuvre dans l'organisation va pousser les acteurs à tenter de défendre tout ou partie de leurs intérêts. Comme « l'engagement personnel [des agents] n'est possible que s'il a un sens, une référence »³, lever les résistances au changement va donc nécessiter explication, accompagnement du projet, et négociation autour des acquis sociaux.

DG 2 n'a de son côté pas cherché à minimiser ce fait. Il nous a expliqué que la direction de l'établissement faisait le nécessaire pour « gérer [et] accompagner [le projet en intégrant] la totalité du personnel à la réflexion »⁴ et qu'elle essayait de communiquer le plus possible sur les aspects positifs de la fusion, véhiculant que la démarche est une réelle volonté de collaboration et non pas celle d'une absorption d'un établissement de santé par un autre, ce qui représente la crainte majoritairement exprimée par les professionnels.

1 Le mot pouvoir est ici utilisé comme étant « une relation et pas un attribut des acteurs » ; CROZIER M., FRIEDBERG E. L'acteur et le système: Les contraintes de l'action collective. [s.l.] : Seuil, 1992. 500 p. ISBN : 2020182203. p 65.

2 CROZIER M., FRIEDBERG E. L'acteur et le système: Les contraintes de l'action collective. [s.l.] : Seuil, 1992. 500 p. ISBN : 2020182203. p 386.

3 GAULEJAC V. DE. La Société malade de la gestion : Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social. [s.l.] : Editions du Seuil, 2011. 275 p. ISBN : 202068912X. p 137.

4 Entretien n°5.

A ce jour, le projet de fusion est validé par les deux structures qui vont se regrouper, et la décision finale est dans les mains de l'ARS qui doit se prononcer avant la fin de l'année 2014 pour valider définitivement et conforter administrativement la décision. Cependant, nous précisons ici que les instances des deux établissements de santé ne se sont pas prononcées à l'unanimité en faveur de cette fusion. Sans surprise, les instances stratégiques que sont les directoires et les Commissions Médicales d'Etablissement (CME), où siègent les directeurs et les représentants du corps médical, ont voté en faveur du projet. En revanche, les instances auxquelles participent les organisations syndicales de représentation du personnel, Comité Technique d'Etablissement (CTE) et Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail (CHSCT), se sont prononcées contre, principalement pour des raisons de statut des professionnels, de prime de service et d'avancement des carrières. Ces dernières instances étant consultatives dans la gouvernance hospitalière, leur vote n'est pas en mesure de faire fléchir le projet. Cependant, lors de notre rencontre avec DG 2, qui a eu lieu quelque temps avant cette consultation des instances, il nous a exprimé « être extrêmement vigilant »¹ et travailler à prévenir « tout mouvement social potentiel »². L'objectif recherché est de donner un sens à ce projet pour que l'ensemble des professionnels de ce nouvel établissement à venir intègrent la démarche voulue et participent à ce projet d'« optimisation de l'hospitalisation publique »³.

2. Une réorganisation pertinente mais peu innovante

La réorganisation proposée va dans le sens d'un renforcement de l'offre publique de santé sur le territoire ; cette dernière cherchant à se positionner comme alternative pertinente et performante au secteur privé. Là où notre questionnement initial nous a amené à formuler un paradoxe, la recherche effectuée jusqu'à présent nous fait pointer du doigt que l'offre de santé

1 Entretien n°5.

2 Entretien n°5.

3 Entretien n°3.

proposée apparaît finalement être en totale cohérence avec les directives instaurées par les pouvoirs publics. En effet, nous avons pu mettre en évidence que les objectifs énoncés de développement de prise en charge ambulatoire des usagers et d'optimisation de la performance des établissements de santé sont atteints par ce modèle d'offre de soins. Cependant, restant dans le cadre d'une coopération entre établissements de santé, certes plus poussée avec le phénomène de fusion, nous avançons ici l'idée que cette réorganisation n'est en rien innovante, et que d'autres alternatives auraient pu répondre de façon également pertinente aux attentes. Nous proposons donc d'étudier maintenant pourquoi ce modèle a été privilégié, mais aussi d'envisager les alternatives qui auraient pu voir le jour ainsi que les motivations de leur rejet.

2.1. Un choix contraint par des normes

Nous tenterons d'expliquer le phénomène qui a abouti à ce choix de réorganisation à travers l'utilisation du concept d'isomorphisme institutionnel. Cette théorie de DI MAGGIO et POWELL, qui s'inspire du courant sociologique néo-institutionnaliste, cherche à comprendre pourquoi, au lieu de se différencier, des organisations tendent à devenir similaires. Si nous n'avons pas la prétention d'analyser finement la réorganisation étudiée au prisme de ce concept théorique, celui-ci nous est apparu comme judicieux pour éclairer certains points qui semblent avoir une importance. Cette théorie défend ainsi que « même si les organisations souhaitent [...] instaurer des changements, la conséquence est, sous l'effet des forces institutionnelles et de l'intérêt des acteurs, une diminution de la diversité »¹. Ce concept permet donc d'expliquer le processus qui conduit une organisation, ici un établissement de santé, à ressembler aux structures qui gravitent dans un contexte socio-économique identique, et qui sont confrontées aux mêmes contraintes.

Pour DI MAGGIO et POWELL, trois formes d'isomorphisme existent.

Tout d'abord, l'isomorphisme normatif renvoie à la notion de professionnalisation. Selon ce modèle, « les membres [d'une] profession décident et agissent, non pas mus par la recherche

1 HUAULT I. « Paul DIMAGGIO et Walter W. POWELL, Des organisations en quête de légitimité ». Les grands auteurs en management. 2008. P 3.

de l'optimum économique, mais surtout par la démonstration de la conformité de leurs décisions aux normes produites par la structure sociale »¹ ; ce qui a pour conséquence de produire « des individus quasi interchangeables qui réagissent de façon quasi-identique »². Cette définition fait écho à une discussion, non pas extraite de nos entretiens, mais d'un échange avec un intervenant lors d'un enseignement en Master. Cette personne, directeur adjoint d'hôpital, nous a présenté l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP³) comme une « fumisterie ». Pour lui, la formation dispensée n'est pas pertinente, avec un « enseignement organisé autour de tables rondes où les gens échangent sur leurs pratiques. [...] En fait, on sélectionne des élites issues d'un même milieu et on les fait échanger autour de concepts et d'idées qui sont tout sauf nouveaux ». L'utilisation du terme élite n'est pas neutre. En terminologie d'analyse des politiques publiques il définit le ou les « groupes qui exercent le pouvoir dans une société, c'est-à-dire qui ont une influence dominante sur la définition et la production des décisions publiques »⁴. La fréquentation des mêmes écoles et des mêmes milieux sociaux entraîne une socialisation similaire de l'ensemble de ces personnes qui sont destinées à occuper des positions de décideurs stratégiques. C'est ainsi que les individus qui ont « accès aux positions de pouvoir dans et hors de l'État [...] partage[nt] une vision commune de la société et de ce qu'il faut faire pour gouverner »⁵. C'est pourquoi l'absence d'innovation dans les propositions de restructuration serait à corrélérer au fait que les acteurs en position stratégique ont des modes de fonctionnement uniformes qui les empêcheraient de développer de nouvelles modalités de réponses aux problématiques actuelles. ARS 1 nous a d'ailleurs tenu des propos allant dans ce sens en nous expliquant que « les fonctionnaires sont formatés pour obéir et appliquer. Pas pour innover. Et c'est un

1 HUAULT I. « Paul DIMAGGIO et Walter W. POWELL, Des organisations en quête de légitimité ». Les grands auteurs en management. 2008. P 5.

2 HUAULT I. « Paul DIMAGGIO et Walter W. POWELL, Des organisations en quête de légitimité ». Les grands auteurs en management. 2008. P 5.

3 Créée par la loi de santé publique d'août 2004 dans le but de posséder en France une école de santé publique capable d'avoir un important rayonnement international, elle est l'institution de formation des directeurs d'hôpitaux.

4 MATHIOT P., « Elites », dans BOUSSAGUET L., JACQUOT S., RAVINET P. Dictionnaire des politiques publiques, 4e édition. Édition : 4e édition. Paris : PRESSES DE SCIENCES PO, 2014. 776 p. ISBN : 9782724615500. P 225.

5 MATHIOT P., « Elites », dans BOUSSAGUET L., JACQUOT S., RAVINET P. Dictionnaire des politiques publiques, 4e édition. Édition : 4e édition. Paris : PRESSES DE SCIENCES PO, 2014. 776 p. ISBN : 9782724615500. P 227.

fonctionnaire qui vous dit ça ! »¹. Il défend ici l'idée d'une sorte de formatage des mentalités des élites dirigeantes du secteur public et, a contrario, de plus grande liberté de pensée et capacité d'innovation dans le secteur privé. C'est vraisemblablement face à la reconnaissance de cette réalité que les pouvoirs publics ont cherché à diversifier l'origine des personnels dirigeants des établissements publics de santé en permettant, lors de la mise en place de la loi HPST, la nomination d'individus non fonctionnaires, dans la limite d'un plafond de 10 %, sur des postes de direction des hôpitaux publics.

