

Des pôles d'activités hospitaliers entre gestion de la crise et mise en œuvre d'une politique de santé publique

Pierre-Henri Bréchat, Antoine Leenhardt, Marie-Christine Mathieu-Grenouilleau, Roland Rymer, François Matisse, Denis Baraille, Philippe Beaufiles

DANS **SANTÉ PUBLIQUE** 2010/5 Vol. 22 , PAGES 571 À 580
ÉDITIONS **S.F.S.P.**

ISSN 0995-3914

DOI 10.3917/spub.105.0571

Date de mise en ligne : 22/12/2010

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2010-5-page-571?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Des pôles d'activités hospitaliers entre gestion de la crise et mise en œuvre d'une politique de santé publique

Hospital Activity Poles : between crisis management and implementation of public health policy

Pierre-Henri Bréchat ^{(1), (2), (3)}, **Antoine Leenhardt** ⁽⁴⁾,
Marie-Christine Mathieu-Grenouilleau ⁽⁵⁾, **Roland Rymer** ^{(6), (7)},
François Matisse ⁽⁸⁾, **Denis Baraille** ⁽⁹⁾, **Philippe Beauflis** ⁽¹⁰⁾

Résumé : La mise en œuvre de la Loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) vient compléter la réforme de l'organisation et de la gouvernance des établissements de santé, engagée en 2002 par le plan « Hôpital 2007 ». Quels bilans et perspectives peuvent être envisagés pour les pôles d'activités ? Pour apporter des éléments de réponse à ces questions et témoigner avant l'application de la Loi, nous avons confronté notre expérience avec une revue de la littérature professionnelle et scientifique. Le pôle d'activité hospitalier doit s'efforcer de ne pas remettre en cause les activités de référence et l'équilibre financier de son établissement, tout en respectant le contrat d'objectifs et de moyens qui répond aux besoins de santé de la population de son territoire de santé ainsi qu'aux priorités nationales. Si des réussites appréciables mais limitées existent, cinq freins à la réorganisation hospitalière peuvent être dégagés. Ce sont, par exemple, l'absence de délégation de gestion et la centralisation des décisions, l'hétérogénéité de nombreux pôles ou des problèmes de temps. Ils peuvent mettre en difficulté la dynamique des pôles et des établissements de santé. Cela peut montrer que l'État et l'Assurance maladie doivent diriger la politique de santé publique et que la délégation de gestion aux pôles peut être abordée.

Mots-clés : Nouvelle gouvernance - pôle d'activité hospitalier - réformes hospitalières - management - santé publique.

(1) Praticien hospitalier, Policlinique Baudelaire, Pôle « urgences et médecine d'aval généraliste » : UMAG, Hôpital Saint-Antoine, assistance publique des hôpitaux de Paris (APHP), 184 rue du faubourg Saint Antoine, 75571 Paris cedex 12, France.

(2) Chercheur et membre du comité de direction du Centre d'analyse des politiques publiques de santé (CAPP), centre de recherche interdisciplinaire de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) en partenariat avec la chaire-santé de Sciences Po. À ce titre, il est amené à réaliser des travaux de recherches et d'enseignements à l'EHESP en tant que Professeur attaché. EHESP, avenue du Professeur Léon Bernard, 35043 Rennes cedex, France.

(3) Doctorant au Centre d'études et de recherches de science administrative (CERSA), équipe de recherche de l'Université Panthéon-Assas - Paris 2 associée au CNRS, 10 rue Thénard, 75005 Paris, France.

(4) Professeur des Universités, Praticien hospitalier, chef du service de cardiologie, groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal (APHP), 2 rue Ambroise Paré, 75475 Paris cedex 10, France.

(5) Directeur du groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal (APHP), 2 rue Ambroise Paré, 75475 Paris cedex 10, France.

(6) Professeur des Universités, Praticien hospitalier, Chef du service de radiologie viscérale, groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal (APHP), 2 rue Ambroise Paré, 75475 Paris cedex 10, France.

