



HAL
open science

La gouvernance interne des établissements publics de santé face à la crise sanitaire de la Covid 19 : enseignements et perspectives : l'exemple du GHT Savoie-Belley

Emmanuel Pierantoni

► **To cite this version:**

Emmanuel Pierantoni. La gouvernance interne des établissements publics de santé face à la crise sanitaire de la Covid 19 : enseignements et perspectives : l'exemple du GHT Savoie-Belley. Science politique. 2021. dumas-03718479

HAL Id: dumas-03718479

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03718479>

Submitted on 6 Oct 2022

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.

Emmanuel PIERANTONI

**LA GOUVERNANCE INTERNE DES
ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE FACE A LA
CRISE SANITAIRE DE LA COVID 19.
ENSEIGNEMENTS ET PERSPECTIVES**

L'exemple du GHT Savoie-Belley

Année 2020-2021

Séminaire : Master politiques publiques de santé

Sous la direction de Annick VALETTE

Emmanuel PIERANTONI

**LA GOUVERNANCE INTERNE DES
ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE FACE A LA
CRISE SANITAIRE DU COVID 19.
ENSEIGNEMENTS ET PERSPECTIVES**

L'exemple du GHT Savoie-Belley

Année 2020-2021

Séminaire : Master politiques publiques de santé

Sous la direction de Annick VALETTE

GLOSSAIRE

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ANDEM : Agence Nationale pour l'évaluation médicale
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS : Agence Régionale de Santé
CH : Centre Hospitalier
CHG : Centre Hospitalier Général
CHR : Centre hospitalier régional
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CHSCT : Comité Hygiène, Sécurité et Conditions de Travail
CHRU : Centres hospitaliers régionaux universitaires
CMC : Commission médicale consultative
CME : Commission Médicale d'Établissement
CMG : Commission Médicale de Groupement
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
DMC : Directeur Médical de Crise
DGF : Dotation Globale de Financement
DDASS : Direction Départementale des Affaires sanitaires et Sociales
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DGS : Direction Générale de la Santé
EPRD : État Prévisionnel de Recettes et de Dépenses
FHF : Fédération Hospitalière de France
GHM : Groupe Homogène de Malades
GHS : Groupe(s) Homogène(s) de Séjour
HAS : Haute Autorité de Santé
HPST Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
MCO : Médecine, Chirurgie et Obstétrique
OQN : Objectif Quantité National
OMS : Organisation Mondiale de la santé
PCME : Président de la Commission Médicale d'Établissement
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
SROS : Schéma régional de l'offre de Soins
SPH : Service Public Hospitalier
SAMU : Services Médicaux d'Assistance Médicale
SMUR : Services Médicaux d'Urgence et de Réanimation
T2A : Tarification à l'Activité

SOMMAIRE

INTRODUCTION	6
PARTIE I : GOUVERNANCE EN « TEMPS DE PAIX » ET « EN TEMPS DE CRISE »	12
Chapitre 1 : La construction de la nouvelle gouvernance dans le système hospitalier public.....	12
Chapitre 2. La gouvernance hospitalière à l'épreuve du Covid 19	35
Chapitre 3. Synthèse de la première partie et hypothèse.....	52
PARTIE 2 : GOUVERNANCE INTERNE ET CRISE SANITAIRE DU COVID 19 : EXEMPLE DU GHT SAVOIE BELLEY	55
Chapitre 1 : Méthodologie.....	55
Chapitre 2 : Analyse des entretiens. La gouvernance structurelle et la gouvernance relationnelle pendant la crise du Covid 19	64
CONCLUSION	95
BIBLIOGRAPHIE	102
TABLE DES ANNEXES	102
Annexe 1 : Guide d'entretien	108
Annexe 2: Retranscription de l'entretien 6	112
TABLE DES MATIERES	123

INTRODUCTION

A partir du début des années 80 l'augmentation des dépenses de santé n'est plus à même d'être compensée par la forte croissance que la France a connue pendant les trente glorieuses. Elles sont la conséquence du progrès, du coût croissant des innovations technologiques en santé et du vieillissement de la population. Les faibles marges de manœuvre conduisent à privilégier la réduction des coûts plutôt que l'augmentation des prélèvements fiscaux et l'accroissement de la dette¹. L'échec du financement à la journée puis de la dotation globale conduisent à proposer un nouveau modèle de tarification à l'activité (T2A) qui devient dès 2007 la source principale des recettes des établissements de santé. Autrefois tenu de ne rendre compte que de ses dépenses, l'hôpital public doit désormais générer des bénéfices et s'attacher à équilibrer son budget.

La réforme du système de financement de la santé s'accompagne d'une révision de son modèle de gestion. Elle s'inscrit dans la continuité du courant néo-libéral qui émerge en Europe à cette même époque en s'inspirant du modèle entrepreneurial privé. L'application des règles du gouvernement d'entreprise aux institutions hospitalières, appelée *corporatization*, doit permettre de concilier dans ce nouveau modèle le contexte économique et technologique, la recherche d'efficience, les équilibres budgétaires et l'amélioration de la qualité des soins.

La notion de gouvernance hospitalière apparaît dès lors dans le discours politique public. Caractérisant le mode de management et le cadre organisationnel souhaitable pour une entreprise, elle vise à formaliser de nouvelles règles afin de garantir une distribution cohérente du pouvoir et de l'autorité entre les différentes parties prenantes tout en assurant la double composante de direction et de contrôle.

La gouvernance interne, ou gouvernance opérationnelle, concerne la régulation des échanges entre les différents acteurs se partageant le pouvoir au sein des établissements de soins tandis que la gouvernance externe concerne les relations entre les autorités de santé et les directions des établissements de soins. Mettre en œuvre cette gouvernance interne suppose d'identifier au préalable la capacité des dirigeants hospitaliers à influencer sur la performance de

¹ LAUDE, Laëtitia. Gouvernance et organisation interne des hôpitaux publics français ». In LOUAZEL Michel et al. *Le management en santé*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2018, Pp 165-78..

leur organisation². Au quotidien elle doit trouver un point d'équilibre délicat visant à assurer la performance globale des hôpitaux alors même qu'elle doit faire face aux objectifs et intentions parfois contradictoires des directions administratives et de la communauté soignante.

Le plan Hôpital 2007 puis la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST) de 2009 posent les bases législatives de ce nouveau modèle de gestion centré sur la responsabilisation de tous les acteurs hospitaliers. Le directoire devient l'instance stratégique de l'établissement. Les pôles d'activité sont créés, regroupant plusieurs unités de soins et dirigés par un médecin chef de pôle à qui le directeur d'établissement délègue une partie de son autorité fonctionnelle. Le directeur quant à lui devient l'unique responsable du pilotage de son établissement. Il reste toutefois largement soumis au contrôle de l'état qui reste le garant du contrôle des dépenses de santé et du pilotage du schéma sanitaire par l'entremise des Agences Régionales de Santé (ARS).

Ainsi la nouvelle gouvernance a vocation à garantir la qualité des soins tout en assumant une responsabilité économique et financière. Ses objectifs doivent être atteints grâce à une centralisation du pouvoir à la fois sur la ressource et sur les activités, lesquelles sont confiées aux acteurs clés de la gouvernance opérationnelle, le directeur d'établissement et le responsable de pôle, sous la supervision de la Commission Médicale d'établissement (CME)³.

Ce renforcement de la régulation budgétaire des dépenses de santé se heurte rapidement à la réticence des acteurs du soin et participe à aggraver le malaise profond que traverse déjà l'hôpital public. Claveranne et al en regroupent les causes autour de plusieurs axes parmi lesquels quatre d'entre eux dénoncent les limites du modèle de la nouvelle gouvernance :

- Un conseil d'administration dénué de rôle stratégique ;
- Un management désuet à tous les niveaux hiérarchiques ;
- Une organisation médicale et administrative en silos qui se fait au détriment de l'efficacité et de la qualité des soins ;
- Une organisation immuable autour d'un modèle unique⁴.

² NOBRE, Thierry. LAMBERT Patrick. *Le management de pôles à l'hôpital*. Paris : Dunod. 2016, 306 p..

³ NOBRE, Thierry. LAMBERT Patrick. *Le management de pôles à l'hôpital*. Paris : Dunod. 2016, 306 p.

⁴ CLAVERANNE, Jean-Pierre, et al. La gouvernance hospitalière à la croisée des chemins. In BRAS, Pierre Louis et al. *Traité d'économie et de gestion de la santé*. 1ère édition. Paris : Presses de Sciences Po, 2009, Pp 447-54.

Les pôles d'activité deviennent le point de convergence d'intérêts antinomiques, entre directeurs soumis à des exigences budgétaires et soignants défendant une approche qualitative de l'offre de soins. La faiblesse des marges de manœuvre des directeurs limite la portée des délégations et de fait le bénéfice attendu par ce management de proximité. La communauté médicale continue quant à elle de dénoncer sa faible implication au sein des instances de la gouvernance opérationnelle, appelant à ne pas confondre représentation institutionnelle et pouvoir de décision. Elle réclame une meilleure médicalisation de la gouvernance, qui nécessiterait selon elle de renforcer les prérogatives de la CME et les attributions de son président (PCME) pour tous les aspects qui concernent la politique et le projet médical des établissements de santé.

Les directeurs déplorent quant à eux l'hypercentralisation de la gouvernance externe par les ARS de région et l'insuffisance de leurs marges de manœuvres au niveau territorial. Le manque d'autonomie des établissements et les fortes contraintes budgétaires, conséquence d'une T2A dont la pertinence est contestable pour une partie de l'offre de soins publics, les exposent à des injonctions médico-économiques contradictoires et à une stigmatisation contre-productive de leur fonction au sein de l'institution.

Ainsi la nouvelle gouvernance qui souhaitait s'appuyer sur le principe de subsidiarité pour mieux réguler les dépenses des établissements de santé se heurte à l'inertie d'un système prisonnier de son fonctionnement centralisé, de sa gestion bureaucratique et de ses structures pluralistes. La plupart des missions ministérielles menées sur le sujet de la gouvernance hospitalière successifs appellent à adapter ou réformer ce modèle.

La crise du Covid-19⁵ qui touche l'Europe et en particulier la France au début de l'année 2020 va submerger le système de soins hospitalier⁶. Dès le mois de mars 2020, les stratégies d'anticipation et d'organisation de la réponse aux catastrophes sanitaires s'avèrent insuffisantes et la dynamique épidémique sature en quelques semaines les moyens capacitaires d'une partie

⁵ Covid est l'acronyme de *corona virus disease*. Selon l'Académie Française les sigles et acronymes ont le genre du nom qui constitue le noyau du syntagme dont ils sont une abréviation. On devrait donc dire *la Covid 19*, puisque le noyau est un équivalent du nom français féminin *maladie*. Mais avant que cet acronyme ne se répande, on a surtout parlé *du corona virus*, groupe qui doit son genre, en raison des principes exposés plus haut, au nom masculin *virus*. Ensuite, par métonymie, on a donné à la maladie le genre de l'agent pathogène qui la provoque. Faute de règle dogmatique clairement établie nous avons donc pris la liberté dans ce travail de retenir le genre masculin pour parler du Covid au principe que son usage était plus largement utilisé que le féminin.

des établissements de santé, amenant les hôpitaux aux limites de leur modèle de gestion habituel⁷.

Autour des cellules de crise, organe central de la réflexion stratégique en situation sanitaire d'exception, une nouvelle organisation se met en place au sein des établissements. Souvent tâtonnante mais n'hésitant pas à s'écarter des circuits de décisions conventionnels, elle se caractérise par l'émergence d'un management intuitif, impliquant à l'unisson tous les acteurs du soin autour d'un objectif clairement identifié : empêcher la submersion de l'offre de soins en France. Administratifs et soignants unissent leurs efforts et montrent qu'ils sont capables de mettre en œuvre la plasticité et l'agilité nécessaires pour faire face aux besoins d'adaptation et d'innovation imposés par la cinétique de diffusion et l'imprévisibilité de cette maladie émergente. L'importance des échelons de proximité, la nécessité de mener une réflexion collective, la liberté de proposer et d'innover participent à la rupture du modèle de gouvernance antérieure au profit d'une organisation plus fluide, plus efficace et plus résiliente.

Dans les suites immédiates de la première vague la communauté soignante dresse un premier bilan de cette crise et un vaste mouvement social appelle à repenser les bases de l'organisation de l'hôpital public. Au-delà des revendications budgétaires et structurelles ces derniers réclament une gouvernance opérationnelle plus participative, la généralisation des délégations de gestion et une valorisation du management de proximité. Les directeurs de leur côté réclament de pouvoir disposer d'une plus grande autonomie de gestion à l'échelon territorial et local, non sans faire part leurs inquiétudes sur le déploiement des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), créés en 2016, et qui cristallisent selon eux la menace d'un renforcement de la centralisation de la gestion du système de santé.

Les accords du Ségur de la santé conclus en juillet 2020 font état d'un « *changement de philosophie* » de la part du gouvernement qui entend la nécessité de réformer le management hospitalier mais ne souhaite pas pour autant réviser les principes de la gouvernance⁸. Bien que proposant un renforcement de l'autonomie des établissements et des GHT, ainsi qu'une remédicalisation de la gouvernance, ces accords suscitent la déception des soignants qui jugent ces mesures insuffisantes et s'inquiètent de l'absence de capitalisation des enseignements de cette première vague épidémique⁹.

⁷ BERGERON, Henri, et al. *Covid-19: une crise organisationnelle*. Paris : Presse de Science Po, 2020, 131 p.

⁸ BEGUIN François. Hôpitaux : des « choix forts », pas la révolution. *Le Monde*, 27 mai 2020.

⁹ DUMEZ, Hervé et al. *Le système hospitalier français dans la crise Covid-19 : réactivité et créativité*. Séminaire Les invités de l'École de Paris - École de Paris du management, 2020

A l'automne 2020, et en plein débat sur les évolutions de la gouvernance des établissements de soins, une seconde vague épidémique submerge de nouveau l'ensemble du territoire et les hôpitaux. Moins intense, mieux anticipée, elle est pourtant vécue avec lassitude et inquiétude par les acteurs du soin qui peinent à percevoir la perspective d'une issue favorable pour l'épidémie et doivent intégrer à présent la double nécessité de devoir gérer la suite de la crise et la continuité des autres soins.

La crise sanitaire du Covid 19, inédite par sa durée et son ampleur, a contraint le système hospitalier à déployer un modèle de gestion pour partie impensé. Le défi de l'adaptation nécessaire pour maintenir l'offre de soin a été possible par la mise en œuvre d'une gouvernance hospitalière informelle qui a pris le pas sur l'organisation en vigueur jusqu'alors. Les acteurs du soin se sont appuyés en partie sur le modèle structurel de gouvernance et y ont apporté instinctivement une dimension relationnelle qui semble avoir été l'élément structurant de la cohésion institutionnelle.

Les conclusions des observations réalisées au cours de la première vague doivent toutefois être pondérées dans une perspective de retour à la normale au vu du contexte unique lié à l'absence de contraintes financières sur le système de soin. Elles convergent toutefois avec certaines analyses antérieures qui soulignaient l'importance de renforcer les délégations, de favoriser la collégialité dans le processus décisionnel et de valoriser le management de proximité. La seconde vague qui voit s'installer une situation plus complexe entre « *routine de crise* » et retour à la normale s'inscrit dans un nouveau contexte et permet de porter un autre regard sur les liens entre le modèle de gouvernance et l'efficacité du pilotage des établissements de santé. Au fil des deux vagues enfin, la délégation du pilotage de la crise par les ARS aux établissements supports des GHT a permis d'observer les attentes de ce modèle de gouvernance territoriale et de s'interroger sur la pertinence de cet échelon.

Ainsi et dès lors que les caractéristiques propres à la crise sanitaire du Covid 19 sont écartées la confrontation du modèle de gouvernance antérieure à celui observé pendant la crise permet de s'interroger sur les évolutions souhaitables de la gouvernance interne.

Au cours de ce travail de recherche nous nous sommes demandé si cette évolution devait tendre à renforcer la dimension relationnelle entre les acteurs de la gouvernance interne ou plutôt s'attacher à réformer leur rôle et leurs prérogatives au sein des instances, tant à l'échelon local qu'à l'échelon territorial.

Dans la première partie de ce mémoire nous aborderons le modèle de gouvernance interne sous deux aspects.

- Le premier est historique et replace la gouvernance des établissements de santé dans la continuité des réformes qui n'ont eu de cesse d'adapter le modèle de l'offre de soins aux évolutions sociétales et technologiques en intégrant les contraintes inhérentes au financement des dépenses de santé ;
- Le second décrit les évolutions de cette même gouvernance au cours de la première vague de la crise sanitaire du Covid 19 puis dans le cadre des réformes législatives qui s'en sont suivies.

Dans une seconde partie nous analyserons une série de dix entretiens qualitatifs semi-dirigés menés auprès d'acteurs hospitaliers, directeurs, médecins et paramédicaux, impliqués dans la gouvernance hospitalière au cours des deux premières vagues de la crise sanitaire du Covid 19 au sein d'un même GHT. Ces entretiens nous ont permis de recueillir leur vision de la dimension structurelle et relationnelle de la gouvernance hospitalière et territoriale avant et pendant la crise sanitaire du Covid 19 et de les interroger sur ses évolutions possibles dans les suites de cette crise.

La synthèse de ces entretiens permettra de tester notre hypothèse qui se demande, à la lumière des enseignements de cette crise, dans quelle mesure une évolution de la dimension relationnelle de la gouvernance pourrait être plus transformatrice qu'une évolution de son cadre structurel.

PARTIE I : GOUVERNANCE EN « TEMPS DE PAIX » ET « EN TEMPS DE CRISE »

Chapitre 1 : La construction de la nouvelle gouvernance dans le système hospitalier public

1.1 Au travers des réformes successives du système de santé le rôle des dirigeants a évolué afin de tendre vers les équilibres souhaités entre le maintien de la qualité de l'offre de soins et la nécessité de maîtriser les dépenses de santé.

L'avènement des grandes lois d'assistance promulguées sous la III^{ème} république pose les bases de l'hôpital moderne. Sous l'impulsion des assurances sociales et du mouvement mutualiste, héritages de l'ère industrielle, apparaît la notion de droit aux soins, et donc d'accès pour tous aux structures sanitaires ¹⁰.

La loi du 21 décembre 1941 dite *Charte hospitalière* consacre juridiquement l'hôpital comme un établissement sanitaire et social. Elle officialise l'idée que le financement des hôpitaux par les assurances sociales n'est plus compatible avec les seuls intérêts des pouvoirs politiques locaux qui dirigent les établissements depuis la Révolution française. La présence d'un État social, à la fois modernisateur et modérateur des dépenses de santé s'impose désormais dans leur gestion.

Les médecins qui ne sont encore que des *visiteurs* qui passent quelques heures par jour à l'hôpital n'en sont pas moins en position de force par rapport à l'administration, et leurs usages ont valeur de règles. Leur importance sociale et morale leur confère un pouvoir discret, fondé sur le savoir et l'expérience qu'eux seuls possèdent ¹¹.

L'organisation médicale moderne se dessine avec une répartition des spécialités par services de soins, dirigés par des médecins-chefs de services. L'article 14 du décret du 17 avril 1943 institue dans les établissements hospitaliers une commission médicale consultative (CMC) présidée par un délégué du conseil de l'ordre des médecins.

¹⁰ SAFON, Marie-Odile. Les réformes hospitalières en France. Aspects historiques et réglementaires. Synthèse documentaire. *IRDES*. 2017. Vol. 57.

¹¹ SCHWEYER, François-Xavier. Une profession de l'État providence, les directeurs d'hôpital. *Revue européenne des sciences sociales*. 2006, n° XLIV-135, Pp 45-60.

En 1958 la *loi Debré* crée le modèle hospitalo-universitaire en rapprochant les CHR des facultés de médecine pour former des Centres Hospitaliers Régionaux Universitaires (CHRU). Imitant le modèle britannique du *full time* mis en place par le *National Health Service* en 1943 les professeurs de médecine, exercent désormais à temps plein et partagent leur exercice entre leurs fonctions hospitalières, universitaires et la recherche¹².

Le directeur voit ses pouvoirs élargis à l'ordonnement des dépenses et à la perception des recettes, pouvoir qui appartenait jusqu'alors au président de la commission administrative, maire de la commune d'implantation de l'établissement. L'apparition d'outils comptables et de techniques administratives traduisent les premières exigences de rationalité d'une société en voie de modernisation et une participation renforcée de l'État dans le pilotage des établissements. L'intégration des médecins à cette nouvelle politique publique de la santé, pourtant justifiée par les évolutions sociales et les progrès techniques de la médecine, bouscule une communauté médicale attachée jusqu'alors à son indépendance et à sa relative autonomie par rapport aux pouvoirs publics¹³.

Au début des années 70 l'essor considérable de l'hôpital public et des dépenses de santé impose de moderniser les établissements pour satisfaire les nouvelles exigences sociales. La loi 70-1318 du 31 décembre 1970 crée le Service Public Hospitalier (SPH) et instaure une carte sanitaire qui doit consolider l'égalité de l'accès aux soins dans le cadre d'une médecine de qualité.

La tension grandissante entre l'évolution des capacités de financement de la Nation et la progression continue des budgets hospitaliers donne à la maîtrise des dépenses de santé un caractère stratégique évident. Le directeur voit ses pouvoirs se renforcer, au détriment des compétences des commissions administratives, devenues conseils d'administration.

Bien que ne disposant que de faibles marges décisionnaires au sein des institutions les médecins hospitaliers, de plus en plus nombreux, restent maîtres de leurs activités et de l'ordonnement des dépenses de santé. Leur influence et leurs allégations d'indépendance, érigées comme gage de la qualité des soins se traduisent en une absence de véritable contrôle externe de l'activité hospitalière qui explique la faiblesse de la régulation publique du secteur

¹² CLEMENT, Jean-Marie. *La nouvelle loi hôpital patients santé territoires analyse, critique et perspectives*. Bordeaux : Les Études hospitalières, 2009, 136 p.

¹³ SAFON, Marie-Odile. Les réformes hospitalières en France. Aspects historiques et réglementaires. Synthèse documentaire. *IRDES*. 2017. Vol. 57.

hospitalier¹⁴. La simple présence de l'État pour l'administration interne des hôpitaux ne suffit pas en tant que telle à maîtriser les dépenses de santé à l'échelon national et doit désormais se construire autour d'une gouvernance définissant plus largement les devoirs et obligations des acteurs du soins.

La loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 opte pour un nouveau modèle de financement qui plafonne désormais les dépenses de l'hôpital à un seuil fixé par une Dotation Budgétaire Globale (DFG). Le recrutement des patients dont dépend l'activité de l'établissement appartient désormais aux médecins tandis que les obligations d'équilibre budgétaire sont du ressort des directeurs d'établissements¹⁵. Cette logique préfigure un système de responsabilisation des acteurs du soins, pourtant encore réticents au renforcement de cette approche économique du modèle de soins hospitalier.

En parallèle le rôle de la communauté médicale dans la gouvernance se précise avec la création des Commissions Médicales d'Établissement (CME) qui remplacent les CMC. Présidée par un médecin (PCME) élu par ses pairs, la CME doit être consultée sur les orientations stratégiques et sur tous les aspects concernant des activités médicales, la qualité des soins et la santé des malades¹⁶.

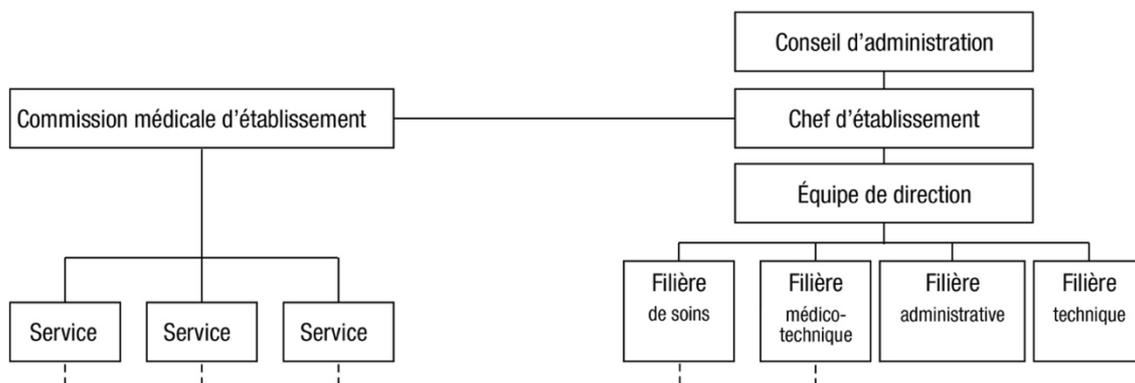


Tableau 1 : La gouvernance interne après la loi de 1983¹⁷

¹⁴ HASSENTEUFEL, Patrick. *Les médecins face à l'État : une comparaison européenne*. Les Paris : Presse de Science Po, 1997, 367 p.
 SCHWEYER, François-Xavier. Une profession de l'État providence, les directeurs d'hôpital. *Revue européenne des sciences sociales*. 2006, n° XLIV-135, Pp 45-60.
¹⁵ CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. *L'hôpital stratège : dynamiques locales et offre de soins*. Paris. John Libbey Eurotext, 1996, 340 p.
¹⁶ SAFON, Marie-Odile. Les réformes hospitalières en France. Aspects historiques et règlementaires. Synthèse documentaire. *IRDES*. 2017. Vol. 57.
¹⁷ HOLCMAN, Robert. *Management hospitalier : manuel de gouvernance et de droit hospitalier*. Malakoff : Dunod, 2017, 992 p.

L'échec du système de la DFG devient pourtant très vite une évidence. La loi Evin-Durieux du 31 juillet 1991 renforce les contraintes sur l'offre sanitaire et pose le principe de l'évaluation, avec l'émergence du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), qui devient un instrument de financement des établissements et apparaît comme une alternative au rationnement de l'offre ¹⁸.

Les pouvoirs hiérarchiques du directeur sont élargis à la nomination du personnel médical et ce dernier s'émancipe un peu plus des contraintes politiques locales, dont la représentation s'amenuise dans les instances hospitalières.

Bien que restant une instance consultative les compétences de la CME sont élargies à la préparation de certains projets de délibérations comme le projet médical et les mesures d'organisation des activités de soins.

L'ordonnance du 25 avril 1996 renforce les mesures proposées par la loi Evin-Durieux en proposant la régionalisation du financement et de l'activité des établissements. Les pouvoirs du préfet sont transférés aux Agences régionales d'Hospitalisation (ARH) qui ont désormais à charge de planifier les investissements et d'allouer les ressources aux établissements.

Au terme de ces réformes successives plusieurs injonctions contradictoires se font face.

L'approche moderniste de la médecine fondée sur l'application de standards internationaux, l'évolution et la spécialisation des pratiques, et enfin le resserrement du cadre juridique autour des pratiques médicales imposent selon la communauté médicale de défendre une approche qualitative et non quantitative du soin, encadrée par les fonctions d'enseignement, de transmission du savoir et une recherche médicale fondamentale et appliquée.

De l'autre côté l'emballlement des dépenses de santé impose à l'état de mettre en œuvre une logique de gestion fondée sur une approche médico-économique et recherchant à rationaliser les dépenses des établissements de soins mais aussi à optimiser leurs recettes.

Pour faire face à cette double nécessité l'approche centralisée de la gestion de la santé qui a marqué la seconde moitié du 20^{ème} siècle s'efface au profit d'une refonte structurelle et

¹⁸ DOMIN, Jean Paul. Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) : de l'indicateur de comptabilité hospitalière au mode de tarification (1982-2012). *Histoire, médecine et santé*, 2013, n° 4, Pp 69-87.

dogmatique de l'organisation du système hospitalier. Elle se fondera sur une double logique de régionalisation et de contractualisation.

1.2 Le plan Hôpital 2007 réforme la gestion du service public hospitalier et introduit le concept de gouvernance hospitalière

1.2.1. L'importance du rôle du dirigeant et des rapports entre les acteurs

Au début des années 80 un courant de pensée se développe autour de la nécessité de réformer le système hiérarchique hospitalier dont le modèle semble avoir vécu. Le concept de gouvernance, réservé jusqu'alors aux sphères financières et entrepreneuriales va envahir la France à compter de la déclaration de politique générale de Jean-Pierre Raffarin le 4 juillet 2002¹⁹. Selon l'ancien ministre de la santé de l'époque, Jean-François Mattei, il s'agit d'un « *pacte de modernité avec l'hospitalisation* » permettant de passer d'une régulation administrée à l'autonomie complète des établissements de soins²⁰.

Le terme de gouvernance est assez flou, mais pourtant assez ancien. Issu du grec *kubernân* (piloter un navire ou un char) qui donnera naissance au verbe latin *gubernare* et à certains termes Français tels que *gouverner* et *gouvernement* le mot de *gouvernance* est employé dès la fin du 13^{ème} siècle comme équivalent de *gouvernement* : art ou manière de gouverner²¹.

Telle qu'elle est appliquée en santé, la gouvernance se prête à différentes interprétations qui l'associent plus largement, au management des établissements. Cette source de confusion se traduit par un défaut d'études portant la question spécifique de la gouvernance hospitalière²². Laude définit la gouvernance comme « *l'ensemble du dispositif qui concerne l'action des dirigeants et des cadres au plan réglementaire et fonctionnel* ». Caractériser la gouvernance ne revient donc pas à décrire la manière dont les dirigeants gouvernent eux-mêmes mais à comprendre l'influence de ces dirigeants sur la performance de l'organisation, ce qui est déterminé par l'importance de leur espace discrétionnaire²³. Dans cette perspective la

¹⁹ CLAVERANNE, Jean-Pierre, et al. La gouvernance hospitalière à la croisée des chemins. In BRAS, Pierre Louis et al. *Traité d'économie et de gestion de la santé*. 1ère édition. Paris : Presses de Sciences Po, 2009, Pp 447-54.

²⁰ DOMIN, Jean-Paul. La nouvelle gouvernance hospitalière : fondements théoriques et applications ». *Colloque de l'économie politique de la gouvernance*, 2005.

²¹ DOMIN, Jean-Paul. La nouvelle gouvernance hospitalière : fondements théoriques et applications ». *Colloque de l'économie politique de la gouvernance*, 2005.

²² LAUDE, Laëtitia. Gouvernance et organisation interne des hôpitaux publics français ». In LOUAZEL Michel et al. *Le management en santé*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2018, Pp 165-78.

²³ BUTTARD, Anne. MARMORAT Sophie. Nouvelle Gouvernance hospitalière : vers une requalification de la performance des établissements publics. *30ème Université d'été de l'IAS : l'IAS, entre risques et éthique*. 2012

performance se construit autour d'une organisation interne et de la capacité du dirigeant à fédérer des intérêts, parfois très distincts, autour d'un objectif commun et la gouvernance décrit le cadre et les règles d'une organisation témoin de relations entre ces différents acteurs^{24 25}.

La réforme de la gouvernance hospitalière s'inspire de deux cadres théoriques, celui du nouveau management public et la théorie de l'agence.

S'inspirant du courant néo-libéral qui émerge au Royaume-Uni dans les années 80, le nouveau management public met en évidence la limite d'un modèle de fonctionnement dit bureaucratique dans les services publics et propose de transposer les méthodes et outils du management de l'entreprise au secteur public afin de redonner des marges de manœuvres aux gestionnaires dans une optique de mieux répondre aux besoins à un moindre coût²⁶.