La seconde forme décrite est l'isomorphisme coercitif. Il se caractérise par la pression exercée par les pouvoirs publics. Ainsi, « de nouvelles règles politiques et législatives sont susceptibles d'encourager le changement organisationnel »² et de favoriser l'émergence de normes communes. Pour les avoir détaillées précédemment, nous ne reviendrons pas sur les modalités de financement des établissements de santé. Nous affirmons cependant que le choix politique d'instaurer un mode de financement à l'activité produite a entraîné un changement profond de l'organisation hospitalière. Ainsi, la T2A a bouleversé très largement les habitudes et mentalités hospitalières et a réussi à instaurer une logique commune de recherche de performance et d'efficience, mais aussi de développement d'activité. Il en est de même pour l'incitation au développement des prises en charge sur des schémas ambulatoires. La mise en place de la T2A a, là encore, joué un rôle important en tant que politique économique incitative, puisque sa généralisation a accru « l'intérêt des établissements pour la chirurgie ambulatoire, celle-ci [étant] alors perçue par ces derniers comme un vecteur de recettes supplémentaires puisqu'elle permet de prendre en charge davantage de patients qu'un lit conventionnel »³. D'autres incitations, comme la définition d'un taux précis d'actes chirurgicaux à réaliser en ambulatoire, ont également été mis en œuvre afin de promouvoir le développement par tous les établissements de santé de l'activité de chirurgie ambulatoire. Ainsi l'objectif affiché de parvenir à « 50 % de pratique ambulatoire à horizon 2016 ne peut que constituer une échéance intermédiaire, le taux constaté en 2011 (39,5 %) s'établissant à

1 Entretien n°1.

2 HUAULT I. « Paul DIMAGGIO et Walter W. POWELL, Des organisations en quête de légitimité ». Les grands auteurs en management. 2008. P 4.

3 COUR DES COMPTES. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, titre VIII la chirurgie ambulatoire. [s.l.] : [s.n.], 2013. [en ligne] <http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/La-securite-sociale>. p 239.

seulement la moitié du possible (80 %). L'amplification de la conversion ambulatoire doit ainsi constituer une priorité plus ambitieuse»¹.

Dernière forme décrite, l'isomorphisme mimétique prône que dans un contexte incertain et fluctuant, les organisations ont tendance à s'imiter les unes les autres et à se construire sur des schémas identiques. Ainsi, « le mimétisme apparaît producteur de structure sociale, en ce qu'il favorise les phénomènes de mode [...]. Cette forme d'isomorphisme conduit à la conformité, à l'imitation »². Nous établissons ici un parallèle avec la démarche de benchmarking, à laquelle nous avons fait allusion plus tôt dans ce travail. Il peut s'analyser comme un processus mimétique, la finalité étant de se comparer aux concurrents et de s'inspirer des méthodes reconnues performantes et érigées comme modèles à suivre. Nous voyons comme limite à cet isomorphisme mimétique le fait qu'il restreint les modes de pensées en se focalisant sur ce qui existe déjà, mais qu'il ne laisse que peu de place à la créativité et à l'émergence de nouveaux modes de pensée. Un tel fonctionnement, où la nouveauté n'a pas de place, présente un côté immuable rassurant, puisque le fait de se conformer à ce qui se fait déjà, aux normes sociales, permet d'avoir une reconnaissance de cette même société, et ainsi de se trouver légitimé dans son action.

Ce concept d'isomorphisme permet d'expliquer la stabilité des organisations et met en évidence que les pressions étatiques, sociétales et culturelles édictent des normes qui deviennent des facteurs d'influence déterminants et limitent la capacité d'innovation du secteur public hospitalier.

Dans notre cas d'étude, cet isomorphisme nous apparaît extrêmement prégnant, mais source de divergence entre le discours tenu et les faits observés. En effet, l'aspect coercitif prend son sens dans les propos relatés par DG 1 qui, reprenant les thèses actuellement en vigueur au niveau des pouvoirs publics, prône que « des recompositions hospitalières sont indispensables, on ne peut pas continuer à dire, comme si c'était un dogme, qu'on ne touchera

1 COUR DES COMPTES. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, titre VIII la chirurgie ambulatoire. [s.l.] : [s.n.], 2013. [en ligne] <http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/La-securite-sociale>. p 244.

2 HUAULT I. « Paul DIMAGGIO et Walter W. POWELL, Des organisations en quête de légitimité ». Les grands auteurs en management. 2008. P 5.

à aucune structure hospitalière »¹. Cependant, nous constatons ici une permanence de ce dogme dans les faits, puisque la réorganisation proposée promeut une proposition conservatrice qui s'oriente vers le maintien, certes retravaillé, de structures existantes au préalable. Aussi, nous souhaitons maintenant comprendre comment cette solution s'est imposée alors que des alternatives novatrices existaient pourtant.

2.2. Des alternatives non retenues

L'enquête de terrain a mis en exergue que, non seulement d'autres modalités de réorganisation de l'offre de soins auraient pu voir le jour, mais que « ce qui a été fait est le contraire de ce qu'il fallait faire »². Ce constat se base sur deux faits objectivés. Premièrement, une dynamique réellement innovante de coopération sanitaire aurait pu amener à définir une vision commune et à créer, sur un site unique, un seul établissement de santé pour les deux communes. Deuxièmement, le fait de maintenir des établissements de santé au cœur des centres villes est un non sens pratique criant.

ARS 2 a résumé le premier constat en nous disant que « c'est sûr que si les deux hôpitaux avaient essayé de fusionner et de se mettre ensemble [entre les deux villes] ça aurait été extraordinaire »³. Lors de chacun de nos entretiens, à nos questions sur la pertinence de la réorganisation de l'offre de soins proposée aujourd'hui et sur les autres possibilités qui auraient pu émerger, les personnes interrogées ont tenu un discours semblable. Elles ont commencé par défendre la cohérence du projet actuel et ce n'est qu'après plusieurs relances, et sans doute aussi grâce à la relation de confiance qui s'instaure progressivement durant l'entretien, qu'elles ont toutes rejoint le propos présenté ci-dessus et tenu par ARS 2. Pour Mr X., « Ville A et Ville B ont loupé le coche d'un hôpital commun qui aurait pu, qui aurait dû se faire entre les deux villes »⁴. Une telle proposition de réorganisation de l'offre de soins aurait pu répondre de manière tout à fait pertinente aux besoins en santé du bassin de population étudié et aurait également répondu aux recommandations des pouvoirs publics.

1 Entretien n°3.

2 Entretien n°1.

3 Entretien n°4.

4 Entretien n°2.

Elle aurait même eu pour avantage d’apporter réponse à une problématique essentielle actuellement constatée. Nous observons tous les jours dans notre pratique professionnelle à quel point le positionnement géographique d’un établissement de santé en centre-ville représente des contraintes majeures en termes d’accessibilité et de stationnement. C’est d’ailleurs pour apporter réponse à ces problématiques que la logique contemporaine incite à la construction ou la reconstruction des établissements de santé à l’extérieur des villes, au plus près des grands axes routiers de communication. L’ensemble des personnes enquêtées a pointé l’incohérence, dans le contexte actuel, de maintenir des établissements de santé au centre-ville des agglomérations de Ville B et Ville A, ce qui génère des problématiques insolubles d’accès et de stationnement au plus près des établissements de santé. Mr X. a même exprimé le point de vue que la réorganisation proposée « sera merdique, [...] impossible de stationner, de circuler »¹, ce que corrobore ARS2 pour qui deux hôpitaux « en centre-ville et pas près d’une sortie d’autoroute, c’est compliqué »².

C’est ainsi qu’ARS 1 justifie le fait qu’une réflexion réellement centrée sur l’étude des besoins du bassin de population aurait mis en avant le besoin de reconstruire un centre de soins entre les deux villes, sur les grands axes de communication. Il nous expose que selon lui, dans cette organisation « le plus gros paradoxe, c’est que ce qui n’a pas été possible avec le public l’a été avec le privé »³. En effet, lors de la recomposition de l’offre de soins privée, les cliniques de Ville B ont mené une réflexion commune. La décision prise a été, là aussi, de fusionner, mais la différence centrale est qu’aucun des deux sites des établissements n’a été choisi pour implanter la nouvelle entité. Le projet s’est focalisé sur une zone géographique légèrement excentrée de Ville B, mais en proximité immédiate d’un axe routier majeur qui permet une desserte efficace et rapide de l’établissement. ARS 1 évoque comme explication que « le directeur est un financier, il a tout de suite compris les intérêts économiques »⁴. Au-delà de l’intérêt purement économique, nous avançons l’hypothèse que les enjeux ne sont pas les mêmes que pour les structures publiques étudiées, principalement en raison de la mobilisation des représentants des collectivités locales, ce que nous détaillerons ultérieurement. ARS 1 est même allé plus loin dans les perspectives d’innovation

1 Entretien n°2.

2 Entretien n°4.

3 Entretien n°1.

4 Entretien n°1

organisationnelle en évoquant ce qui aurait été, selon lui, la réponse la plus appropriée aux besoins de territoire d'étude. Il nous a présenté qu'aurait pu se construire, entre Ville B et Ville A, un établissement unique, regroupant dans les mêmes murs non seulement les structures publiques hospitalières mais également les établissements de santé privés. Il nous a expliqué que l'arsenal juridique existant permettrait théoriquement la construction d'un tel établissement, faisant ici allusion aux Groupements de Coopération Sanitaire (GCS), mais que le frein était principalement en lien avec les mentalités qui ne sont, selon lui, pas prêtes ou pas suffisamment avancées pour investir de tels projets.