(7) Président de l'association nationale pour la formation continue du personnel médical des hôpitaux en administration et gestion (AFMHA), Hôpital Saint-Louis, 1 avenue Claude Vellefaux, 75010 Paris, France.

(8) Attaché d'administration hospitalière, pôle urgences, groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal, Assistance publique des hôpitaux de Paris (APHP), 2 rue Ambroise Paré, 75475 Paris cedex 10, France.

(9) Cadre paramédical, pôle urgences, groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal, Assistance publique des hôpitaux de Paris (APHP), 2 rue Ambroise Paré, 75475 Paris cedex 10, France.

(10) Professeur des Universités, Praticien hospitalier, responsable du pôle urgences, groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal, Assistance publique des hôpitaux de Paris (APHP), 2 rue Ambroise Paré, 75475 Paris cedex 10, France.

Summary: *The implementation of the recent act to amend the law on hospitals, patient health and territories (HPST Law) completes the reform of the organization and governance of health facilities, which was announced in 2002 by the “Hospital 2007” plan. What kind of assessments and perspectives can be considered and envisaged for these Hospital Activity Poles? We compared our experience with a review of the professional and scientific literature in order to stimulate answers to these questions for advocacy purposes prior to the Act’s implementation. The hospital’s cluster of activities should reinforce - not call into question - the core activities and the financial stability of the facility, while respecting the contract on agreed objectives and the necessary means and resources to meet the health needs of the catchment population as well as national priorities. Although significant, but limited, successes exist, five obstacles to hospital reorganization can be identified. These include, for example: lack of delegation of management and centralization of decisions, the heterogeneity of numerous Hospital Activity Poles or problems related to timing. These obstacles may cause strain, or put the Hospital Activity Poles and the health facilities in a difficult situation with respect to their dynamics. This may show that the State and social health insurance should steer and direct public health policy and that the delegation of management roles and responsibilities to the Hospital Activity Poles should be addressed.*

Keywords: new governance - Hospital Activity Poles - hospital reform - management - public health.

Introduction

La Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l’hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite Loi HPST [17], propose une nouvelle organisation des établissements de santé, publics et privés, pilotée par des Agences régionales de santé (ARS) [8] créées en remplacement des Agences régionales d’hospitalisation (ARH). Cette réforme de l’organisation et de la gouvernance des établissements de santé complète les quatre réformes hospitalières du plan « Hôpital 2007 » lancé en 2002 qui restent en cours de déploiement [3] et qui n’ont fait l’objet, à notre connaissance, que de peu d’évaluations [3, 14] : 1) nouvelle gouvernance avec la création des pôles hospitaliers d’activité [1, 9, 11, 18] ; 2) tarification à l’activité (T2A) et état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) ; 3) certification V2, mettant l’accent sur la gestion des risques et l’évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et 4) schéma régional d’organisation sanitaire de troisième génération (SROS III) [15, 16].

Dans un contexte économique contraint par l’objectif national des dépenses d’assurance maladie (ONDAM), par l’obligation de la convergence recettes/dépenses qui doit être atteinte au plus tard en 2012 ainsi que par l’évolution rapide du progrès technologique (avec ses conséquences en matière d’investissement, d’organisation des soins et de dépenses d’exploitation courante), quels bilans et perspectives peuvent être envisagés pour les Pôles hospitaliers d’activité ?

Nous avons choisi de centrer cette étude sur l’élaboration d’une opinion partagée d’artisans ou non de la nouvelle gouvernance, sur le fonctionnement des pôles, leurs réussites et leurs freins, afin de donner quelques perspectives d’amélioration à visée générale en fonction des critiques formulées. Ces perspectives se veulent être utiles au moment où la Loi HPST est mise en œuvre.

Matériel et méthodes

La recherche s'est appuyée sur le croisement de données issues d'entretiens avec des « artisans ou non de la nouvelle gouvernance », de documents (comptes-rendus, notes, courriers, rapports[2]) disponibles auprès de l'établissement de santé et du pôle et de la littérature professionnelle et scientifique.

