

La nouvelle gouvernance hospitalière

Denis Debrosse
Conseiller général
des établissements de santé,
Inspection générale
des affaires sociales

En 2009, la loi HPST a modifié profondément le pilotage de l'hôpital en redistribuant les rôles des instances. Présentation de cette nouvelle gouvernance.

L'hôpital public est l'une des pré-occupations sanitaires majeures de la France depuis plusieurs décennies. S'il est plébiscité par la majorité des Français, il est aussi décrié pour son coût et une dérive financière qu'aucune forme de régulation n'arrive à juguler.

Les réformes se succèdent au fil des changements politiques, sans permettre d'atteindre l'objectif recherché : un système efficient, rationalisé et maîtrisé.

De nombreux rapports sur le sujet ont été demandés par les ministres successifs. Les constats sont toujours les mêmes : un hôpital public désenchanté, cloisonné, bureaucratique et démotivant, avec en bruit de fond le manque de moyens.

Dès 2002 est apparu un courant de pensée, porté par les conférences de directeurs d'hôpitaux, des présidents de commission médicale d'établissement et des doyens, qui appelait à une réforme de la gouvernance. Pour ces responsables, le modèle hiérarchique avait vécu, les cloisonnements professionnels et les corporatismes étaient la cause de cette crise hospitalière. Le remède ? Associer les médecins à la décision, leur déléguer des pouvoirs de gestion, sortir des services pour se constituer en pôles ; en un mot, passer d'une culture d'administration à celle du management.

La loi de santé publique du 9 août 2004, appelée également réforme Mattéi, a consacré ce changement organisationnel. La loi hôpital, patients, santé et territoires du 21 juillet 2009, dite Bachelot, franchit

un pas de plus en s'inspirant du Code du commerce et en refondant les relations hiérarchiques, avec un très net renforcement des responsabilités médicales. C'est cette « méta-réforme » que nous allons analyser, principalement à partir de l'observation du système par le prisme de nos fonctions de chef de projet au ministère de la Santé sur le suivi de la mise en œuvre des réformes.

Pour bien comprendre les enjeux, il est essentiel de se tourner dans un premier temps vers le passé, souvent oublié, mais riche d'enseignements. Ensuite, nous ferons un bilan de la période 2004 à 2010 avec la mise en œuvre de la réforme Mattéi en la situant dans son environnement. Enfin, nous envisagerons comment va se jouer la mise en œuvre de la loi hôpital, patients, santé et territoires dans les deux prochaines années.

Les cycles de gestion de l'hôpital public

On situe l'émergence de l'hôpital public moderne en 1958 avec la loi Debré, mariant l'hôpital public et l'université, dont le temps plein médical va constituer la pierre angulaire.

Le fonctionnement en était simple :

- une hiérarchie avec les chefs de services médicaux ;
- une administration modeste dans sa taille et sa fonction ;
- un modèle de régulation financière basée sur les prix de journée et les honoraires.

Le conseil d'administration, avec les représentants de l'assurance maladie,

présidé par le maire votait toutes les décisions soumises à l'approbation de la tutelle préfectorale et son service concerné, la direction des affaires sanitaires et sociales.

Jusqu'en 1980, ce système a fonctionné et a stimulé la modernisation de l'hôpital public avec une politique active d'investissement, portée par un développement d'activité et de bonnes capacités d'auto-financement.

L'envers de la médaille a été le déficit croissant de l'assurance maladie. Le gouvernement de l'époque décida alors de changer le modèle. Les factures des hôpitaux, donc leurs recettes, étant les dépenses de l'assurance maladie, il suffisait de les limiter et la Sécurité sociale retrouverait l'équilibre : c'était l'avènement du budget global.

On arrête les comptes des hôpitaux à cette date et commence alors, de notre point de vue, un lent processus de déliquescence de la gestion hospitalière publique : il n'y a plus d'intérêt à agir, les inégalités entre établissements et régions sont criantes, toute nouvelle activité est un parcours du combattant pour obtenir les moyens nécessaires, on perd le repère simple du couple activités/moyens, l'hôpital est payé par douzième sous forme de rente, etc.