De manière plus pragmatique, et au-delà de ce que les personnes rencontrées pensent, l'aspect économique est également entré en compte dans le choix de la réorganisation proposée. DG 1 nous a exposé la réalité comptable de la reconstruction actuelle de l'hôpital de Ville B, qui comprend la reconstruction d'un bâtiment central en conservant tel quel les locaux annexes, en tentant une comparaison avec ce qu'aurait coûté la reconstruction intégrale d'un nouvel établissement entre Ville B et Ville A. Pour lui, reconstruire « tout à l'extérieur, [...] ça aurait été un projet comme l'hôpital [d'une ville voisine], un projet à 120 000 mètres carrés alors que [notre projet] n'en fait que 74 000. [...] Et ce n'est pas non plus le même prix. Le projet actuel étant à 230 millions d'euros, on serait sorti avec un projet à 400 millions d'euros. Ça posait d'autres problèmes de financement et d'amortissement »¹.

Cette discussion nous a amené à questionner DG 1 sur une dernière forme de réorganisation à laquelle nous n'avions initialement pas pensé. Concernant l'hôpital de Ville B, pourquoi construire nécessairement un bâtiment neuf et ne pas avoir envisagé un modèle de réhabilitation et d'agrandissement des locaux existants ? La réponse que nous avons obtenue est la suivante : « quand je suis arrivé en décembre 2007, les décisions étaient prises, je ne les ai pas contestées. Deux décisions étaient prises. Un, de reconstruire sur place. Deux, de reconstruire du neuf et de démolir l'ancien. [...] On aurait pu envisager de rénover et d'agrandir ; c'était tout à fait envisageable »².

Cette dernière remarque a mis en évidence que nous avons sans doute mal cadré la temporalité de la réorganisation observée. Ce que nous observons aujourd'hui est en réalité le

1 Entretien n°3.

2 Entretien n°3.

résultat d'une démarche complexe initiée il y a de nombreuses années ; les décisionnaires actuels ne sont pas ceux qui ont présidé à certains choix stratégiques, mais ce sont eux qui doivent désormais les animer et leur donner du sens.

3. Le poids de la décision politique

Ce constat soulève la question de la prise de décision politique. En analyse des politiques publiques, le concept de décision nécessite d'identifier les individus qui sont en position d'être décisionnaires, de mettre au jour leurs motivations et d'objectiver les modes d'action qu'ils emploient. C'est un concept qui a une temporalité, car la décision permet, à partir de faits passés objectivés, de faire un choix présent qui impacte l'avenir. La décision politique est également un acte complexe et contextuel qui « produit un arbitrage [...] entre faisabilité politique et rationalité économique ou technique »¹. Il convient donc, pour comprendre la décision politique, d'identifier la chronologie des faits ainsi que les individus qui y ont participé, en cherchant à mettre en évidence le rôle qu'ils y ont tenu. C'est ce que nous nous proposons à présent de faire.

Il s'avère, à l'analyse des discours tenus par l'ensemble des acteurs rencontrés, que la situation qui nous a interpellé au début de cette réflexion est la résultante d'une succession de choix et décisions politiques dont l'origine remonte aux années 1970. Au prisme du concept de path dependance, nous défendons l'idée que chaque décision qui s'est prise depuis ce jour a contribué à définir, à chaque fois plus précisément, les contours de l'organisation sanitaire territoriale que nous constatons à ce jour, rendant toujours plus difficile l'émergence d'autres possibilités.

1 HALPERN C., « Décision », dans BOUSSAGUET L., JACQUOT S., RAVINET P. Dictionnaire des politiques publiques, 4e édition. Édition : 4e édition. Paris : PRESSES DE SCIENCES PO, 2014. 776 p. ISBN : 9782724615500. P 203.

3.1. Le path dependance comme fil conducteur

Ce concept, dont la traduction la plus acceptée signifie « dépendance au chemin emprunté », met en évidence « l'importance de l'empreinte des origines dans le développement des politiques publiques »¹. Ainsi, les choix politiques actuels seraient prédéterminés, contraints et nécessairement inscrits dans la continuité de l'action publique antérieure. Ce concept objective ainsi qu'« avec le temps, il devient de plus en plus coûteux, voire impossible, de ne pas respecter les règles et les normes posées par les choix politiques précédents, de chercher à revenir sur les options institutionnelles passées »². Cette théorie néo-institutionnaliste nous apprend donc que des solutions novatrices peuvent être contraintes de s'effacer derrière des actions au caractère plus conservateur, même si ces dernières ont mis en évidence leur inefficacité à résoudre les problématiques soulevées lors de situations précédentes. En effet développer de nouvelles alternatives présente un coût important, non seulement sur un plan économique, mais aussi sur un plan de conception et d'accompagnement au déploiement du projet. Les travaux de Paul PIERSON nous apprennent que ces solutions innovantes présentent également un risque. Il développe l'idée que « que l'horizon politique d'un élu est le plus souvent de court terme, structuré par l'agenda électoral, ce qui lui fera quasiment toujours choisir la solution la moins coûteuse politiquement dans l'immédiat »³. Ainsi, l'intérêt politique des élus locaux, dont Mr X. fait partie, serait avant tout guidé par une vision électoraliste, contraignant leur action à n'être pas nécessairement une réponse adaptée à des besoins mais à être socialement justifiée et acceptée dans leur collectivité locale. C'est la thèse défendue par Patrick HASSENTEUFEL qui exprime que l'action publique est avant tout un mode qui permet au représentant de légitimer son action auprès de ses électeurs et qu'« il est parfois plus important pour les gouvernants de montrer qu'ils se préoccupent d'un

1 PALLIER B., « Path Dependance », dans BOUSSAGUET L., JACQUOT S., RAVINET P. Dictionnaire des politiques publiques, 4e édition. Édition : 4e édition. Paris : PRESSES DE SCIENCES PO, 2014. 776 p. ISBN : 9782724615500. P 411.

2 PALLIER B., « Path Dependance », dans BOUSSAGUET L., JACQUOT S., RAVINET P. Dictionnaire des politiques publiques, 4e édition. Édition : 4e édition. Paris : PRESSES DE SCIENCES PO, 2014. 776 p. ISBN : 9782724615500. P 414.

3 PALLIER B., « Path Dependance », dans BOUSSAGUET L., JACQUOT S., RAVINET P. Dictionnaire des politiques publiques, 4e édition. Édition : 4e édition. Paris : PRESSES DE SCIENCES PO, 2014. 776 p. ISBN : 9782724615500. P 415.

problème plutôt que d'agir sur ce problème »¹. Si Mr X. n'a, sans doute volontairement, pas exprimé le moindre propos dans ce sens, ARS 2 a émis des opinions qui tendent à conforter cette idée. Pour lui, dans la dynamique de réorganisation de l'offre de soins étudiée, les élus sont motivés par d'autres enjeux, beaucoup plus électoralistes que réellement centrés sur la recherche de la meilleure solution. Il exprime l'opinion que « ce qu'ils veulent eux c'est conserver des emplois. [Leur intérêt principal] est pour des aspects périphériques, il n'est pas pour la réponse aux usagers »². ARS 2 nous a également confié que l'ancien maire de Ville B, que nous ne sommes pas parvenu à rencontrer malgré nos multiples tentatives de contact, ce qui représente une autre limite de notre travail, « n'aurait pas bien voulu voir partir le centre hospitalier [de Ville B], [ce qui est] une erreur de vision prospective »³. Ainsi, pour l'ensemble de ces raisons, coûts financier, politique et humain, « il semble le plus souvent préférable d'adapter les institutions existantes plutôt que de les remplacer par de nouvelles »⁴.

Dans le cas qui intéresse notre étude, les personnes interrogées qui ont souvenir de cette époque s'accordent à placer la décision originelle, qui a conditionné l'ensemble des autres, dans les années 1970. DG 1, qui connaît le contexte local depuis ces fameuses années, nous a expliqué qu'en 1974, la question de la reconstruction du nouvel hôpital de Ville B s'était déjà posée. La construction d'un établissement de santé commun entre les deux agglomérations a été envisagée, mais les divergences de points de vue ont fait périlcliter le projet. En effet, les communes de Ville B et de Ville A sont historiquement de bords politiques différents et dès cette époque, aucun compromis n'a pu être trouvé, ce qui a entraîné chacune des villes à se focaliser sur sa structure hospitalière propre. Mr X. a validé cette présentation historique du contexte actuel et en a même commenté les conséquences. Pour lui, ce choix politique initial « est une erreur grave [...]. En fait, Ville A et Ville B ont loupé le coche [...]. On aurait dû faire un truc ensemble il y a vingt ans, voilà. Je le dis sans acrimonie. Ça s'est joué avant que j'arrive. Peut-être que j'aurais fait pareil, mais je pense que c'est une erreur »⁵.

1 HASSENTEUFEL P. « Sociologie politique : l'action publique ». 2e éd.[s.l.] : Armand Colin, 2011. 320 p. ISBN : 2200259999. P 171.