La théorie de l'agence appliquée à la santé montre quant à elle que les relations socio-économiques entre les intervenants du soin se caractérisent par des asymétries d'informations, l'existence de conflits d'intérêts et des risques liés aux activités économiques dans les relations entre agents²⁷. Ainsi dans un hôpital, le processus décisionnel est influencé par les objectifs, souvent divergents des différentes corporations, directeurs, médecins et paramédicaux, ce qui conduit à des situations d'inefficacité par amenuisement des efforts consentis bilatéralement et à terme à une augmentation des dépenses de santé²⁸.

La nouvelle gouvernance se conçoit dès lors comme un moyen de limiter ces mécanismes au travers d'un système de contrôle et de mise en transparence. Partant de l'hypothèse que ce sont les cloisonnements professionnels et les corporatismes qui sont la cause de cette crise hospitalière, le contrat, visant à responsabiliser tous les acteurs, devient alors le principal moyen de coordonner l'action des agents au sein de l'hôpital. C'est ce contrat qui va lier le directeur à son autorité de tutelle, l'ARS (Contrat pluriannuel d'Objectifs et de Moyens)

CARLI, Pierre. TELION, Caroline. Catastrophe et plan blanc : comment se réorganiser en urgence. *SFAR. Le congrès. Médecins. Conférence d'actualisation*, 2014, p 1-15.

²⁴ NOBRE, Thierry. LAMBERT Patrick. *Le management de pôles à l'hôpital*. Paris : Dunod. 2016, 306 p.

²⁵ LAUDE, Laëtitia. Gouvernance et organisation interne des hôpitaux publics français ». In LOUAZEL Michel et al. *Le management en santé*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2018, Pp 165-78.

²⁶ CLAVERANNE, Jean-Pierre, et al. La gouvernance hospitalière à la croisée des chemins. In BRAS, Pierre Louis et al. *Traité d'économie et de gestion de la santé*. 1ère édition. Paris : Presses de Sciences Po, 2009, Pp 447-54.

²⁷ SEBAI, Jihane. Une analyse théorique de la coordination dans le domaine des soins : application aux systèmes de soins coordonnés. *Revue de Santé Publique*. 2006, 28, n° 2, Pp 223-34.

²⁸ DOMIN, Jean-Paul. La nouvelle gouvernance hospitalière : fondements théoriques et applications ». *Colloque de l'économie politique de la gouvernance*, 2005.

autant que le chef de pôle à son directeur (Contrat de pôle). Afin de pouvoir le mettre en œuvre il sera nécessaire de passer d'une culture d'administration à une culture du management.

Dès lors la gouvernance hospitalière peut être considéré à un double niveau. Le premier s'intéresse aux relations entre les instances dirigeantes et ses parties prenantes extérieures, autorités de tutelles, financeurs, citoyens, universités.... Le second, qualifié de gouvernance interne, analyse la régulation des échanges entre les différents acteurs au sein de l'institution. C'est ce niveau qui sera étudié au cours de ce travail.

1.2.2 La responsabilisation des acteurs du soins est au cœur de la réforme de 2007

En même temps qu'il abroge le principe du financement par un budget global progressivement remplacé par la tarification à l'activité (T2A) le plan de modernisation *Plan Mattei-Hôpital 2007* réforme la gouvernance de l'hôpital et propose de réviser son organisation interne en renforçant l'implication des médecins dans le processus de gestion. « *Souplesse, reconnaissance et responsabilisation* » sont les maîtres mots de cette modernisation.

A ces fins l'Ordonnance n° 2005-406 pose le principe réglementaire du fonctionnement des pôles. Dirigés par des praticiens, ces unités devront avoir une taille suffisante pour être autonomes et responsables et ainsi contribuer à la déconcentration de la gestion. Les pôles devront s'engager dans une démarche de contractualisation interne pour simplifier la gestion quotidienne et assurer la mise en œuvre des objectifs stratégiques de l'établissement.²⁹. Les chefs de pôle bénéficient d'une « *délégation de gestion de la part du directeur* » au travers d'un contrat de pôle qui « *définit les objectifs d'activité, de qualité et financiers, les moyens et les indicateurs de suivi des pôles d'activité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat* (Article L 6145-16 du CSP) ».

La gouvernance est désormais exercée par un conseil exécutif, présidée par le directeur de l'établissement où la communauté médicale est largement représentée. Devenu « patron » ce dernier peut toutefois en théorie s'affranchir des avis d'un conseil d'administration et d'une

²⁹ Communiqué de presse du conseil des ministres du 27 avril 2005 sur la simplification du régime juridique des établissements de santé.

CME dont les rôles se limitent règlementairement à des fonctions de contrôle pour l'une et de consultation pour l'autre.

De manière formelle cette nouvelle organisation hospitalière correspond à la définition de la gouvernance donnée par le *Governance Institute* des hôpitaux américains (2004) : « ensemble de structures et de processus qui définissent les orientations stratégiques de l'organisation (mission, vision, valeurs et objectifs) et les moyens par lesquels les ressources humaines et financières, dont dispose cette organisation, sont allouées et utilisées afin d'atteindre, de la manière la plus efficiente possible, les orientations stratégiques définies. » Le conseil de surveillance élabore une politique, le directeur assisté du directoire la met en musique, l'encadrement et les chefs de pôles jouent la partition³⁰.

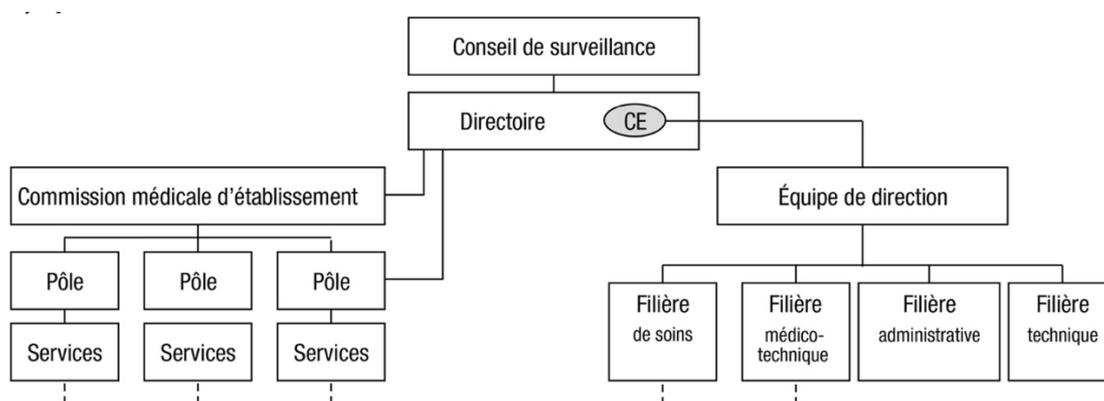


Tableau 2 : La gouvernance interne après la loi de 2007³¹

Ce cadre théorique nécessite toutefois des adaptations pratiques sur le terrain et le sénateur Gérard Larcher, ancien président de la Fédération Hospitalière de France (FHF) est missionné en 2008 afin de faire un ensemble de propositions qui serviront à clarifier et renforcer les dispositions du Plan Hôpital 2007 au travers de la future loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire.

S'il estime que la future réforme doit s'inscrire dans la continuité de la « nouvelle gouvernance » proposée par les ordonnances de 2005 et conserver le principe d'un « pilotage médico-économique » des établissements il note son « caractère inachevé » et constate en

³⁰ CLAVERANNE, Jean-Pierre, et al. La gouvernance hospitalière à la croisée des chemins. In BRAS, Pierre Louis et al. *Traité d'économie et de gestion de la santé*. 1ère édition. Paris : Presses de Sciences Po, 2009, Pp 447-54.

³¹ HOLCMAN, Robert. *Management hospitalier : manuel de gouvernance et de droit hospitalier*. Malakoff : Dunod, 2017, 992 p.

particulier une intégration insuffisante du corps médical dans le management. Conscient du manque d'attractivité que suscite l'hôpital public pour les jeunes praticiens et des difficultés de gestion imposées par le modèle de T2A il propose de continuer à faire évoluer la gouvernance interne afin permettre un « *meilleur exercice par chacun de ses responsabilités* ³²».

Le rapport demandé au Pr Guy Vallancien en 2008 par la ministre de la Santé Roselyne Bachelot conforte dans des termes, parfois provocateurs, les propositions du rapport Larcher. Partant du postulat que « *les divers responsables qui s'affairent dans et autour de l'hôpital n'ont pas les mêmes intérêts* », il dénonce à son tour un système hospitalier entravé par la multiplicité de ses instances et le poids de ses procédures administratives, prisonnier du poids de ses corporations, de l'absence d'une véritable hiérarchie et de l'insuffisance des délégations de gestion dans le processus décisionnel. Conscient que « *...faire travailler ensemble [les différents responsables] relève de l'exploit* » il estime que « *seule une gouvernance affirmée dans son autorité aura des chances de [le] réaliser*³³».

Ces deux rapports mettent enfin en évidence l'insuffisance de la participation des services de l'état et la trop grande influence des municipalités dans le processus décisionnel, dont les intérêts locaux peuvent être contradictoires avec les objectifs financiers des établissements. L'un comme l'autre plaident en faveur d'un renforcement du rôle du directeur, ce qui ne manque pas de susciter l'inquiétude des élus.

Ainsi le plan Hôpital 2007 bouleverse le modèle de gestion administratif qui était organisé depuis cinquante ans autour d'un trinôme représentant l'État, le pouvoir politique local et la communauté médicale. Ce modèle managérial émergent censé mieux prendre en compte des contraintes budgétaires croissantes, montre toutefois des impasses structurelles limitant la possibilité pour l'état de pleinement impliquer les acteurs du soin dans la gestion des hôpitaux.

³² LARCHER, Gérard. Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital. 2008

³³ VALLANCIEN, Guy. Réflexions et propositions sur la gouvernance hospitalière et le poste de président du directoire. 2008

1.2.3 La loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire ou HPST s'inscrit dans la continuité des propositions du plan Hôpital 2007

La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires du 21 juillet 2009, dite loi Bachelot franchit un pas de plus en renforçant les attributions des acteurs de la gouvernance afin de favoriser l'ancrage de l'hôpital dans une indispensable politique de santé territoriale.

Les compétences du directeur sont élargies, pour partie en raison du transfert d'attributions qui appartenaient précédemment aux conseils d'administration. Il est à présent pleinement responsable de la gestion de l'établissement, assisté d'un directoire qui remplace les conseils exécutifs. Pour autant le législateur ne souhaite faire du directeur un autocrate et son modèle managérial repose sur trois principes : la clarté dans la prise de responsabilité, la concertation et la décentralisation de la gestion³⁴.

Devenu conseil de surveillance le rôle de l'ex-conseil d'administration se limite désormais à la définition d'orientations stratégiques et à une mission de contrôle de l'ensemble de l'activité de l'établissement. L'effacement du rôle des élus permet de renforcer le contrôle souhaité de l'état sur les dépenses de santé, et s'inscrit dans une optique de territorialisation de la gestion de la santé, donc supra-communale, qui se concrétise par la création des Communautés Hospitalières de Territoires (CHT). L'hôpital s'insère désormais dans un maillage intercommunal qui répond à une logique sanitaire territoriale.

Chargé de l'élaboration de la stratégie médicale et de la politique de gestion, le directoire devient l'organe central en charge du pilotage stratégique de l'établissement, tant vis à vis des autorités de santé qu'en interne. Sa composition, à majorité soignante, est censée éclairer les décisions du directeur tout en garantissant la prise en compte de l'avis des professionnels de santé pour toutes les décisions qui concernent la vie institutionnelle de l'établissement³⁵.

Le président de la CME devient le *numéro deux* de l'établissement. Il est désormais impliqué aux côtés du directeur dans la gouvernance de l'hôpital sur l'ensemble des sujets, bien que son rôle reste uniquement consultatif.

La loi HPST clarifie le cadre législatif des pôles d'activité afin de renforcer leur légitimité et leur fonction dans la hiérarchie hospitalière. Devenu désormais autant médecin qu'administratif et manager, le chef de pôle est doté d'une autorité fonctionnelle sur les équipes

³⁴ FOURCADE JP. Rapport au Parlement du Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé. *La documentation française*. 2011.

³⁵ ANAP et DHOS. La Loi HPST à l'hôpital : les clés pour comprendre. 2010.

qu'il encadre et a pour mission de mettre en œuvre la politique de gestion votée par le directoire et d'assurer le bon fonctionnement du pôle. Un contrat de pôle définit ses objectifs, leur temporalité et fixe les modalités des délégations de signature accordée par le directeur³⁶.

Sans en renforcer au bout du compte les prérogatives la loi HPST recentre enfin le rôle de la CME sur l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Devenue une simple instance consultative, la CME perd en revanche le droit de se prononcer sur les recrutements médicaux et les finances de l'établissement³⁷.

La loi HPST entend recentrer la gouvernance hospitalière aux mains d'un binôme technico-administratif directeur / président de la CME, étant entendu toutefois que le pouvoir des médecins se limite à un rôle consultatif qui ne peut en définitive empêcher une décision prise par le directeur général. Ainsi l'Etat organise autour d'un décideur unique, le directeur, une gouvernance collégiale et participative, impliquant la communauté médicale dans le management et s'inscrivant dans la continuité d'une logique de responsabilisation du soignant en tant qu'« *ordonnateur principal des dépenses de soins* »³⁸.

Cette transformation de la gouvernance et la mise à l'écart définitive des politiques locales pose la problématique d'un étatismes dont l'omniprésence est pourtant jugée indispensable pour un meilleur contrôle des dépenses de santé, fut-ce au détriment de la confiance accordée aux autres acteurs du soin. La bureaucratisation d'une partie de la fonction médicale ne garantit pourtant en rien l'adhésion du reste de la communauté hospitalière car comme Clément l'affirme « *la bonne gestion hospitalière ne se décrète pas, elle se réalise par la jonction d'une culture forte appartenant à l'entreprise et d'un gestionnaire capable d'adapter au jour le jour les différentes capacités aux impératifs de la satisfaction des besoins au meilleur coût* »³⁹. La réalité se montrera à ce titre plus décevante que ce que la théorie attendait.

³⁶ ANAP et DHOS. La Loi HPST à l'hôpital : les clés pour comprendre. 2010.

³⁷ LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

³⁸ CLEMENT, Jean-Marie. *La nouvelle loi hôpital patients santé territoires analyse, critique et perspectives*. Bordeaux : Les Études hospitalières, 2009, 136 p.

³⁹ CLEMENT, Jean-Marie. *La nouvelle loi hôpital patients santé territoires analyse, critique et perspectives*. Bordeaux : Les Études hospitalières, 2009, 136 p.

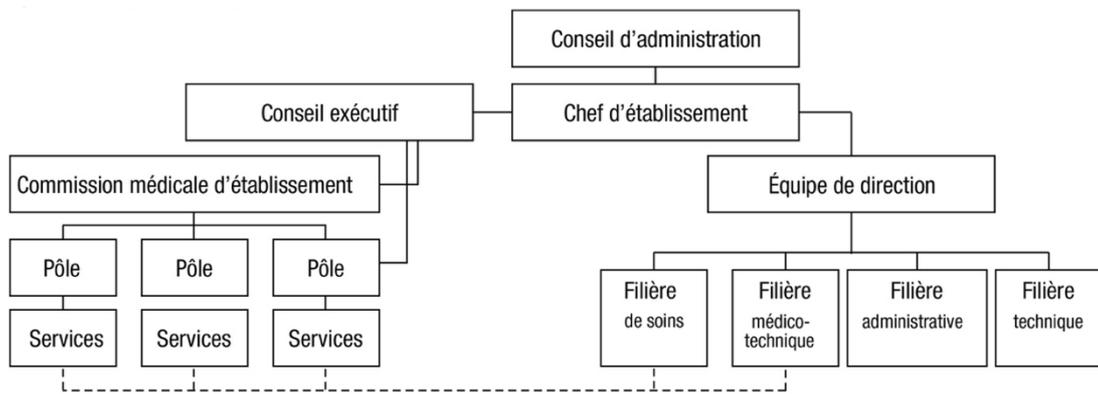


Tableau 2 : La gouvernance interne après la loi HPST de 2009⁴⁰

⁴⁰ HOLCMAN, Robert. *Management hospitalier : manuel de gouvernance et de droit hospitalier*. Malakoff : Dunod, 2017, 992 p.

1.3 Le bilan en demi-teinte de la réforme de la gouvernance met en lumière la complexité et la difficulté de transformer l'organisation du système hospitalier

1.3.1. La construction des pôles d'activité se heurte aux asymétries des espaces d'influences au sein de la nouvelle gouvernance

Les rapports rédigés en 2010 par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) puis en 2011 par le Sénateur Fourcade dressent un bilan décevant du regroupement des services de soins en pôles d'activités.

L'IGAS note que malgré un fort investissement d'acculturation de la communauté soignante « *aux enjeux de gestion, de découpage des pôles et de construction des outils de gestion* » on ne peut que déplorer la « *faible portée opérationnelle réelle de la subsidiarité*⁴¹ ».

Le rapport Fourcade reconnaît à son tour que l'application du principe de subsidiarité est « *très éloigné du mode historique de fonctionnement des hôpitaux* » où « *les affrontements entre logiques institutionnelles et professionnelles [son] traditionnelles*⁴² ». Il constate que les règles de la gouvernance peinent encore à se stabiliser et propose qu'elles subissent « *quelques corrections pour éviter d'être mal vécue par certains élus, médecins hospitaliers ou cadres de santé. Tous souhaitent une lisibilité plus grande de leurs diverses fonctions et la plupart sont à la recherche d'un meilleur équilibre entre le conseil de surveillance, le directoire et la commission médicale d'établissement, équilibre que la généralisation des pôles risque de perturber*⁴³ ».

Les délégations de gestion se sont en effet rapidement heurtées à la méfiance des directeurs. Les motifs avancés alors tournent tous alors autour de l'idée que « *le corps médical n'est pas en mesure de gérer, qu'il ne le souhaite pas, qu'il n'en pas le temps ou pire, qu'il va utiliser ce pouvoir pour s'en servir*⁴⁴ ». Dans un contexte de forte tension budgétaire une trop

⁴¹ ZEGGAR, Hayet, et al. Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé. *IGAS, La Documentation Française*. 2010.

⁴² FOURCADE JP. Rapport au Parlement du Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé. *La documentation française*. 2011.

⁴³ FOURCADE JP. Rapport au Parlement du Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé. *La documentation française*. 2011.

⁴⁴ ZEGGAR, Hayet, et al. Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé. *IGAS, La Documentation Française*. 2010.

forte autonomie de gestion fait craindre le risque de dérapage économique. Peu de directeurs ont à l'époque compris qu'il « *s'agissait de parier sur le transfert de contraintes et l'intérêt à agir des acteurs concernés* », sûrement aussi par crainte de se voir dépossédés de leurs prérogatives⁴⁵.

Par ailleurs la création des pôles a fragilisé le « *service* » ou « *unité fonctionnelle* » renommés « *structure interne* ». Autrefois au centre de l'organisation médicale et soignante le service et son responsable se sont vus dépossédés de tout espace d'influence, tout du moins en théorie. Le manque de communication sur le rôle des pôles a contribué à les décrédibiliser face au service, niveau traditionnel et incontournable d'identification du soignant, de formation, de compagnonnage et de recherche, ce qui a largement contribué à ce que ces derniers peinent à s'identifier à ce nouvel échelon.

La réticence administrative à mettre en œuvre le principe de subsidiarité s'est traduite au final par un défaut d'accompagnement des équipes de pôle par les directions, un partage insuffisant des moyens de pilotage et d'information et un défaut évident de construction des outils de délégation. Ces insuffisances ont conduit à un pilotage aveugle, souvent dénué de sens et source de découragement pour les équipes de pôle. Cette mauvaise reconnaissance de la fonction a déstabilisé de nombreux chefs de pôles en proie à des difficultés face au besoin de concilier leur identité médicale tout en ayant à « *faire de la gestion* »⁴⁶. Ne réussissant à se construire sur une logique médico-économique, le pôle s'est recentré sur une logique médico-soignante, finalement plus en adéquation avec ses marges tolérées de délégation mais fut-ce au détriment de sa mission originelle.

Le rapport Fourcade relève enfin trois changements qui ont fait l'objet de fortes critiques dans la loi HPST: la diminution de la place faite aux collectivités territoriales, le remplacement du conseil d'administration par un conseil de surveillance et le rôle limité de la CME. En ce sens le rapport préconise la nécessité de renforcer le rôle des acteurs de ces instances pour les décisions concernant les orientations stratégiques et financières des établissements⁴⁷.

⁴⁵ NOBRE, Thierry. LAMBERT Patrick. *Le management de pôles à l'hôpital*. Paris : Dunod. 2016, 306 p.

⁴⁶ VALETTE, Annick. BURELLIER Franck. Quand l'habit fait le moine les chefs des pôles hospitaliers : devenir des hydrides « malgré tout »? » *Annales des Mines-Gérer et comprendre*, 2014, ESKA, Pp 4-13.

⁴⁷ FOURCADE JP. Rapport au Parlement du Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé. *La documentation française*. 2011.

Cinq ans plus tard le rapport Domy sur le fonctionnement des pôles en établissement de santé, publié dans le cadre de la préparation du projet de loi sur la modernisation du système de santé de 2016, confirme le constat des missions précédentes. Sans remettre en cause la légitimité du déploiement des pôles il regrette l'insuffisance des contractualisations, « *notamment sur les délégations de gestion et l'intéressement* », le manque de moyens de pilotage pour le suivi de gestion et l'insuffisance de formation des médecins appelés à assurer ces fonctions. Il regrette que le rôle du chef de pôle reste encore largement incompris, ce qui constitue un frein pour la mise en œuvre de leur fonction managériale. Dénonçant le risque de glissement vers une situation de « *balkanisation* » des établissements hospitaliers où le pôle deviendrait une nouvelle strate dans le mille-feuille administratif, le rapport appelle à doter les pôles des moyens et outils nécessaires à leur bon fonctionnement, sans pour autant dénigrer l'importance des services de soins. Le rapport plaide pour un renforcement de la participation des pôles dans le dialogue de gestion qui requiert leur intégration systématique dans les instances de gouvernance, CME mais aussi directoire, et un élargissement de leurs outils de contractualisation incluant des « *objectifs institutionnels* »⁴⁸.

Ainsi les rapports qui se succèdent depuis la loi HPST s'accordent pour constater les insuffisances opérationnelles des pôles d'activité. Le manque de directives clairement définies pour les mettre en œuvre, les insuffisances de la contractualisation interne et de la valorisation des objectifs, le manque de confiance des directeurs et de légitimité des équipes soignantes sont autant de freins qui expliquent que les pôles n'ont pas pu réaliser l'alternative souhaitée dans la gouvernance hospitalière. Confrontés aux mêmes limites qui avaient justifiées leur création, les pôles peinent encore dix ans plus tard à trouver leur place dans un système de soin en proie à son inertie, ses conflits d'influence et sa bureaucratie.

1.3.2 La création des GHT laisse craindre une centralisation territoriale de l'offre de soins au détriment des marges de manœuvre des établissements de proximité

En dépit des insuffisances constatées pour sa mise en œuvre la loi de modernisation du système de santé de 2016, dite *loi Santé*, ne remet pas en cause le modèle de gouvernance

⁴⁸ DOMY, Philippe et al. Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé ». *Rapport des Conférences hospitalières*. 2014

décrété par la loi HPST. Elle réaffirme par ailleurs l'ancrage territorial du système hospitalier en créant les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) qui viennent remplacer les CHT. Le GHT regroupe plusieurs établissements autour d'une logique populationnelle. Ces derniers devront structurer des filières de soins qui tiendront compte du niveau d'équipement des plateaux techniques au sein du territoire. Ainsi l'objectif des GHT s'inscrit dans la double perspective d'optimiser les parcours de soins dans le territoire tout en rationalisant les dépenses de santé ⁴⁹.

Afin de tenir compte des inégalités préexistantes en termes de coopérations territoriales, la loi Santé reste volontairement évasive sur la structuration de la gouvernance des GHT, se limitant à évoquer « *la constitution d'équipes médicales communes et de pôles inter-établissements* ⁵⁰ ». Alors que la communauté soignante dénonce déjà les insuffisances de gouvernance interne, la création d'un échelon sanitaire territorial suscite leur inquiétude. Ils craignent que cette mesure vienne renforcer la portée de l'ingérence étatique et le renforcement d'une centralisation de la gestion des soins au détriment des marges de manœuvre et de la force de proposition du niveau local.

Annoncé par le président de la République Emmanuel Macron en septembre 2018, le futur projet de transformation du système de santé promet de tenir compte des doléances des soignants en valorisant leur implication dans le pilotage des établissements de soins. Le projet affirme la volonté de moderniser le management hospitalier par une « *approche renouvelée de la gestion des ressources humaines hospitalières et de la reconnaissance professionnelle* ». Il propose une nouvelle fois une approche décloisonnée de la gestion opérationnelle des établissements, encourageant la confiance accordée à l'échelon de proximité et renforçant le rôle du management dans l'organisation au travers d'une meilleure reconnaissance de son rôle et de sa compétence. La priorité est de redonner aux services leur rôle de « *collectif* » dans l'organisation des soins et le management des équipes soignantes. Fait nouveau, il introduit un dispositif d'intéressement censé valoriser l'amélioration de la qualité de service, une meilleure prise en compte des compétences en management dans la nomination des responsables médicaux et un accompagnement renforcé des professionnels de santé en situation de management.

⁴⁹ SAFON, Marie-Odile. Les réformes hospitalières en France. Aspects historiques et réglementaires. Synthèse documentaire. IRDES. 2017. Vol. 57.

⁵⁰ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Les principales mesures de la loi Santé. 2017.

Sur le volet de la gouvernance il reconnaît la nécessité de « *mieux prendre en compte les représentants de la communauté médicale dans le fonctionnement des établissements et des GHT* » et propose de doter les GHT d'une véritable CME en charge du pilotage des projets médicaux de territoire. A l'échelon local il affirme la nécessité d'élargir les compétences des CME et d'encourager la participation des médecins au pilotage des hôpitaux. Leur rôle doit être non seulement renforcé sur la prise de décisions structurantes en ce qui concerne la politique médicale, la qualité et la pertinence des soins mais aussi de s'étendre à de nouveaux domaines comme la politique de formation médicale, la gestion prévisionnelle des carrières des praticiens ou le projet social. Cette mise en œuvre requiert de conforter le leadership du PCME⁵¹.

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé *Ma santé 2022* est publiée en juillet 2019. La gouvernance interne ne fait finalement l'objet que d'une brève mention dans l'article 35 qui donne plus de liberté aux hôpitaux de proximité sur l'organisation de la gouvernance en l'ouvrant « *aux acteurs du système de santé du territoire concerné* ». Ces derniers sont désormais libres de choisir de déployer une organisation polaire ou de maintenir une organisation médicale structurée autour des services de soins et des instances de gouvernance habituelles⁵².

L'article 37 s'attache en revanche à renforcer « *la stratégie et la gouvernance médicale au niveau du groupement hospitalier de territoire* ». Elle crée et rend désormais obligatoires les commissions médicales de groupement (CMG) dans chaque GHT et confirme leur rôle attendu dans la mise en œuvre de la stratégie médicale du projet médical de territoire⁵³. L'ancrage territorial des établissements est ainsi conforté au travers la loi *Ma santé 2022* qui entend donner à cet échelon les moyens nécessaires afin qu'il concrétise les objectifs médico-économiques attendus. Il sera appuyé par un comité territorial des élus locaux en charge d'évaluer l'égalité de l'accès aux soins et de se prononcer sur la pertinence du projet médico-social⁵⁴.

Tirant les enseignements de la mise en application de la loi HPST de 2009 la loi *Ma Santé 2022* intègre la nécessité de mener une réflexion approfondie sur le modèle de

⁵¹ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. *Ma santé 2022 : un engagement collectif*. Dossier de presse. 2018.

⁵³ LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

⁵⁴ LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

gouvernance actuel et de chercher à tendre vers un pilotage opérationnel à l'échelon territorial. Pourtant, et bien que ces évolutions fassent l'objet d'un large consensus, la communauté médicale continue de revendiquer l'importance de mieux être impliquée dans la gouvernance locale des établissements. Une enquête menée en 2018 par la conférence des présidents de CME de CH et CH spécialisés (CHS) révèle que 84% des PCME considèrent leur fonction comme « *non attractive* ». Ces derniers expriment le besoin d'une meilleure reconnaissance de leur rôle institutionnel, convaincus que « *ce renforcement [jouera] un rôle positif majeur non seulement sur la stratégie médicale mais aussi sur l'implication institutionnelle des médecins* »⁵⁵. Ce constat va dans le sens des propositions du rapport d'analyse sur la loi de santé 2022 de l'Académie Nationale de Médecine qui propose de transférer au PCME la « *responsabilité et la signature des questions médicales* » et de mettre ainsi en place une gouvernance partagée en binôme entre un directeur administratif et un directeur médical dans les CHR, associé à un directeur universitaire dans les CHRU, non sans rappeler, pour mémoire, que « *c'est pour garantir une pluridisciplinarité effective qu'il fut décidé en 1945 de confier la direction des Centres de lutte contre le cancer à un médecin, (...) et qu'au sein d'un hôpital militaire, c'est le médecin-chef qui détermine le choix des investissements en tenant compte des besoins des chefs de service et des limites budgétaires* »⁵⁶.

Les évolutions de la gouvernance des GHT s'appuie sur le constat des insuffisances de la gouvernance interne des établissements. La plus grande implication des médecins et des paramédicaux dans la représentation institutionnelle territoriale intègre l'importance du dialogue de gestion en tant que composante du pilotage médico-économique.

Toutefois leur déploiement est très inégal selon les territoires. Par ailleurs chaque établissement reste responsable de son bilan comptable devant les autorités de santé. Dans le contexte de tension budgétaire et de pénurie des ressources humaines, la construction des GHT se heurte donc à la crainte d'un contrôle accru par les établissements pivots du GHT des établissements de proximité. La nécessité de maintenir l'influence d'une gouvernance locale apparaît alors comme une alternative pour défendre les besoins en santé des bassins de population.

⁵⁵ NAYRAC, Clémence. Les présidents de CME demandent plus de reconnaissance pour leur rôle institutionnel ». *Hospimédia*, 24 octobre 2019.

⁵⁶ BERTRAND, D, et al. Analyse du plan « Ma Santé 2022, un engagement collectif » et propositions de l'Académie nationale de médecine. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine* 2019. 203, n° 5, pp 245-51.

1.3.3 Les directeurs expriment leurs craintes quant au renforcement des responsabilités de la communauté médicales au sein de la gouvernance

Alors que les ARH exerçaient une administration de missions, les ARS, créées par la loi HPST, exercent désormais une administration de gestion qui s'inscrit dans un continuum reliant le ministère de la santé au chef de pôle. Nommé et évalué par le ministère, le rôle du directeur général de l'ARS (DG ARS) devient assimilable à celui d'un *préfet sanitaire*, sous le seul contrôle local d'un conseil de surveillance présidé par le préfet de région⁵⁷.

Les directeurs d'établissements hospitaliers se retrouvent désormais doublement contraint par les injonctions d'un DG ARS, centrées sur la rationalisation des dépenses de santé, et d'un directoire revendiquant la nécessité de maintenir une offre et une qualité des soins pérennes. Alors que dans un schéma idéal l'application du principe de subsidiarité aurait dû conduire les directions fonctionnelles à se positionner principalement en prestataires de service au bénéfice des équipes de pôle le renforcement du contrôle de l'état a limité les marges d'autonomie des directions générales et donc la souplesse nécessaire pour pouvoir créer des espaces de coopérations et de dialogues internes au sein des établissements⁵⁸.