Cette dérive bureaucratique était prévisible et, de fait, le gouvernement et son administration avaient pensé l'éviter en imaginant un système de responsabilisation, avec la mise en place obligatoire de centres de responsabilité comportant un médecin chef, des tableaux de bord de suivi d'activités et de moyens, ainsi qu'une comptabilité analytique devant permettre une juste adéquation des moyens et des ressources. Pour s'assurer de sa mise en œuvre, un vaste plan national de formation a été mis en œuvre. Le résultat concret est qu'aucun pilotage sérieux n'a été mis en place, le budget global ayant emporté cette réforme de gestion interne, dont nombre d'acteurs ignoraient même l'existence. Nous avons ainsi connu plus de 20 ans d'un régime de rente administrée et d'ajustements fondés sur des rapports de forces, tant intra- qu'inter-établissements, avec la quasi-disparition de toute culture médico-économique.

Une leçon à méditer : il ne suffit pas de décider d'une réforme pour qu'elle s'applique (sans même aller jusqu'à évoquer ses chances de réussite...).

L'incohérence du système est très vite devenue une évidence et la loi Evin du 10 janvier 1991 a posé, dans son premier article, le principe de l'évaluation, avec l'émergence du PMSI. C'est grâce à cette réforme, qui a demandé une gestation très longue, que l'on a pu passer du budget global à la tarification à l'activité (T2A).

Par ailleurs, les dirigeants déploraient unanimement le cloisonnement médical des services, de plus en plus atomisés, mais défendus bec et ongles par les médecins. Un amendement, dit « liberté », de Bernard Durieux autorisa les établissements à s'organiser librement. Malheureusement, cela n'a rien changé : seuls quelques établissements ont saisi cette opportunité.

Il fallut donc attendre la réforme Mattéi pour que le changement s'engage. Mais ne soyons pas naïfs : c'est la pression redoutable de la T2A qui a obligé les acteurs à bouger. Si l'on remettait en cause ce modèle de régulation financière, la gouvernance deviendrait un modèle esthétique sans grand effet sur la performance des établissements. Il faut toujours se rappeler qu'aucune structure ne se réforme de l'intérieur, seule la contrainte externe l'oblige à s'adapter (Igor Ansoff¹). Sortir de la logique actuelle du tarif s'avérerait très périlleux, alors que nous ne sommes qu'au milieu du gué, voire, pour certains établissements (dont les plus gros), encore loin du modèle managérial souhaité par le Parlement et le gouvernement. C'est ce que nous enseigne l'observation de la période contemporaine 2005-2010.

De 2005 à 2010, un hôpital en mutation profonde et des situations très contrastées

Il faut d'abord bien resituer la réforme de la gouvernance dans son cadre initial : c'est un des volets du plan Mattéi avec la mise en place progressive, puis accélérée de la T2A, la convergence public-privé, la montée en puissance de l'accréditation avec la Haute Autorité de santé (HAS) et le vaste plan d'investissement Hôpital 2007 sous le pilotage, du moins en principe, des agences régionales de l'hospitalisation (ARH).

Côté État, c'est le *statu quo*. On ne parle pas encore de revue générale des politiques publiques (RGPP), on ne tire pas forcément les leçons de ces réformes

sur les changements qu'elles induisent, notamment dans le pilotage stratégique et la prévention des risques qui n'a pas été mise en place.

Ce rappel est important avant d'évoquer la gouvernance, car ce nouveau paradigme n'est pas un objectif en soi, c'est un moyen de réussir la réforme des hôpitaux publics.

La réforme de la gouvernance se décline en trois volets :

- le conseil exécutif à côté de la direction ;
- les pôles et les coordonnateurs médicaux ;
- des outils de pilotage interne avec les contrats de pôles et les comptes de résultats par pôles.

Par contre, rien n'est supprimé par rapport aux anciennes organisations avec, entre autres, le maintien des services, mais aussi des instances traditionnelles, comité technique d'établissement, commission médicale et conseil d'administration et une galaxie de commissions. Cet enchevêtrement constitue de fait un facteur de complexité supplémentaire.