2 Entretien n°4.

3 Entretien n°4.

4 PALLIER B., « Path Dependance », dans BOUSSAGUET L., JACQUOT S., RAVINET P. Dictionnaire des politiques publiques, 4e édition. Édition : 4e édition. Paris : PRESSES DE SCIENCES PO, 2014. 776 p. ISBN : 9782724615500. P 414.

5 Entretien n°2.

Quoi qu'il en soit, ce choix initial a rendu progressivement impossible toute nouvelle organisation. En effet, entre leur construction et l'époque actuelle, les locaux de l'hôpital de Ville B ont nécessité des aménagements et des rénovations, mais aussi des extensions, aussi bien administratives que techniques pour répondre à l'augmentation et la technicisation de la demande en soins. Ces investissements ont fermé définitivement la porte aux possibilités de construction délocalisée d'un établissement de santé commun entre Ville B et Ville A. C'est ce que reconnaît ARS 2 en disant qu' « à partir du moment où [d'autres investissements ont été faits], il était difficile de mettre les choses ailleurs »¹. DG 1 corrobore ces propos. A la question sur la pertinence de reconstruire l'hôpital de Ville B sur le même site, il nous a expliqué qu'« il y a 10 ans en arrière, quand il s'est agi de réfléchir à la reconstruction [de l'hôpital], les cartes étaient déjà sur la table, d'ailleurs moi, quand je suis arrivé en décembre 2007, la décision était prise »².

ARS 2 a exprimé, de manière résignée mais vindicative en utilisant plusieurs fois le terme de « lamentable », qu'il trouvait dommageable que des solutions de nature à apporter une réponse à la problématique soulevée soient écartées pour cause de « manque de courage politique pour imposer des décisions »³.

De fait il apparaît donc que face à une tutelle en difficulté pour tenir son rôle de régulateur, ce que nous avons mis en évidence en première partie, les professionnels de terrain ainsi que les élus politiques prennent une place croissante dans les décisions qui déterminent l'action publique.

3.2. Les acteurs de la réorganisation, stratégies de l'action publique

Pour Charlotte HALPERN, « la décision [...] est le produit d'un processus décisionnel chaotique marqué par la mobilisation d'intérêts sectoriels : elle constitue un enjeu de pouvoir. La formulation et la sélection d'une solution adaptée à un problème donné ne sont pas des activités neutres mais donnent lieu à la mobilisation et à l'affrontement d'intérêts particuliers,

1 Entretien n°4.

2 Entretien n°3.

3 Entretien n°4.

à l'éclatement de conflits, à des tentatives de marchandages et de compromis. La réalité brouille les pistes et engage le chercheur à relativiser le discours rationnel que lui présentent les acteurs »¹. Pour reprendre les éléments de cette définition, nous avons auparavant tenté d'identifier les intérêts de l'ensemble des individus qui ont participé à cette réorganisation. Nous allons désormais essayer de comprendre leur place respective dans le phénomène décisionnel étudié, en nous emparant de cette posture de chercheur afin de comprendre, derrière les discours, ce qui s'est réellement joué.

L'action publique, que nous définirons ici comme « l'ensemble des relations, des pratiques et des représentations qui concourent à la production politiquement légitimée de modes de régulation des rapports sociaux »², nécessite pour être comprise une « étude des groupes les plus régulièrement présents dans la fabrication des politiques publiques »³. Parce qu'ils participent à la définition, la construction et la mise en œuvre de cette action publique, nous souhaitons à présent détailler les stratégies qui animent ces acteurs de la réorganisation étudiée afin de mettre en évidence leurs motivations réelles. Nous définissons le terme d'acteur, au sens de l'analyse des politiques publiques, comme un individu capable d'action stratégique et participant à la décision. « Autrement dit, la notion d'acteur [...] recouvre deux dimensions, l'une concernant la contribution de l'acteur au processus politique et l'autre l'impact [...] de cette contribution sur le résultat »⁴. Un des éléments importants bien qu'implicite de cette définition est le fait que l'acteur en question se mobilise autour des objectifs individuels qu'il poursuit et qui l'animent dans son positionnement et sa prise de décision. Ainsi, que ceux-ci soient multiples ou contradictoires, l'acteur poursuit toujours une « démarche [qui fait] sens pour lui par rapport à ses objectifs. Il tente d'équilibrer saisie des

1 HALPERN C., « Décision », dans BOUSSAGUET L., JACQUOT S., RAVINET P. Dictionnaire des politiques publiques, 4e édition. Édition : 4e édition. Paris : PRESSES DE SCIENCES PO, 2014. 776 p. ISBN : 9782724615500. P 204.

2 DUBOIS V. « L'action publique », dans COHEN A., LACROIX B., RIUTORT P., Nouveau manuel de science politique. 2009. Edition Broché. 792p. ISBN : 9782707153661. P 311-325.

3 DUBOIS V. « L'action publique », dans COHEN A., LACROIX B., RIUTORT P., Nouveau manuel de science politique. 2009. Edition Broché. 792p. ISBN : 9782707153661. P 311-325.

4 GROSSMAN E., « Acteur », dans BOUSSAGUET L., JACQUOT S., RAVINET P. Dictionnaire des politiques publiques, 4e édition. Édition : 4e édition. Paris : PRESSES DE SCIENCES PO, 2014. 776 p. ISBN : 9782724615500. P 31.

opportunités et maintien de sa capacité d’agir »¹. Selon la théorie de CROZIER et FRIEDBERG, le comportement de l’acteur est toujours rationnel dans le but de servir ses intérêts, mais il peut ne pas être lisible pour une personne extérieure.

Le poids pris pas les acteurs dans la mise en application des politiques publiques est analysé par le courant de la sociologie de l’action publique. Nous avons présenté en première partie la dynamique de décentralisation de la régulation sanitaire, avec positionnement de la région et du territoire comme nouveaux éléments centraux de définition et de pilotage de politiques adaptées à des besoins objectivés sur le terrain. Ce transfert de compétences d’un Etat central régulateur vers des collectivités et des agences missionnées pour assurer le pilotage marque un « déplacement d’une régulation centralisée vers une régulation multipolaire, marquée par [les] fortes interdépendances entre des acteurs nombreux et différenciés, aux intérêts divergents sinon antagonistes »². Ainsi, les stratégies individuelles des personnes rencontrées, leur capacité d’action sur la décision et les interactions qu’ils nouent entre eux ont un rôle central dans l’émergence d’un compromis négocié qui valorise au maximum les intérêts de chacun.

Il ressort de notre cas d’étude que cette capacité de négociation des acteurs est centrale et qu’à cette fin, tous ne sont pas égaux. Au-delà de la compétence individuelle de chacune des personnes rencontrées à négocier, sur laquelle nous ne nous prononcerons pas, nous avons pu objectiver qu’il existe un facteur complémentaire susceptible de peser fortement dans l’orientation que les individus souhaitent privilégier : le réseau d’influence des acteurs. Il nous est apparu que ces réseaux semblent conférer aux personnes qui en bénéficient des leviers fondamentaux qui aident à orienter et peser sur la décision finale.

C’est ainsi que, bien qu’éloigné de l’aspect pragmatique de la direction d’un établissement de santé, Mr X. nous a semblé être en mesure d’influencer grandement les décisions prises. Lors de notre entretien, pendant un échange sur les évolutions législatives récentes et à venir, il a

1 GROSSMAN E., « Acteur », dans BOUSSAGUET L., JACQUOT S., RAVINET P. Dictionnaire des politiques publiques, 4e édition. Édition : 4e édition. Paris : PRESSES DE SCIENCES PO, 2014. 776 p. ISBN : 9782724615500. P 32.

2 COMMAILLE J., « Sociologie de l’action publique », dans BOUSSAGUET L., JACQUOT S., RAVINET P. Dictionnaire des politiques publiques, 4e édition. Édition : 4e édition. Paris : PRESSES DE SCIENCES PO, 2014. 776 p. ISBN : 9782724615500. P 602.

ponctué une de ses phrases par « la ministre, que je connais un peu, ... »¹. Ce genre de soutien potentiel positionne Mr X. dans un rapport de force favorable, car la possibilité d'actionner des leviers au cœur même du pouvoir politique attribue une puissance décisionnelle implicite. Pendant notre rencontre, DG 1 nous a confirmé, à demi-mots au début, que les relations de Mr X. représentaient un poids considérable lui apportant de la légitimité. Afin de nous assurer d'une bonne compréhension des propos tenus, nous avons formulé une question fermée à laquelle DG 1 nous a tenu la réponse suivante : « le réseau de Mr X. [...] c'est sûr qu'il a joué parce qu'à ce moment-là au ministère c'était une majorité du même bord que lui. Donc oui vous avez raison ça a joué »².

Si Mr X. possède à n'en pas douter un poids décisif au niveau local, DG 1 nous semble également en capacité d'être une force de proposition contraignante au niveau des décisions à prendre, et ceci pour deux raisons.