A l'instar des revendications de la communauté médicale les réformes engagées dans le cadre de la création des GHT suscitent de plus la crainte des directeurs d'établissement. En décembre 2019 leurs syndicats alertent la Ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzyn sur le risque de paralysie de la gouvernance territoriale à l'issue de la réforme des missions des CMG. Ces derniers craignent l'apparition d'un droit de blocage dans les processus décisionnels qui risquerait de compromettre la mise en œuvre souhaitée des GHT. Ils appellent à mener une réflexion plus approfondie afin de résister aux « *sollicitations catégorielles pour ne retenir que ce qui permet un fonctionnement fluide et cohérent, un management participatif qui ne puisse être bloqué et un équilibre des responsabilités qui respecte les compétences des représentants légaux des établissements publics de santé* »⁵⁹. Argumentant qu'il est « *illusoire de croire qu'en changeant le mode de direction il n'y aura plus de contraintes* » ils mettent en garde les pouvoirs publics sur le danger d'une stigmatisation des soignants sur les directions hospitalières à la recherche d'un coupable sur les dysfonctionnements du système hospitalier qui conduit

⁵⁷ CLEMENT, Jean-Marie. *La nouvelle loi hôpital patients santé territoires analyse, critique et perspectives*. Bordeaux : Les Études hospitalières, 2009, 136 p.

⁵⁸ FOURCADE JP. Rapport au Parlement du Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé. *La documentation française*. 2011

⁵⁹ ROBILLARD, Jérôme. Les syndicats de directeurs sont inquiets sur la gouvernance médicalisée des GHT. *Hospimédia*, 23 décembre 2019.

selon eux à un « *manager bashing* » non justifié⁶⁰. Réformer l'organisation nécessiterait alors de sortir du modèle originel de la loi HPST basée sur le new public management et de la T2A⁶¹.

Ainsi l'approche des directeurs s'inscrit dans une dynamique globale appelant à redéfinir au préalable les missions du service public hospitalier pour lesquelles la recherche de plus de « *marges de manœuvre* » au sein des établissements deviendrait le levier à obtenir afin de conduire le changement attendu. En ce sens ils proposent de confier le pilotage opérationnel des établissements et des GHT aux directions territoriales, ce qui nécessiterait que les établissements, mais aussi les ARS départementales, disposent d'une plus grande autonomie organisationnelle et budgétaire.

⁶⁰ QUEQUINIER, Thomas. GOEMINNE Jérôme, président du SMPS "Nous défendons une gouvernance en quatuor apaisée entre directeurs et manager médical". *Hospimédia*, 6 novembre 2020.

⁶¹ QUEQUINIER, Thomas. Les directeurs d'hôpital défendent le sérieux de leur gouvernance face au Covid-19. *Hospimédia*, 19 mai 2020.

1.4. La réforme structurelle de la gouvernance ne suffit pas en tant que telle à conduire le changement souhaité de la gestion du système hospitalier

Les réformes de la gouvernance du système de santé sont complexes et difficiles à intégrer dans leur globalité, en particulier pour les soignants, peu enclins jusqu'alors à se soucier des problématiques de gestion et d'efficacité économique. La volonté du législateur de donner la capacité à tous les acteurs d'exercer leurs responsabilités finit par les confronter aux ambiguïtés d'un équilibre aussi souhaité que précaire entre planification, optimisation du budget et maintien d'une qualité des soins. La difficulté rencontrée pour déconstruire le modèle bureaucratique et l'existence de structures pluralistes dans un contexte de tension budgétaire a conduit à une fragmentation horizontale qui s'inscrit dans une logique corporatiste. Malgré des tentatives de transversalisation des tâches, la difficulté de concilier une approche commune de la performance et de la qualité des soins a abouti à une « *fragmentation verticale* » du management où le directeur est devenu l'exécutant des injonctions d'un État seul gestionnaire⁶².

Ainsi l'utopie d'un changement du système de gestion qui souhaitait être conduit par la seule réforme de la gouvernance trouve ses limites face à un hôpital prisonnier de son fonctionnement en « silos ». Claveranne et al. parlent d'une « *conjonction des contraires, dans un lieu qui touche au sacré, (qui) fait de l'hôpital une organisation originale dans l'espace des entreprises et des organisations*⁶³ » et affirment que la conduite d'un changement efficace requiert de dépasser le cadre rigide d'une gouvernance identique pour tous et de mener au sein de chaque établissement une réflexion sur les difficultés de faire ensemble, les manques à combler, les faiblesses à éradiquer et les forces à développer⁶⁴. Cette plasticité souhaitable suppose de sanctuariser au préalable les principes de responsabilisation et de subsidiarité et de limiter l'ingérence excessive des autorités de santé dans le pilotage opérationnel des établissements de santé.

La pandémie du Covid 19 qui déferle sur l'Europe au cours de l'hiver 2020 va bouleverser l'organisation du système de soin. La lente dérive de la perception de la menace

⁶² OLIVAUX, Marc. Les changements à l'hôpital public. In ESPAGNO LABADIE Delphine et al. *Fonction(s) publique(s) : le défi du changement*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2018, Pp 41-48.

⁶³ CLAVERANNE, Jean-Pierre, et al. La gouvernance hospitalière à la croisée des chemins. In BRAS, Pierre Louis et al. *Traité d'économie et de gestion de la santé*. 1ère édition. Paris : Presses de Sciences Po, 2009, Pp 447-54.

⁶⁴ CLAVERANNE, Jean-Pierre, et al. La gouvernance hospitalière à la croisée des chemins. In BRAS, Pierre Louis et al. *Traité d'économie et de gestion de la santé*. 1ère édition. Paris : Presses de Sciences Po, 2009, Pp 447-54.

pandémique par les gouvernements successifs et la sous-estimation des signaux d'alerte au début de l'année 2020 vont conduire le système de santé vers une crise organisationnelle déstructurante. Confrontés au risque de saturation de leurs moyens capacitaires les établissements hospitaliers vont alors déployer un management de crise intuitif centré sur l'efficacité des coopérations et l'optimisation des processus décisionnels. Dans l'urgence une nouvelle gouvernance va émerger, centrée sur un objectif dont la force viendra de l'unanimité qu'il suscite : empêcher l'effondrement de l'offre de soins En France.

Chapitre 2. La gouvernance hospitalière à l'épreuve du Covid 19

2.1 Par son ampleur la crise sanitaire du Covid 19 a exposé le système de soin à un risque inédit de saturation de ses capacités d'accueil

2.1.1 La culture de la crise sanitaire était jusqu'alors centrée sur la planification et l'anticipation plus que sur le problème de la gestion

A l'échelon hospitalier la catastrophe sanitaire est longtemps restée en France un espace de réflexion confiné. La prise en charge des accidents catastrophiques a effets limités, des accidents routiers et domestiques pour la plupart, mobilisaient des moyens médicaux pré-hospitaliers, sous l'égide des services d'incendie et de secours. Ce dispositif a longtemps été considéré comme satisfaisant puisque la protection de l'hôpital était effectuée en amont. Cependant, plusieurs exemples Français et internationaux ont montré que l'hôpital n'était pas à l'abri d'un afflux de victimes malgré une organisation préhospitalière performante. La nécessité d'un plan d'accueil de nombreuses victimes à l'hôpital est devenue une évidence après l'accident du stade de Furiani à Bastia en 1982, et s'est confirmée après l'explosion de l'usine AZF à Toulouse en 2001⁶⁵. Au cours des années 2000 la typologie et la cinétique des crises sanitaires se modifie dans un environnement de plus en plus mondialisé. Les déplacements intercontinentaux deviennent des vecteurs de diffusion rapide, comme ce fut le cas pour la grippe H5N1 ou le SRAS en 2003. Un premier plan « pandémie grippale » est élaboré en 2004 et sera à de maintes reprises déclenché face à des menaces biologiques émergentes (H5N1, H1N1, MERS-CoV)⁶⁶.

Dans la continuité de la loi de modernisation de la sécurité civile de 2004, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique donne un fondement législatif à l'organisation des établissements de santé en situation de crise. Il revient dès lors à tout établissement de santé de disposer d'un « plan blanc » lui « *permettant de mobiliser immédiatement les moyens dont*

⁶⁵ CARLI, Pierre. TELION. Caroline. Catastrophe et plan blanc : comment se réorganiser en urgence. *SFAR. Le congrès. Médecins. Conférence d'actualisation*, 2014, p 1-15.

⁶⁶ BERGERON, Henri, et al. *Covid-19: une crise organisationnelle*. Paris : Presse de Science Po, 2020, 131 p.

il dispose pour faire face à une situation d'urgence sanitaire⁶⁷ ». Faisant l'objet d'un guide méthodologique, le Ministre de la Santé et des Solidarités Xavier Bertrand y rappelle dans son préambule la nécessité de développer des dispositifs de coopération en amont de la crise elle-même : « La réponse à apporter à des situations graves de dysfonctionnement, qui ne sont pas nécessairement des crises exceptionnelles (...), n'implique pas de déclencher systématiquement un plan blanc. Pour prévenir ou pallier ces difficultés, ce sont des réponses pérennes, sur le long terme, qui doivent être mises en œuvre dans la concertation. Cela nécessite une organisation qui doit être anticipée et adaptée aux différentes éventualités, tenant compte des problèmes quotidiens ⁶⁸ ».

La sémantique utilisée dans le guide reste pourtant très centrée sur la planification et l'anticipation : contrôler la situation, éviter l'improvisation ou la perte de temps, gérer le stress pour limiter les erreurs d'analyse. Les fonctions de relation qui lient les acteurs de la gestion de crise se limitent à la nécessité d'instaurer un « dialogue », de réserver un « meilleur accueil aux avis divergents » et à percevoir les « signaux faibles qui peuvent émaner de personnes simplement plus attentives que d'autres⁶⁹ ».

Cette approche n'intègre pourtant qu'insuffisamment les retours d'expérience du terrain qui mettent en évidence la nécessité et la difficulté extrême à construire des canaux de communication efficaces et évolutifs en temps réel. La gestion de crise doit certes être anticipée dans la mesure du possible par la planification et l'entraînement, mais tout en ayant conscience qu'elle surprendra toujours par son caractère imprévisible et protéiforme. Réduire la gestion de crise à une « simple » stratégie de planification conduit à une acculturation centrée sur la production d'un « univers cartographié », qui expose au risque de conflit entre la situation exceptionnelle et son échappement par le même plan qui était censée la contenir ⁷⁰. Concevoir la gestion de crise requiert donc de s'interroger sur la capacité de l'individu et du collectif à s'engager dans la construction résiliente de solutions impensées, ce que Lagadec résume dans deux exigences : « se préparer à être surpris » et « s'entraîner à être créatif ». Dans cette logique Borraz met en garde sur le fait que « la coopération et la coordination demeurent le

⁶⁷ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles. 2019.

⁶⁸ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles. 2019.

⁶⁹ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles. 2019.

⁷⁰ LAGADEC, Patrick. *Un petit ébranlement peut avoir raison du système : autour de la pandémie grippale*. Espace éthique. Région Ile-de-France. 2020. Disponible sur <https://www.espace-ethique.org/ressources/entretien/un-petit-ebblement-peut-avoir-raison-du-systeme-autour-de-la-pandemie>

maillon faible – le « peu-pensé » – des dispositifs organisationnels, en particulier de ceux en charge de la préparation et de la gestion des situations de crise ⁷¹».

L'émergence de risques inconnus jusqu'alors (canicule de 2003), la récurrence des menaces biologiques émergente (Ébola, MERS-CoV, Zika) et surtout la menace fondamentaliste (tueries de Toulouse et de Montauban en 2012, attentats de Paris en 2015), orientent la doctrine sanitaire vers la définition de stratégies générales de réponse. Il apparaît nécessaire d'être en capacité de coordonner toutes les composantes de l'offre de soins (hospitalière, libérale, médico-sociale) en cas de situation sanitaire exceptionnelle. La planification de la réponse sanitaire de crise appartient désormais aux ARS régionale qui ont pour mission de coordonner la mise en œuvre d'une réponse régional ou zonale (Plan zonal de mobilisation) se déclinant en un niveau départemental (Plan Départemental de Mobilisation) puis local (Plan de mobilisation interne et plan blanc). À ces fins, est mis en place le dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles dit *dispositif ORSAN* qui prédéfinit et structure les parcours de soins des patients selon le type d'évènement ainsi que les modalités de la coordination de crise entre les acteurs concernés. Élaboré à partir du Projet Régional de Santé et des principaux scénarios auxquels le système de santé peut être confronté, il comprend 5 volets :

- Accueil massif de victimes non contaminées (ORSAN AMAVI) ;
- Prise en charge de nombreux patients suite à un phénomène climatique (ORSAN CLIM) ;
- Gestion d'une épidémie ou pandémie sur le territoire national, pouvant comprendre l'organisation d'une campagne de vaccination exceptionnelle par le système de santé (ORSAN EPI-VAC) ;
- Prise en charge d'un risque biologique connu ou émergent (ORSAN BIO) ;
- Prise en charge d'un risque NRC (ORSAN NRC)⁷².

Cette doctrine de planification n'empêche pas l'appauvrissement de la crédibilité de la menace épidémique et des moyens affectés. Bergeron l'explique pour l'essentiel par un phénomène de « *dérive organisationnelle* », conséquence de négligences bureaucratiques, d'une tunnelisation des menaces sur le risque terroriste et de restrictions sur les budgets alloués à la gestion de crise dans les suites de la crise médiatique de la grippe H1N1. Dans un système

⁷¹ BERGERON, Henri, et al. *Covid-19: une crise organisationnelle*. Paris : Presse de Science Po, 2020, 131 p.

⁷² MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES. Aide à l'organisation de l'offre de soins en situations sanitaires exceptionnelles : guide méthodologique. 2014.

qui se considère globalement comme acquis ce glissement finit par développer un sentiment indu de préparation pour mieux légitimer les options retenues.

Cet excès de certitudes sur les capacités de réaction du système de soins face aux crises sanitaires contribuera à la sidération initiale d'un système de santé incapable de maîtriser la cinétique épidémique. Les insuffisances des stocks stratégiques de masques de protection seront alors les premières conséquences de la régression de la conscience du risque de crise sanitaire lorsque débutera la première vague épidémique⁷³

2.1.2 La globalité de la crise sanitaire du Covid 19 marque une rupture avec les crises sanitaires antérieures

Le SARS-Cov-2 (Coronavirus) aurait émergé entre octobre et décembre 2019. Le premier cas mondial est officiellement signalé dans la province de Hubei en Chine Centrale le 17 novembre par des médecins chinois. Les trois premiers cas officiels d'importation sont identifiés en France le 24 janvier. Le premier décès survient le 14 février. Olivier Véran, ministre de la Santé et des Solidarités déclenche alors le plan de réaction à la pandémie, qui repose sur la déclinaison du volet BIO du schéma ORSAN.

Au début de l'année 2020 les prévisions des épidémiologistes s'accordent toutes sur l'importance d'un risque pandémique risquant de conduire à un dépassement des capacités d'accueil hospitalière. Pour autant les experts et les pouvoirs publics rechignent à considérer les signaux pourtant de moins en moins faibles de la montée en puissance de la menace sanitaire et se contentent d'adopter la posture de vigilance souhaitée par le dispositif ORSAN REB (Risque Émergent Biologique) sans pour autant pré-activer les dispositifs de crise prévus⁷⁴.

Début mars, l'OMS estime le 11 mars que le Covid 19 peut être qualifiée de pandémie⁷⁵. L'Europe occidentale devient le nouvel épice de l'épidémie et appelle ses dirigeants à mettre en œuvre une réponse agile avec davantage de vélocité pour faire face à la virulence du

⁷³ BERGERON, Henri, et al. *Covid-19: une crise organisationnelle*. Paris : Presse de Science Po, 2020, 131 p.

⁷⁴ BARRO, Kathia, MALONE Antoine, MOKEDE Alexandre, CHEVANCE Cécile. Management of the COVID-19 epidemic by public health establishments—Analysis by the Fédération Hospitalière de France. *Journal of visceral surgery*. 2020, 157, n° 3, pp 19-23.

⁷⁵ OMS. COVID-19 – Chronologie de l'action de l'OMS. 2020. Disponible sur <https://www.who.int/fr/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>

Covid 19 qui laisse craindre la possibilité d'un scénario de rupture globale des systèmes de santé par saturation des capacités d'hospitalisation et de réanimation⁷⁶.

La crise du Covid 19 se distingue des crises sanitaires antérieures sur deux aspects :

- L'inconnue liée à l'émergence d'un virus dont les caractéristiques épidémiologiques ne ressemblent que peu à celle des épidémies antérieures de Coronavirus (SRAS, MERS-CoV) ;
- Sa complexité inhérente à son risque rapide de globalisation qui nécessite de repenser l'organisation du système de santé autour d'un objet unique, l'humain, et d'un objectif, structurer une approche de flux en dépassant la simple logique du patient⁷⁷.

L'imminence de la saturation des moyens capacitaires hospitaliers oblige le gouvernement à adopter en urgence un ensemble de mesures inédites. Fait unique dans l'histoire sanitaire Française, le ministre de la Santé Olivier Véran demande le 12 mars que tous les établissements de soins activent leurs plans blancs. C'est cet ordre qui engage le mouvement de déprogrammation massive visant à préserver les capacités de réanimation⁷⁸.

Le 14 mars le stade trois de l'épidémie est décrété et s'accompagne de la fermeture des lieux publics non indispensables à la vie du pays. Le 17 mars le Président de la République Emmanuel Macron annonce lors d'une allocution télévisée et avec une solennité martiale, « nous sommes en guerre », la mise en place d'un confinement total concernant l'ensemble du territoire. Il durera au total 8 semaines⁷⁹.

La structuration de la chaîne de décision s'organise autour des cellules de crises et la nomination d'un Directeur Médical de Crise (DMC) est décrété dans la plupart des établissements.

Le concept de DMC a été développé dans les suites des attentats de Paris où les retours d'expérience avaient identifié la nécessité de nommer un médecin en charge de la coordination

⁷⁶ DIEMER, Arnaud. Modéliser le COVID-19, défis et perspectives. *Revue Francophone du Développement Durable*. 2020, 15, pp 1-65.

⁷⁷ LAGADEC, Patrick. La crise du Covid 19- *L'urgence de l'invention - Contribution au retour d'expérience et au travail d'enquête*. 2020. Disponible sur <http://www.patricklagadec.net/fr/notes.htm>.

⁷⁸ BARRO, Kathia, et al. Management of the COVID-19 epidemic by public health establishments—Analysis by the Fédération Hospitalière de France. *Journal of visceral surgery*. 2020, 157, n° 3, pp 19-23.

⁷⁹ LEMARIE Alexandre. PIETRALUNGA Cédric. Macron sonne la mobilisation générale. *Le Monde*, 18 mars 2020.

des parcours des patients au sein des établissements⁸⁰. Ce médecin, préalablement identifié, reconnu pour son expertise et son « leadership », formé à l'exercice particulier de ces fonctions, a vocation à être le conseiller médical du directeur général en temps de crise.

La cellule de crise est placée sous l'autorité du directeur de l'établissement de santé et représente l'instance stratégique en temps de crise. Autour du binôme directeur / DMC elle assure au minimum une double fonction de décision et de coordination, et selon le contexte, organise toutes les fonctionnalités permettant d'assurer la continuité des soins (prise en charge médicale, suivi des victimes et des familles, fonctions supports, communication, sécurité) jusqu'au retour à un fonctionnement normal⁸¹.

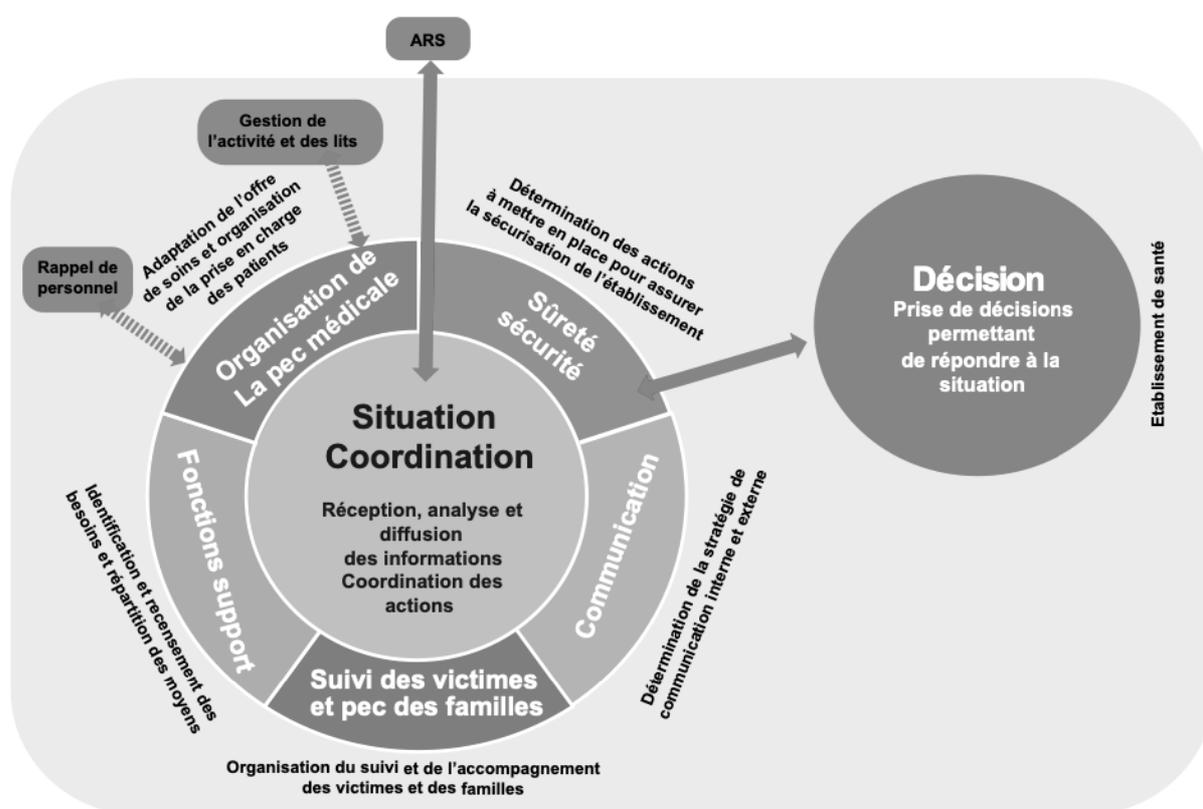


Tableau 4 : organisation d'une cellule de crise hospitalière⁸²

⁸⁰ RIOU Bruno et al. Retour d'expérience sur la direction médicale de crise à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris pendant la crise Covid-19. *Annales françaises de médecine d'urgence*. 2020, 10, n° 4-5, Pp 340-49.

⁸¹ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles. 2019.

⁸² MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles. 2019.

Pour les établissements non encore impactés par l'arrivée massive de patients contaminés le premier enjeu de la crise est avant tout d'ordre logistique, problématique pourtant largement impensée dans la stratégie de planification⁸³ :

- Les hôpitaux doivent mettre en œuvre une double circulation permettant de gérer séparément les flux de patients contaminés par le coronavirus et à risque de contaminer un second flux de patients non-Covid, tout en assurant une protection optimale des personnels soignants⁸⁴.
- Les autorités de santé doivent assurer la continuité des chaînes d'approvisionnement en masques puis rapidement en équipements de protection individuels, alors que les stocks stratégiques de l'état s'avèrent insuffisants pour couvrir les besoins des établissements.

La multiplicité des requêtes, complexifiées par les injonctions permanentes et parfois erratiques des autorités de santé, et l'insuffisance des moyens sanitaires territoriaux dépassent rapidement les capacités des cellules de crise, conceptualisées pour gérer des catastrophes limitées dans le temps. Elles s'avèrent rapidement d'une faible utilité face à la crise si ce n'est pour organiser la stratégie de déprogrammation des activités et libérer les personnels de leurs activités habituelles en vue de les réaffecter sur des tâches en lien avec la crise épidémique⁸⁵.

Dès lors le système hospitalier va devoir dépasser ses logiques organisationnelles, ce qui selon Anton requiert un alignement stratégique complexe à mettre en œuvre rassemblant « *les parties prenantes à différents champs d'expertises (administratifs, logistiques, techniques et cliniques) pour gérer les infrastructures, les processus, le personnel et les patients* »⁸⁶. Autour d'un binôme directeur / DMC le management doit alors se repenser en marge de son organisation habituelle tout en incarnant un leadership propice à cultiver la plasticité nécessaire pour repenser en permanence la pertinence du modèle élaboré⁸⁷.

⁸³ PACHE, Gilles. Covid-19 : une logistique (enfin) acclamée. *Management & Data Science*. 2020.

⁸⁴ BERGERON, Henri. BORRAZ Olivier, CASTEL Patrick, DEDIEU François. *Covid-19: une crise organisationnelle*. Paris : Presse de Science Po, 2020, 131 p.

⁸⁵ BERGERON, Henri. BORRAZ Olivier, CASTEL Patrick, DEDIEU François. *Covid-19: une crise organisationnelle*. Paris : Presse de Science Po, 2020, 131 p.

⁸⁶ ANTON, Philippe. Agilité organisationnelle et gestion de la pandémie Covid-19 : contribution d'une approche exploratoire réalisée auprès de managers hospitaliers français. *Question(s) de management*. 2020, n°29, n° 3, pp 45.

⁸⁷ LAGADEC, Patrick. La crise du Covid 19- L'urgence de l'invention - Contribution au retour d'expérience et au travail d'enquête ». 2020. Disponible sur <http://www.patricklagadec.net/fr/notes.htm>

2.1.3 Le système hospitalier traverse la première vague en réinventant son management autour d'un modèle organisationnel innovant et résilient

Dumez et al ont mené des entretiens semi-directifs au sein du système hospitalier à l'issu de la première vague épidémique, au printemps 2020. Le bilan de leurs observations peut être regroupé en trois thématiques⁸⁸ :

- La dimension managériale a été vécue comme essentielle par l'ensemble des soignants. Le souci d'une transparence dans la circulation des informations, la présence physique des dirigeants sur le terrain, le refus des comportements non coopératifs, la sérénité des échanges, l'équité dans les distributions des dons et la juste reconnaissance de l'engagement des tiers extérieurs aux établissements ont largement contribué à la construction de la résilience du monde hospitalier et ont aidé à préserver le moral des soignants.

Ces constatations rejoignent les métarègles proposées par Morel pour construire des décisions fiables : collégialité, contrôle du consensus et acceptation du débat contradictoire, fréquence des interactions, non punition des erreurs non intentionnelles, importance de la résilience dans la fiabilité. Il insiste pour sa part sur la nécessité de conforter les éléments de langage au travers de mise en œuvre de procédures standardisées et par la mise en évidence de symboles forts, ce qui revient à caractériser l'importance d'un leader unique fixant un cap fondé sur des décisions collégiales⁸⁹.

- La nécessité de construire une réponse collective est apparue comme un élément symbiotique ayant permis au collectif de construire des solutions là où l'individu était dépassé par la complexité du processus décisionnel. L'adaptation à la crise a pu se réaliser au travers d'un renforcement du travail collectif. Il a été tant la conséquence de la construction « *d'espaces dialogiques* » (cellule de crise, réunion, staffs) et de modification des comportements individuels plus propices à s'engager dans une démarche altruiste.
- La recherche de solutions a conduit l'institution à encourager la créativité organisationnelle et individuelle. L'exemple le plus répandu est certainement celui de la

⁸⁸ DUMEZ, Hervé, MINVIELLE Étienne. Le système hospitalier français dans la crise Covid-19. CNRS. *École polytechnique de Paris*. 2020.

⁸⁹ MOREL, Christian. *Les décisions absurdes*. Paris : Gallimard, 2013, 384 p

recherche de solutions pour disposer de masques et de tenues de travail en début de crise alors que les stocks étatiques étaient en situation de rupture. Mais l'apport le plus important de la première vague a avant tout été l'accélération du déploiement de solutions numériques (développement de la téléconsultation et de la télémédecine, déploiement des réseaux sociaux pour la communication interne, mise en place du télétravail et des visio-conférences,). Ce virage numérique est d'autant plus représentatif de l'accélération des innovations en temps de crise que le monde la santé peinait depuis de nombreuses années à déployer des systèmes de e-santé malgré les injonctions récurrentes des autorités de tutelle. Bergeron note à son tour « *la capacité des acteurs du terrain à innover ou à bricoler des moyens de communication ou des modes d'organisation de circonstance (...) car le confinement a complexifié la coordination en limitant les interactions entre les différents acteurs, tandis que l'orientation très biomédicale et centralisée donnée à la gestion de la crise a nécessité davantage d'inventivité organisationnelle pour prendre en charge tous les enjeux de santé publique et sociaux que soulevait la pandémie.* ⁹⁰»

Ce retour d'expérience illustre le caractère impensé de ce mode de management, contrastant avec l'importance de son rôle⁹¹. Ainsi au fil de la première vague la gouvernance antérieure, centré sur la performance et synonyme de qualité à coûts maîtrisés, a laissé place à un management agile et innovant. L'efficacité s'est construite sans qu'elle ait besoin d'être décrétée ou encadrée, même si de nombreux acteurs reconnaissent avoir souvent agi de manière non coordonnée, parfois contradictoire, et souvent en dehors des règles⁹².

Les trois composantes identifiées, management de soutien et de proximité, organisation du travail en équipe et créativité pourraient alimenter les bases d'une nouvelle réflexion sur la gouvernance en rupture avec le modèle antérieur⁹³. Toutefois la gestion des établissements de santé ne saurait se regarder au travers du seul prisme de la crise elle-même et l'énergie *institutionnelle* qui caractérise la première vague ne doit pas conduire à se projeter trop rapidement vers un futur souhaitable. Bien que la résilience des soignants ait pour beaucoup contribué à limiter les conséquences de l'épidémie sur le système de santé elle est

⁹⁰ BERGERON, Henri, et al. *Covid-19 : une crise organisationnelle*. Paris : Presse de Science Po, 2020, 131 p.

⁹¹ DUMEZ, Hervé, MINVIELLE Étienne. Le système hospitalier français dans la crise Covid-19. CNRS. *École polytechnique de Paris*. 2020.

⁹² BERGERON, Henri, et al. *Covid-19 : une crise organisationnelle*. Paris : Presse de Science Po, 2020, 131 p.

⁹³ DUMEZ, Hervé, MINVIELLE Étienne. Le système hospitalier français dans la crise Covid-19. CNRS. *École polytechnique de Paris*. 2020.

indissociablement liée à l'existence d'une situation inédite d'alignement des intérêts et de suspension de la compétition.

Au cours de leurs entretiens Bergeron et al pointent l'existence de quatre conditions favorables à cette parenthèse :

- « 1) les contraintes budgétaires ont été suspendues, l'administration répondant favorablement aux demandes (raisonnables) des services en termes de matériels et de ressources humaines
- 2) l'administration a entériné (au mieux) ou appris après coup (au pire) les décisions qui ont été prises par les équipes soignantes, ces dernières ayant disposé d'une grande latitude dans l'organisation de la réponse
- 3) il n'y a guère eu de compétition autour de la captation de patients, source récurrente de tensions et de difficultés entre équipes à l'hôpital et, d'une manière générale, dans le système de soins
- 4) la déprogrammation de l'essentiel de l'activité de l'hôpital a permis de neutraliser (provisoirement) les enjeux professionnels des différents acteurs, de libérer du temps disponible et donc d'aligner les objectifs de chacun⁹⁴».