Après un début inévitablement difficile, compte tenu de la résistance au changement particulièrement forte à l'hôpital, avec le poids des identités professionnelles médicales et soignantes et la culture bureaucratique, le nouveau modèle de gouvernance s'est finalement imposé. Il faut préciser qu'il avait été rendu obligatoire à la date butoir du 31 décembre 2008, et qu'il avait été stimulé par un important dispositif d'accompagnement et l'appui de la Fédération hospitalière de France (FHF).

Analysons ici les constats positifs, négatifs, les points de vigilance, analyse primordiale au moment où les textes d'application de la loi HPST sont en cours de publication et où les agences régionales de santé font leurs premiers pas.

Le récent rapport de H. Zeggar et G. Vallet² au titre de l'Inspection générale des affaires sociales est très clair, et nous partageons pleinement cette analyse : la réforme est inscrite dans la vie des établissements et on a atteint un point de non-retour, mais avec de nombreux points de vigilance.

Les conseils exécutifs fonctionnent, ce qui n'a rien de surprenant, une pratique de

2. Zeggar H., Vallet G., Tercerie O. *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et de délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*. Paris : Igas, La Documentation française, février 2010.

rencontre systématique entre la direction et le bureau de la CME préexistant à la réforme.

Les pôles sont en place, les coordonnateurs désignés, les contrats internes signés. C'est déjà beaucoup dans un délai relativement court et le risque d'échec total tel que rencontré avec les centres de responsabilité (1983) est derrière nous.

La question clé est celle des résultats obtenus quant à la performance de l'hôpital, par rapport à la prise en charge des patients et à ses résultats financiers.

Notre réponse est positive, car ces changements ont induit un dialogue entre l'administration, les médecins et les soignants, ont imposé la saisie et le suivi de l'activité, généré un début de transparence dans un monde où le secret médical et l'opacité faisaient bon ménage, et enfin avec une sanction positive ou négative des résultats financiers pour les établissements.

Le dialogue s'est imposé avec les réunions régulières des conseils exécutifs, une structuration autour d'un ordre du jour et la préparation des instances légales. Les résultats financiers, notamment pour les établissements déficitaires, ont obligé les établissements à repenser leur stratégie. Cela a été aussi favorisé par l'émergence de bases de données au niveau de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), de la FHF et par les travaux de la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH) permettant des comparaisons entre établissements.

Au niveau des pôles, le premier rapprochement, naturel d'ailleurs, a été celui du coordonnateur médical avec le cadre de santé, dont le tropisme naturel l'amenait plus à traiter en direct avec la direction des soins plutôt qu'avec le chef de service sur le délicat sujet de la gestion des effectifs. La mutualisation des ressources au niveau du pôle, par regroupement des moyens des services, est le facteur déclenchant d'une culture de gestion et c'est essentiel pour une réelle prise de responsabilité.

Une méta-réforme aussi ambitieuse comporte néanmoins quelques points négatifs, soit au niveau de la conception, soit dans sa mise en œuvre.

Le premier sujet est celui du pilotage par l'État au niveau central et régional. Le principe de l'autonomie des établissements s'est traduit par le retrait des ARH alors qu'il aurait fallu, sans se substituer aux

responsables des établissements, être plus vigilant sur les découpages proposés, dont certains n'ont aucun sens médical ni pertinence médico-économique.

Par ailleurs, il aurait fallu exiger un calendrier dans la mise en œuvre, avec des indicateurs de performance, un suivi et une évaluation des résultats. Or les ARH sont restées très en retrait, ce qui explique les situations fort contrastées entre les établissements.

Au niveau des hôpitaux, après une période de résistance au changement, on a pu constater un déploiement rapide sur le plan formel. Mais l'annonce de la loi HPST, peu attendue par les hospitaliers, a entraîné un temps d'arrêt, notamment sur la délégation de gestion. Il faut donc relancer la dynamique de changement.

Les décrets de la loi venant de sortir, on perçoit les points de vigilance qui nécessiteront une grande attention des directeurs généraux des ARS.

Comment va se jouer la loi HPST dans les deux prochaines années ?