Tout d'abord, la loi HPST a redéfini les rôles et missions du directeur d'hôpital, mais aussi ceux de chacune des instances de la gouvernance hospitalière. Se basant sur le constat d'une gouvernance hospitalière fractionnée et source d'immobilisme, le choix a été fait de positionner le directeur d'établissement comme unique responsable et décideur de la stratégie institutionnelle. Ce changement profond a été annoncé en 2008 par M. SARKOZY, alors Président de la République, lors d'un discours de présentation de la future loi de santé à venir. La volonté affichée était d'organiser la gouvernance hospitalière afin qu'« à l'hôpital public [il y ait] un patron et un seul, [et] ce patron, c'est le directeur. Cela ne veut pas dire qu'il agit seul. Mais il faudra bien [...] qu'investi de l'autorité, quelqu'un décide et assume la responsabilité de ses décisions. C'est ce que nous attendons d'un directeur d'hôpital »³. Positionné comme le patron d'une des plus grosses entreprises de Ville B, avec plus de 3000 employés, DG 1 se voit ainsi doté d'une place prépondérante dans les négociations.

Ensuite, au début de notre rencontre, nous avons questionné DG 1 pour connaître son parcours professionnel. Il a accepté de nous le détailler très finement, présentant les nombreuses missions qu'il a pu avoir. Au-delà d'une mission de directeur d'hôpital, il a

1 Entretien n°2.

2 Entretien n°3.

3 SARKOZY NICOLAS. « Déclaration de M. Nicolas Sarkozy, Président de la République, sur la réforme de l'hôpital, à Neufchâteau le 17 avril 2008. » [s.l.] : [s.n.], 2008. Disponible sur : < <http://discours.vie-publique.fr/notices/087001207.html> > (consulté le 17 août 2014)

occupé des postes de conseiller de chambre régionale des comptes, de directeur d'ARH, de chargé de mission par le ministère pour le développement d'une ARH sur un département d'outre-mer et de conseiller technique auprès du directeur des hôpitaux à la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS). Ce parcours, aussi diversifié que riche, a permis à DG 1 de se constituer un réseau d'influence large et diversifié avec des connexions privilégiées avec le ministère. DG 1 nous a d'ailleurs clairement exprimé ce fait en réponse à une question sur le lien qu'il développait avec la tutelle. Il nous a répondu que du fait de son parcours professionnel, au niveau « de l'ARS, on ne me considère pas comme lambda et comme le directeur d'un petit hôpital du coin. Et ça, ça compte aussi. Et puis, ils savent très bien que j'ai des relations, que j'ai des contacts très hauts placés au ministère. Donc du coup j'ai une grande marge de manœuvre vis-à-vis de l'ARS et dans la façon dont nous collaborons »¹.

Enfin, pour ce qui concerne nos rencontres avec les représentants de l'ARS, nous n'avons pas été en mesure de mettre en évidence un tel réseau d'influence qui permette de peser dans les décisions. Pour ce faire, il nous aurait sans doute fallu rencontrer un ou des membres de la direction générale régionale de l'ARS pour comprendre plus finement les interrelations qui se jouent entre eux, les représentants des collectivités territoriales et les directions des établissements de santé. En effet, les personnes que nous avons rencontrées, ARS 1 et 2, se sont décrites elles-mêmes comme n'ayant pas de rôle stratégique, et se sont positionnées comme exécutantes, au sein d'une délégation territoriale, d'une décision prise au niveau du centre régional de l'ARS. En nous parlant de DG 1 de façon révérencieuse, ce que nous avons déjà présenté auparavant, et reconnaissant que la définition stratégique de l'offre de soins « dépasse de beaucoup notre niveau à nous là, c'est au niveau des politiques que ça se joue »², ARS 2 nous a confirmé que la délégation territoriale de l'ARS ne se trouvait pas dans un rapport de force favorable lui permettant d'orienter les décisions sur le terrain. Nous pensons ici trouver un contre-exemple à la thèse de Charlotte HALPERN qui expose que, selon elle, « la décision publique est élaborée sous contraintes [car] l'autonomie du décideur est fortement limitée par le poids des institutions »³. Dans notre cas d'étude, le poids institutionnel semble ne pas avoir été prépondérant et l'autonomie des décideurs, que nous

1 Entretien n°3.

2 Entretien n°4.

3 HALPERN C., « Décision », dans BOUSSAGUET L., JACQUOT S., RAVINET P. Dictionnaire des politiques publiques, 4e édition. Édition : 4e édition. Paris : PRESSES DE SCIENCES PO, 2014. 776 p. ISBN : 9782724615500. P 205.

identifions ici comme les acteurs qui ont le plus d'influence, à savoir Mr X. Et DG 1, a permis de lever des contraintes et d'orienter la décision vers une prise en compte de leurs enjeux.

Cependant, au-delà de la capacité d'influence individuelle de chacun des acteurs, il apparaît que la décision politique présente une rationalité limitée. En effet, les acteurs ne disposent jamais d'une vision globale de la problématique ou d'informations exhaustives, ce qui leur interdit d'envisager l'ensemble des alternatives possibles et les pousse à, « en lieu et place d'une décision rationnelle absolue, [...] se contenter le plus souvent d'opter pour une solution satisfaisante »¹ qui répond de manière partielle à la problématique. De plus, cette décision politique se caractérise par la multiplicité des acteurs qui y participent, et elle est donc de fait la résultante des interrelations qui vont se développer entre chacun d'eux. L'hôpital est un lieu particulier où vont se rencontrer de nombreux acteurs et de multiples enjeux, du fait notamment de sa construction historique qui justifie une relation étroite avec les collectivités locales. C'est ce que souligne Aurélien DELAS en précisant que « l'hôpital, au regard des missions politiques et sociales sensibles qui lui incombent, a très tôt été investi par [...] les municipalités, ce qui lui a permis de développer des liens territoriaux forts. Fruit de cet héritage, les établissements publics de santé sont toujours administrativement des établissements publics locaux dont le président du conseil de surveillance reste bien souvent encore le maire de la commune de rattachement »². Ainsi, l'existence de ce lien historique positionne les représentants élus des communes comme partenaires dans le pilotage des établissements de santé.

Nous voyons ici surgir un possible manque d'indépendance des établissements de santé dans la définition de leurs objectifs propres, avec risque d'ingérence des collectivités locales dans la gouvernance hospitalière. C'est conscient de cette limite que le législateur a tenté de modifier cette emprise des collectivités locales sur la gouvernance des hôpitaux. Historiquement présidents de droit des conseils d'administration des hôpitaux de leurs communes, les maires se sont vus dépossédés de cette mission par la loi HPST. Déposséder ne veut pas dire retirer, et malgré les possibilités de s'affranchir de cette réalité, les maires

1 HALPERN C., « Décision », dans BOUSSAGUET L., JACQUOT S., RAVINET P. Dictionnaire des politiques publiques, 4e édition. Édition : 4e édition. Paris : PRESSES DE SCIENCES PO, 2014. 776 p. ISBN : 9782724615500. P 207.

2 DELAS A. « L'hôpital public, un nouvel acteur territorial entre aménagement sanitaire et rivalités stratégiques ». Hérodote [En ligne]. 1 décembre 2011. Vol. n° 143, n°4, p. 89-119, p. 91.

demeurent très majoritairement présidents des conseils de surveillance. En effet, toutes les personnes rencontrées nous ont expliqué que malgré ce souhait de ne plus positionner le maire en position stratégique dans les instances, ils n'étaient en capacité de ne nous donner aucun exemple d'une organisation des instances hospitalières sans présence du maire de la commune. ARS 1 nous a d'ailleurs présenté son opinion à ce sujet, exprimant que les établissements de santé pourraient avoir une autonomie beaucoup plus importante dans la détermination de leur stratégie sans la présence des représentants locaux, qu'il assimile à un frein. Mr X. présente, sans surprise, une pensée différente. S'il reconnaît participer aux instances de l'hôpital de Ville A, il y décrit son rôle comme « formel parce que les décisions ne nous appartiennent en réalité pas. On accompagne des décisions, notamment budgétaires, qui ne sont pas les nôtres »¹. Il nous a présenté cette mission comme fondamentale afin d'être un interlocuteur de la direction de l'établissement et de lui apporter « la sensibilité, le retour, la présence [...] du milieu local, ce qui [...] n'est pas sans intérêt dans la gouvernance »².

Un élément supplémentaire nous donne à penser que Mr X., est plus qu'un simple interlocuteur dans l'exemple qui a motivé notre recherche. Lors de notre rencontre, il a reconnu s'être « beaucoup battu pour faire revenir la chirurgie ambulatoire sur l'hôpital de Ville A »³. Cette phrase qu'il a énoncée nous laisse penser que le maintien d'un centre hospitalier proposant aussi bien une offre de soins de recours qu'une activité chirurgicale est une vitrine pour sa ville et qu'il a pesé de tout son poids politique pour orienter la réorganisation vers le développement d'un partenariat avec un établissement de santé dynamique. En effet, avoir employé la terminologie « se battre » nous indique une volonté ferme de ne pas transiger sur les objectifs. ARS 2 nous a confirmé que le poids politique de Mr X. s'est avéré déterminant et que ses arguments ont été pris en compte lorsqu'il nous a exprimé le fait qu'« une fois de plus la politique s'en mêle. Tout de suite après la fermeture de la maternité de Ville A on a lancé cette chirurgie ambulatoire. Ça a été quand même le lot de consolation, la chirurgie ambulatoire à Ville A »⁴.