Ces constatations confirment que par sa globalité la crise du Covid 19 a déstabilisé les cadres de pensées habituels, ce qui paradoxalement a facilité le déploiement de l'organisation souhaitée pour empêcher l'implosion du système hospitalier. Ainsi et malgré toutes les difficultés rencontrées l'hôpital a su démontrer sa capacité de réaction et d'adaptation, en réinventant une gouvernance de circonstance qui s'est distinguée par son efficacité mais qu'il incombe de replacer dans un contexte de médico-économique non reproductible.

Le confinement à peine levé le monde hospitalier est sommé de dresser un premier bilan financier de cette première vague et les soignants voient réapparaître les freins budgétaires et les contrôles sur les dépenses⁹⁵. Cette crainte d'un retour vers une situation antérieure cristallise les craintes des acteurs du soins et ravive les tensions sociales qui forceront le gouvernement à négocier les accords du *Ségur de la Santé*.

⁹⁴ BERGERON, Henri, et al. *Covid-19: une crise organisationnelle*. Paris : Presse de Science Po, 2020, 131 p.

⁹⁵ MORIN, Hervé. LAROUSSE David. Covid-19 : « Aucune leçon n'a été tirée de la gestion de crise entre mars et mai » - Interview de Henri Bergeron, Olivier Borraz et Patrick Castel ». *Hospimédia*. 22 octobre 2020.

2.2 La seconde vague s'inscrit dans la perspective plus complexe d'un retour à la normale qui cristallise les craintes des acteurs du soin

2.2.1 La loi *Ma santé 2022* et le rapport *Claris* proposaient déjà en amont de la crise de faire évoluer la gouvernance vers un modèle plus participatif

Dans le cadre du déploiement du projet de loi *Ma santé 2022* la Ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzyn avait annoncé en décembre 2020 un ensemble de mesures destinées à accompagner la transformation du système de santé parmi lesquelles il était apparu comme une « *urgence absolu [de] garantir à chaque hôpital un mode de prise de décision inscrit dans une gouvernance stable, apaisée et fédératrice* ». Le projet proposait une « *médicalisation accrue de la gouvernance* » et une « *simplification des processus de fonctionnement* » permettant d'amener l'hôpital public vers un fonctionnement « *plus fluide et agile* »⁹⁶.

Une mission sur la gouvernance et la simplification hospitalière avait alors été confiée au Pr Olivier Claris, PCME des Hospices Civils de Lyon afin de dresser un état des lieux précis du fonctionnement de la « *gouvernance de l'hôpital public, de son organisation interne, [et des]) irritants du quotidiens* ». Le rapport *Claris*, analysant les requêtes de plus de 6500 soignants est publié en juin 2020 et formule un ensemble de propositions sur l'évolution souhaitée de la gouvernance hospitalière.

Le rapport identifie avant tout une « *perte d'attractivité de l'hôpital public* » pour l'ensemble des soignants. Au-delà des revendications liées à la rémunération et aux carences en effectifs il explique ce constat par une insuffisance de participation et d'implication des acteurs de terrain dans la gouvernance.

En premier lieu le service de soins a perdu sa légitimité au fil des dernières réformes, au profit du pôle dont la reconnaissance reste à consolider dans la hiérarchie médico-administrative. A la question « *Les services ont-ils trouvé une voie d'expression au sein des pôles ?* », le constat est sans appel : 80% des praticiens, 77% des chefs de service, 66% des responsables de CME, 64% des cadres de santé et 64% des directeurs de soins répondent par la négative, ce que confirment aussi près de la moitié des chefs de pôle, des chefs d'établissement et des directeurs adjoints. Il Le service de soins constitue pourtant toujours le

⁹⁶ CLARIS, Olivier. Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières. 2020.

soCLE identitaire des soignants et l'échelon managérial de proximité incontournable. La reconnaissance de la fonction de chef de service travaillant conjointement au côté du cadre est jugée indispensable. Un travail doit être donc mené afin que ces derniers puissent s'impliquer « *réellement dans la définition de la stratégie médicale et (qu'ils puissent être) force de proposition auprès des instances de gouvernance* ».

Les soignants ne souhaitent pas pour autant voir disparaître les pôles mais la création d'une continuité homogène entre la direction générale et les soignants, de manière à maintenir un lien et éviter une rupture entre le top management et les acteurs de terrain.

Le binôme directeur - PCME apparaît être le maillon indispensable du fonctionnement de l'établissement. Même si la qualité de leurs interactions semble reconnue il apparaît nécessaire de « *renforcer la lisibilité du co-pilotage médical et administratif de l'établissement auprès de la communauté hospitalière* ». Ainsi le Pr Claris propose « *de consolider la pratique des co-signatures par le directeur et le PCME, sur des décisions conjointes, telles que les désignations individuelles de praticiens à des postes de responsabilités, les contrats de pôles et les modifications de structure des services médicaux et médicotechniques* ».

Le rapport insiste sur la nécessité de professionnaliser le management médical à tous les niveaux. Des parcours managériaux doivent permettre de former en suffisance les candidats et de valoriser la carrière. Il est souhaité qu'un « *projet de management et de gouvernance* » accompagne le projet d'établissement et puisse être appuyé par la « *mise en place d'une cellule de gestion [qui accompagnerait] le projet* ». A ces fins le rapport regrette la trop faible utilisation des délégations de gestion et insiste pour que leur utilisation soit non seulement confortée mais plus encore étendue aux services de soins. La mise en place d'objectifs serait valorisée par un système d'intéressement individuel et collectif.

Afin d'infléchir le constat d'une CME et d'un directoire encore « *trop méconnus par les professionnels de terrain* », le Pr Claris insiste pour que ces instances retrouvent leur place dans le dialogue de gestion institutionnel. La mission propose ainsi de renforcer le rôle participatif de la CME « *qui a perdu de son tropisme auprès des praticiens des services* » pour cause « *d'attributions limitées* » et celui de concertation du directoire.

Au niveau territorial enfin la mission propose d'accélérer la mise en place des directions communes au sein des GHT, préalable indispensable à d'éventuelles opérations de fusion, et d'opérer un travail de recentrage des GHT sur leur mission première d'organisation

territoriale par une remédicalisation du collège médical de groupement et une simplification de son fonctionnement ⁹⁷.

Ainsi le *rapport Claris* sonne comme un rappel des insuffisances institutionnelles antérieures et vient une nouvelle fois confirmer toute la difficulté à conduire une réforme de la gouvernance de plus en plus réclamée par les soignants mais hautement risquée pour l'état gestionnaire des dépenses de santé.

A l'issue de la première vague épidémique les soignants, bénéficiant d'une fenêtre politique favorable, appellent le gouvernement à tirer les enseignements des semaines écoulées et ainsi permettre au système hospitalier de retrouver le sens de sa mission par une refonte de ses organisations et une meilleure reconnaissance de ses acteurs. En réponse le Président de la République Emmanuel Macron lance en mai 2020 une vaste concertation en affirmant que « *le temps d'après ne sera plus similaire au temps d'avant* ». Regrettant « *une erreur dans la stratégie annoncée il y a deux ans* », il admet que la réforme du système de santé *Ma santé 2022* « *ne portait pas assez de sens* » et avait « *un rapport au temps et une ampleur qui n'étaient pas du tout suffisants par rapport à l'état où était l'hôpital* ». Il annonce donc la tenue d'un « *Ségur de la santé* » qui doit aboutir à une « *refondation du système hospitalier Français* » ⁹⁸.

2.2.2 Les accords du *Ségur de la santé* se focalisent sur le déploiement des gouvernances territoriales

Les pourparlers du *Ségur de la santé* débutent le 25 mai 2020. Sur le volet de la gouvernance, le Premier Ministre Édouard Philippe appelle à pondérer l'interprétation du discours présidentiel et invite les soignants à s'interroger avec prudence sur les attendus de cette réforme : « *Je ne suis pas sûr que les règles actuelles de gouvernance aient causé pendant la crise (...) de réelles difficultés. Ma conviction est que la réponse réside bien plus dans le mode de management que dans les règles de gouvernance*⁹⁹ ». Souhaitant s'inscrire dans la continuité de *Ma santé 2022* il entend fournir au système hospitalier les moyens

⁹⁷ CLARIS, Olivier. Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières. 2020.

⁹⁸ BEGUIN François. Un « Ségur » pour relancer le système de soins. *Le Monde*, 26 mai 2020.

⁹⁹ BEGUIN François. Hôpitaux : des « choix forts », pas la révolution. *Le Monde*, 27 mai 2020.

nécessaires pour un « *changement de rythme mais pas de cap* ¹⁰⁰ ». Selon ses propos les règles de la gouvernance n'ont pas posé de problème pendant cette première vague et la recherche de solutions passe par la poursuite de la responsabilisation des acteurs du soins.

Le Premier Ministre convient toutefois que la loi HPST a donné « *trop de poids aux directeurs* » et que son cadre, jugé trop rigide, n'est pas à même d'appréhender la variabilité des organisations, qui tient avant tout aux différences de taille entre les établissements et à la structuration des niveaux de coopération territoriales. Il propose ainsi la mise en place d'une gouvernance « *plus souple et plus déconcentrée* », en renforçant l'échelon territorial¹⁰¹.

En préambule de ces accords les conférences des directeurs généraux et des présidents de CME de CH formulent un ensemble de propositions, rappelant que pendant la crise les organisations et la gouvernance se sont adaptées et ont su répondre « *avec agilité aux besoins du terrain, en pensant toutes les solutions innovantes* ». Ils insistent sur la nécessité de réformer la gouvernance en tenant compte en premier lieu des propositions du rapport Claris. Les deux conférences vont plus loin en proposant que le président de la CME soit impliqué dans la démarche de validation des prévisions financières et puisse donner « *un visa sous forme d'avis simple après avis de la CME, avant que le chef d'établissement n'arrête [les] prévisions et les adresse à l'ARS* ¹⁰² ».

Dans la continuité des revendications du corps médical la communauté paramédicale s'exprime à son tour pour dénoncer l'insuffisance de leur représentation dans les instances hospitalières. Ces derniers constatent que la prise de décision appartient pour l'essentiel à une « *dyarchie entre médecins et administratifs* », ce qui conduit à pérenniser la verticalité du processus décisionnel et empêche les paramédicaux de bénéficier de l'espace d'expression institutionnel leur permettant de participer aux évolutions de l'organisation du système de santé. Selon eux la crise du Covid 19 a conduit à une inversion de système, où l'intelligence institutionnelle et l'agilité des agents de terrain se sont avérées des atouts essentiels pour la mise en œuvre de la réponse à la crise sanitaire du Covid 19. De fait ils se rangent aux côtés des responsables de service, s'estimant eux aussi délaissés par la mise en place des pôles, et appellent à leur tour à être mieux représentés au sein de la gouvernance¹⁰³.

¹⁰⁰ BEGUIN François. Hôpitaux : des « choix forts », pas la révolution. *Le Monde*, 27 mai 2020.

¹⁰¹ BEGUIN François. Un « Ségur » pour relancer le système de soins. *Le Monde*, 26 mai 2020.

¹⁰² TRIBAULT, Géraldine. Gouvernance et simplification sont au cœur des 120 propositions des CHU pour le Ségur. *Hospimédia*, 2 juillet 2020.

¹⁰³ LAURENT, Samuel. Médecins, directeurs... qui doit gouverner, à l'hôpital. *Le Monde*, 11 juin 2020.

Dévoilées le 21 juillet 2020, les conclusions du *Ségur de la santé* indiquent, selon le ministre de la santé Olivier Véran, un « *changement de philosophie* ». Au-delà des revalorisations salariales et budgétaires proposées ses propositions s'appuient sur enseignements de la première vague du Covid 19 pour convenir de la complexité d'un système hospitalier dont la réforme ne pourra se concevoir qu'au travers d'un choc de simplification passant par une plus grande autonomisation des acteurs du soins.

La Mesure 22 du Ségur de la santé s'appuie sur les propositions du *rapport Claris* et propose de remédicaliser la gouvernance en impliquant le PCME au côté du directeur général pour les décisions relevant du domaine médical. Elle propose de « *redonner du sens et de redéfinir les missions des CME en leur conférant un rôle clé dans l'élaboration du projet médical, en étendant leur périmètre de décisions sur lesquelles elles sont consultées pour avis et en leur donnant un rôle dans la nomination des chefs de service et de pôle et dans les relations ville hôpital* ». Tenant compte enfin de l'adaptabilité souhaitable des modalités de la gouvernance d'un établissement à l'autre elle propose d'expérimenter « *des modalités alternatives de gouvernance* » et de « *renforcer la présence des personnels paramédicaux dans la gouvernance en introduisant un personnel paramédical au directoire* »¹⁰⁴.

Cette proposition de réforme de la gouvernance s'inscrit dans un projet plus vaste de décentralisation de l'organisation de l'offre de soins, qui doit se renforcer autour d'une approche plus autonome mais différenciée selon les territoires¹⁰⁵. Dans cette optique le projet de loi 3D (Décentralisation, Différenciation, Déconcentration) doit renforcer l'autonomie du niveau territorial en « *permettant une meilleure association des collectivités territoriales et une plus grande responsabilité des élus locaux en matière de gouvernance et de financement de l'offre de soin de proximité* »¹⁰⁶.

¹⁰⁴ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Ségur de la santé. Les conclusions. Dossier de presse. 2020

¹⁰⁵ STROMBONI, Camille. Trente-trois mesures pour réformer le système de santé. *Le Monde*, 23 juillet 2020.

¹⁰⁶ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Ségur de la santé. Les conclusions. Dossier de presse. 2020

2.2.3 La 2nde vague s'inscrit déjà dans la temporalité d'une après-crise qui doit tirer le bénéfice des mois écoulés pour s'engager dans une transformation cohérente de la gouvernance hospitalière

A l'automne 2020 la seconde vague du Covid 19 débute dans une ambiance morose. Alors que des mesures de restrictions sanitaires sont de nouveau imposées, l'état se voit reprocher ses errances décisionnelles lors de la première vague, qui dépassent à présent le simple cadre de la mauvaise gestion des stocks stratégiques des masques de protection. La non-intégration du secteur hospitalier privé pose le problème d'un hopitalo-centrisme symptomatique d'un cloisonnement de la gestion l'offre de soin. L'augmentation attendue de la mortalité des *patients non-Covid*, laissés pour compte lors de la première vague interroge sur le choix d'une stratégie sanitaire *Tout Covid*. Le choix de créer un ensemble d'*organisations nouvelles* pour gérer la crise plutôt que de s'appuyer sur les agences d'experts existantes ont complexifié le travail des acteurs de terrain et témoignent de la constance du modèle de gestion bureaucratique.

Au sein des établissements de soins le vécu héroïque des soignants lors de la première vague laisse place à une lassitude symptomatique d'une crise qui s'éternise sans perspective encourageante et dont les conséquences économiques laissent augurer un avenir austère. De surcroît les hôpitaux doivent à présent faire face à la double gestion des *patients Covid et non-Covid*, ce qui implique de concilier un fonctionnement ordinaire avec la poursuite de la gestion de la crise. L'espérance de l'arrivée des vaccins rencontre la méfiance historique des Français et laisse augurer une évolution vers une normalité alternative et dégradée. La déception des mesures du *Ségur de la Santé* enfin pose la question de la capitalisation de ce qui a été appris pendant cette crise¹⁰⁷.

La seconde vague épidémique voit donc émerger de nouvelles incertitudes qui incitent plus encore la communauté soignante à réclamer une nouvelle approche de la gestion de l'offre de soins, ce qui nécessiterait selon eux de s'engager dans une profonde réforme de la gouvernance hospitalière. Ce besoin de transformation impliquerait des mutations structurelles sur le modèle de direction et de contrôle des établissements mais aussi sur l'articulation entre l'hôpital et les autorités publiques. Selon Bergeron et al cet élargissement

¹⁰⁷ DUMEZ, Hervé, MINVIELLE Étienne. Le système hospitalier français dans la crise Covid-19. CNRS. *École polytechnique de Paris*. 2020.

des leviers d'action de la gouvernance devrait s'accompagner de « *la décentralisation de la responsabilité à l'échelle régionale et municipale, [de] l'autonomie de gestion des établissements et des ressources allouées en fonction de l'activité et de la qualité, [et du] développement d'outils de gestion au service de la décision et du contrôle* »¹⁰⁸.

Ces revendications tendraient alors à se rapprocher du modèle de *clinical governance* utilisé par les Anglais et les Canadiens et définit comme « *l'application des règles générales de la gouvernance à l'ensemble des processus mis en œuvre dans la clinique dans le but de garantir l'application des bonnes pratiques, le respect des normes en matière de sécurité des soins et la prévention des risques pour la réduction des événements non désirables* ». Ainsi l'objectif de la performance résiderait dans la conjugaison de la gouvernance générale, centrée sur la production de résultats économiques et financiers et de la gouvernance clinique, centrée sur l'optimisation de la qualité des soins.¹⁰⁹

¹⁰⁸ BERGERON, Henri, et al. *Covid-19: une crise organisationnelle*. Paris : Presse de Science Po, 2020, 131 p.

¹⁰⁹ CLAVERANNE, Jean-Pierre, et al. La gouvernance hospitalière à la croisée des chemins. In BRAS, Pierre Louis et al. *Traité d'économie et de gestion de la santé*. 1ère édition. Paris : Presses de Sciences Po, 2009, Pp 447-54.

Chapitre 3. Synthèse de la première partie et hypothèse

La mise en tension du système hospitalier lors de la crise du Covid 19 a propulsé son organisation dans le domaine de l'inconnaissable. Les stratégies de planification mises en place par les gouvernements successifs n'ont pas suffi à imaginer la complexité des enjeux et à anticiper le management qui aurait permis de s'en prémunir.¹¹⁰ Dépassé dans ses lignes de forces conventionnelles l'hôpital a dû repenser son organisation dans l'urgence pour éviter son propre effondrement, confirmant par la même le propos de Cappelletti qui, reprenant à son compte une citation de Bonaparte indique que « *la guerre contre la Covid-19 nous montre, et chacun peut le constater son niveau en prenant un peu de recul, qu'elle est un art complexe tout de gestion*¹¹¹ ».

Ainsi la crise sanitaire a confronté le modèle institutionnel de la gouvernance interne, que nous nommerons *gouvernance structurelle*, aux exigences et aux errances d'une situation sanitaire exceptionnelle. A l'épreuve de la crise, sa propension à pouvoir conduire le pilotage et à accompagner le processus d'adaptation des établissements de santé permet de se réinterroger sur la légitimité et la pertinence de son modèle en reposant la double question du *comment gouverner* et du *pourquoi gouverner*, qui dans les deux cas appellent à une clarification des objectifs attendus de l'Etat en termes de santé publique¹¹².

Cette situation permet par ailleurs de s'interroger sur la légitimité et les capacités opérationnelles des GHT qui, confrontés à de fortes contraintes de coordination territoriales, ont été tenus de concrétiser une partie de leurs ambitions, ce qui a toutefois mis en évidence les limites de ce nouvel échelon pourtant souhaité par les autorités de santé.

Les observations réalisées au cours de la première vague épidémique ont fait état de la remarquable capacité de réorganisation du système de soins, au travers d'un mode de gestion innovant. La mise en place d'un pilotage de crise fédérant les acteurs du soin, la collégialité et un management de proximité confirment l'importance de la fonction de relation et de la

¹¹⁰ HUSSON, Julien. Le management hospitalier après la crise : changement de pratiques, changements de référentiels ? In KALIKA, Michel. *L'impact de la crise sur le management*. Caen : Ems Management et Sociétés, 2020, 276 p.

¹¹¹ FRIMOUSSE, Soufyane. PERETTI, Jean-Marie. Les répercussions durables de la crise sur le management. *Question(s) de management*. 2020, 28, n° 2 (2020). Pp 159-243.

¹¹² THINK TANK ECONOMIE SANTE. Transformation du système de santé. La gouvernance doit être plus efficace et plus lisible. Comment tirer les leçons de la pandémie de coronavirus. 2020.

plasticité au sein des instances de la gouvernance interne et entre les acteurs du soin. Cette dimension que nous qualifierons de *gouvernance relationnelle* semble avoir joué un rôle particulièrement structurant au cours de la crise, éclipsant le cadre légal de la gouvernance structurelle et réinterrogeant là encore sur le rôle et le sens des institutions hospitalières et des pratiques managériales.

Les conclusions qui pourraient être tirées d'une comparaison entre un *avant* et un *après* doivent rester prudentes au vu du soutien financier inédit consenti par l'état dès le début de la crise¹¹³. Toutefois, et sachant que l'approche consistant à solutionner la crise actuelle du système hospitalier par le seul biais de l'augmentation des moyens budgétaires et humains est utopique, les retours d'expérience de la crise du Covid 19 pourraient permettre de poser les fondements d'une gouvernance alternative, à *budget constant*, plus à même d'intégrer les impératifs du terrain, fussent-ils parfois divergents, afin de redonner au service public hospitalier le sens de sa mission qu'il semble avoir retrouvé pendant la longue parenthèse de cette crise.

Ainsi au travers de la crise du Covid 19 nous posons dans le cadre de ce travail les questions suivantes :

- Quel regard porter sur le rôle des instances de la gouvernance structurelle au sein des établissements de santé ? Quelle a été leur influence sur l'organisation du système hospitalier face à la crise sanitaire ? De nouvelles instances se sont-elles mises en place en marge des règles habituelles du fonctionnement institutionnel ?
- Quel a été le rôle joué par la gouvernance territoriale pendant la crise sanitaire ?
- Quelles relations les acteurs de la gouvernance hospitalière ont-ils entretenus entre eux et avec les autres acteurs du soin pendant la crise ? Quelle a été l'influence de ces relations sur le pilotage et la capacité d'adaptation des établissements de santé ?

¹¹³ BEGUIN François. PINEAU Élisabeth. Coronavirus : à l'hôpital, une parenthèse « extraordinaire » se referme. *Le monde*, 11 mai 2020.

- L'observation de la crise permet-elle de proposer un nouveau modèle de gouvernance ?
Doit-il être fondé sur une réforme du rôle des acteurs de la gouvernance ou sur une évolution des relations entre les acteurs de la gouvernance ?

Au terme de cette première partie et de l'analyse des données collectées nous posons l'hypothèse de terrain suivante :

Au vu de l'expérience de la crise sanitaire du Covid 19 une évolution de la gouvernance relationnelle peut être transformatrice de la gouvernance hospitalière ?

Dans la seconde partie de ce travail cette hypothèse va être confrontée à l'analyse d'une série d'entretiens qualitatifs menées auprès de personnels d'établissements de santé impliqués dans la gouvernance structurelle et la gestion de la crise du Covid 19 au sein d'établissements publics de santé d'un même GHT.

PARTIE 2 : GOUVERNANCE INTERNE ET CRISE SANITAIRE DU COVID 19 : EXEMPLE DU GHT SAVOIE BELLEY

Chapitre 1 : Méthodologie

1.1 Le choix d'une enquête menée par des entretiens qualitatifs semi-directifs

1.1.1 Choix de la méthode

Pour cette enquête nous avons opté pour un recueil de données qualitatives, basé sur la réalisation d'entretiens individuels semi-directifs. Ainsi le degré de liberté laissé à l'enquête facilitait l'émergence d'un « *contenu socio-affectif*¹¹⁴» qu'il était indispensable d'explorer dans le contexte fortement émotionnel de crise et à la recherche de données sur la dimension relationnelle de la gouvernance.

Nous avons estimé que la réalisation d'une étude fondée sur une analyse quantitative des données était non appropriée dans ce contexte au vu de la typologie des données à collecter, du temps imparti pour la réalisation de cette enquête (deux mois), et de son périmètre géographique (départemental) limitant le nombre de requérants potentiels.

Le nombre d'entretiens théoriquement prévus (12 entretiens) devait permettre d'interroger l'ensemble des catégories de personnels impliqués dans les instances de la gouvernance des hôpitaux publics (directeurs, médecins cadres et paramédicaux) et représenter l'ensemble des structures composant un GHT (établissement support de GHT, établissements de proximité, établissements en direction commune avec l'établissement support du GHT).

Il était prévu de pouvoir se limiter à moins d'entretiens dès lors que leur nombre permettait de disposer d'une redondance des informations collectées suffisante pour catégoriser les données de manière significative.

¹¹⁴ MICHELAT, Guy. Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie. *Revue Française de Sociologie*. 1975. 16-2. Pp 229-247

1.1.2 Guide d'entretien (Annexe 1)

Les entretiens qualitatifs étaient orientés par des questions semi-directives ciblées dans un guide d'entretien. Ce guide a été testé lors du premier entretien ce qui a permis d'ajuster les questions de l'entretien aux besoins de l'enquête, de tenir compte de la diversité des profils des intervenants interrogés et de permettre la collecte des informations dans l'intervalle de temps retenu (45 à 90 minutes).

Il est apparu lors des premiers entretiens que le terme de gouvernance hospitalière appelait des interprétations différentes selon les intervenants interrogés. Nous avons donc introduit une information à ce propos dans le préambule qui précédait l'entretien :

« La gouvernance est un terme dont on parle beaucoup depuis quelques années mais qui peut parfois encore prêter à confusion. Dans le cadre de ce travail nous retiendrons que la gouvernance caractérise la capacité des dirigeants (directeurs, médecin cadres et cadre de santé) à influencer sur la conduite de l'organisation du système hospitalier. Si vous n'êtes pas à l'aise avec ce terme vous n'êtes pas absolument pas tenu de l'utiliser au cours de l'entretien »

(Annexe 3)

Afin de limiter tout biais d'interprétation, ce terme n'était volontairement cité qu'une fois dans les questions et en fin d'entretien :

« A la lumière de ces échanges la crise sanitaire vous a-t-elle inspiré de nouvelles pistes pour faire évoluer la gouvernance des établissements de santé ? » (Annexe 3)

Notre profil de médecin cadre dans un des établissements de ce GHT introduisait un biais de position. Une information était délivrée en début d'entretien afin de favoriser la libre expression de chaque personne interrogée.

L'entretien était séquencé en 3 parties :

- Analyse de la gouvernance interne pendant la crise sanitaire du Covid 19 et comparaison avec le modèle formel de gouvernance selon 2 angles d'analyse :

- Gouvernance structurelle : organisation et interactions entre les institutions habituelles et exceptionnelles de la gouvernance interne
- Gouvernance relationnelle : analyse de la fonction de relation entre les acteurs des instances de la gouvernance et entre les acteurs des instances de la gouvernance et les autres acteurs hospitaliers.
- Synthèse des données évoquées dans une perspective de retour à la normale et proposition des évolutions possibles du modèle de gouvernance.
- Recueil de données personnelles sur les personnes interrogées

Le séquençage retenu devait permettre de faciliter l'analyse des intervenants en leur proposant une analyse temporelle des évolutions de la gouvernance hospitalière :

- Avant la crise : contexte formel de la gouvernance
- Pendant la crise : contexte informel de la gouvernance dans une situation sanitaire exceptionnelle
- Après la crise : Contexte formel alternatif de gouvernance

1.1.3 Organisation et déroulement des entretiens

Les intervenants ont tous été contactés par mail. Ils recevaient un message standardisé leur fournissant entre autres les informations suivantes :

- Le sujet de l'étude

« Les transformations de la gouvernance des établissements de santé au travers de la crise du Covid 19. Quels enseignements ? Quelles perspectives ? Exemple de la Savoie »

- Le mode de recueil des données

« Dans le cadre de ce travail je réalise des entretiens dits qualitatifs et semi-directifs

Ces entretiens sont :

- Individuels
- Ciblés sur un échantillon d'acteurs du soin : Directeurs d'établissement, directeurs adjoints, directeurs des Soins infirmiers, cadres de santé, et

médecins cadres (Président de CME, chef de pôle, chef de service, directeur médical de crise)

- *Centrés autour de de la thèse évoquée.*
- *Limités dans le temps : 45 à 60 minutes par entretien (maxi 90 minutes)*
- *Enregistrés puis exploités de manière anonymisées et en conformité avec la RGPD »*

Sur les 14 personnes retenues, 10 ont accepté de réaliser l'entretien. Il est apparu au terme du 10ème entretien que nous disposions de l'exhaustivité souhaitée pour proposer une analyse significative des données recueillies. 10 entretiens ont donc été réalisés au final.

En dehors de l'entretien test réalisé le 28 décembre 2020 les entretiens se sont déroulés entre 2 mars et le 23 avril 2021.

En raison de la situation sanitaire une partie des entretiens a dû se dérouler en distanciel :

- 7 ont été réalisés en vidéoconférence
- 1 a été réalisé en audioconférence
- 2 ont été réalisés en présentiel

Les entretiens étaient tous été enregistrés (audio uniquement) et ont été intégralement retranscrits.

Au moment des entretiens une information était de nouveau délivrée en préambule sur le mode recueil et d'utilisation des informations collectées :

« Pour ne rien perdre de notre conversation et afin de faciliter ma prise de notes je vais enregistrer l'entretien. Il est strictement confidentiel et l'enregistrement sera détruit après analyse. Acceptez-vous de participer cette enquête ? »

1.2 Le terrain de l'enquête

1.2.1 Choix du lieu de l'enquête

Cette enquête a été menée en Savoie au sein du GHT Savoie-Belley, qui regroupe 8 établissements :

- Centre Hospitalier Métropole Savoie (CHMS), établissement support du GHT
- Centre Hospitalier Albertville Moutiers, en direction commune avec le CHMS
- Centre Hospitalier de Bourg Saint-Maurice, établissement de proximité
- Centre Hospitalier de la Vallée de la Maurienne, établissement de proximité
- Centre Hospitalier Docteur Recamier de Belley, en direction commune avec le CHMS
- Centre Hospitalier Spécialisé de la Savoie, établissement psychiatrique
- Centre hospitalier Michel Dubettier à Aix-les-Bains, en direction commune avec le CHMS

Les capacités en lits et place du GHT Savoie-Belley étaient en 2014 de 2063 lits et la consommation d'offre de soins représentait 119647 séjours.

Le GHT Savoie-Belley étant celui où nous exerçons, le choix de retenir ce GHT pour notre enquête présentait plusieurs avantages :

- Faciliter l'identification des acteurs de la gouvernance au sein du GHT et ceux qui ont été engagés dans la gestion des 2 premières vagues du Covid 19 ;
- Faciliter la confrontation et l'analyse des points de vue des personnes interrogées face à des enjeux et à une temporalité commune ;
- Intégrer les contraintes temporelles et professionnelles concomitantes à la réalisation de cette enquête.

Pendant les 2 premières phases de la crise sanitaire du Covid 19, le GHT Savoie-Belley a été différemment impacté par la crise :

- Au cours de la première vague l'afflux de patient souffrant du Covid 19 n'a pas été saturant.
- Au cours de la seconde vague l'afflux de patient a été saturant, ce qui a requis le déploiement d'une organisation interdépartementale voire interrégionale (transferts de patients entre réanimations).

1.2.2 Constitution de l'échantillon

L'échantillon de personnes interrogées devait représenter de manière exhaustive tous les acteurs participants aux instances de la gouvernance hospitalière et ayant été engagées dans la gestion sanitaire de la crise du Covid 19, étant entendu que plusieurs fonctions peuvent être exercées par une même personne :

- Directeurs : directeurs généraux, directeurs adjoints
- Directeurs des soins infirmiers
- Médecins cadres : Président du Collège Médical de Groupement, présidents de Commission Médicale d'Établissement, chefs de pôle, responsables d'unité

L'échantillon de personnes interrogées devait par ailleurs intégrer des profils participants aux instances de la gouvernance hospitalière et conservant une proximité de terrain avec les autres acteurs du soin. Au sein des établissements du GHT Savoie-Belley les médecins cadres conservent pour la plupart une part d'activité clinique importante en raison de la faible quotité de temps qui leur est accordée pour l'exercice de leurs missions institutionnelles (de 10 à 40% selon les établissements) .