La loi HPST, contrairement aux réformes précédentes, couvre bien la gouvernance de l'ensemble du système, avec une véritable colonne vertébrale allant du ministère au pôle, la gouvernance étant l'un des volets de la loi avec des évolutions considérables, tant sur son cadre que ses valeurs de référence.

Les points clés de cette réforme générale, ce sont le Conseil national de pilotage (CNP), la création des ARS à compétences sur l'ensemble du champ de la santé, la gouvernance d'entreprise à l'hôpital public qui tourne définitivement le dos à une gestion administrative.

Rappelons que cette réforme a pour particularité de ne pas remettre en cause les mesures antérieures : on conserve bien le même mode de régulation financière avec la T2A, le couple évaluation/ajustement des missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation (Migac) et des missions d'enseignement, recherche, référence, innovation (Merri), l'accréditation (devenue certification pour raisons de sémantique européenne) par la Haute Autorité de santé avec, très certainement, la sanction de la non-qualité par des suspensions d'autorisation d'activité, enfin les schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros) transversaux de l'ambulatoire au médico-social.

● Premier point, le Conseil national de pilotage, présidé par les ministres de la Santé et des Affaires sociales et par délégation par le secrétaire général (SG), assure donc l'interministériel et la cohésion des directions, ainsi que la coordination avec l'assurance maladie. Il valide toutes les instructions aux ARS. Le SG est donc le chef d'orchestre de la réorganisation de l'ensemble de l'offre de soins, mais aussi de son efficience. Ce pilotage intégré garantit la bonne application de la loi HPST qui couvre l'ensemble de l'offre de soins. C'est ce qui manquait dans la réforme antérieure.

● Deuxième point, on retrouve la même logique de découplage, avec les ARS qui sont des établissements publics regroupant les services déconcentrés et des services de l'assurance maladie avec des antennes départementales.

● Troisième évolution majeure, la réforme de la gouvernance dans les établissements de santé : par rapport à la réforme Mattéi, il s'agit véritablement d'un changement de braquet, largement inspiré du Code de commerce pour sa partie organisationnelle, et d'un renforcement des règles managériales pour sa mise en musique. Il y a un patron, le directeur, président du directoire, avec comme vice-président le président de la CME. Ce directoire est bien l'exécutif, il impulse la stratégie, il organise les pôles, il arrête l'état prévisionnel des recettes et des dépenses. Le conseil d'administration, devenu conseil de surveillance, et la CME perdent une part importante de leurs pouvoirs antérieurs, ce qui est logique, dans la mesure où l'on ne peut pas à la fois revendiquer la prise de responsabilité, notamment pour les médecins, et mettre en place des contre-pouvoirs. Par contre, il est logique que le conseil de surveillance assure sa fonction de suivi de la mise en œuvre de la stratégie et que la CME se recentre sur la qualité médicale. Or, dans ce domaine, il y a encore beaucoup à faire sur le dossier médical du patient, la prévention des risques, les prescriptions, l'évaluation des pratiques professionnelles, la formation continue.

Un hôpital dirigé et responsable, avec des médecins chefs de pôles qui auront un pouvoir important par les délégations de gestion du directeur : on tourne le dos à la gestion administrative de ces trente dernières années. Bien entendu, ce médecin n'est pas un gestionnaire,

mais un manager reconnu par ses pairs, et assisté de deux cadres, l'un soignant, l'autre gestionnaire.

Ce type de changement va nécessiter un basculement du système dans les deux ans qui viennent. Les changements vont être considérables.

Nous ne retenons ici que quatre éléments majeurs :

- Le retrait de l'administration classique, avec un déplacement des pouvoirs vers les responsables médicaux, qui se traduira par une réduction du nombre de directeurs administratifs généralistes, un renforcement des expertises de gestion et un patron manager de statut public ou contractuel.

- Le système d'information tant attendu va enfin être au rendez-vous, car pour manager et gérer il faut savoir. Or la T2A et la gestion de la qualité imposent la transparence, le seul antidote aux rapports de forces qui ont caractérisé l'hôpital public.