Vu l'ensemble des éléments qui viennent d'être présentés, nous réaffirmons que la réorganisation de l'offre de soins mise en place sur le territoire qui intéresse notre étude est

1 Entretien n°2.

2 Entretien n°2.

3 Entretien n°2.

4 Entretien n°4.

une proposition rationnelle, ancrée dans les réalités socio-économiques globales et locales. En effet, à une réponse cohérente avec les enjeux systémiques qui incitent à développer un maillage territorial de l'offre qui s'adapte aux besoins évolutifs de la population, s'ajoute un intérêt évident pour les deux établissements publics de santé à s'intégrer dans cette démarche de coopération. Cette organisation leur assure une pérennité et des perspectives de développement et de croissance, et les positionne également de manière favorable dans le contexte de concurrence avérée avec le secteur privé. Enfin, nous avons pu objectiver que cette réorganisation se déroule en fait depuis une période bien antérieure à nos suppositions initiales et que les intérêts des acteurs et responsables politiques locaux ont fortement orienté la réponse en rendant progressivement impossible l'émergence de toute autre forme d'organisation sanitaire locale.

Conclusion

A l'issue de ce travail, nous sommes en mesure d'apporter une réponse à notre questionnement initial. Dès le début de notre recherche, il nous est apparu évident, de par nos lectures et les premières analyses de nos entretiens, qu'orientations stratégiques tutélaires et enjeux des acteurs se rencontraient pour faire émerger une organisation de l'offre de soins négociée et adaptée au cas par cas. Cependant, la nature de ces interactions ainsi que les rapports de force que nous avons pu constater et analyser ne sont pas ceux que nous avons initialement envisagés.

Pour tenter d'expliquer ces divergences, nous proposons de reprendre chacune des hypothèses formulées en introduction et d'éclairer les éléments qui nous permettent à ce stade de les valider ou de les infirmer.

La première hypothèse que nous avons formulée se concentre sur les personnalités politiques locales et sur le fait que certains de leurs enjeux, la conservation des emplois et de l'offre de soins de proximité principalement, déterminent leur action et leur stratégie d'orientation et de développement de l'offre de soins. Cette hypothèse nous semble très clairement validée car nous avons retrouvé ces deux objectifs dans les enjeux et motivations de Mr X. Cependant, nous avons pu mettre en évidence que l'influence et le réseau de relations d'un élu politique lui confèrent, ou au contraire le privent d'un poids considérable, et poussent l'ensemble des acteurs de la décision publique à prendre en considération ses motivations. Ainsi, Mr X., de par son implication à l'échelon national dans un des grands partis politiques, est un acteur central de la décision car les appuis haut placés dont il bénéficie lui donnent une emprise très large sur l'ensemble des acteurs avec qui il doit négocier. Ceci nous amène à penser, bien qu'il soit difficile de l'objectiver, que la réorganisation sanitaire étudiée aurait pu être très différente si le poste de Mr X. avait été tenu par un autre élu politique ne possédant pas un tel réseau d'influence.

Nous reviendrons ultérieurement sur la deuxième hypothèse pour répondre maintenant à la troisième, qui elle aussi peut être validée par le résultat de notre recherche. En effet, nous avons émis l'idée que des politiques incitatives permettaient l'émergence et l'implémentation de nouveaux modèles organisationnels. Nous pensons tout particulièrement à la chirurgie

ambulatoire, qui serait un schéma permettant le développement de la performance pour les établissements de santé, sur les plans économique et de la qualité des soins. La présentation du courant idéologique actuellement en vigueur, le Nouveau Management Public, et des contraintes économiques qui pèsent sur le secteur de la santé nous ont permis de mettre en évidence que les enjeux de performance sont devenus centraux pour les établissements de santé. La chirurgie ambulatoire est désormais le modèle à suivre et à développer impérativement car, « pratique chirurgicale de référence [qui] représente un enjeu majeur pour la maîtrise des dépenses hospitalières »¹, elle est également vue comme « un véritable saut qualitatif [dû à] une prise en charge centrée sur le patient, efficiente en matière d'organisation et d'utilisation des ressources »². Ces propos tenus par la Cour des comptes, la HAS et l'ANAP nous permettent d'affirmer que les pouvoirs publics ont un rôle majeur dans la définition et la promotion de schémas organisationnels, et que, vue l'implication des établissements de santé dans la mise en application de ces directives et dans l'appropriation du concept de performance, ils ont les leviers nécessaires à leur mise en œuvre.

Au démarrage de notre réflexion, nous pensions que les modes d'action des pouvoirs publics, et ces fameux leviers qu'ils peuvent actionner pour faire appliquer les stratégies nationales, avaient un rôle extrêmement contraignant pour les établissements de santé. C'est d'ailleurs le sens de notre deuxième hypothèse qui stipule que la tutelle, représentée par l'ARS, contractualise avec les établissements de santé afin de promouvoir le développement de l'offre de soins autour des orientations nationales. A l'issue de l'analyse, il nous semble que cette hypothèse n'est pas intégralement validée. En effet, si la contractualisation est une réalité qui s'impose, chaque établissement de santé ayant signé un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) avec la tutelle, le rôle de l'ARS comme pilote de l'organisation sanitaire territoriale peut être questionné. L'ARS nous est apparue comme une agence extrêmement complexe et dont l'objectif affiché de décloisonnement et de pilotage des structures médico-sociales, sociales et sanitaires reste très théorique. En effet, ses missions sont à ce point nombreuses et diversifiées que l'organisation de l'offre de soins n'en représente qu'une petite partie. L'idée que « ni les fusions, ni les directions communes, ni les

1 COUR DES COMPTES. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, titre VIII la chirurgie ambulatoire. [s.l.] : [s.n.], 2013. [en ligne] <http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/La-securite-sociale>. p 245.

2 ANAP, HAS. « Chirurgie ambulatoire, outils d'aide au développement, note d'orientation ». [s.l.] : [s.n.], 2011. P 6.

communautés hospitalières de territoire ne doivent être utilisées dans le seul but de confier aux directeurs d'hôpitaux une partie de la responsabilité des ARS en matière de restructuration de l'offre locale »¹ prend sens à l'étude du terrain. L'ARS semble contrainte dans ses moyens pour assurer le pilotage sanitaire et délègue donc, de manière implicite, une place prépondérante aux acteurs locaux. En ce sens, dans notre cas d'étude, l'ARS, semble ne pas s'être totalement approprié la décision de réorganisation, faisant le choix de valider une offre de soins qui est, de manière globale, conforme aux attentes des pouvoirs publics et aux besoins réels et prévisibles de la population, mais qui n'est en rien innovante.

Bien qu'extrêmement riche d'enseignements et nous ayant permis de trouver des réponses à nos questionnements, ce travail de recherche présente un certain nombre de limites que nous souhaitons préciser.

Tout d'abord, l'étude monographique d'un cas isolé, si elle présente comme nous le pensions en introduction l'intérêt de dégager des grandes tendances, ne permet pas d'envisager la transposition des conclusions défendues. En effet, les relations interpersonnelles qui se nouent entre les acteurs et les réseaux d'influence de ces derniers ont démontré ici leur importance, et nous nous questionnons sur ce qui pourrait se produire au niveau d'un territoire présentant une ARS influente et des acteurs locaux et représentants politiques aux réseaux moins développés. Les conclusions pourraient être toutes autres.

Ensuite, concernant le panel de personnes interrogées, nous ferons deux remarques.

Premièrement, le nombre d'entretiens réalisés est relativement faible, ce qui interpelle sur la représentativité des propos recueillis. Le nombre de personnes en position de décideurs stratégiques sur notre problématique étant relativement faible, il était difficile d'envisager une population d'étude plus large. De plus, de nombreux propos se recoupant sur l'ensemble des thématiques abordées, nous estimons que les faits relatés sont exploitables. Deuxièmement, au niveau du panel en lui-même, nous aurions pu tenter une prise de contact avec la direction régionale de l'ARS afin de compléter notre vision de la tutelle par un discours plus distancié du terrain. De même, nous réitérons le regret de n'avoir pas été en mesure de rencontrer Mr Y., ancien élu politique de Ville B. Cependant, l'ensemble des informations et représentations

1 LALANDE F., SCOTTON C., BOCQUET P-Y., BONNET J-L. « Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ? », rapport IGAS, 2012. P 6.

que nous avons pu obtenir des personnes interrogées sur ce que furent ses idées et motivations convergent et nous font dire que nous aurions vraisemblablement retrouvé une analyse similaire. Et puis, l'aspect concurrentiel étant nettement ressorti comme élément marquant de la réorganisation de l'offre de soins observée, il aurait été intéressant d'obtenir le point de vue de la direction de clinique 1 sur la thématique de notre travail.

Enfin, d'autres limites sont en lien avec notre peu d'expérience dans l'exercice délicat de la conduite d'entretiens semi-directifs. Les personnes rencontrées ont une grande habitude des interviews, une aisance orale et une maîtrise fine d'un sujet qui demeure complexe pour nous. Ces entretiens nous ont donc demandé beaucoup de préparation et une grande concentration pour proposer des relances pertinentes, tenter ainsi de dépasser le discours de façade et avoir accès à des informations porteuses de contradictions et de ressentis individuels.

Pour conclure ce travail, malgré sa complexité et les limites qu'il présente, nous souhaitons mettre en avant le double intérêt qu'il revêt pour nous.