Les instances de la gouvernance interne retenues ont été celles jugées comme étant les plus significatives pour les besoins de cette enquête : Conseil de surveillance, Directoire, Commission Médicale d'Établissement.

A ces instances habituelles des cellules de crises se sont formées au cours des deux vagues dans l'intégralité des établissements du GHT, au sein desquelles un directeur médical de crise (DMC) a été systématiquement désigné. Le rôle de DMC a été assuré par un médecin cadre dans certains établissements (PCME le plus souvent). Dans le cadre de cette enquête nous avons considéré que les cellules de crise constituaient une instance exceptionnelle de la gouvernance interne des établissements de santé.

1.3 Analyse des résultats

1.3.1 Profil des personnes interrogées

Numéro	Titre	Fonction	Type établissement	Ancienneté à ce poste	Expériences antérieures dans une fonction institutionnelle
1	Directrice	Directrice adjoint	Établissement de proximité	3 ans	Aucune
2	Directrice	Directrice générale adjointe	Établissement en direction commune	2 ans	Directrice générale intérimaire (6 mois) Directrice générale adjointe (5 ans) Directrice des affaires médicales (5 ans)
3	Directeur	Directeur général	Établissement de proximité	6 mois	Directeur général d'un établissement de santé 4 ans)
4	Docteur en médecine	Chef de service PCME Président de la Commission médicale de groupement	Établissement en direction commune	4 ans	Responsable d'unité (10 ans)

5	Docteur en médecine	Chef de service	Établissement de proximité	10 ans	Aucune
6	Directeur	Directeur général	Établissement support de GHT	2 ans	Directeur général d'un établissement de santé (4 ans)
7	Infirmière diplômée d'État	Directrice des soins infirmiers	Établissement de proximité	4 ans	Cadre supérieur Cadre de santé Directrice d'un institut de formation en soins infirmiers
8	Directeur	Directeur adjoint	Établissement de proximité	2 ans	Aucune
9	Docteur en médecine	Chef de service Directeur médical de crise	Établissement en direction commune	2 ans	Responsable de structure intérimaire Réfèrent régional de gestion de crise
10	Docteur en médecine	Chef de pôle	Établissement en direction commune	3 ans	Aucune

1.3.2 Organisation des données et choix de la méthode d'analyse

Les entretiens ont été intégralement retranscrits. Un exemple de ces entretiens figure en annexe 2.

La trame de notre guide d'entretien visait à recueillir la perception des personnes interrogées sur deux aspects :

- L'importance du cadre formel de la gouvernance structurelle dans le pilotage de la crise et ses évolutions au fil des deux vagues.
- Les apports de la gouvernance relationnelle dans la construction de la réponse des établissements de santé à la crise sanitaire.

Ainsi en gardant pour fil conducteur l'intention de confronter ces deux thématiques à notre hypothèse de départ nous avons fait le choix d'une approche essentiellement hypothético-déductive des données, ce qui nous a ainsi permis de confronter notre hypothèse aux données recueillies sur le terrain. Elle a été couplée à une approche empirico-inductive, souhaitée pour ne pas restreindre le cadre de ce travail à une analyse catégorielle entre ces deux concepts de gouvernance évoqués mais bien à faire émerger leurs interconnexions, ce qui est facilité par une méthode d'analyse *bottom-up*.

Selon le principe du codage thématique nous avons condensé et regroupé les données en catégories conceptuelles centrées sur les deux thèmes comparés¹¹⁵.

¹¹⁵ POINT, Sébastien. VOYNET FOURBOUL Catherine. Le codage à visée théorique. *Recherche et Applications en Marketing*. 2006, 21, n° 4, Pp 61-78.

Chapitre 2 : Analyse des entretiens. La gouvernance structurelle et la gouvernance relationnelle pendant la crise du Covid 19

2.1 La crise sanitaire du Covid 19 a dépassé par sa complexité les capacités de réaction et d'organisation des établissements de santé

Au sein du GHT où nous avons conduit nos entretiens la première vague épidémique (mars- juin 2020) a été caractérisée par une incidence de patients Covid bien moindre que dans les régions de l'Est ou en Ile de France, contrairement à la seconde vague (octobre-décembre 2020) qui a particulièrement impacté l'ensemble des départements de l'Arc Alpin. Ainsi l'effort de crise initial s'est concentré sur l'organisation d'une réponse de l'offre de soins *à priori*.

Pour autant toutes les personnes que nous avons interrogées expriment dans l'ensemble une impression de submersion de leur organisation dès la mise en place des mesures de confinement national en mars 2020. Les équipes du *top management*, finalement peu expérimentées (à l'exception d'un médecin tous les cadres, médecins et directeurs, avaient moins de 5 ans d'expérience à leur poste) et peu aguerries à la gestion de crise ont dû à très court préavis se réorganiser pour faire face au risque de saturation de l'offre de soin.

Les difficultés alléguées tiennent à la conjonction de plusieurs paramètres :

- Une quantité inhabituelle d'informations à traiter avec un très court préavis, conséquence de la multiplicité des interlocuteurs : ministère des solidarités et de la Santé, ARS, Direction générale de la santé, organisation gouvernementales (Santé-Publique France, HAS), sociétés savantes, conseils départemental, ordres professionnels, médias...
- L'insuffisance des connaissances scientifiques sur cette souche émergente de coronavirus a contribué à privilégier un principe maximaliste de protection qui s'est traduit par l'exigence de déployer une organisation à la fois complexe et dont le juste dimensionnement n'a pu être réellement consolidé qu'au début de la seconde vague.

- Les injonctions des autorités de santé ont été à certains moments erratiques voire contradictoires, conséquence de la difficulté à coordonner une réponse formelle entre les différentes sources face dans une cinétique exponentielle de complexification de crise.

- *Une directrice : « Alors chez nous la première vague c'était hyper intense. »¹¹⁶*
- *Un médecin « Sur la première vague, j'ai eu la sensation que personne n'amenait rien de très structuré, de très organisé et, c'est quelque chose d'inconnu et singulier pour tout le monde. »¹¹⁷*
- *Un médecin : « On sait qu'on s'est tous retrouvés à découvrir que les choses qui étaient vraies le matin ne l'étaient plus le soir. »¹¹⁸*
- *Un directeur : « Je me suis retrouvé à donner des ordres à mes équipes non conformes par rapport à ce qui se fait aujourd'hui. (...) J'attendais que le mail arrive. Puis j'attendais que le mail suivant arrive. Puis j'attendais l'ordre du contre-ordre du contre-ordre »¹¹⁹*

Ce constat confirme l'existence d'un écart entre la réflexion nationale sur la doctrine de crise sanitaire, concrétisée au travers du schéma ORSAN ¹²⁰ et la faible formation des professionnels du soin à ses enjeux. De manière plus globale la crise sanitaire du Covid 19 pose la question de renforcer l'acculturation des acteurs du soin à la gestion des risques sanitaires exceptionnels dans les politiques d'établissements.

- *Une directrice : « On ne peut pas se former à ce genre de crise. Il y avait un état de sidération, d'impréparation, On n'est pas préparés à vivre des choses comme ça. »¹²¹*
- *Un directeur : « On ne nous a pas inventés (...) et la structure non plus n'a pas été pensée pour subir un tel type de choc. (...). Ça a désorganisé. Ça a déstructuré. »¹²²*

¹¹⁶ Entretien 1.

¹¹⁷ Entretien 10.

¹¹⁸ Entretien 9.

¹¹⁹ Entretien 3.

¹²⁰ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Plan blanc et gestion de crise. Guide d'aide à l'élaboration des plans blancs élargis et des plans blancs des établissements de santé. 2006

¹²¹ Entretien 6.

¹²² Entretien 3.

- *Un médecin : « Notre mode de fonctionnement habituel n'est pas du tout adapté aux situations aiguës et critiques (...) et du coup je pense que l'on n'est (...) pas très bien préparés »*¹²³

Ainsi au cours de la première vague, la surcharge de travail bureaucratique, la nécessité de s'inscrire dans une pensée médicale de crise malgré de fortes incertitudes scientifiques, le manque de coordination des moyens étatiques et l'absence de lisibilité sur le moyen terme ont conduit les établissements du GHT vers une situation de rupture organisationnelle qui a dépassé les capacités de contrôle de la gouvernance structurelle. Une nouvelle organisation a été déployée en vue de fournir une réponse adaptative et évolutive aux enjeux émergents de cette crise.

La première réponse a été de déployer les cellules de crises. Bien qu'adaptées pour fournir une réponse en situation d'exception, elles ont pourtant rapidement montré leurs limites au cours de la première vague, face à une crise aux paramètres inhabituels : basse intensité du flux de patients contaminés, haute intensité des injonctions administratives, absence de projection sur une limite temporelle. La tunnelisation du collectif dirigeant sur la nécessité de donner suite aux requêtes incessantes des autorités de santé a pu limiter leur capacité à prendre le recul nécessaire pour juger de la pertinence opérationnelle des décisions mises en application sur le terrain sur le terrain. Une partie des médecins interrogés expriment ainsi l'impression d'une errance initiale du processus décisionnel.

- *Un directeur : « La cellule de crise (...) a été initialement organisée dans un objectif de crise courte. (...). Ça a vite montré ses limites en fait, dans la durée, et on est passé sur un mode de gestion de crise plus structuré, (...) A certains moments la cellule de crise était plus informative que décisionnelle. »*¹²⁴
- *Un médecin : « (La cellule de crise) n'est pas assez structurée selon moi. (...) j'ai eu la sensation parfois d'arriver à ces réunions comme à une séance de cinéma. »*¹²⁵

¹²³ Entretien 5.

¹²⁴ Entretien 6.

¹²⁵ Entretien 10.

- *Un médecin : « L'efficacité d'une organisation c'est de poser les bonnes questions, dans les bonnes instances, avec la bonne latitude de décision. Là, y'avait, je dirais, il y avait un flou total. »*¹²⁶
- *Un médecin : « Il y a des décisions qui se prenaient en cellule de crise. Mais je pense rétrospectivement qu'il y avait des points sur lesquels on restait dans le flou, il n'y avait pas de relecture, il n'y avait pas de compte rendu, pour dire « ce point-là on l'a abordé, on est passé à autre chose mais finalement on n'a pas conclu dessus ». »*¹²⁷

Dans un système de santé déstabilisé par une situation sanitaire impensée l'expérience de la première vague a néanmoins permis de mieux structurer la qualité et l'efficacité de la réponse institutionnelle au cours de la seconde vague, confirmant ainsi la capacité de la gouvernance à évoluer vers la formalisation d'une réponse managériale adaptée aux enjeux de la crise.

- *Un médecin : « Il y a eu deux phases. Il y a eu une phase où en cellule de crise il y avait beaucoup de monde, ça parlait beaucoup et il sortait peu de décision. Il y en a eu une seconde, avec un peu moins de monde invité et peut être plus de préparation en amont. »*¹²⁸
- *Un directeur : « Sur la deuxième vague, on a eu beaucoup moins de réunion alors que, paradoxalement, la première vague, on n'a pas eu grand-chose dans notre territoire et la deuxième vague par contre on était en plein dedans. On aurait pu penser de manière intuitive que ça soit plutôt le contraire mais on s'est beaucoup vu sur la première vague mais parce que c'était le début on ne savait pas trop où on allait. »*¹²⁹

Au-delà des dispositifs institutionnels déployés au cours de la crise, et qui ne sauraient à eux-seuls expliquer l'ampleur de la rupture organisationnelle observée, nous avons cherché à caractériser les différences avec un *avant* qui ont permis aux établissements et en particulier à la gouvernance de s'inscrire dans cette démarche de résilience collective.

¹²⁶ Entretien 5.

¹²⁷ Entretien 4.

¹²⁸ Entretien 9.

¹²⁹ Entretien 1.

2.2 Au sein des établissements de santé la mise en œuvre d'un modèle cohésif de gouvernance de crise a permis de piloter la réorganisation de l'offre de soins

Dans un système de gouvernance caractérisé jusqu'alors par sa verticalité et son cloisonnement, la complexité des enjeux de la crise a imposé une réorganisation du processus décisionnel sur un mode plus participatif. Au-delà de la mise en valeur de certaines personnes techniquement compétentes sur un domaine – ce fut le cas des médecins infectiologues ou des équipes opérationnelles d'hygiène par exemple – la plupart des personnes interrogées soulignent l'apparition d'une situation de dépendance interindividuelle qui a permis d'évoluer vers un mode de gouvernance plus transversale.

- *Un directeur : « On se réunissait en pluridisciplinarité entre la direction et le côté médical (...), on n'a jamais autant travaillé en équipe (...). »¹³⁰*
- *Un directeur : « On a vraiment dépassé le stade du « moi je ne parle que l'administratif, le médecin ne parle que du côté médical ». »¹³¹*

Tout au long de la crise du Covid 19, la volonté de maintenir les capacités d'accueil et la qualité des soins ont été au centre de la préoccupation de tous les acteurs du soin. Leur forte adhésion à ces objectifs, qui plus est clairement définis et identifiables, a permis de s'inscrire dans cette démarche synergique et adaptative.

- *Une directrice des soins : « Je pense qu'il y avait aussi une volonté de se retrouver parce que c'était (...) quelque chose un peu nouveau (et) que chacun avait besoin d'échanger sur le ressenti au sein des équipes, puis de faire remonter ça de manière très concrète. »¹³²*
- *Un directeur : « Sur le point positif c'est vraiment la capacité à avoir eu un groupe d'organisation qui s'est réuni régulièrement, et les médecins en ont perçu l'intérêt, et la motivation ne s'est pas estompée dans le temps. »¹³³*

Par ailleurs, au-delà des complexités inhérentes aux caractéristiques de la crise elle-même les cellules de crises se sont distinguées du cadre formel des instances de la gouvernance

¹³⁰ Entretien 1.

¹³¹ Entretien 2.

¹³² Entretien 7.

¹³³ Entretien 6.

par l'adhésion qu'elles ont suscitée de la part de l'ensemble des acteurs qui y participaient, ce qui s'est révélé être un élément structurant dans leur efficacité. Ce constat converge avec les observations consignées dans la première partie qui font état du sens retrouvé par les acteurs du soin de leur cœur de mission au sein du service publique hospitalier.

L'émergence de ce modèle participatif a ainsi abouti à la construction d'un modèle de gestion réactif à court préavis, ce qui a permis en aval aux établissements de s'adapter aux évolutions de la crise malgré un contexte très rapidement évolutif.

- *Une directrice : « La cellule de crise est beaucoup plus efficace dans le sens où chacun se sent concerné. On n'a pas de personnes qui viennent dans cette cellule juste pour « écouter », (...) Ça a permis, pour la première fois, (...) que tout le monde soit sur un discours très fluide, ou [l'avis de tous était] pris en compte parce que de toute façon il fallait que ce soit pris en compte (...). On a beaucoup partagé sur les connaissances qu'on avait les uns et les autres ». ¹³⁴*
- *Un médecin : « [La cellule de crise] permet au moins que les choses aillent vite en attendant les instances habituelles.(...) une décision qui est prise en cellule de crise et donc applicable immédiatement. »¹³⁵*
- *Un médecin : « Entre l'idée, la demande et la réalisation, en quelques heures, le problème était réglé et on pouvait passer à autre chose. Ce qui peut prendre deux ou trois mois au quotidien. »¹³⁶*

Questionnés dans une perspective de comparaison, cadres de direction autant que médecins témoignent du contraste constaté entre ce modèle de gouvernance et un *avant* caractérisé par la limitation des coopérations. La crise apparaît alors comme un révélateur des insuffisances antérieures de la gouvernance relationnelle, en particulier en raison du cloisonnement existant jusqu'alors entre le corps administratif et le corps des soignants.

- *Un directeur : « [La discussion collective] n'existait pas avant la crise. (...) En tout cas, même si les choses avaient été faites, on n'avait pas atteint le*

¹³⁴ Entretien 2.

¹³⁵ Entretien 7.

¹³⁶ Entretien 9.

*niveau de maturité d'aujourd'hui. On a parlé d'une cohésion qu'on n'avait pas abordée jusque-là.»*¹³⁷

- *Un directeur : « On a dépassé les idées qu'on pouvait avoir les uns sur les autres. »*¹³⁸
- *Un médecin : « Avant on ne connaissait pas. On a tout de suite vu les personnes sur lesquelles on pouvait compter, et puis les autres. On a appris à travailler ensemble. »*¹³⁹
- *Un médecin : « Clairement, le noyau dur a appris à beaucoup mieux se connaître. (...) Il y a beaucoup de gens que j'ai appris à connaître grâce à la crise.»*¹⁴⁰

Dans un établissement des modifications dans l'organigramme de la direction générale ont même été opérés à l'issue de la première vague en raison de dysfonctionnements que la gouvernance interne n'avait pas été en capacité de gérer antérieurement, mais que la situation de crise ne permettait plus de tolérer.

- *Un président de CME : « La crise [a été] un révélateur de ce qui dysfonctionnait. (...) la DRH a été changée. Mais c'était déjà dans les tuyaux. Sauf que là on se disait que ça devait se passer en douceur, on devrait prendre le temps. (...) Parce qu'à un moment on essaye de ne pas se voiler la face »*¹⁴¹
- *Un médecin : « Certains se sont révélés lors de la crise, en bien et en mal. Ceux pour lesquels on se doutait que ça ne serait pas bien (...) ça s'est confirmé. Ça a été la goutte d'eau qui a permis que cette personne ne soit plus là lors de la deuxième vague. [La crise a été un] révélateur de compétences et d'incompétences. (...).[On a] eu des bonnes surprises avec des gens qui se sont révélés force de proposition. Et puis des mauvaises surprises et des non surprises. (...)».*¹⁴²

¹³⁷ Entretien 6.

¹³⁸ Entretien 2.

¹³⁹ Entretien 10.

¹⁴⁰ Entretien 9.

¹⁴¹ Entretien 4.

¹⁴² Entretien 9.

Ainsi au fil des deux vagues, la cohésion et la confiance ont permis de dépasser les corporatismes et apparaissent comme étant des éléments informels mais profondément structurants dans l'efficacité du pilotage des établissements.

- *Un médecin : « J'ai senti un peu de solidarité et d'empathie entre certaines personnes et le côté bénéfique du groupe. ([l y avait] plus d'écoute et plus de facilités à obtenir des choses avec une temporalité extrêmement réduite. »*¹⁴³
- *Une directrice des soins : : « On a travaillé vraiment en bonne intelligence, où chacun entendait le point de vue de l'autre, quel que soit son statut. »*¹⁴⁴
- *Un directeur : « On a commencé à se parler. (...) Et quand il y a eu des discussions, c'était des discussions intéressantes. Et quand on a mis les médecins au bout de la table ça a été encore mieux en termes de discussion collective. »*¹⁴⁵
- *Un médecin : « Il y avait une confiance de la direction pour ce qui avait été mis en place »*¹⁴⁶.
- *Un directeur : « Pour le coup le pouvoir de l'individu est resté supérieur aux méta organisations qu'on pouvait nous faire. Et ça ne me paraît pas stupide. Ça ne me paraît pas stupide du tout. Un hôpital c'est avant tout une manufacture. C'est que des bonhommes, que des bonhommes qui travaillent avec leur main et leur cerveau. C'est qu'un dispositif humain, piloté par des humains, y compris au sein du top management. »*¹⁴⁷
- *Un directeur : « C'est dans la gestion de crise qu'on la révèle et ça place l'esprit humain d'une direction, d'une gouvernance encore plus au cœur des choses. »*¹⁴⁸

Se plaçant dans une perspective post-crise une directrice interrogée souhaite un temps de concertation afin d'analyser les effets et conséquences des nouvelles organisations qui ont émergé pendant les deux vagues successives de la pandémie.

¹⁴³ Entretien 9.

¹⁴⁴ Entretien 7.

¹⁴⁵ Entretien 6.

¹⁴⁶ Entretien 4.

¹⁴⁷ Entretien 3.

¹⁴⁸ Entretien 8.

- *Une directrice : « Il faudra qu'on prenne un temps. Tout d'abord j'ai peur que tout cela reparte très vite, (...) et on risque de ne pas avoir le temps de capitaliser sur ce qui a été acquis pendant la crise. Faudra pas qu'on oublie complètement. »¹⁴⁹*

D'une manière plus générale la plupart des personnes interrogées espèrent pouvoir consolider dans l'après-crise les espaces de dialogue et de confiance qui se sont créés entre les cadres administratifs et le corps soignant.

- *Une directrice des soins : « On a besoin de travailler ensemble. Si, pour certains, cet aspect-là des choses n'était pas forcément dans le quotidien habituel, j'ose espérer que ça aura au moins laissé cette trace là et que chacun aura pris conscience qu'on n'est pas isolé dans un hôpital et qu'on vit en étant dépendants les uns. »¹⁵⁰*
- *Un médecin : « J'ai besoin qu'il y ait un peu moins de zones tampons et de ne plus vivre dans deux mondes parallèles que sont l'administration et le monde des soignants. »¹⁵¹*
- *Une directrice : « Un médecin urgentiste m'a dit : « ça va nous manquer. Et je comprends bien cette question-là parce que ça a été, je ne sais pas comment le dire, une discussion qui se fait, intéressante, et on prend une position partagée, et c'est ce que je n'avais pas trouvé, même dans les directoires, où il y a une posture très institutionnelle. »¹⁵²*
- *Un directeur : « La différence de gestion du Covid entre la première et la deuxième vague, c'est des questions d'humains. Les espoirs que j'ai après, c'est que des directeurs, des chefs d'établissement qui soient en capacité d'être pédagogues. »¹⁵³*
- *Un médecin : « Dans un monde idéal, on a assez envie de dire : « favorisez un fonctionnement collectif et c'est comme ça qu'on avancera ». »¹⁵⁴*

¹⁴⁹ Entretien 2.

¹⁵⁰ Entretien 7.

¹⁵¹ Entretien 10.

¹⁵² Entretien 2.

¹⁵³ Entretien 8.

¹⁵⁴ Entretien 10.

- *Un directeur : « Sur la dynamique c'est beaucoup lié aux personnes. Au contexte et aux personnes. Les personnes qui se sont inscrites dans cette dynamique ont compris que ce qui est important c'est de faire avancer les prises en charges au niveau des soins et de manière à ce que ce soit tenable pour tous, pour les patients, pour les soignants, et aussi financièrement. »*¹⁵⁵

Ainsi dès la première vague la gouvernance de crise s'est engagée dans une logique de décloisonnement qui a permis de construire un modèle collaboratif opérationnel et qui appelle à être conservé dans l'après-crise. Au cœur de cette démarche collective la crise a mis en exergue la difficulté de structurer et d'entretenir une politique de communication efficace mais dont l'optimisation progressive est au centre de la construction de cette nouvelle démarche de gestion.

¹⁵⁵ Entretien 2.

2.3 La qualité de la communication apparaît être le maillon essentiel pour accompagner la gouvernance interne dans l'exercice de ses fonctions

2.3.1 Le top management reconnaît ses difficultés pour formaliser des canaux de communication pérennes avec le reste du personnel

Médecins et directeurs interrogés font état des difficultés rencontrées pour transmettre des informations entre les différents niveaux de coordination de la crise (top management, cellule de crise ou de coordination) et le reste du personnel soignant. Plusieurs paramètres peuvent expliquer ces constatations :

- Une organisation de la communication défaillante en amont de la crise entre le corps administratif et la communauté soignante. Dès la première vague, la nécessité de diffuser une quantité encore très importante d'informations a catalysé ces insuffisances.

- *Un médecin : « En fait la communication, (...) c'est un problème qui existait déjà avant d'ailleurs (...) entre la gouvernance et la base. »¹⁵⁶*
- *Un directeur : « Ça c'est toujours difficile, parce que là pour le coup on se rend bien compte que la communication vers le terrain, vers le personnel lambda, c'est toujours très compliqué. Et ce n'est jamais suffisant. »¹⁵⁷*
- *Une directrice des soins : « Je dirais que la communication, qui est quelque chose qui nous a été (...) reproché par les personnels c'est quelque chose qui est extrêmement compliqué. D'une manière générale c'est quelque chose qui est perçu comme étant toujours très opaque. »¹⁵⁸*
- *Un directeur : « Je pense qu'on n'a pas et on n'est pas assez sur le terrain. Et ça, c'est un vrai problème. Mais c'est aussi dû à l'architecture avec des bureaux qui sont dehors. »¹⁵⁹*

- Le volume d'information à traiter par les établissements de santé, qui plus est caractérisé par la multiplicité des informations et de leurs sources (ministères, autorités de santé, sociétés savantes, concertations locales...). Les injonctions parfois divergentes des messages reçus ont

¹⁵⁶ Entretien 4.

¹⁵⁷ Entretien 6.

¹⁵⁸ Entretien 7.

¹⁵⁹ Entretien 8.

complexifié la formalisation de l'information à transmettre et brouillé les messages qu'il incombait de transmettre aux équipes soignantes.

- *Une directrice : « C'est toujours difficile de bien retransmettre l'information, (...) du national au régional, du régional au départemental au GHT de territoire, de l'établissement de référence aux établissements du territoire au niveau direction et après des directions aux cadres, aux agents (...). Du coup chaque palier est un risque de déformation d'information. »¹⁶⁰*
- *Un médecin : « Alors la difficulté s'est rapidement posée de mettre en place une information par mail très régulièrement, quasi quotidienne. (...) C'est très compliqué d'avoir une transparence complète sur le fonctionnement. »¹⁶¹*
- *Une directrice : « le plus dur c'est de donner une information qui soit juste (...). On essayait de trouver un entre-deux pour expliquer la position que prenait l'établissement, mais qu'il pouvait être contredite une à deux semaines après, ce qui était très compliqué. »¹⁶²*
- *Une directrice des soins : « À certains moments (...), quand on était au cœur de la première vague, où les choses évoluaient pratiquement tous les jours, (...) la cellule de coordination [n'avait] pas suffisamment d'interactions, d'écoute du terrain. »¹⁶³*
- *Un médecin : « Il y avait énormément de choses à faire, surtout lors de la du début de la crise. Comme il fallait aller très vite, (...) le temps pour la communication a été suffisant. Et c'est là qu'on voit peut-être qu'il y a des choses qui sont sacrifiées. »¹⁶⁴*

- Les incertitudes évolutives de la pandémie, amplifiées par l'omniprésence du phénomène dans les médias grand public ont contribué à majorer la forte inquiétude du personnel soignant. Aux difficultés de communication interne s'est donc surajouté un besoin permanent

¹⁶⁰ Entretien 1.

¹⁶¹ Entretien 4.

¹⁶² Entretien 2.

¹⁶³ Entretien 7.

¹⁶⁴ Entretien 9.

d'informations de la part de la communauté soignante, qui appelait à être rassurée par les différents niveaux de son management.

- *Une directrice : « Il y a les informations (...) que l'on essaye de retransmettre le plus objectivement possible, [et] il y a le personnel (...) qui regarde la télé et qui a les informations des médias extérieurs qui nous font des fois un petit peu de tort, de mal et qui peuvent mettre certaine fois une tension sur certain sujet. »*¹⁶⁵
- *Une directrice : « Il y avait aussi un besoin d'explications. Donc une simple information et une note ne suffisaient pas toujours à ce que le message soit bien compris. »*¹⁶⁶
- *Une directrice des soins : « Ça a montré aussi que les équipes, ce sont les cadres qui ont fait remonter ça, avaient l'impression de ne pas être suffisamment informé. (...) Quand on vit une crise comme celle-là, il y a beaucoup de choses qui relèvent du sentiment et pas forcément de la réalité. (...) Et je pense que c'est réellement la peur qui a fait que, à un moment donné, ils avaient l'impression de ne pas être suffisamment informés qui ont caché des choses. »*¹⁶⁷
- *Un médecin : « Cette crise unique a généré de la peur et je pense que ces craintes n'ont pas été suffisamment prises en compte. (...) Souvent j'ai trop entendu : « on ne sait pas ce qui se passe ». (...) Ce qui a dominé cette crise, c'est la peur. Et quand il y a de la peur et qu'on ne comprend pas, on a encore plus peur. »*¹⁶⁸

Si certains établissements ont mis en place des fils d'informations (affichages, newsletter, utilisation des réseaux intranet, application sur smartphone,) les personnes interrogées conviennent pour la plupart de l'importance de construire des espaces de communication physiques avec le personnel, non sans reconnaître et regretter le manque de temps qu'il leur était possible de consacrer à cette fonction. La taille et la configuration de

¹⁶⁵ Entretien 1.

¹⁶⁶ Entretien 2.

¹⁶⁷ Entretien 7.

¹⁶⁸ Entretien 10.

l'établissement se sont avérés être des facteurs limitants les interactions directes entre directions et soignants.

- *Un directeur : « Je pense qu'on n'a pas et on n'est pas assez sur le terrain. Et ça, c'est un vrai problème. Mais c'est aussi dû à l'architecture avec des bureaux qui sont dehors. »*¹⁶⁹
- *Un directeur : « La communication dans un établissement avec 5000 agents, ce n'est pas la communication dans un établissement avec 1000 agents »*¹⁷⁰

Ainsi le *top management* qui s'est pourtant engagé dans une démarche proactive pour formaliser des canaux de communication avec le reste des acteurs du soins met en avant des difficultés rencontrées pour les mettre en œuvre, ce qui leur a requis de s'appuyer sur es niveaux managériaux au plus près du terrain.

2.3.2 Le management de proximité a montré toute son importance dans la chaîne de transmission de l'information entre la direction générale et les équipes soignantes.

Afin que la communication puisse avoir la portée souhaitée une réflexion a dû être conduite en amont pour que l'information à transmettre soit à la fois pertinente et adaptée aux publics à qui elle était destinée, tant dans sa forme que sur la manière de la transmettre.

- *Une directrice des soins : « Toutes les strates intermédiaires sont très importantes sur la manière dont les choses vont être déclinées de manière opérationnelle. Si ce maillon- là n'est pas très fort, ça va être compliqué d'avoir une direction avec les décisions prises et l'opérationnalité derrière. Par contre ça demande aussi, je pense, une confiance importante et un fonctionnement au niveau de cette chaîne, qui soit très solide dans une logique de transparence. »*¹⁷¹
- *Un médecin : « c'est là aussi que le discours fort, à mon avis, qu'on doit avoir en tant que gestionnaire au pluriel de crise, c'est qu'on on sort du*

¹⁶⁹ Entretien 8.

¹⁷⁰ Entretien 6.

¹⁷¹ Entretien 7.

champ du management habituel et qu'on ne peut pas faire voter tout l'hôpital à chaque fois. »¹⁷²

- *Un médecin : « On navigue à vue, on essaye de faire des choses, on prend les décisions, même si on ne comprend pas tout ce qui se passe, il fallait aller vers eux et leur dire : « On ne sait pas ». »¹⁷³*

Le management de proximité, et en particulier le cadre de santé, apparaît alors comme le niveau subalterne qui a permis de d'assurer la continuité de la chaîne de transmission de l'information entre la direction générale et les acteurs du soin. En s'appuyant sur leur connaissance du terrain et des personnels ils ont pu transmettre les messages essentiels malgré les incertitudes inhérentes à la complexité de la crise.