- La mutation de la direction des soins dans sa dimension hiérarchique et gestionnaire, qui doit dorénavant se consacrer à la qualité des soins, l'organisation et l'efficacité de l'institution. La gestion quotidienne des personnels soignants se passera au niveau du chef de pôle.

- La recomposition de l'offre hospitalière sera incontournable, car il y a souvent

inadéquation de l'offre par rapport aux besoins, un nombre de plateaux techniques trop important donc trop coûteux, des déficits abyssaux dans certains établissements et sans solution interne. Enfin, la baisse du nombre de praticiens, avec en toile de fond des comptes sociaux sinistrés. On va vers des restructurations majeures au niveau des territoires de santé.

Pour réussir de telles mutations, les acteurs devront être accompagnés, avoir intérêt à agir, et l'État devra être ferme sur les décisions.

L'accompagnement est symbolisé par la création de l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap) par regroupement de trois missions, l'audit et l'expertise, les systèmes d'information et l'investissement. Cet établissement public dispose de moyens humains importants en nombre et qualité, et de crédits d'intervention de plusieurs dizaines de millions d'euros pour faire appel à des consultants. Dès à présent des contrats performance ont été signés avec des établissements. Ils seront les marqueurs de changements profonds et sont tenus de réussir.

L'intérêt à agir, c'est aussi la rémunération avec les indemnités variables des chefs de pôle, et la mise en place des primes de fonction et de résultats pour les directeurs et l'encadrement.

Enfin, si les directeurs d'ARS ont été dotés de pouvoirs importants, c'est pour décider, et non plus simplement négocier, pour obtenir des consensus locaux souvent inadaptés aux enjeux et toujours très coûteux. Là encore, la maîtrise de l'information, la transparence et la communication vont être essentielles pour faire comprendre et accepter ces décisions.

En 2013, on sera fixé sur le réel changement de cap. Il en va de la modernisation de notre système de santé pour relever le double défi de l'adaptation du système de santé et de la stabilisation des prélèvements sociaux dans une économie en crise.

La loi HPST offre le cadre juridique nécessaire pour cette adaptation, aux acteurs de s'en emparer et ceci de l'État au chef de pôle. ■

Santé publique

Sommaire juillet août 2010/4

Éditorial

- Évaluer l'impact potentiel des politiques publiques sur la santé : les astres sont bien alignés ! *J. Turgeon, F. Jabet*

Études

- Approche socio-historique de la lutte contre les infections nosocomiales en France, *C. Le Rat, C. Quélier, P. Jarno, J. Chaperon*
- Le don de sang des populations étrangères et d'origine étrangère à Marseille, *P. Duboz, G. Boëtsch, B. Cunéo*

- Prise en charge et suivi des patients traités par prophylaxie antirétrovirale : évaluation des pratiques professionnelles, *A. Le Divenah et al.*
- Évaluation économique des violences conjugales en France, *M. Nectoux, C. Mugnier, S. Baffert, M. Albagly, B. Thélot*
- Activité physique et consommation de fruits et légumes : représentations sociales en fonction de l'âge, *R. Morlot, R. Laurin, M.-F. Lacassagne, I. Millot*
- La riposte à l'épidémie de choléra de 2008 à Cotonou (Bénin), *M. Makoutodé, F. Diallo, V. Mongbo, E. Guévart, L. Bazira*
- Limites de l'intéressement financier proposé par l'accord-cadre relatif au bon usage des antibiotiques dans les établissements de santé en Midi-Pyrénées, *A. Gallini, F. Taboulet*

Pratiques

- Proposition d'une démarche d'évaluation

- de processus en éducation pour la santé, *A. Baba-Moussa, C. Nache*
- Atelier Santé Ville Marseille nord : expérimentation d'un réseau santé cadre de vie, *M. Lefranc, N. Merle, S. Roustan, D. Febvrel, D. Hugonenc, A. Daher*
- Intervention communautaire pour réduire au Mali la mortalité néonatale due à l'asphyxie, *H. Sangho et al.*

Lectures

Santé publique
BP 7
2, avenue du Doyen-J. Parisot
54501 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex
Téléphone : 03 83 44 87 00