D'une part, le fait d'avoir analysé la réorganisation actuelle de l'offre de soins sur le territoire précis de l'étude nous permet d'avoir identifié et saisi les enjeux actuels de l'établissement de santé dans lequel nous exerçons notre profession. En confiant sans retenue majeure leurs points de vue et contraintes, mais aussi leurs stratégies, DG 1 et DG 2 nous ont facilité la compréhension de ce que signifie actuellement le pilotage d'un établissement de santé. Nous défendons l'idée que notre position de manager au sein de l'institution sera renforcée et légitimée par la réalisation de ce travail, car la connaissance d'un environnement et du sens que prennent certaines décisions permettent un positionnement professionnel contextualisé et adapté.

D'autre part, ce travail nous a permis de dépasser nos représentations. Là où nous imaginions une tutelle toute puissante, nous constatons finalement que les marges de manœuvre se trouveraient plutôt du côté des acteurs de terrain. Ainsi, dans le débat qui a animé notre année de Master pour savoir si l'ARS était une émanation déconcentrée ou décentralisée de l'Etat, notre point de vue s'est quelque peu modifié. A l'idée d'une tutelle déconcentrée pilotant le système sanitaire territorial, nous préférons maintenant l'idée d'un pilotage décentralisé de la santé sous contrôle d'une agence déconcentrée. Cela met un éclairage particulier sur le poids que prennent désormais le territoire et les acteurs qui l'animent, et tend à légitimer que la

dimension bottom-up devient de plus en plus prégnante dans la construction des politiques publiques. Cette idée conforte la montée en puissance du concept de démocratie sanitaire, avec un transfert de compétences des pouvoirs publics vers les usagers et leurs représentants dans la définition et la mise en place de politiques publiques adaptées à des contextes territoriaux précis.

Bibliographie

Ouvrages

BARON A., Dynamiques territoriales de l'action sociale et médico-sociale.PUG, 2010.

BARTOLI A. « Management dans les organisations publiques ». 3e éd.[s.l.] : Dunod, 2009. 405 p. ISBN : 2100526448.

BELORGEY N. L'hôpital sous pression : Enquête sur le nouveau management public. [s.l.] : Editions La Découverte, 2010. 330 p. ISBN : 2707164283.

BOUSSAGUET L., JACQUOT S., RAVINET P. « Dictionnaire des politiques publiques », 4e édition. Édition : 4e édition. Paris : PRESSES DE SCIENCES PO, 2014. 776 p.ISBN : 9782724615500.

BRAS P.-L., TABUTEAU D. « Les assurances maladie ». Édition : 1. Paris : PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE - PUF, 2012. ISBN : 9782130591580.

CATTEAU D. « La LOLF et la modernisation de la gestion publique : La performance, fondement d'un droit public financier rénové ». [s.l.] : Dalloz-Sirey, 2007. 556 p. ISBN : 2247074200.

COLLECTIF, CONTANDRIOPOULOS A.-P., SOUTEYRAND Y. « L'hôpital stratège : Dynamique locale et offre de soins ». Paris : John Libbey Eurotext, 1996. 317 p. ISBN : 9782742001439.

CROZIER M., FRIEDBERG E. L'acteur et le système: Les contraintes de l'action collective. [s.l.] : Seuil, 1992. 500 p. ISBN : 2020182203.

DUBOIS V. « L'action publique », dans COHEN A., LACROIX B., RIUTORT P., Nouveau manuel de science politique. 2009. Edition Broché. 792p. ISBN : 9782707153661. P 311-325.

GAULEJAC V. DE. La Société malade de la gestion : Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social. [s.l.] : Editions du Seuil, 2011. 275 p. ISBN : 202068912X.

GRIMALDI A., PEN C. L. « Où va le système de santé français ? » [s.l.] : Prométhée, 2010. 100 p. ISBN : 2916623078.

HASSENTEUFEL P. « Sociologie politique : l'action publique ». 2e éd.[s.l.] : Armand Colin, 2011. 320 p.ISBN : 2200259999.

PALIER B. « La réforme des systèmes de santé ». 5e éd.[s.l.] : Presses Universitaires de France - PUF, 2010. 128 p. ISBN : 2130580904.

TABUTEAU D. « Démocratie sanitaire ; les nouveaux défis de la politique de santé ». Paris : ODILE JACOB, 2013. 304 p.ISBN : 9782738129932.

Articles

CÉPRÉ L. « Rivalités, territoire et santé : enjeux et constats pour une vraie démocratie sanitaire ». Hérodote [En ligne]. 1 décembre 2011. Vol. n° 143, n°4, p. 65-88.

DELAS A. « L'hôpital public, un nouvel acteur territorial entre aménagement sanitaire et rivalités stratégiques ». Hérodote [En ligne]. 1 décembre 2011. Vol. n° 143, n°4, p. 89-119.

ENGEL F., CAUTERMAN D. M., TAJAHMADY D. A. « Développer la chirurgie ambulatoire: les limites des politiques incitatives ». Gérer et comprendre. 1 décembre 2008. Vol. 94, n°4, p. 14-24.

HUAULT I. « Paul DIMAGGIO et Walter W. POWELL, Des organisations en quête de légitimité ». Les grands auteurs en management. 2008.

LERNOUT T., LEBRUN L., BRÉCHAT P.-H. « Trois générations de schémas régionaux d'organisation sanitaire en quinze années : bilan et perspectives ». Santé Publique [En ligne]. 22 janvier 2008. Vol. Vol. 19, n°6, p. 499-512.

MULLER P. « L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique ». rfsp [En ligne]. 2000. Vol. 50, n°2, p. 189-208.

OLIER L., CHALEIX M., GUILLAUMAT-TAILLIET F. « L'offre de soins en France : évolution et perspectives ». Hors collection. 1 juin 2009. p. 107-113.

RENAUDIN F. Le principe de mutabilité est-il un principe contraignant? [En ligne]. 12 octobre 2009.

SUAREZ C. « Quelle organisation alternative pour le système sanitaire français ? » La Revue de l'Ires. 1 décembre 2008. Vol. n° 59, n°4, p. 41-74.

Textes législatifs

Code de la Sécurité Sociale, version consolidée au 11 juillet 2014.

Journal Officiel du 3 janvier 1971. Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. Page 67.

Journal Officiel n° 303 du 30 décembre 1990. Loi des finances pour 1991 (n° 90-1168 du 29 décembre 1990). Page 16367. NOR : ECOX9000140L.

Journal Officiel n° 179 du 2 août 1991. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Page 10255. NOR : SPSX9000155L.

Journal Officiel n° 304 du 31 décembre 1995. Loi n° 95-1348 du 30 décembre 1995 autorisant le Gouvernement, par application de l'article 38 de la Constitution, à réformer la protection sociale. Page 19097. NOR : TASX9500178L.

Journal Officiel n° 170 du 23 juillet 1996. Loi organique n° 96-646 du 22 juillet 1996 relative aux lois de financement de la sécurité sociale. Page 11103. NOR : TASX9600021L.

Journal Officiel n° 177 du 2 août 2001. Loi n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances. Page 12480/12489. NOR : ECOX0104681L.

Journal Officiel n° 276 du 27 novembre 2004. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Page 20151 texte n°5. NOR : SSANX0400122Z.

Journal Officiel n° 0167 du 22 juillet 2009. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Page 112184. NOR : SASX0822640L.

Journal Officiel n° 206 du 6 septembre 2003. Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation. Page 15391 texte n° 26. NOR : SANX0300081R.

Journal Officiel n° 102 du 3 mai 2005. Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Page 7626 texte n° 15. NOR : SANX0500028R.

Circulaire n° 101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération. NOR : SANH0430122C. Texte non paru au journal officiel.

Circulaire n° DGOS/R5/2011/315 du 1^{er} août 2011 relative au guide de délégation des dotations finançant les aides à la contractualisation NOR : ETSH1121575C.

Rapports

ANAP, HAS. « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire, synthèse et recommandations, tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger, état des lieux et perspectives ». [s.l.] : [s.n.], 2013.

ANAP, HAS. « Chirurgie ambulatoire, outils d'aide au développement, note d'orientation ». [s.l.] : [s.n.], 2011.

BRUANT-BISSON A., CASTEL P., PANEL M.-P. « Evaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé ». [s.l.] : Inspection Générale des Affaires Sociales, 2012.

CALMES G., DEHAINE J.-B., « Fusion juridique des établissements publics de santé, en 2012 : de la théorie à la pratique ». *Réflexions Hospitalières*. mars 2012. n°544.

COUR DES COMPTES. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, titre VIII la chirurgie ambulatoire. [s.l.] : [s.n.], 2013. [en ligne] <http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/La-securite-sociale>.

DOMENGE, M. « La lettre analyses ». [s.l.] : INSEE, 2010.

LALANDE F., SCOTTON C., BOCQUET P.-Y., BONNET J.-L. « Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ? », rapport IGAS, 2012.

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ. « La communauté hospitalière de territoire (CHT) ». avril 2012.