- *Une directrice : « On a essayé d'associer au maximum les cadres. Il faut que les cadres de santé s'emparent du sujet, le comprennent correctement et le rediffusent correctement. »¹⁷⁴*
- *Une directrice des soins : « les cadres soignants, on s'est vus de manière beaucoup plus rapprochée (...) Pour moi quand on est dans un service, les interlocuteurs au jour le jour ça va être mon cadre et les médecins avec qui je travaille (...). Ils sont indispensables pour faire que les soignants se sentent bien dans ce qui dans leur travail, avec leurs forces. »¹⁷⁵*
- *Une directrice : « À partir de la seconde vague (...) je vois l'encadrement aussi tous les 15 jours. (...) Je leur donne toutes les informations. »¹⁷⁶*
- *Un directeur : « On a informé régulièrement les cadres, et on pense que par les cadres l'information est plus facilement redescendue. »¹⁷⁷*
- *Une directrice de soins : « (A propos du personnel paramédical) Je trouve que les retours que j'ai moi, c'est qu'ils se sont sentis pas forcément très épaulés et pas très informés par leurs médecins. »¹⁷⁸*

¹⁷² Entretien 9.

¹⁷³ Entretien 10.

¹⁷⁴ Entretien 1.

¹⁷⁵ Entretien 7.

¹⁷⁶ Entretien 2.

¹⁷⁷ Entretien 6.

¹⁷⁸ Entretien 7.

Les entretiens ont permis de relever que l'information *bottom up* qui a circulé de manière formelle depuis le terrain vers la gouvernance de crise n'a véritablement concerné que la communauté paramédicale. Sur ce volet la communication entre les médecins responsables de services et les chefs de pôle et/ou les PCME semble en effet avoir été plus marginale. Ils ne sont que peu voire pas cités au cours des entretiens en ce qui concerne leur implication dans le dialogue de proximité. On peut supposer que ceux dont les unités de soins étaient directement impliquées dans la crise sanitaire étaient eux-mêmes intégrés dans la gouvernance de crise et communiquaient directement avec les équipes médico-soignantes. Pour les autres en revanche leur faible implication pose le problème d'une adhésion partielle de la communauté des médecins cadres face au défi de la circulation de l'information au sein des établissements.

En confrontant l'institution hospitalière à la nécessité mais aussi à la difficulté de mieux communiquer en interne et à tous les échelons, la crise du Covid 19 permet de dégager des axes de réflexion afin d'améliorer la circulation de l'information dans une perspective d'après-crise.

2.3.3 Au fil des deux vagues, les exigences de la communication de crise ont confirmé son importance dans la cohésion institutionnelle

Les entretiens réalisés amènent au double constat :

- D'une communication horizontale, entre les acteurs de la gouvernance structurelle locale et territoriale, qui n'a cessé de se perfectionner au fil de la crise et qui a fait les preuves de son efficacité en termes d'adaptabilité sur le pilotage de l'offre de soins ;
- D'une communication verticale, entre les acteurs de la gouvernance et la communauté soignante, reconnue comme nécessaire mais insuffisante, bien que l'on ait pu constater une volonté de l'améliorer au fil de la crise. Le management de proximité s'est alors avéré être le relais efficace de diffusion de l'information vers les niveaux hiérarchiques inférieurs.

Malgré les difficultés relevées pour la mettre en œuvre, la qualité de la communication apparaît être un élément structurant dans la cohésion institutionnelle. Son efficacité est intimement liée à la position de l'interlocuteur au sein de l'établissement. Les dirigeants doivent s'inscrire dans ce rôle de représentation et avoir conscience de l'impact de leur sémantique. A

ce titre et du fait de leur position hiérarchique au sein des établissements la communauté soignante est particulièrement attentive aussi à la parole des médecins.

- *Un médecin : « Finalement, c'est une question de facteur humain avant tout. Des gens qui sont à même de commander, de diriger, de piloter et aussi des gens qui sont à même d'être commandés »¹⁷⁹*
- *Une directrice des soins : « [La communication], c'est vraiment personne dépendante. (...) On a des médecins qui communiquent beaucoup avec leurs équipes. Les choses se font naturellement. D'autres services où c'est plus compliqué et plus complexe. Je n'ai pas encore trouvé le moyen d'améliorer les choses. »¹⁸⁰*
- *Un directeur : « c'est le directeur, avec sa sensibilité et ses capacités relationnelles, qui définit un cap. Et ça, pour le coup. C'est sa vraie marge de manœuvre. Les espoirs que j'ai après, c'est que des directeurs, des chefs d'établissement qui soient en capacité d'être pédagogues. »¹⁸¹*

Le management de proximité, en particulier les cadres de santé, a pu construire des espaces d'écoute et de dialogue pérennes avec les soignants. Ainsi et dans un souci de limiter les ruptures de la communication interne ces mêmes managers doivent pouvoir bénéficier à l'avenir d'espaces d'expression suffisants afin qu'ils puissent à leur tour faire remonter les informations qu'ils recueillent au plus près du terrain.

- *Une directrice : Soit on fait des grandes réunions, moi j'en ai vu plein de réunion de cadres, tous les trois mois, la direction donne des infos, il y a un peu d'échanges, ou alors il y a toujours un cadre « poil à gratter » qui dit quelque chose...Là on peut garder quelque chose pour peu que ce soit interactif et qu'on ait des remontées du terrain, sinon ça ne fonctionne pas. »¹⁸²*

¹⁷⁹ Entretien 5.

¹⁸⁰ Entretien 7.

¹⁸¹ Entretien 8.

¹⁸² Entretien 2.

En dernier lieu optimiser la politique de communication interne d'un établissement de soin requiert d'être en capacité d'en faire une analyse rétrospective à intervalles convenus, afin de proposer un modèle de transmission de l'information adaptatif et évolutif. Cette fonction reste à professionnaliser, en particulier dans les plus petits établissements qui ne bénéficient pas de directions déléguées à cette fonction.

- *Un médecin : « Est-ce qu'on a cherché à s'améliorer, oui. Il y a une réflexion après la première vague de la crise. Assez large. Sur la cellule de crise et la communication. »*¹⁸³
- *Un médecin : « Sur les plus gros établissements il y a de la ressource (pour) mettre des noms sur des gens chargés de ces tâches-là. »*¹⁸⁴

La crise du Covid 19 a déstabilisé les règles de fonctionnement des établissements de soins. La résilience institutionnelle s'est instinctivement structurée autour d'un modèle de gouvernance relationnelle caractérisé par la recherche de l'optimisation des relations interindividuelles. Il incombe à présent de confronter ce modèle informel au cadre structurel de la gouvernance interne et territoriale.

¹⁸³ Entretien 4.

¹⁸⁴ Entretien 9.

2.4 La crise n'a pas permis de progresser sur les espaces d'influence et les marges de manœuvre des acteurs de la gouvernance interne des établissements de santé

2.4.1 Les instances structurelles de la gouvernance n'ont été que peu contributives pour le pilotage de la crise

Tout au long de la crise sanitaire le volume des instances habituelles de la gouvernance institutionnelle (directoire, CME, conseil de surveillance, CHSCT, ...) a considérablement réduit. Il ressort des entretiens qu'aucune instance ne s'est démarquée pour répondre aux nécessités de la gestion de crise. On notera par ailleurs l'absence totale d'influence des pôles d'activité dans les structurations souhaitées des parcours de soins. Un directeur mentionne que la crise a mis n'a fait que confirmer le faible rayonnement institutionnel de la CME.

- *Un directeur : « Le dimensionnement des instances a montré leur faible portée en termes de capacité à pouvoir mener des débats. (En parlant de la CME) : Trop de monde trop de monde. Pas de soignants. Pas de directeur de manière obligatoire. Pour moi j'ai dissocié les instances et les lieux de travail. Les instances, ça ne doit pas être un lieu de discussion des sujets de fond. »*¹⁸⁵

Au sein de l'établissement pivot du GHT, nous avons noté que les commissions impliquant les soignants semblent avoir joué un rôle au moins informatif, ce qui se conçoit dans un établissement de grande taille où la diffusion des informations a requis la mobilisation de tous les acteurs de la gouvernance et non pas seulement celle des seules personnes impliquées dans le pilotage de la crise.

- *Le directeur de l'établissement pivot : « La CME a continué à fonctionner. Elle a joué un rôle essentiel de courroie de transmission de l'information. Le CHSCT a aussi continué (...). Ça a été un lieu aussi de reprise d'informations, très important ».*¹⁸⁶

¹⁸⁵ Entretien 6.

¹⁸⁶ Entretien 6

En marge des cellules de crise, deux nouvelles organisations structurelles, mises en place de manière circonstancielle, se distinguent toutefois par leur efficacité :

- Certains établissements ont constitué des groupes de travail restreints afin de séquencer la réflexion sur la gestion des différents aspects du pilotage de la crise. A l'image des *forces rapides de réflexion* dont le concept a été théorisé par Lagadec, ces groupes de réflexion ont permis de préparer et de proposer des plans d'actions stratégiques à une cellule de crise qui assurait alors uniquement son rôle souhaité d'instance d'arbitrage et de décisions¹⁸⁷. Cette initiative a été systématiquement bénéfique dans la mesure où elle a permis de d'améliorer la pertinence des décisions prises dans les instances de crise.

- « En fait on a mis en place un dispositif qui a complété la cellule de crise. Toute la question d'avant était de savoir comment préparer cette cellule de crise. Donc on a mis en place des groupes de travail, qui se sont aussi réunis aussi régulièrement. (...) C'est cette instance-là qui a permis d'avoir un temps d'échanges, de discussions, et qui pourrait se rapprocher d'une instance de travail sur laquelle on pourrait capitaliser à l'avenir. »¹⁸⁸
- « J'ai senti nécessaire de mettre en place des cellules médicales avant les cellules de crise au bout d'une huitaine de jours prise parce que les cellules de crises c'était un peu fouillis. »¹⁸⁹

- L'expérience managériale de la première vague a fait l'objet d'un retour d'expérience (RETEX) formalisé dans deux établissements du GHT. Dans le champ sanitaire le RETEX est habituellement employé pour analyser de manière rétrospective et à fins d'amélioration des pratiques dans les suites d'un événement indésirable. Toutefois la réalisation d'un RETEX à l'échelon de l'organisation globale d'un établissement n'est pas une pratique conventionnelle. Elle a pourtant permis à ces établissements de s'inscrire dans une démarche analytique systémique fondée sur le rétro-feedback, ce qui a permis de consolider les enseignements de la première vague pour améliorer la capacité de réaction des établissements face à la seconde vague.

¹⁸⁷ LAGADEC, Patrick. La force de réflexion rapide Aide au pilotage des crises. *Préventive Sécurité*. 2010, n° 112, Pp 31.

¹⁸⁸ Entretien 6.

¹⁸⁹ Entretien 4.

- « On avait réalisé deux jours de retour d'expérience animés par des intervenants extérieurs pour se demander ce que l'on voulait garder de cette crise. Ça a permis de confronter un certain nombre de intuitions. »¹⁹⁰
- « Donc, il y a une sorte d'autocritique et d'analyse. Il y avait un retour d'expérience qui avait été fait par une société extérieure (...) L'expérience acquise lors de l'âge la première vague de la première nous a grandement aidé pour la gestion de la seconde. »¹⁹¹

Ainsi le cadre formel de la gouvernance structurelle s'est effacé face aux nécessités de la gestion de la crise. Ce constat pourrait se comprendre dans un contexte de crise à effet limité, face à laquelle l'application du plan blanc propose de mettre en œuvre une gouvernance adaptée. Toutefois la très longue durée de la crise sanitaire du Covid 19 n'a pas permis pour autant aux instances de la gouvernance interne de retrouver leur place dans le fonctionnement institutionnel, sans que cela empêche pour autant les établissements de poursuivre leurs missions.

Ainsi le fossé existant entre rôle attendu et portée réelle des instances interroge sur leur manque de lisibilité et leur difficulté à s'affirmer face à la communauté soignante, en particulier au corps médical.

2.4.2 L'évolution vers une gouvernance qui serait mieux partagée entre médecins et directeurs doit s'envisager autour de la problématique de la responsabilité.

Les entretiens montrent que l'implication de la communauté médicale pendant la crise a été inégale selon les spécialités et les établissements, confirmant le cloisonnement des exercices médicaux, des difficultés pour construire un dialogue interne d'un service à l'autre et une adhésion variable des médecins hospitaliers aux problématiques institutionnelles.

- *Un directeur* : « [Avoir un projet collectif], ce n'est pas quelque chose qui est nature [pour la communauté médicale], surtout même qui est assez

¹⁹⁰ Entretien 6.

¹⁹¹ Entretien 9.

*contradictoire avec le fonctionnement qui est en spécialités, en services, et la hiérarchie médicale qui est très pyramidale. »*¹⁹²

- *Un directeur : « Je trouve qu'on a mieux fait ce qu'on aurait dû faire habituellement, c'est à dire que les médecins des différentes spécialités communiquent mieux, que ce soit urgences, médecine, chirurgie et qu'ils se coordonnent. »*¹⁹³
- *Un PCME : « Ce temps de réflexion médicale, transversal, qui était un gros manque dans l'hôpital. »*¹⁹⁴
- *Une directrice : Il faudra quand même qu'on se réinvente et qu'on arrive à trouver quelque chose qui puisse capitaliser sur cette organisation-là. Et même entre médecins, (...) je trouve que ça a refait du lien entre eux.»*¹⁹⁵
- *Une directrice des soins : « Un hôpital ne peut pas être simplement une agglomération de services différents qui vivent de manière indépendante. Et si [la crise] a démontré quelque chose, c'est quand même bien qu'on était tous interdépendants par rapport à une organisation, notamment face à une crise. On a besoin de travailler ensemble »*¹⁹⁶

Une des questions de l'entretien concernait les perspectives que pouvaient apporter l'expérience des directeurs médicaux de crise sur la gouvernance structurelle. De l'avis général la fonction de ces derniers s'est au final limitée à l'exercice d'une mission de conseil auprès des directeurs et de coordination de l'organisation des soins tout au long de la crise. Nous n'avons pas relevé de données permettant de supposer que ce rôle pouvait être transposable dans le cadre d'un retour vers une situation de gestion normale.

Pour les directeurs en revanche, la question de l'espace d'influence du corps médical dans la gouvernance doit être indissociable d'une réflexion sur sa responsabilité dans les prises de décisions institutionnelles. Cette évolution impliquerait de caractériser plus précisément les missions qui pourraient faire l'objet d'une prise de décision partagée entre médecins et directeurs, en intégrant toute la difficulté d'une démarche co-décisionnelle et en l'assortissant d'obligations ou d'objectifs pour les parties prenantes.

¹⁹² Entretien 6.

¹⁹³ Entretien 8.

¹⁹⁴ Entretien 4.

¹⁹⁵ Entretien 2.

¹⁹⁶ Entretien 7.

- *Un directeur : « HPST, (...) C'est finalement des commandes qui sont des commandes parlementaires. (...) Au parlement il y a des maires et des médecins. Peut-on imaginer que de façon complètement consciente des maires et des médecins (...) puissent se sacrifier de leur pouvoir. Non. (...) Il y a une perte de responsabilité ce n'est pas tout à fait pareil. »¹⁹⁷*
- *Un directeur : « Le dirlo fait avec la communauté médicale. Le niveau d'influence d'aide à la décision [est] orienté des politiques locaux et des médecins de l'établissement (...). Mais en échange les politiques et les médecins ont échappé à toute forme de responsabilité. Ne pas demander à un médecin ou un élu son avis c'est échapper à son niveau de responsabilité et cela leur convient bien. »¹⁹⁸*
- *Un directeur : « il doit aussi accepter de rentrer dans ces fonctions-là. Des fonctions qui sont pour partie tournées vers l'organisation et la gestion de conflits entre collègues. La crise a confirmé qu'on est un peu dans une ambiguïté médicale, et ce n'est pas que le propre de notre établissement. L'ambiguïté c'est être plus décisionnaires, mais la difficulté à se mettre dans une position vraiment décisionnaire. Et dans l'évolution de la gouvernance je pense qu'il faut à la fois qu'on associe les médecins dans la prise de décision, mais en même temps, une prise de décision qui engage. »¹⁹⁹*

Dans cette optique une meilleure implication des médecins dans la gouvernance interne pose enfin le problème de leur formation et de la valorisation de l'exercice de leurs fonctions institutionnelles, en particulier du point de vue du temps qui devrait leur être alloué, ce qui était un point déjà évoqué dans le rapport Claris²⁰⁰.

- *Un PCME : « Chez nous, dans un petit CH, ce n'est pas possible de remplacer [le PCME]. Ça pose beaucoup de questions sur le temps libéré.*

¹⁹⁷ Entretien 3.

¹⁹⁸ Entretien 3.

¹⁹⁹ Entretien 6.

²⁰⁰ CLARIS, Olivier. Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières. 2020.

Je ne parle même pas de rémunération. Pour ma part j'aimerais plus de temps pour me perfectionner sur certains points.»²⁰¹

- *Un médecin : « Les médecins, ça sait faire de la médecine, mais pas forcément de la santé. Et. S'il faudrait médicaliser, OK, mais ça doit être assorti quand même de gens qui sont formés, entraînés, acculturés et pas lâchés en pâture à des directeurs parce que ça, sinon ça ne sert à rien. »²⁰²*
- *Un directeur : « Le problème (...), c'est par exemple que quand on est président de CME on a 40 % de son temps dédié à sa fonction, et par exemple 10 % quand on est chef de pôle. Ça c'est obligatoire et c'est un vrai sujet. »²⁰³*
- *Un médecin : « j'espère que le temps médical nécessaire à la gestion d'un service sera mieux considéré et pris en compte. »²⁰⁴*

L'expérience des deux vagues montre qu'une grande partie de la gouvernance médicale a su s'intégrer dans la démarche collaborative et constructive qui était nécessaire pour relever les défis du Covid 19.

Le renforcement des prérogatives des médecins, et en particulier celles du PCME, au sein de la gouvernance interne est une revendication de plus en plus récurrente au sein de cette communauté. Toutefois et contrairement à la chaîne hiérarchique paramédicale qui a réussi à s'intégrer dans un continuum managérial efficace, la prise de responsabilité de la communauté médicale dans les instances de la gouvernance s'inscrit dans une démarche plus complexe qui doit intégrer les pluralités d'une communauté hétérogène, attachée à son indépendance, peu acculturée et insuffisamment formée pour exercer des mandats institutionnels.

La faible portée de la gouvernance structurelle au cours de la crise du Covid 19 interroge sur son manque de rayonnement en interne autant que sur les difficultés rencontrées pour mieux impliquer et mieux positionner le corps médical dans la démarche de gestion des hôpitaux. L'expérience globale du GHT au cours de la crise permet alors de porter un nouveau regard sur les évolutions possibles de la gouvernance en se plaçant à un niveau de coordination territorial.

²⁰¹ Entretien 4.

²⁰² Entretien 5.

²⁰³ Entretien 6.

²⁰⁴ Entretien 9.

2.5 Au cours de la crise sanitaire du Covid 19 l'établissement pivot du GHT a montré qu'il avait la capacité de coordonner le pilotage de l'offre de soins à l'échelle territoriale

2.5.1 le pilotage opérationnel de l'offre de soins pendant la crise sanitaire du Covid 19 à l'échelon territorial a été exclusivement assuré par l'établissement support du GHT

L'ARS départementale assure en temps normal la préparation et la planification de la réponse départementale aux crises sanitaires et coordonne la mise en œuvre du plan départemental de mobilisation. Au début de la première vague les acteurs de la gouvernance interne s'attendaient à ce que l'ARS départementale s'inscrive dans un rôle de coordination de l'offre de soin au sein du département et donc du GHT. Ce pilotage opérationnel a pourtant rapidement été confié à l'établissement support du GHT.

- *Une directrice : « Le GHT a joué un rôle, qu'aurait dû jouer l'ARS et les conseils départementaux peut être. L'ARS a été absente sur cette gestion de crise. (...) »²⁰⁵*
- *Un directeur : « Nous, pendant le Covid, on n'a jamais été en contact avec l'ARS et c'est vraiment l'établissement support qui a centralisé qui a fait le lien. Donc finalement, l'ARS, ça donne l'impression qu'elle s'est déchargée sur l'établissement support pour coordonner les demandes. »²⁰⁶*
- *Le directeur de l'établissement support du GHT : « Les relations avec l'agence régionale de santé ont été très personnalisées d'abord, (...) avec le rôle qui nous était donné de coordonner les établissements sur le territoire. »²⁰⁷*

Malgré cette confusion originelle sur la répartition des rôles propres à chacun ce transfert de compétences a rapidement fait la preuve de son efficacité. La déconcentration des décisions qui concernaient le pilotage opérationnel de la crise mais aussi la coordination territoriale de l'offre de soins médicale et médico-sociale vers la gouvernance territoriale du GHT ont permis de limiter les complexités bureaucratiques qui auraient pu se surajouter si les

²⁰⁵ Entretien 1.

²⁰⁶ Entretien 8.

²⁰⁷ Entretien 6.

autorités de santé étaient intervenues dans ce processus. Dans un territoire où le projet territorial restait à consolider, la crise sanitaire a permis de confirmer le potentiel du GHT et a conforté la nécessité de construire une coopération inter-établissements aux fins de structurer les parcours de soins.

- *Le directeur de l'établissement support du GHT : « On avait une capacité à se stabiliser entre nous, qui n'aurait sûrement pas été la même chose si c'est l'ARS qui nous avait dirigés. Et deuxièmement parce que je pense que l'ARS et les directeurs territoriaux n'ont pas les leviers opérationnels. »*
- *« Alors effectivement, je pense qu'en proximité c'est notre référent durant la crise et encore aujourd'hui. »²⁰⁸*
- *« Je pense que le GHT a vraiment servi de relais en proximité, ça a été assez découpé je pense. »²⁰⁹*
- *« Pour moi la crise a donné corps au GHT. Ça a donné corps à des choses qui étaient déjà comme ça sur le papier mais qui a porté ses fruits parce qu'on avait besoin de partager l'information. »²¹⁰*
- *« Ce que la crise a démontré c'est que l'établissement pivot a coordonné la crise sur le territoire, cela personne ne le conteste. (...) Le GHT ça pouvait être quelque chose de très opérationnel, et pas simplement des comités de pilotage et de réflexion »²¹¹*

L'établissement pivot est apparu comme le garant de la cohésion territoriale en favorisant la circulation de l'information entre les établissements et en accompagnant la convergence des organisations d'un établissement à l'autre. La nécessité de déployer une organisation sanitaire de crise commune a pu se faire sans que l'établissement pivot ne devienne un échelon d'autorité limitant *in fine* le besoin d'autonomie interne du reste des établissements du GHT.

- *« Ça permettait quand même une information très rapide d'éléments qui sans le biais du GHT auraient mis un peu plus de temps à arriver jusqu'à*

²⁰⁸ Entretien 1.

²⁰⁹ Entretien 1.

²¹⁰ Entretien 2.

²¹¹ Entretien 6.

nous et a permis aussi d'avoir une politique plus unifiée sur la manière de mettre en œuvre les directives qui arrivaient du ministère. »²¹²

- *« [Avec le GHT] on a vraiment amélioré nos liens puisque pendant la première vague, on a eu jusqu'à une réunion par jour en visio. Et là, on a vraiment eu un échange d'informations. Une transparence, quoi. »²¹³*
- *« Sur le GHT, le côté très positif et constructif, c'est le fait d'être arrivé à avoir une position plutôt unique. Avec une stratégie unique, des décisions communes sur la gestion [des soins], sur la communication aussi vers l'extérieur. »²¹⁴*

Cette décision de transférer la gouvernance territoriale relève toutefois d'une prise de décision unilatérale de l'ARS régionale qui ne s'est pas interrogée sur la capacité de l'établissement support du GHT pour assurer cette mission. Les établissements de soins regrettent enfin la faible implication de l'ARS qui n'a pas su s'inscrire dans la démarche de santé publique attendue dans ce contexte d'incertitude évolutive.

- *Un directeur : « Je trouve qu'on a eu beaucoup d'enquêtes de l'ARS. Et tout le monde s'en plaint. Donc finalement, on a à la fois une ARS qui se décharge sur le GHT, mais à la fois qui cherche à recueillir le max d'informations avec toutes les lourdeurs que ça a en termes d'enquête »²¹⁵*
- *Un directeur médical de crise : « Moi je ne l'ai pas vu, je n'ai pas vu ni vu de trace d'une action de santé publique de terrain, d'épidémiologie de terrain Je m'attendais à ce que l'ARS essaye d'anticiper des situations de crise, des situations de dépassement ou de de charge ou d'absence de charge. »²¹⁶*
- *Le directeur de l'établissement support du GHT : « [Je me questionne] sur le rôle qu'on a été amenés à jouer en tant qu'établissement pivot sans filet. Du jour au lendemain on s'est retrouvés à tout faire. Tout seul. « Débrouillez-vous ». Ça été écrit et dit comme ça par les autorités. Ça a été aussi un aveu de faiblesse de la part de l'agence régionale. De dire :*

²¹² Entretien 7.

²¹³ Entretien 8.

²¹⁴ Entretien 9.

²¹⁵ Entretien 8.

²¹⁶ Entretien 5.

« on ne peut pas faire ». On s'est sentis quand même mis en danger, même si l'ARS a toujours été là. »²¹⁷

La crise sanitaire de la Covid 19 a montré tout l'intérêt d'un transfert de compétences de l'ARS vers le GHT pour les aspects concernant le pilotage de l'offre de soins territoriale. Une contractualisation plus pérenne de ces délégations de gestion nécessiterait toutefois de définir plus précisément le rôle attendu du territoire vis-à-vis des autorités de santé et des autres établissements de soins. Entre déconcentration de la gouvernance externe et simple délégation d'une autorité fonctionnelle le rôle de la gouvernance territoriale doit trouver un point d'équilibre qui requiert de clarifier au préalable la finalité attendue de cet échelon.

2.5.2 Les missions de l'établissement support de GHT doivent être précisées pour atteindre un point d'équilibre entre cohésion territoriale et marge de manœuvre au niveau local

Dans les établissements périphériques, la plupart des personnes interrogées s'inquiètent du renforcement des prérogatives de l'établissement pivot et du risque de glissement d'une situation d'autonomie locale vers une coordination territoriale visant à ne renforcer que les logiques comptables de l'offre de soins. La clarification de l'espace d'influence du GHT semble être un préalable à toute évolution du rôle de la gouvernance territoriale. Elle doit trouver un juste équilibre lui permettant de mener une mission de cohésion territoriale tout en maintenant une transversalité et des marges d'autonomie pour les établissements périphériques.

- *Un directeur « On a pu s'aider sur des injonctions de nos tutelles, donc on n'a pas pu s'aider de façon naturelle. On a été collectivement pris sous l'ordre du patron du GHT. Je ne pense pas que la démarche des GHT soit une démarche à visée purement économique ou de structuration. J'ai pu voir les limites du dispositif GHT, et d'une pensée absolument jacobine, enfin je veux dire centralisée, et au niveau de l'État, et au niveau de la région, et au niveau du GHT. »²¹⁸*
- *Un médecin : « Ma perception de la gouvernance par le territoire, je la ressens comme reposant exclusivement sur les épaules d'un seul homme, qui*

²¹⁷ Entretien 6.

²¹⁸ Entretien 3.

était le directeur du centre hospitalier support et qui est devenu l'interlocuteur direct en amont et en aval, (...) et ce directeur a assumé les missions qu'on lui demandait d'assumer, qu'elles fussent les siennes sur sa fiche de poste ou pas. (...) Je dirais, avec la gouvernance telle que je l'imagine, à savoir des acteurs qui sont issus de différents établissements qui discutent entre eux, qui vont vers le consensus, euh, là c'était quand même relativement dirigé par une personne. »²¹⁹

- *Un président de CME : lisibilité*
- *Une directrice : « Alors après il y a des tensions par moment car l'établissement support du GHT prend aussi de l'importance et il faut un peu des fois lutter, on va dire « pour défendre ses intérêts » Le GHT on y allait déjà à la base donc ce n'est pas non plus tout neuf, et dû à la crise, mais qui a pris plus d'importance du fait de la crise. »²²⁰*
- *Une directrice : « Il y a un travail qui repose beaucoup sur la communication et la recherche permanente de l'équilibre (...). Si on veut faire des GHT des vrais acteurs publics de territoire, avec un établissement pivot, moi ma vision c'est qu'on peut avoir tout à fait une politique plus intégrative en respectant les spécificités de chaque établissement. »²²¹*

De son côté le directeur de l'établissement pivot du GHT interrogé nous a fait part de ses réserves sur la mise en œuvre de ce nouvel échelon *supra-hospitalier*, où tout transfert de compétences risquerait de s'accompagner d'une complexification de l'administration du GHT, laquelle ne saurait être simplement compensée par la création d'emplois fonctionnels supplémentaires.

- *Le directeur de l'établissement pivot : « (A propos des GHT) Je ne crois pas à la massification, à la centrifugation des choses. Ça ne marche pas. Si les CHU ne fonctionnent pas, c'est bien pour une raison quand même. Inversement je pense que continuer dans la voie des stratégies isolées pour chaque établissement aujourd'hui c'est impossible.²²²*

²¹⁹ Entretien 5.

²²⁰ Entretien 1.

²²¹ Entretien 6.

²²² Entretien 6.

Par ailleurs le rôle du GHT est resté plus marginal sur la structuration des filières de soins, que la communauté médicale s'est appropriée en marge de toute organisation et qui tient pour grande partie à la capacité des soignants à se structurer.

- *Un médecin : Ce qui fonctionne sur le GHT, c'est ce qui fonctionnait déjà en dehors du GHT. On en est encore à une étape d'apprendre à se connaître. Les spécialités où les gens se connaissent et se fréquentent déjà, finalement elles fonctionnent. »*²²³
- *Un médecin : « Après, on a très vite pris contact avec la réanimation mais avait pas besoin du territoire parce que bon, on n'a pas besoin du d'une instance territoriale pour me dire, « vous allez appeler la réanimation du territoire ». On l'a appelée directement. (...) Les acteurs de la gouvernance ne nous ont pas mis plus d'huile qu'il n'y en avait déjà entre la réanimation et nous. »*²²⁴

La construction des GHT est enfin limitée par l'autonomie financière des établissements qui les expose en cas de fusion des directions ou des parcours de soins au risque d'impacter leurs recettes. Ainsi, si le niveau territorial peut sembler souhaitable d'un point de vue qualitatif sa mise en œuvre requiert de mener une réflexion afin de caractériser au préalable le champ des coopérations financières entre les établissements de soins.

- *Un directeur : « Par ailleurs on est dans un modèle T2A. Si je perds du pognon, mon voisin hospitalier en gagne. Dans le gène de tous les dirlos, C'est de faire grandir sa boutique. »*²²⁵
- *Un médecin « Pour moi un établissement support, c'est un établissement qui a les reins assez solides pour pouvoir aider un établissement qui se rattache à lui et l'aider si besoin, et non pas faire en sorte que les petits établissements fournissent tout ce qu'ils peuvent pour que lui survive. »*²²⁶

²²³ Entretien 4.

²²⁴ Entretien 5.

²²⁵ Entretien 3.

²²⁶ Entretien 10.

- *Un directeur : « Moi, je trouve que ça serait bien et je pense qu'on aurait une puissance de feu et que budgétairement serait moins embêté et qu'on aurait une autonomie dans la gouvernance. »²²⁷*

Ainsi si la crise sanitaire du Covid 19 a conforté la nécessité de construire une coordination territoriale, l'évolution du modèle de gouvernance structurelle locale et territoriale doit s'inscrire dans une perspective plus globale de redéfinition des missions de la gouvernance externe et interne. La multiplicité des enjeux inciterait à évoluer vers un modèle plus souple, qui tiendrait compte de la taille du GHT et des spécificités du territoire, et qui aurait la volonté d'évaluer l'impact de ses évolutions dans un contexte de normalisation post-crise.

- *Une directrice : « Je pense que là on était sur un mode très très spécifique alors après on a vu que les GHT ont pris de la place depuis un an au détriment des ARS, conseils départementaux qui continuent de nous transmettre nos dotations, de nous compenser les pertes de recettes, les surcoûts Covid et encore pas dans leur totalité ou alors il faut justifier, sur justifier tout ce que l'on demande. »²²⁸*
- *Un directeur : « Mais aujourd'hui s'il y a un conflit avec un établissement, un désaccord stratégique sur un point, qui est-ce qui tranche aujourd'hui ? On peut tout à fait avoir dans des GHT des établissements qui ne s'y retrouvent pas et que qui se désolidarise progressivement. Et l'établissement ne peut que constater que ça ne se fait pas. Donc si on veut aller plus loin aujourd'hui dans le fonctionnement des GHT, il va falloir que l'on mette à plat leur gouvernance »²²⁹*
- *Un directeur : « On va faire des GHT, on ne sait pas pourquoi qui est évalué, qui a évalué c'est quoi le bon périmètre ? »²³⁰*

²²⁷ Entretien 8.

²²⁸ Entretien 1.

²²⁹ Entretien 6.

²³⁰ Entretien 8.

CONCLUSION

Au cours des quinze dernières années le déploiement de la nouvelle gouvernance hospitalière s'est attaché à limiter l'inflation des dépenses de santé. Une gouvernance externe a été mise en œuvre afin de renforcer le rôle de l'état en tant qu'ordonnateur et contrôleur du financement des soins. Dans la continuité des missions confiées aux agences régionales de santé, une gouvernance interne a été déployée au sein des établissements, visant à impliquer l'ensemble des acteurs hospitaliers dans une démarche de responsabilisation afin de réussir à concilier les impératifs financiers et le pilotage de la qualité des soins dans les hôpitaux.

Pourtant cette nouvelle gouvernance n'a pas réussi à conduire le changement souhaité et l'échec des réformes successives menées depuis la loi HPST de 2009, se limitant à déplacer le curseur des prérogatives entre les différents acteurs de la gouvernance interne, témoignent d'une obstination à consolider un modèle qui n'a pourtant apporté que partiellement satisfaction aux acteurs de terrain.

La crise sanitaire du Covid 19 a conduit les établissements de santé vers une situation de rupture organisationnelle inédite dans son histoire. Malgré la très courte temporalité imposée par la progression de l'épidémie, malgré les insuffisances de l'Etat en ce qui concerne les stratégies d'anticipation des risques sanitaires majeurs, le système de soins, imaginé et vécu comme une organisation complexe, structuré autour de pratiques hyperspécialisées, peu porté sur l'innovation territoriale, cloisonné par son fonctionnement bureaucratique et peu aguerri à la gestion de crise a dû s'inscrire dans une démarche créatrice où l'agilité et l'inventivité du collectif ont permis d'intégrer les complexités organisationnelles face aux enjeux émergents de cette crise qui menaçaient le fondement même de la mission des établissements de santé ²³¹.

Au cours de ce travail nous nous sommes interrogés sur les perspectives que pouvaient apporter les innovations constatées au sein de la gouvernance interne pendant la crise sanitaire du Covid 19 dans une perspective de retour à la normale. A ces fins nous avons choisi

²³¹ ANTON, Philippe. Agilité organisationnelle et gestion de la pandémie Covid-19 : contribution d'une approche exploratoire réalisée auprès de managers hospitaliers français. *Question(s) de management*. 2020, n°29, n° 3, pp 45.

d'observer la gouvernance interne sous deux angles. Le premier est l'aspect structurel de la gouvernance, c'est-à-dire sa portée institutionnelle, caractérisée par la capacité d'influence des acteurs qui y participent sur l'organisation des établissements de santé. Le second est sa dimension relationnelle, qui caractérise les liens informels existants entre les différents acteurs et qui semble pourtant avoir été au cœur de la structuration de la réponse du système de santé face aux complexités des enjeux de la crise.

A ces fins nous avons conduit au sein d'un GHT une série de dix entretiens semi-directifs auprès d'un ensemble d'acteurs du *top management*, directeurs, médecins et paramédicaux, impliqués dans les instances de la gouvernance habituelle et territoriale au cours des deux premières vagues de la crise sanitaire du Covid 19. Notre hypothèse de départ se demandait alors dans quelle mesure une évolution de la dimension relationnelle de la gouvernance pouvait être plus transformatrice qu'une simple évolution de son cadre structurel.

Les difficultés inhérentes à la gestion de la crise et en particulier la nécessité de mettre en œuvre des boucles décisionnelles rapides ont bouleversé les fondements du modèle de gouvernance antérieure au point de remettre en cause pour partie sa pertinence. La mauvaise qualité de la communication entre le *top management* et les autres acteurs du soin, mais aussi entre les différentes corporations hospitalières, directeurs, médecins et paramédicaux, apparaît avoir été un facteur clivant qui avait jusqu'alors largement limité la capacité des établissements à se fédérer autour de projets consensuels. Les difficultés alléguées pour construire des espaces relationnels pérennes avaient consolidé les ruptures *top down* entre le corps administratif et les soignants qui, faute de disposer des données nécessaires pour mieux comprendre les enjeux managériaux locaux et territoriaux, s'étaient cristallisés derrière la revendication de leur mal-être professionnel.

La réflexion collective qui a émergé au cours de la crise sanitaire du Covid 19 s'est organisée autour des cellules de crises, instances informelles qui se sont substituées aux instances habituelles de la gouvernance interne. Les acteurs de la gouvernance se sont alors engagés dans une démarche active pour consolider la qualité de leur communication horizontale. Notre travail permet de supposer que l'efficacité opérationnelle des instances de crise s'est largement bâtie du fait de l'émergence de nouvelles coopérations qui ont su dépasser les phénomènes de résistances passives et les clivages qui existaient jusqu'alors dans la gouvernance institutionnelle. En confrontant les individus à la complexité d'une situation dont ils ne pouvaient appréhender les enjeux individuellement, la crise sanitaire du Covid 19 a généré

une situation d'interdépendances propice à la construction d'un modèle de réflexion collectif et résilient. Le retour d'expérience des deux premières vagues témoigne de cette plasticité, fondée sur une gestion adaptative mais aussi sur la propension du collectif à se fédérer dès lors que les objectifs à atteindre ont fait écho au sens et au cœur de mission des acteurs du soin.

L'amélioration de la performance observée au travers de cette stratégie de décroisement appelle à être consolidée dans une perspective post-crise. Les instances de la gouvernance doivent redevenir des espaces de concertation participatifs et il incombe à ceux qui les dirigent d'animer cette nécessité autant que de proposer la méthodologie qui permettrait de l'obtenir, tout en conservant leur rôle originel sur l'arbitrage des décisions.

En parallèle ces mêmes instances doivent travailler à formaliser des modèles de circulation de l'information et des espaces de communication pérennes avec le reste de la communauté soignante. Le dialogue direct entre le *top management* et les autres acteurs du soin est possible mais trouve rapidement ses limites au-delà d'une certaine taille dans les établissements de santé. Pendant la crise il a pu s'appuyer sur le management de proximité et ainsi créer une continuité dans la chaîne de transmission des informations. Dans cette optique la relation de confiance qui a caractérisé les échanges entre les cadres de santé et les directions générales a permis à la gouvernance de crise de traiter les besoins et les incertitudes des acteurs du soin et ainsi de limiter les situations de rupture dialogiques. En ce sens la chaîne hiérarchique paramédicale a été un modèle efficace de communication *bottom up* et *top down* qui a permis d'ajuster les organisations des hôpitaux au plus près des besoins circonstanciels malgré les incertitudes de la gestion de la crise.

L'implication des responsables médicaux est plus hétérogène sur cet aspect. Notre travail nous a permis de constater que la capacité des médecins cadres à investir leur rôle managérial est extrêmement variable, en particulier parmi les responsables d'unités de soins. Cet état de faits est symptomatique de la dichotomie d'une communauté médicale qui revendique plus d'implication dans une gouvernance interne mais dont elle critique en même temps la pertinence et la portée. Les progrès technologiques qui ont cloisonné les spécialités, la pénurie de postes limitant la possibilité de dégager le temps nécessaire pour s'engager dans des missions extra-cliniques et une culture de l'indépendance professionnelle participent à ces difficultés constatées. L'implication du management médical de proximité n'en reste pourtant pas moins essentielle et doit être symbiotique avec le travail du cadre de santé.

En écartant les individus de leur zone de confort la crise sanitaire s'est avérée être un révélateur de compétences individuelles qui pourrait inspirer une nouvelle approche de la sélection des managers en santé. Nous pensons qu'une meilleure implication des futurs cadres et en particulier des médecins dans le management nécessiterait de dépasser les formalismes institutionnels pour se concentrer sur l'identification de profils ciblés. Ainsi privilégier la motivation et la capacité des futurs managers à assurer des missions de pilotage serait une piste à consolider pour que les directions s'entourent de profils plus en phase avec les enjeux stratégiques des établissements de santé. Si enfin les cadres de santé reçoivent une formation adaptée et bénéficient d'un poste de travail dédié à l'exercice de leurs fonctions, la formation des médecins est à ce jour aussi insuffisante que le temps qui leur est octroyé pour l'exercice de leurs missions institutionnelles.

Ce faisant l'efficacité de la chaîne hiérarchique est soumise à deux conditions. La première est la nécessité pour les directions générales de construire une relation de confiance suffisante avec ses niveaux subalternes pour créer un continuum managérial efficace. Le renforcement des délégations de gestion qui doivent être mieux formalisés au niveau polaire et qui devraient aussi concerner les services de soins requiert toutefois que ces mêmes directions puissent bénéficier des marges de manœuvre leur permettant d'élaborer de véritables contrats de pôle ou de service. La seconde est l'adaptabilité. Le modèle de gouvernance structurelle doit pouvoir se décliner de manière plastique pour tenir compte de la diversité des organisations et des dimensions des établissements de santé. La notion de pôle et même de service doit donc pouvoir conserver une composante conditionnelle pour s'adapter au plus juste aux particularités locales et ainsi ne pas enfermer les établissements dans une organisation plus formelle qu'efficace.

La crise du Covid 19 a imposé à la gouvernance de crise de piloter de front un double enjeu. Il fut bureaucratique pour les directeurs qui ont eu à gérer une crise administrative et politique caractérisée par la multiplicité des injonctions voire des contradictions. Il fut organisationnel sur les filières de soins pour le management médical qui n'a eu de cesse de construire des solutions permettant d'anticiper le risque de saturation des établissements de santé. La complémentarité et l'interdépendance des tâches réalisées nous ont conduit à nous interroger sur les perspectives que pourraient offrir un partage de responsabilités entre les directeurs généraux et les PCME. Au terme de notre travail nous pensons que cette évolution, qui fait pourtant l'objet d'une forte revendication de la part de la communauté médicale, doit

être imaginée avec prudence. Le PCME, dont la légitimité tient à son appartenance à la communauté soignante, a un positionnement institutionnel complexe entre culture de gestion et défense de la qualité des soins. Faire évoluer ses prérogatives vers une fonction de co-directeur médical au sens administratif du terme nécessiterait alors de mieux caractériser son niveau de responsabilité tout en intégrant la difficulté qu'il existerait à formaliser des modèles de gestion co-décisionnels ainsi que le risque pour le PCME de perdre l'adhésion d'une partie de la communauté soignante.

A l'échelle territoriale la crise du Covid 19 a permis à l'établissement pivot du GHT où nous avons mené notre travail d'incarner et de piloter efficacement la coordination et l'optimisation des parcours de soins dans le champ médical et médico-social. Ce transfert de compétences de l'ARS départementale vers le GHT a permis de construire un modèle organisationnel inter-établissement cohésif et opérationnel qui s'explique pour partie en raison de la limitation des strates bureaucratiques qui caractérisaient pourtant l'interface entre la gouvernance interne et la gouvernance externe jusqu'alors.

Le GHT apparaît comme un niveau intermédiaire pertinent dans une logique de déconcentration plus que décentralisation d'une gouvernance externe dont le niveau de pilotage régional est aujourd'hui jugé trop éloigné des réalités territoriales²³². Dans une perspective post-crise une délégation de gestion du niveau régional vers les établissements pivots des GHT pourrait permettre de construire un modèle de gouvernance territoriale plus à même d'exercer une mission de coordination efficace entre les établissements d'un même GHT, pour peu que celle-ci ne se fasse pas au détriment des marges de manœuvre des établissements périphériques qui appellent à conserver leur ancrage local. La gouvernance territoriale s'inscrirait alors en rupture avec le modèle centralisé actuel et permettrait aussi de consolider la dimension relationnelle de proximité nécessaire pour optimiser la logique des parcours de soins entre les établissements du GHT.

La capitalisation des innovations apparues au sein de la gouvernance interne pendant la crise sanitaire du Covid 19 doit être pondérée dans la perspective d'un retour à la normale. L'impact en termes de santé publique du retour en masse des patients *laissés à la marge* du fait des décisions stratégiques de l'État risque de conduire à courte échéance vers de nouvelles situations de blocages sanitaire et social. Par ailleurs les incertitudes sur la cinétique de reprise

²³² THINK TANK ECONOMIE SANTE. Transformation du système de santé. La gouvernance doit être plus efficace et plus lisible. Comment tirer les leçons de la pandémie de coronavirus. 2020.

des activités exposent les établissements à un risque de diminution de leurs recettes, en particulier sur les segments de l'offre de soins qui relèvent du modèle de financement à la T2A. Le post-crise immédiat pose donc la double problématique d'une aggravation des tensions budgétaires et d'une détérioration de la qualité des soins confirmant, comme l'indique Lagadec, que toute crise est à même de fragiliser le socle sociétal lui-même au point de générer un ensemble de nouvelles crises systémiques ²³³.

Au terme de ce travail nous estimons que la crise sanitaire du Covid 19 a montré que pour être lisible la gouvernance interne doit être unifiée. La recherche d'une organisation structurellement homogène ne saurait représenter un modèle pérenne face à la diversité des organisations hospitalières et des territoires de santé. Ainsi si elle est en capacité de pouvoir tenir compte des spécificités locales et territoriales la gouvernance sera plus à même d'intégrer les enjeux démographiques, sociaux et épidémiologiques d'une part et la gestion de ses ressources humaines médicales et paramédicales d'autre part. Cela requiert de lever les contraintes administratives afin de renforcer l'autonomie des GHT et des établissements de santé, c'est-à-dire leur capacité d'agir.

Pour atteindre ces objectifs au sein des instances de la gouvernance, fussent-elles locales ou territoriales, le cadre législatif de la gouvernance structurelle ne suffit à garantir son efficacité. Les acteurs doivent être en capacité de croiser leurs regards pour mieux construire des décisions partagées avec des objectifs précis. Claveranne et al estiment qu'un tel sursaut ne pourra être possible que si les hôpitaux bénéficient de la plasticité suffisante pour que soient appliqués à tous les échelons « *les principes de subsidiarité, d'empowerment et de contractualisation dont le corollaire est la responsabilité* ». ²³⁴ A l'image de la gouvernance de crise qui s'est construite au fil des deux premières vagues de l'épidémie, nous pensons en plus que la réforme de la gouvernance ne pourra réellement se concrétiser que si ses acteurs s'engagent à rompre avec les dyarchies et les clivages pour s'engager dans la construction d'une gouvernance relationnelle efficiente. C'est à ce prix qu'elle retrouvera sa légitimité face aux

²³³ LAGADEC, Patrick. *Un petit ébranlement peut avoir raison du système : autour de la pandémie grippale*. Espace éthique. Région Ile-de-France. 2020. Disponible sur <https://www.espace-ethique.org/ressources/entretien/un-petit-ebanlement-peut-avoir-raison-du-systeme-autour-de-la-pandemie>

²³⁴ CLAVERANNE, Jean-Pierre. PASCAL Christophe. PIOVESAN David. *La gouvernance hospitalière à la croisée des chemins*. In BRAS, Pierre Louis et al. *Traité d'économie et de gestion de la santé*. 1ère édition. Paris : Presses de Sciences Po, 2009, Pp 447-54.

autres acteurs du soin pour agir comme un facilitateur plutôt que comme un frein aux nécessaires adaptations des organisations de soins face aux enjeux des politiques de santé.

BIBLIOGRAPHIE

Livre

BERGERON et al François Dedieu. *Covid-19: une crise organisationnelle*. Paris : Presse de Science Po, 2020, 131 p.

CLEMENT, Jean-Marie. *La nouvelle loi hôpital patients santé territoires analyse, critique et perspectives*. Bordeaux : Les Études hospitalières, 2009, 136 p.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. *L'hôpital stratège : dynamiques locales et offre de soins*. Paris. John Libbey Eurotext, 1996, 340 p.

HASSENTEUFEL, Patrick. *Les médecins face à l'État : une comparaison européenne*. Les Paris : Presse de Science Po, 1997, 367 p.

HOLCMAN, Robert. *Management hospitalier : manuel de gouvernance et de droit hospitalier*. Malakoff : Dunod, 2017, 992 p.

MOREL, Christian. *Les décisions absurdes*. Paris : Gallimard, 2013, 384 p

NOBRE, Thierry. LAMBERT Patrick. *Le management de pôles à l'hôpital*. Paris : Dunod. 2016, 306 p.

Contribution à un livre

CLAVERANNE, Jean-Pierre et al. La gouvernance hospitalière à la croisée des chemins. In BRAS, Pierre Louis et al. *Traité d'économie et de gestion de la santé*. 1ère édition. Paris : Presses de Sciences Po, 2009, Pp 447-54.

HUSSON, Julien. Le management hospitalier après la crise : changement de pratiques, changements de référentiels ? In KALIKA, Michel. *L'impact de la crise sur le management*. Caen : Ems Management et Sociétés, 2020, 276 p.

LAUDE, Laëtitia. Gouvernance et organisation interne des hôpitaux publics français ». In LOUAZEL Michel et al. *Le management en santé*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2018, Pp 165-78.

OLIVAUX, Marc. Les changements à l'hôpital public. In ESPAGNO LABADIE Delphine et al. *Fonction(s) publique(s) : le défi du changement*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2018, Pp 41-48.

Article de revue

ANTON, Philippe. Agilité organisationnelle et gestion de la pandémie Covid-19 : contribution d'une approche exploratoire réalisée auprès de managers hospitaliers français. *Question(s) de management*. 2020, n°29, n° 3, pp 45.

BARRO, Kathia, et al. Management of the COVID-19 epidemic by public health establishments—Analysis by the Fédération Hospitalière de France. *Journal of visceral surgery*. 2020, 157, n° 3, pp 19-23.

BERTRAND, et al. Analyse du plan « Ma Santé 2022, un engagement collectif » et propositions de l'Académie nationale de médecine. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine* 2019. 203, n° 5, pp 245-51.

DIEMER, Arnaud. Modéliser le COVID-19, défis et perspectives. *Revue Francophone du Développement Durable*. 2020, 15, pp 1-65.

DOMIN, Jean Paul. Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) : de l'indicateur de comptabilité hospitalière au mode de tarification (1982-2012). *Histoire, médecine et santé*, 2013, n° 4, Pp 69-87.

FRIMOUSSE, Soufyane. PERETTI, Jean-Marie. Les répercussions durables de la crise sur le management. *Question(s) de management*. 2020, 28, n° 2 (2020). Pp 159-243.

MICHELAT, Guy. Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie. *Revue Française de Sociologie*. 1975. 16-2. Pp 229-247

LAGADEC, Patrick. La force de réflexion rapide Aide au pilotage des crises. *Préventique Sécurité*. 2010, n° 112, Pp 31.

PACHE, Gilles. Covid-19 : une logistique (enfin) acclamée. *Management & Data Science*. 2020.

POINT, Sébastien. VOYNNET FOURBOUL Catherine. Le codage à visée théorique. *Recherche et Applications en Marketing*. 2006, 21, n° 4, Pp 61-78.

RIOU Bruno et al. Retour d'expérience sur la direction médicale de crise à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris pendant la crise Covid-19. *Annales françaises de médecine d'urgence*. 2020, 10, n° 4-5, Pp 340-49.

SCHWEYER, François-Xavier. Une profession de l'État providence, les directeurs d'hôpital. *Revue européenne des sciences sociales*. 2006, n° XLIV-135, Pp 45-60.

SEBAI, Jihane. Une analyse théorique de la coordination dans le domaine des soins : application aux systèmes de soins coordonnés. *Revue de Santé Publique*. 2006, 28, n° 2, Pp 223-34.

VALETTE, Annick. BURELLIER Franck. Quand l'habit fait le moine les chefs des pôles hospitaliers : devenir des hydrides « malgré tout ? » *Annales des Mines-Gérer et comprendre*, 2014, ESKA, Pp 4-13.

Colloques et communications

BUTTARD, Anne. MARMORAT Sophie. Nouvelle Gouvernance hospitalière : vers une requalification de la performance des établissements publics. *30ème Université d'été de l'IAS : l'IAS, entre risques et éthique*. 2012

CARLI, Pierre. TELION, Caroline. Catastrophe et plan blanc : comment se réorganiser en urgence. *SFAR. Le congrès. Médecins. Conférence d'actualisation*, 2014, p 1-15.

DOMIN, Jean-Paul. La nouvelle gouvernance hospitalière : fondements théoriques et applications ». *Colloque de l'économie politique de la gouvernance*, 2005.

DUMEZ, Hervé, MINVIELLE Étienne. Le système hospitalier français dans la crise Covid-19. CNRS. *École polytechnique de Paris*. 2020.

DUMEZ, Hervé et al. *Le système hospitalier français dans la crise Covid-19 : réactivité et créativité*. Séminaire Les invités de l'École de Paris - École de Paris du management, 2020

Article de périodique en ligne

LEMARIE Alexandre. PIETRALUNGA Cédric. Macron sonne la mobilisation générale. *Le Monde*, 18 mars 2020.

BEGUIN François. Hôpitaux : des « choix forts », pas la révolution. *Le Monde*, 27 mai 2020.

BEGUIN François. Un « Ségur » pour relancer le système de soins. *Le Monde*, 26 mai 2020.

BEGUIN François. PINEAU Élisabeth. Coronavirus : à l'hôpital, une parenthèse « extraordinaire » se referme. *Le monde*, 11 mai 2020.

BEGUIN François. Hôpitaux : des « choix forts », pas la révolution. *Le Monde*, 27 mai 2020.

LAURENT, Samuel. Médecins, directeurs... qui doit gouverner, à l'hôpital. *Le Monde*, 11 juin 2020.

MORIN, Hervé. LAROUSSERIE David. Covid-19 : « Aucune leçon n'a été tirée de la gestion de crise entre mars et mai » - Interview de Henri Bergeron, Olivier Borraz et Patrick Castel ». *Hospimédia*. 22 octobre 2020.

NAYRAC, Clémence. Les présidents de CME demandent plus de reconnaissance pour leur rôle institutionnel ». *Hospimédia*, 24 octobre 2019.

QUEQUINIER, Thomas. GOEMINNE Jérôme, président du SMPS "Nous défendons une gouvernance en quatuor apaisée entre directeurs et manager médical". *Hospimédia*, 6 novembre 2020.

QUEQUINIER, Thomas. Les directeurs d'hôpital défendent le sérieux de leur gouvernance face au Covid-19. *Hospimédia*, 19 mai 2020.

ROBILLARD, Jérôme. Les syndicats de directeurs sont inquiets sur la gouvernance médicalisée des GHT. *Hospimédia*, 23 décembre 2019.

STROMBONI, Camille. Trente-trois mesures pour réformer le système de santé. *Le Monde*, 23 juillet 2020.

TRIBAULT, Géraldine. Gouvernance et simplification sont au cœur des 120 propositions des CHU pour le Ségur. *Hospimédia*, 2 juillet 2020.

Rapports administratifs

ANAP et DHOS. La Loi HPST à l'hôpital : les clés pour comprendre. 2010.

CLARIS, Olivier. Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières. 2020.

Communiqué de presse du conseil des ministre du 27 avril 2005 sur la simplification du régime juridique des établissements de santé. 2005

DOMY, Philippe et al. Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé ». *Rapport des Conférences hospitalières*. 2014

FOURCADE JP. Rapport au Parlement du Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé. *La documentation française*. 2011.

LARCHER, Gérard. Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital. 2008

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Les principales mesures de la loi Santé. 2017.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Plan blanc et gestion de crise. Guide d'aide à l'élaboration des plans blancs élargis et des plans blancs des établissements de santé. 2006

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Ségur de la santé. Les conclusions. Dossier de presse. 2020

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Aide à l'organisation de l'offre de soins en situations sanitaires exceptionnelles : guide méthodologique. 2014.

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles. 2019.

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Ma santé 2022 : un engagement collectif. Dossier de presse. 2018.

SAFON, Marie-Odile. Les réformes hospitalières en France. Aspects historiques et réglementaires. Synthèse documentaire. *IRDES*. 2017. Vol. 57.

THINK TANK ECONOMIE SANTE. Transformation du système de santé. La gouvernance doit être plus efficace et plus lisible. Comment tirer les leçons de la pandémie de coronavirus. 2020.

VALLANCIEN, Guy. Réflexions et propositions sur la gouvernance hospitalière et le poste de président du directoire. 2008

ZEGGAR, Hayet. VALLET Guy. TERCERIE Oriane et al. Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé. *IGAS, La Documentation Française*. 2010.

Articles de loi et textes législatifs

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

LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Sitographie

LAGADEC, Patrick. *La crise du Covid 19- L'urgence de l'invention - Contribution au retour d'expérience et au travail d'enquête*. 2020. Disponible sur <http://www.patricklagadec.net/fr/notes.htm>

LAGADEC, Patrick. *Un petit ébranlement peut avoir raison du système : autour de la pandémie grippale*. Espace éthique. Région Ile-de-France. 2020. Disponible sur <https://www.espace-ethique.org/ressources/entretien/un-petit-ebanlement-peut-avoir-raison-du-systeme-autour-de-la-pandemie>

OMS. COVID-19 – Chronologie de l'action de l'OMS. 2020. Disponible sur <https://www.who.int/fr/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : GRILLE D'ENTRETIEN

ANNEXE 2 : RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN NUMERO 6

Annexe 1 : Guide d'entretien

A. Cible

- Directeur d'établissement et directeur adjoint, directeur des Soins infirmiers et cadre de santé, médecin cadre (Président de CME, chef de pôle, chef de service, directeur médical de crise) 10-12 entretiens
- Établissements publics de santé uniquement : 3- 4 établissements
- Niveau : départemental

B. Modalités

- Entretiens individuels qualitatifs semi-directifs
- Durée : 45 à 60 minutes (borne maximale : 90 minutes)

C. Entretiens

Éléments de présentation (5 min)

Bonjour.

Je suis étudiant à l'institut d'études politiques de Grenoble est dans le cadre de mes études je réalise un mémoire qui porte sur les effets de la crise sanitaire du Covid 19 sur la gouvernance interne des établissements publics de santé.

La gouvernance est un terme dont on parle beaucoup depuis quelques années mais qui peut parfois encore prêter à confusion. Dans le cadre de ce travail nous retiendrons que la gouvernance caractérise la capacités des dirigeants (directeurs, médecin cadres et cadre de santé) à influencer sur la conduite de l'organisation du système hospitalier. Si vous n'êtes pas à l'aise avec ce terme vous n'êtes pas absolument pas tenu de l'utiliser au cours de l'entretien.

Cette enquête n'est pas un questionnaire mais une discussion libre. Je souhaite recueillir vos opinions, vos avis et vos attentes concernant la gestion de la crise sanitaire dans votre établissement et dans votre territoire de santé. Je suis là pour vous écouter, recueillir votre opinion, dans le respect complet de votre anonymat.

Votre interview viendra enrichir celle d'autres personnes et l'analyse sera globale

Pour ne rien perdre de notre conversation et afin de faciliter ma prise de notes je vais enregistrer l'entretien. Il est strictement confidentiel et l'enregistrement sera détruit après analyse.

Acceptez-vous de participer cette enquête ?

Consigne

La crise sanitaire du Covid 19 est unique par sa durée et sa globalité. Quel regard portez-vous sur la réorganisation de l'offre de soins dans votre établissement et dans votre territoire ? Dans la perspective d'un retour à la normale cela vous inspire-t-il de nouveaux modes d'organisation ?

PREMIERE PARTIE : LES INSTANCES HOSPITALIERES PENDANT LA CRISE SANITAIRE (15 min)

- *Pouvez-vous me parler du fonctionnement de votre cellule de crise ? De son rôle dans le pilotage de la crise ? De l'évolution de son rôle entre les 2 vagues ?*
- *Quel regard portez-vous sur le rôle de vos instances hospitalières pendant la crise sanitaire (Directoire, CS, CME, CODIR, CSIRMT) ? Était-il identique ou différent par rapport à d'habitude ?*
- *Quelles ont été vos relations avec l'ARS départementale au cours de la crise sanitaire ? Avec les municipalités ? Ces relations ont-elles changées par rapport à d'habitude ?*
- *Comment avez-vous perçu le rôle incarné par le GHT dans le pilotage de la crise ?*
- *Avez-vous vu d'autres organisations se former spécifiquement pendant la crise dans votre établissement ou au sein du territoire ? Ont-elles eu un impact positif ou négatif pour la gestion de la crise sanitaire ?*

TRANSITION *Nous avons évoqué le rôle et les interactions entre les instances au cours de la crise. Nous allons à présent évoquer les relations entre les acteurs du soin.*

SECONDE PARTIE : LES RELATIONS ENTRE LES ACTEURS DU SOIN PENDANT LA CRISE SANITAIRE (20 min)

- *Les relations entre les acteurs du top management (Direction, médecins cadres et cadres de santé) ont-elles été différentes pendant la crise sanitaire par rapport à d'habitude ? A quelles occasions ? Ont-elles eu un impact positif ou négatif pour la gestion de la crise sanitaire ?*
- *Un médecin a-t-il été en charge de la direction médicale de crise dans votre établissement ? Pouvez-vous me parler de son rôle dans la gestion de la crise ? De sa relation avec les autres acteurs du soin ? Que pensez-vous de cette fonction au-delà de la gestion de la crise sanitaire ?*
- *Pensez-vous que les relations qui ont existé entre le top management et le personnel de l'établissement ont changées pendant la crise sanitaire ?*

TRANSITION *Nous avons évoqué l'évolution des relations entre les acteurs du soin au cours de la crise sanitaire. Je vous propose de vous placer à présent dans une perspective de retour à un fonctionnement normal*

TROISIEME PARTIE : SORTIE DE CRISE ET PERSPECTIVES POUR LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE (15 min)

- *A la lumière de ces échanges la crise sanitaire vous a-t-elle inspiré de nouvelles pistes pour faire évoluer la gouvernance des établissements de santé ?*
- *Y-a-t-il selon vous les paramètres propres à la crise sanitaire qui ne seraient pas transposables dans la perspective d'un retour à la normale ?*
- *Pensez-vous que la crise du Covid :*
 - *S'inscrit dans la continuité d'un modèle antérieur ?*
 - *A induit des changements par rapport à ce modèle ?*
 - *A provoqué une rupture par rapport à ce modèle ?*

TRANSITION *Au terme de cet entretien, avez-vous des choses à ajouter, à préciser... sur ce que nous avons abordé ou sur d'autres points ?*

Avant de terminer, j'aurais quelques questions plus personnelles à vous poser.