Discours

SARKOZY NICOLAS. « Déclaration de M. Nicolas Sarkozy, Président de la République, sur la réforme de l'hôpital, à Neufchâteau le 17 avril 2008. » [s.l.] : [s.n.], 2008. Disponible sur : < <http://discours.vie-publique.fr/notices/087001207.html> > (consulté le 17 août 2014)

Sites internet

<http://www.légifrance.gouv.fr>

<http://www.ars.sante.fr>

<http://www.social-sante.gouv.fr>

<http://www.wikipedia.fr>

Table des annexes

Annexe 1 : Méthodologie de travail et détails des entretiens réalisés	I
Annexe 2 : Grille d'entretien	IV
Annexe 3 : CPOM	VI
Annexe 4 : Organigramme de l'ARS	XIII

Annexe 1 : Méthodologie de travail et détails des entretiens réalisés

Notre questionnement initial a émergé d'un constat local de recomposition de l'offre de soins. Notre terrain d'enquête a donc, de suite, été borné à ce territoire. Comme présenté en introduction, nous avons dès le début fait le choix de présenter une analyse de ce cas, et de ne pas envisager une étude comparative entre plusieurs territoires. Si ce choix aurait, sans doute, permis d'envisager différentes alternatives et de mettre en évidence différentes stratégies d'acteurs, il nous est apparu comme irréaliste dans les conditions matérielles et de temps que nous pouvions consacrer à ce travail. Cette analyse comparative présenterait, nous pensons, une piste intéressante pour pousser plus loin ce travail.

Dans le but de recueillir des éléments exploitables et nous permettant d'analyser le contexte de la réorganisation étudiée, nous avons cherché à identifier les personnes ayant un rôle de décideur stratégique, mais aussi celles délégataires de l'autorité tutélaire. Notre population d'enquête s'est ainsi étoffée, et la liste des personnes rencontrées et interrogées se définit comme suit :

- Deux professionnels de l'ARS :
 - ARS 1 : membre d'une délégation territoriale de l'ARS d'un département voisin au territoire d'étude, il est en charge de la mission d'inspection des établissements de santé.
 - ARS 2 : inspectrice générale de l'ARS, responsable pour la délégation territoriale du cas d'étude de l'offre de soins hospitalière et ambulatoire, chargée de la prévention et de la promotion de la santé.

- Deux directeurs généraux d'établissement public de santé :
 - DG 1 : bénéficiant du statut de directeur d'hôpital, il est en poste dans un des établissements de santé du cas d'étude, où il assure des missions stratégiques au sein de la direction générale et influe sur les décisions en lien avec le développement des activités de son institution. Il occupe ce poste après avoir eu des missions dans divers services du ministère de la santé et avoir participé à la mise en place des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH).

- DG 2 : bénéficiant du statut de directeur d'hôpital, il est en poste dans un des établissements de santé du cas d'étude, où il assure des missions stratégiques au sein de la direction générale, notamment sur la reconstruction de l'établissement, mais aussi sur le pilotage de la gouvernance interne de l'institution par l'animation des instances.

- Un haut responsable politique : Mr X

Politicien aguerri, en charge de missions stratégiques au sein d'un des principaux partis politiques français, il assure également des fonctions importantes au niveau des collectivités locales, et plus particulièrement d'une des villes d'implantation d'un établissement de santé de notre cas d'étude, Ville A.

- Un médecin responsable du pilotage d'un établissement public de santé : Dr CME

Médecin chef de pôle, ancien président d'une instance de pilotage d'un établissement de santé (la Commission Médicale d'Etablissement), il a participé à la validation des orientations stratégiques d'un des établissements de santé du cas d'étude.

N°	Date	Personne entretenue	Durée de l'entretien	Remarques
1	15/05/2014	ARS 1	72 minutes	Retranscription partielle ; intégrale impossible pour cause de problème d'enregistrement.
2	23/05/2014	Mr X.	20 minutes	Retranscription intégrale.
3	23/05/2014	DG 1	79 minutes	Retranscription intégrale.
4	26/05/2014	ARS 2	75 minutes	Retranscription intégrale.
5	1/07/2014	DG 2	61 minutes	Retranscription intégrale.
6	4/07/2014	Dr CME	28 minutes	N'a pas souhaité être enregistré.

Nous avons initialement souhaité rencontrer Mr Y, ancien responsable politique de Ville B, qui a fortement participé lors de ses mandats à l'orientation de l'organisation actuelle de l'offre de soins. Toutes nos tentatives de prise de contact ont été mises à mal, aussi avons-nous fini par abandonner l'idée de pouvoir l'interroger sur notre sujet de recherche pour nous centrer sur les rendez-vous obtenus. Nous identifions ce manque comme une des limites de notre travail, cette personne ayant eu, pour ce que nous avons pu induire des autres entretiens

réalisés, un rôle central dans le déroulement historique des faits qui ont conduit à la situation actuelle de notre cas d'étude.

Le panel choisi nous a permis de faire s'exprimer les voix de tous les acteurs concernés par notre objet de recherche. Tous se sont montrés intéressés par notre sujet et ont été bienveillants et disponibles à notre égard.

Sur un plan méthodologique, nous avons effectué des entretiens semi-directifs après construction d'une grille d'enquête.

Nous avons procédé, après accord, à l'enregistrement des entretiens. Une seule personne n'a pas souhaité que ses propos soient enregistrés. Tous les autres s'y sont prêtés de bonne grâce, ce qui a permis la retranscription intégrale des entretiens ; hormis pour ARS 1, l'enregistreur s'étant brutalement arrêté au milieu de l'enregistrement.

Nous avons ensuite construit une grille d'analyse afin de dégager les grandes thématiques, les zones d'achoppements et de divergences.

Outre cette source primaire, nous avons également des données de sources secondaires. Elles sont constituées par nos lectures, détaillées dans la bibliographie, mais aussi par notre participation aux différents enseignements dispensés dans le cadre du Master 2 Politiques Publiques de santé à l'IEP de Grenoble. En effet, sous forme d'observation participante, nous avons retiré des idées, pensées et remarques, qui ont fait avancer notre réflexion sur ce travail et nous paraissent à même d'apporter des éclairages pertinents.

Annexe 2 : Grille d'entretien

Demande d'autorisation d'enregistrement.

Présentation de l'objet de recherche.

Pouvez-vous me présenter votre parcours professionnel ?

Depuis quand occupez-vous votre fonction actuelle et pouvez-vous me la détailler ?

Dans le contexte actuel, quels sont les principaux enjeux des établissements de santé ?

Relance sur :

- Le contrôle des dépenses.
- Le développement de l'activité.
- Le concept de performance en santé.
- Le concept de qualité des soins.
- Quelles sont les tensions entre ces dimensions de qualité et d'économie ? Sont-elles compatibles ?

Depuis le plan hôpital 2007 et la réforme de la gouvernance hospitalière, comment décririez-vous l'évolution du pilotage des établissements de santé ?

Relance sur :

- Le pilotage par les instances (place des différents acteurs) : corps médical, politiques locaux dans le conseil de surveillance, place des usagers, ...
- Quel rôle jouent les tutelles ?
- Comment les politiques publiques se déclinent-elles au niveau des établissements de santé ? : le projet d'établissement, la contractualisation par les CPOM, ...
- Quels sont les indicateurs de performance hospitalière et comment sont-ils définis ? : tableaux de bord, CREA, accréditation, ...
- Les coopérations entre les établissements de santé : GCS et CHT, fusion, ...

La mutualisation des plateaux techniques est préconisée dans la réorganisation de l'offre de soins. Comment expliquez-vous la situation paradoxale entre ce qui est attendu par les politiques publiques (et mis en place par les tutelles) et ce que nous constatons sur notre territoire d'étude ?

Relance sur :

- Pourquoi le développement de la chirurgie ambulatoire ? Pourquoi un risque de déséconomies d'échelle en ne mutualisant pas les plateaux techniques ? Pourquoi ne pas avoir développé une logique de filière entre les deux structures ?
- Quels sont les enjeux, opportunités et risques de la fusion des deux établissements de santé ?
- Pourquoi avoir reconstruit un hôpital en centre-ville au lieu d'avoir redéfini un pôle de santé unique entre les deux agglomérations ?
- Qui a décidé ?

Laurent THEVENEAU

Sous la direction de Mme Annick VALETTE

UN EXEMPLE DE REORGANISATION TERRITORIALE DE L'OFFRE DE SOINS

Entre enjeux des tutelles et des acteurs locaux, qui pilote ?

Ce travail se propose d'analyser la dynamique de la définition et de la construction territoriale de l'offre de soins.

En se basant sur l'étude monographique d'un territoire donné, il cherche à mettre en évidence les interactions qui vont se nouer entre les orientations stratégiques des politiques nationales de santé et les enjeux et réalités de terrain.

Entre nécessaire maîtrise des dépenses de santé et impératif d'accessibilité et de qualité des soins, il présente les contraintes actuelles de notre système sanitaire et les modalités de régulation mises en place pour répondre à ces attentes.

Il détaille, d'une part, une logique top-down de pilotage par des agences qui cherchent à implémenter par des politiques incitatives de nouveaux modes de fonctionnement performants, comme la chirurgie ambulatoire. D'autre part, il cherche à objectiver la dynamique contraire, bottom-up, qui positionne les acteurs de terrain et les établissements de santé comme éléments de définition et de régulation de cette offre de soins territoriale.

La rencontre de ces deux dynamiques, étudiée à partir d'une enquête de terrain et à l'aide de la théorie de l'analyse des politiques publiques, met en évidence l'importance des acteurs dans la construction de la décision politique et de l'action publique.

MOTS CLES :

Offre de soins, performance hospitalière, politique publique de santé, action publique, stratégie d'acteurs, territoire sanitaire.