QUATRIEME PARTIE : PARAMETRES PERSONNELS (10 min)

- *Quel est votre fonction ? Quelle est votre ancienneté à ce poste ?*

- *Avez-vous exercé d'autres responsabilités vous impliquant dans la gouvernance des établissements de santé ?*

- *Aviez-vous déjà eu à gérer une situation de crise sanitaire ?*

- *Au cours de cette crise, pouvez-vous me donner, un exemple de situation :*
 - o *Qui vous a agréablement surpris par rapport à l'organisation antérieure*
 - o *Que vous regrettez par rapport à l'organisation antérieure*

Annexe 2: Retranscription de l'entretien 6

Durée de l'entretien : 47 minutes

Enquêté : Homme

Fonction : directeur général d'établissement public de santé

Ancienneté à poste : 2 ans

Consentement recueilli : oui

On commence par le rôle des instances habituelles ? Est-ce que vous pouvez me parler du rôle de votre cellule de crise dans le pilotage de l'établissement ? Entre les 2 vagues

La cellule de crise à jouer un rôle central dans l'organisation de la gestion de la crise. Elle a été initialement organisée dans un objectif de crise courte. On se met autour de la table, pour écouter, entendre, et chacun donne son avis. Ça a vite montré ses limites en fait, dans la durée, et on est passé sur un mode de gestion de crise plus structuré, avec toujours pas mal de monde autour de la table, on était une vingtaine, et où chacun va se faire le porte-parole de son domaine, en étant extrêmement rigoureux sur la préparation de la cellule de crise, soit pour apporter les conclusions d'un groupe de travail à celle de crise, soit pour faire état de son expertise dans un domaine et faire évoluer les choses. Et ça a permis de resserrer les cellules de crise avec des réunions qui sont passés de 2 à 3h à 1-1h30, mais qui par contre sont très cadencé, très séquencées. C'est le mode de fonctionnement depuis la fin de la première vague. La cellule de crise n'a jamais arrêté de se réunir depuis un an, rentre une fois par jour et une fois par semaine, et on a pas souhaité l'arrêter, justement pour garder ce lien et cette transversalité dans la prise de décision. Non c'est vrai qu'à certains moments la cellule de crise était plus informative que décisionnelle.

Quel regard vous portez sur cette cellule de crise, qui a vocation à être déployé de manière exceptionnelle, mais là qui existe depuis plus d'un an ? À certains égards c'est devenu une nouvelle instance au sein de nos établissements.

En fait on a mis en place un dispositif qui a complété la cellule de crise. Toute la question d'avant était de savoir comment préparer cette cellule de crise. Donc on a mis en place des groupes de travail, qui se sont aussi réunit aussi régulièrement dont un groupe de travail

« organisation », qui est regroupé chef de pôle, cadre de santé et représentants de la direction pour préparer la direction de la cellule de crise. Et c'est plutôt ce nouveau groupe de travail qui est devenu une nouvelle instance, un nouveau groupe de discussion. Si c'est pas forcément un lieu de décision, la cellule de crise a été très rarement amené à dire qu'elle n'était pas d'accord avec l'organisation proposée. La cellule de crise est vraiment restée centré sur la problématique du Covid. Les groupes de travail sont restés centré sur cette problématique mais ont aussi permis d'aborder en parallèle des sujets contingents, qui n'avaient pas été traités depuis de nombreuses années, comme les hébergements ou la gestion des lits. C'est cette instance-là qui a permis d'avoir un temps d'échanges, de discussions, et qui pourrait se rapprocher d'une instance de travail sur laquelle on pourrait capitaliser à l'avenir.

La cellule de crise serait donc un lieu de synthèse de ces groupes de travail en permettant de maintenir une tension au fil de lot tout au long de la gestion de la crise?

C'est ça.

Et les autres instances pendant la crise ? Est-ce que le rôle a été différent ou identique ? Ou ont-elles cessé d'exister ? Quelle a été leur portée ?

La première vague a modifié le fonctionnement de nos instances. Il y avait un état de sidération, d'impréparation, On n'est pas préparés à vivre des choses comme ça. On n'a pas vécu ça pendant la deuxième vague. On avait plus de recul. Ce qu'on a toujours fait en revanche depuis le début, c'est toujours réunir les organisations syndicales. Pour les informer de la situation. On est même plus souvent réunis la communauté médicale qu'habituellement. La CME à continuer à fonctionner. Elle a joué un rôle essentiel de courroie de transmission de l'information. Le Comité Hygiène, Sécurité et Conditions de Travail (CHSCT) a aussi continuer car il est concerné par le déploiement du plan blanc. Ça a été un lieu aussi de reprise d'informations, très important. On a remarqué que dès qu'on relâchait un peu les choses, ça augmentait la tension. Donc on a veillé à les maintenir régulièrement.

Vous avez l'impression que le message était porté auprès des équipes soignantes. ? Ce rôle de relais qui était souhaité ? Avez-vous eu le retour des acteurs de terrain ?

Ça c'est toujours difficile, parce que là pour le coup on se rend bien compte que la communication vers le terrain, vers le personnel lambda, c'est toujours très compliqué. Et ce n'est jamais suffisant. Et c'est pour ça qu'on a doublé le processus de communication avec des newsletters, qui sortait de 2 à 3 fois par semaine, la mise à jour de données quotidiennes sur intranet, on a informé régulièrement les cadres, et on pense que par les cadres l'information est plus facilement redescendue. Parce que la CME, c'est comme les syndicats, ils n'ont pas forcément vocation à faire redescendre systématiquement les informations vers le personnel. En plus au début du plan blanc l'accessibilité des services avait été modifiée pendant un temps. Donc c'était encore plus difficile pour jouer ce rôle-là. On a maintenu les conseils de surveillance avec une petite subtilité pendant la première crise, c'est que c'était les élections municipales et ça a modifié la composition du conseil de surveillance ou les élus étaient à la fois engagé dans la crise mais aussi dans les élections. 8 septembre ça a été complètement remis en place et ça se déroule comme un conseil de surveillance normal. Peut-être un peu moins fréquent du fait des disponibilités de chacun. On va dire une instance plus classique.

Quelles ont été vos relations avec ces municipalités ? Je regarde ça ma question, de la même manière que vous avez dit que les syndicats informer le personnel, est-ce que vous avez eu l'impression que les municipalités jouer le rôle de relais pour informer les usagers ?

Non. Les usagers on les a rencontrés directement. Ils étaient mis dans la boucle des informations diffusait. Régulièrement. La relation avec la ville, et aussi avec la préfecture, était plutôt une relation de collaboration. Quels sont les éléments que la ville peut mettre à disposition pour que l'hôpital fonctionne mieux, et inversement nous au niveau de l'hôpital, on est mobilisé du temps médical pour la ville, pour communiquer sur la situation épidémiologique et la situation de l'hôpital au conseil municipal.

Je reviens maintenant sur les interactions que vous avez eu avec les autorités de santé, au niveau départemental ? Il semblerait que toute la liaison avec l'agence régionale de santé se déroule sur l'établissement support ?

De manière très claire, si on reprend l'historique, l'établissement pivot et le directeur que je suis, on a été dans une position qui n'était pas la nôtre au départ. On nous a dit : « c'est aux

établissements pivots de coordonner la politique des hôpitaux publics et des établissements privés au sein du territoire ». Normalement le rôle du directeur territorial de l'ARS. Moi je l'ai pris sans trop poser de questions. Parce que j'ai une nature pragmatique et on avait une capacité à se stabiliser entre nous, qui n'aurait sûrement pas été la même chose si c'est l'ARS qui nous avait dirigés. Et deuxièmement parce que je pense que la RS et les directeurs territoriaux n'ont pas les leviers opérationnels. C'est nous qui les avons. C'est nous qui avons faits.

Vous pensez que c'est une instance qui reste dans la prévention et la prévision plus que dans le côté opérationnel ?

En tout cas pas le côté opérationnel. C'est une certitude. Et là les études menées par l'ARS, et pour certaines parle de redonner le rôle opérationnel au directeur territorial, en tout cas les nôtres n'ont pas les moyens opérationnels. Donc pour moi les relations avec l'agence régionale de santé ont été très personnalisée d'abord, le directeur et moi-même en relation étroite, c'est-à-dire deux à trois fois par jour au téléphone, et effectivement avec le rôle qui nous était donné de coordonner les établissements sur le territoire.

Et un an plus tard, l'établissement pivot jouant un rôle opérationnel, ce qui finalement semble assez légitime aux côtés des autorités de santé, est-ce que cela vous semble une idée à conforter ? Ou faut-il encourager les ARS à détenir des outils un peu plus tactiques ?

Les deux. L'ARS, son champ ce n'est pas que l'hospitalier. C'est aussi le médico-social. La médecine libérale. Et là il y a un travail monumental à faire. Sur le médico-social on s'est rendu compte qu'il n'y avait pas de communication. Et on s'est retrouvé à faire des réunions régulières, ce n'est pas notre rôle. Je ne souhaite pas continuer à jouer ce rôle-là. C'est le rôle de l'agence. Après aucun regret de l'avoir fait. Parce qu'il fallait le faire. Parce que cela nous a permis de nouer d'autres relations avec d'autres établissements. Se faire connaître aussi. L'établissement pivot c'est pas simplement un établissement qui regarde les autres avec condescendance, c'est parfois l'image qui il y avait. Et qu'on pouvait aussi être là pour aider, et qu'il y avait aussi les questions pour lesquelles on avait pas de réponse, et que c'est en brainstormant, on réfléchissant à plusieurs, qu'on pouvait y arriver. Si on veut faire des G acheter des vrais acteurs publics de territoire, avec un établissement pivot, moi ma vision c'est qu'on peut avoir tout à fait une politique plus intégrative en respectant les spécificités de chaque établissement. Même si je ne crois pas à la massification, à la centrifugation des choses. Ça ne

marche pas. Si les CHU ne fonctionnent pas, c'est bien pour une raison quand même. Inversement je pense que continuer dans la voie des stratégies isolées pour chaque établissement aujourd'hui c'est impossible. Mais d'un autre côté, j'ai assez de boulot comme ça. Donc si on va à 100 dans cette direction de renforcement, il faut qu'on repense l'organisation. On ne peut pas le faire à périmètre identique, à mode de fonctionnement identique.

C'est cet aspect cohésif que l'on attend du GHT, autant sur les filières de soins que sur la mutualisation du fonctionnement administratif ?

Du point de vue réglementaire il y a un travail qui repose beaucoup sur la communication et la recherche permanente de l'équilibre. Moi ça me va bien parce que je pense que c'est comme ça qu'on doit travailler et avancer. Mais la limite de ce modèle-là, c'est qu'il ne nous permet pas de dépasser les crises si il y en avait. Pour moi un système c'est basé sur la résilience. Quand ça fonctionne bien, on a pas besoin de texte et on est suffisamment intelligents pour pouvoir faire le mieux pour la population, et c'est notre job. Mais aujourd'hui si il y a un conflit avec un établissement, un désaccord stratégique sur un point, qui est-ce qui tranche aujourd'hui ? On peut tout à fait avoir dans des GHT des établissements qui ne s'y retrouvent pas et qui se désolidarise progressivement. Et l'établissement ne peut que constater que ça ne se fait pas. Donc si on veut aller plus loin aujourd'hui dans le fonctionnement des GHT, il va falloir que l'on mette à plat leur gouvernance. Ce que la crise a démontré c'est que l'établissement pivot à coordonner la crise sur le territoire, cela personne ne le conteste. On a sûrement fait des erreurs de communication, on aurait pu faire mieux, je pense pas qu'on se soit trop planté globalement sur la manière de travailler ensemble. C'est mon point de vue, il n'est peut-être pas forcément très objectif. Ça nous a montré qu'on pouvait travailler de manière plus intégrative, plus dirigiste, en même temps, et j'espère que ça a été ressenti comme ça car c'était l'objectif, respectueux de chaque établissement. On a fixé un cadre, aussi précis que possible, et après c'était à chaque établissement de voir comment il pouvait l'appliquer. Proposer une procédure mais sans pour autant mettre tout le monde au garde-à-vous. Et ça c'est pour moi une vision beaucoup plus intégrative par rapport à ce que l'on fait aujourd'hui.

On a parlé du rôle des instances au cours de la crise. On va se pencher maintenant sur les relations entre les acteurs du soin. En particulier entre les acteurs du top management. Est-ce que vous pensez que ces relations ont été différentes ? Du point de vue de la recherche d'objectifs et de l'efficience ? Quelles ont été l'impact de ses relations sur la gestion de la crise ?

Pour répondre à cette question il faut voir d'où on partait avant la crise. Je vais vous parler de ce que je fais. Je suis arrivé en mai 2019. Mon point de vue sur la communication et les relations au sein du GHT, mais t'es celle d'un GHT qui était en cours de construction. En termes de relations avec les directions, en termes de contenu des comités stratégiques, en termes de construction du projet médical. On était beaucoup moins avancés que certains GHT. Quand je suis arrivé ma première préoccupation a été de remettre du lien entre les différentes directions d'établissement, qui étaient très distendues. On a commencé à se parler. Et on s'est rapidement penché sur le projet médical. Il fallait aller au-delà de ce lien de confiance et rentrer dans le vif du sujet. À partir de ce moment-là les relations ont été plus différente, plus directes et plus régulières, plus simples, moins discutée, notamment sur les mesures à mettre en œuvre. Et quand il y a eu des discussions, c'était des discussions intéressantes. Donc je ne pense pas qu'on est perdu en qualité de débat, mais on s'est posés moins de questions. Et quand on a mis les médecins au bout de la table ça a été encore mieux en termes de discussion collective, ce qui n'existait pas avant la crise.

Vous pensez que ce n'était pas assez le cas avant ?

Non. Clairement je pense que ce n'était pas le cas. En tout cas, même si les choses avaient été faite, on n'avait pas atteint le niveau de maturité d'aujourd'hui.

Là vous parlez plutôt d'un impact positif ?

Un accélérateur. Je vais vous donner un avis personnel, mais le GHT est typiquement une organisation qui si elle n'est pas incarnée dans une situation, elle devient le réceptacle de tous les fantasmes. De la part des établissements de santé c'est : « on va se faire manger par le gros ». De la part de l'établissement pivot c'est : « qu'est-ce que je vais aller m'embêter sur le territoire alors que moi j'ai déjà bien des difficultés à gérer mon quotidien ». Donc chacun se regardent en chiens de faïence. Et là on se retrouve dans une situation où on a tous été jetés

dans les mêmes contraintes, et on a montrés, collectivement, que le GHT ça pouvait être quelque chose de très très opérationnel, et pas simplement des comités de pilotage et de réflexion, et qu'au-delà de la situation de crise finalement, on a abordé des sujets sur les unité de surveillance continue, sur les urgences et la continuité des soins. On a parlé d'une cohésion qu'on n'avait pas abordée jusque-là.

Vous avez nommé un directeur de crise. Quel a été son rôle dans la gestion de crise ?

Le directeur médical de crise il est réglementaire. Son rôle a beaucoup évolué au cours de la crise. Dans un premier temps c'était un directeur de crise très typé sur des crises de courte durée. Jouer un rôle complémentaire avec la direction. Moi j'ai joué mon rôle de directeur d'établissement, de coordination, de prise de décision et d'arbitrage, lui il a joué le rôle de lien avec la communauté médicale, d'expertise à propos d'un certain nombre de sujets, de faire passer l'information tous les jours avec un billet qu'il édite toujours à l'intention de tous les médecins. Un rôle qui s'est construit au fur et à mesure.

Vous pensez que cette fonction elle peut en incarner une autre, de manière plus pérenne au-delà du contexte de gestion de crise ?

La question qui est posée est plutôt celle du positionnement du PCME dans l'avenir. Faut-il un directeur de médical qu'il soit intégré directement à la direction. Il faut un directeur médical qu'il fasse du soin. C'est ça qui fait sa légitimité. Mais il doit aussi accepter de rentrer dans ces fonctions-là. Des fonctions qui sont pour partie tournées vers l'organisation et la gestion de conflits entre collègues.

Je reviens sur les relations qui ont existé entre le top management et le reste du personnel de l'établissement ? Vous avez en début d'entretien parler de l'implication des syndicats, de la difficulté de voir et entendre partout sur le terrain. Un an plus tard on finit quand même par avoir des données qui remontent jusqu'à vos oreilles. Est-ce que cette communication d'ailleurs elle a évolué avec le personnel au cours de la crise ?

La communication elle a évolué pour être plus en lien direct avec les agents. Mais la communication dans un établissement avec 5000 agents, ce n'est pas la communication dans un établissement avec 1000 agents. Donc concrètement je pense que la communication directe

dans un établissement où il y a 5000 agents c'est impossible. C'est de la démagogie. Donc il faut trouver des outils qui permettent de toucher le maximum de monde, sachant que de toute façon on ne pourra pas faire une communication directe. Donc nous on a mis en place un outil d'information qui est renseigné deux à trois fois par semaine, sur l'intranet et affiché dans les salles de poses. On a aussi mis en place une application sur le téléphone où l'on mettait toutes les informations nouvelles. On a multiplié aussi les supports, on a fait des vidéos. Il n'y a pas forcément eu des millions de vues, mais l'idée c'était d'avoir des moyens complémentaires, un kaléidoscope de solutions.

On va essayer de se placer maintenant dans une perspective de retour à la normal. Est-ce que cette crise vous inspire de nouvelles pistes pour imaginer la future gouvernance des établissements de santé ?

On était très optimistes après la première vague, et on avait réalisé deux jours de retour d'expérience animés par des intervenants extérieurs pour se demander ce que l'on voulait garder de cette crise. Ça a permis de confronter un certain nombre de intuitions. La crise a confirmé qu'on est un peu dans une ambiguïté médicale, et ce n'est pas que le propre de notre établissement. L'ambiguïté c'est être plus décisionnaires, mais la difficulté à se mettre dans une position vraiment décisionnaire. La prise de décision c'est pas : « j'ai envie, il faut que.... ». C'est : « j'ai un projet. Est-ce qu'on est collectivement d'accord pour mettre en œuvre ce projet ? ». Si on est d'accord c'est quel profil sera le mieux. Et comment faire en sorte de s'articuler et que ça fonctionne. Et ça, sans faire d'injure au corps médical, ce n'est pas quelque chose qui est naturel, surtout même qui est assez contradictoire avec le fonctionnement qui est en spécialités, en services, et la hiérarchie médicale qui est très pyramidale. Et dans l'évolution de la gouvernance je pense qu'il faut à la fois qu'on associe les médecins dans la prise de décision, mais en même temps, une prise de décision qui engage. Vous citez un exemple qui m'a marqué. Au cours de la deuxième cellule de crise qu'on avait mis en mars 2019, ont commencé à discuter sur les lits en réanimation. Puis finalement personne n'est d'accord et tout le monde se tourne vers le directeur pour dire : « on fait quoi ? ». Et ce n'est certainement pas à moi de décider en cellule de crise de la meilleure organisation de la réanimation. Et là il faut qu'on ait une réflexion pluridisciplinaire. Et pour moi c'est assez illustrant de ce vers quoi on doit tendre en termes de gouvernance. C'est de mettre en place une instance de travail, peut-être préparatoire au directoire, on pourrait aller au fond des sujets collectivement. Pas

simplement attendre que la direction trouve des solutions. Assumer collectivement que chacun a cette position-là.

Vous ne pensez pas que la CME aurait vocation à incarner ce rôle ?

Trop de monde trop de monde. Pas de soignants. Pas de directeur de manière obligatoire. Pour moi j'ai dissocié les instances et les lieux de travail. Les instances, ça ne doit pas être un lieu de discussion des sujets de fond. Prenons un exemple. La politique qualité par exemple. Comment est-ce que l'on gère la politique qualité dans un établissement ? C'est une prérogative de la CME. Est-ce que les CMA se sont vraiment emparées de la gestion de la politique qualité ? Non. Un groupe de travail permet d'atteindre les objectifs que l'on s'est fixé. Et cela n'empêche pas la CME de porter ce travail. Mais la richesse c'est la qualité de la réflexion collective

Et dans une perspective de GHT, est-ce que la structuration du GHT permettrait de créer des pôles par filière à l'échelon territorial ?

Ce n'est pas envisageable avec la gouvernance actuelle des GHT. Avoir un chef de pôle par filière, avec un cadre, qui pourrait trouver un appui financier auprès du GHT, pourquoi pas, mais pas avec ce fonctionnement-là. Parce que là ça vide complètement de leur sens les directions d'établissements, et le directeur redevient les économistes qu'on a connus il y a une trentaine d'années. Aller dans cette direction-là est une fausse solution. Ça ne veut pas dire qu'il ne faut pas créer des filières et des pôles inter établissements, mais c'est un sujet à travailler.

On a l'impression que le fait d'augmenter le niveau de responsabilité de la communauté médicale constitue pour vous une crainte ? Ou tout du moins une inquiétude au vu du modèle organisationnel actuel ?

Non ce n'est pas une inquiétude. Je préside la conférence régionale des directeurs de CH et on a organisé des débats avec les PCME. Et on est tous arrivés à la même conclusion, c'est que ce n'est pas la priorité des établissements aujourd'hui. Rajouter une couche supplémentaire de réformes, je trouve que ce n'est pas le sujet. C'est mon sentiment profond, parce qu'en vérité le problème n'est pas la place qu'on laisse au médecin, moi j'appelle au contraire à ce qu'il y ait plus de médecins présents dans la prise de décision, c'est par exemple que quand on est

président de CME on a 40 % de son temps dédié à sa fonction, et par exemple 10 % quand on est chef de pôle. Ca c'est obligatoire et c'est un vrai sujet. La manière dont c'est amené par les textes, dont on a créé les commissions médicales de groupement, dont on ne voit pas vraiment ce à quoi elles vont servir, où on demande aux établissements pivot de jouer un rôle, et ce n'est pas souhaitable, sur la direction commune des affaires médicales, je ne crois pas que ce soit ça le sujet. Par compte avoir une meilleure intégration des médecins à la prise de décision, mais une vraie prise de décision. Je reconnais que avoir le directeur qui décide est une position très confortable. Mais si ce n'est plus le directeur seul qui décide il faut accepter de rentrer dans une logique de coresponsabilité. Et c'est coresponsabilité, moi elle me semble extrêmement puissante si elle se met en place à l'hôpital. Donc je ne suis pas inquiet mais dubitatif par rapport au textes aujourd'hui et à l'objectif qu'ils vont attendre.

Avez-vous des choses à rajouter par rapport à ce que vous venez de dire ?

Non, rien de plus par rapport aux questions qui ont été posées.

Quel est votre ancienneté à un poste de directeur ?

C'est mon deuxième poste de directeur général. J'avais été quatre ans à un poste auparavant.

Avez-vous eu à gérer déjà des crises sanitaires ?

Non. Jamais. J'ai eu des formations à ce propos à l'école des directeurs, mais pas pour des crises de ce type-là. On ne peut pas se former à ce genre de crise. On peut se former à l'utilisation d'outils, à avoir une adaptabilité, mais pour le reset c'est une question de posture et de connaissance de l'établissement, et de relation de confiance.

Et une dernière question. Par rapport à l'organisation antérieure est-ce qu'il y a une situation qui vous a agréablement surpris au cours de cette crise ? Et une situation que vous regrettez.

Sur le point positif c'est vraiment la capacité à avoir eu un groupe d'organisation qui s'est réuni régulièrement, et les médecins en ont perçu l'intérêt, et la motivation ne sait pas être estompée dans le temps. A chaque fois on avait des sujets intéressants. Des déceptions ? Plutôt un

questionnement. C'est sur le rôle qu'on a été amenés à jouer en tant qu'établissement pivot sans filet. Du jour au lendemain on s'est retrouvé à faire. Tout seul. « Débrouillez-vous ». Ça été écrit et dit comme ça par les autorités. Ca a été aussi un aveu de faiblesse de la part de l'agence régionale. De dire : « on ne peut pas faire ». On s'est sentis quand même mis en danger, même si l'ARS a toujours été là.

Je vous remercie pour cet échange

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	6
PARTIE I : GOUVERNANCE EN « TEMPS DE PAIX » ET « EN TEMPS DE CRISE »	12
Chapitre 1 : La construction de la nouvelle gouvernance dans le système hospitalier public.....	12
1.1 Au travers des réformes successives du système de santé le rôle des dirigeants a évolué afin de tendre vers les équilibres souhaités entre le maintien de la qualité de l'offre de soins et la nécessité de maîtriser les dépenses de santé.....	12
1.2 Le plan Hôpital 2007 réforme la gestion du service public hospitalier et introduit le concept de gouvernance hospitalière.....	17
1.2.1. L'importance du rôle du dirigeant et des rapports entre les acteurs.....	17
1.2.2 La responsabilisation des acteurs du soins est au cœur de la réforme de 2007.....	19
1.2.3 La loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire ou HPST s'inscrit dans la continuité des propositions du plan Hôpital 2007.....	22
1.3 Le bilan en demi-teinte de la réforme de la gouvernance met en lumière la complexité et la difficulté de transformer l'organisation du système hospitalier	25
1.3.1. La construction des pôles d'activité se heurte aux asymétries des espaces d'influences au sein de la nouvelle gouvernance.....	25
1.3.2 La création des GHT laisse craindre une centralisation territoriale de l'offre de soins au détriment des marges de manœuvre des établissements de proximité.....	27
1.3.3 Les directeurs expriment leurs craintes quant au renforcement des responsabilités de la communauté médicales au sein de la gouvernance.....	31
1.4. La réforme structurelle de la gouvernance ne suffit pas en tant que telle à conduire le changement souhaité de la gestion du système hospitalier.....	33
Chapitre 2. La gouvernance hospitalière à l'épreuve du Covid 19.....	35
2.1 Par son ampleur la crise sanitaire du Covid 19 a exposé le système de soin à un risque inédit de saturation de ses capacités d'accueil.....	35
2.1.1 La culture de la crise sanitaire était jusqu'alors centrée sur la planification et l'anticipation plus que sur le problème de la gestion.....	35
2.1.2 La globalité de la crise sanitaire du Covid 19 marque une rupture avec les crises sanitaires antérieures.....	38

2.1.3 Le système hospitalier traverse la première vague en réinventant son management autour d'un modèle organisationnel innovant et résilient.....	42
2.2 La seconde vague s'inscrit dans la perspective plus complexe d'un retour à la normale qui cristallise les craintes des acteurs du soin	45
2.2.1 La loi <i>Ma santé 2022</i> et le <i>rapport Claris</i> proposaient déjà en amont de la crise de faire évoluer la gouvernance vers un modèle plus participatif	45
2.2.2 Les accords du <i>Ségur de la santé</i> se focalisent sur le déploiement des gouvernances territoriales	47
2.2.3 La 2 nd e vague s'inscrit déjà dans la temporalité d'une après-crise qui doit tirer le bénéfice des mois écoulés pour s'engager dans une transformation cohérente de la gouvernance hospitalière.....	50
Chapitre 3. Synthèse de la première partie et hypothèse.....	52
PARTIE 2 : GOUVERNANCE INTERNE ET CRISE SANITAIRE DU COVID	
19 : EXEMPLE DU GHT SAVOIE BELLEY.....	55
Chapitre 1 : Méthodologie.....	55
1.1 Le choix d'une enquête menée par des entretiens qualitatifs semi-directifs..	55
1.1.1 Choix de la méthode.....	55
1.1.2 Guide d'entretien.....	56
1.1.3 Organisation et déroulement des entretiens	57
1.2 Le terrain de l'enquête.....	59
1.2.1 Choix du lieu de l'enquête	59
1.2.2 Constitution de l'échantillon	60
1.3 Analyse des résultats	61
1.3.1 Profil des personnes interrogées.....	61
1.3.2 Organisation des données et choix de la méthode d'analyse	63
Chapitre 2 : Analyse des entretiens. La gouvernance structurelle et la gouvernance relationnelle pendant la crise du Covid 19	64
2.1 La crise sanitaire du Covid 19 a dépassé par sa complexité les capacités de réaction et d'organisation des établissements de santé	64
2.2 Au sein des établissements de santé la mise en œuvre d'un modèle cohésif de gouvernance de crise a permis de piloter la réorganisation de l'offre de soins....	68
2.3 La qualité de la communication apparaît être le maillon essentiel pour accompagner la gouvernance interne dans l'exercice de ses fonctions.....	74

2.3.1 Le top management reconnaît ses difficultés pour formaliser des canaux de communication pérennes avec le reste du personnel.....	74
2.3.2 Le management de proximité a montré toute son importance dans la chaîne de transmission de l'information entre la direction générale et les équipes soignantes.....	77
2.3.3 Au fil des deux vagues, les exigences de la communication de crise ont confirmé son importance dans la cohésion institutionnelle	79
2.4 La crise n'a pas permis de progresser sur les espaces d'influence et les marges de manœuvre des acteurs de la gouvernance interne des établissements de santé	82
2.4.1 Les instances structurelles de la gouvernance n'ont été que peu contributives pour le pilotage de la crise.....	82
2.4.2 L'évolution vers une gouvernance qui serait mieux partagée entre médecins et directeurs doit s'envisager autour de la problématique de la responsabilité.....	84
2.5 Au cours de la crise sanitaire du Covid 19 l'établissement pivot du GHT a montré qu'il avait la capacité de coordonner le pilotage de l'offre de soins à l'échelle territoriale	88
2.5.1 le pilotage opérationnel de l'offre de soins pendant la crise sanitaire du Covid 19 à l'échelon territorial a été exclusivement assuré par l'établissement support du GHT.....	88
2.5.2 Les missions de l'établissement support de GHT doivent être précisés pour atteindre un point d'équilibre entre cohésion territoriale et marge de manœuvre au niveau local.....	91
CONCLUSION.....	95
BIBLIOGRAPHIE.....	102
TABLE DES ANNEXES	102
Annexe 1 : Guide d'entretien	108
Annexe 2: Retranscription de l'entretien 6.....	112
TABLE DES MATIERES	123

RÉSUMÉ ET MOTS CLES

La gouvernance interne déployée au sein des établissements de santé depuis 15 ans vise à impliquer l'ensemble des acteurs hospitaliers dans une démarche de responsabilisation. Elle n'a pas pour autant réussi à conduire le changement souhaité. La crise sanitaire du Covid 19 a conduit les établissements de santé vers une situation de rupture organisationnelle inédite dans son histoire. Le système de soins a dû s'engager dans une démarche créatrice où l'agilité et l'inventivité du collectif ont permis d'intégrer les complexités organisationnelles face aux enjeux de la crise. L'expérience des deux premières vagues de l'épidémie a montré que le cadre structurel de la gouvernance ne suffisait pas à garantir son efficacité. Dans la lignée de la gouvernance de crise qui s'est construite au fil de la pandémie la réforme de la gouvernance interne ne pourra réellement se concrétiser que si ses acteurs s'engagent à rompre avec les dyarchies et les clivages institutionnels pour s'engager dans la construction d'une gouvernance relationnelle efficiente.

MOTS-CLÉS : Gouvernance interne, hôpital public, crise sanitaire de la covid 19

ABSTRACT AND KEYWORDS

The hospital governance deployed within hospitals over the past 15 years aims to involve all hospital stakeholders in a process of accountability. However, she did not succeed in driving the desired change. The Covid 19 health crisis has led health establishments to a situation of organizational disruption unprecedented in its history. The healthcare system had to engage in a creative process where the agility and inventiveness of the collective made it possible to integrate the organizational complexities in the face of the challenges of the crisis. The experience of the first two waves has shown that the structural framework of governance is not sufficient to guarantee its effectiveness. In line with the crisis governance that was built over the pandemy governance reform can only really materialize if its actors commit to breaking with dyarchies and institutional cleavages to engage in the construction of an efficient relational governance.

KEYWORDS : hospital governance, public hospital, covid 19 pandemic crisis