Les choix de l'établissement de santé et du pôle étudiés ont répondu à 3 critères : être anticipateurs de la nouvelle gouvernance hospitalière ; être publics, hospitalo-universitaires ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO), psychiatrie, soins de suite et de réadaptation ; soutenir l'étude. Le groupe hospitalier Lariboisière – Fernand Widal de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (APHP) et son pôle Urgences ont été choisis car ils répondaient aux critères de sélection.

Les personnes entendues en entretien ont été choisies afin de constituer un échantillon de l'ensemble des partenaires travaillant à la mise en œuvre de la réforme : le directeur d'établissement de santé, le président du comité consultatif médical (CCM), le responsable de pôle, l'attaché d'administration hospitalière de pôle, le cadre paramédical de pôle, le chef d'un service du même pôle et le professionnel de santé publique. Ces artisans ont tous participé à la rédaction de cet article. Dix entretiens ont été réalisés. Un questionnaire original a été construit car il n'en existait pas dans la littérature. Il était composé de trois questions : quel est le fonctionnement des pôles, quelles sont leurs réussites, quels sont les freins ?

Les données issues de l'analyse documentaire sont venues compléter celles des entretiens. Une recherche sur l'intranet de l'établissement a été réalisée pour les comptes-rendus des CCM. Une recherche sur l'internet, à l'aide de mots-clés (nouvelle gouvernance, pôle d'activité, planification sanitaire, hôpital, réforme, hôpital 2007) a été réalisée. Les sites internet du Ministère de la santé⁽¹¹⁾, de la Banque de données en santé publique⁽¹²⁾ et du moteur de recherche Google⁽¹³⁾ ont été consultés.

Cette étude a été réalisée sur une période de 4 années : allant de la parution de la circulaire DHOS/E1 n° 61 du 13 février 2004 relative à la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière et la mise en place des pôles d'activités dans l'établissement de santé choisi jusqu'en 2008.

Résultats

Nouvelle gouvernance et planification sanitaire sont complémentaires

La réforme de la gouvernance hospitalière, ou nouvelle gouvernance, est l'aboutissement d'un long processus initié dès les années quatre-vingt [18]. Elle a trois objectifs : 1) responsabiliser les professionnels de santé en les

(11) <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/hopital2007/>

(12) www.bdsp.tm.fr/

(13) www.google.fr

associant à la direction pour la définition et la mise en œuvre des orientations stratégiques de l'établissement ainsi que pour sa gestion, afin de lutter contre les rigidités et les cloisonnements internes à l'hôpital ; 2) généraliser la contractualisation externe des établissements de santé vis-à-vis des ARH et de l'Assurance maladie ainsi que la contractualisation interne des pôles vis-à-vis de la direction de leur hôpital et 3) accroître l'efficacité hospitalière pour optimiser l'utilisation des ressources tout en réduisant les coûts [18].

Pour atteindre ces objectifs, le plan Hôpital 2007 a changé l'organisation des établissements de santé en créant des Pôles d'activité et un conseil exécutif (CE). Les Pôles regroupent différents secteurs d'activité de l'établissement autour d'un projet médical élaboré par plusieurs services et de la mise en commun de leurs ressources humaines et matérielles. Ils sont dirigés par un praticien responsable : il est chargé d'élaborer le projet médical du pôle en cohérence avec celui de l'établissement, de contractualiser avec le Directeur et le Président de la Commission médicale d'établissement (CME) un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) qui est une déclinaison du CPOM du SROS III signé entre son établissement et l'ARH, et de développer les activités du pôle en cohérence avec ce CPOM et à moindre coût. Cette nouvelle organisation s'appuie sur des tableaux de bord permettant le suivi mensuel de l'activité, des dépenses et des recettes. La gouvernance qui découle de cette nouvelle organisation comporte une délégation de gestion encadrée dans l'État prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) et contrôlée par l'administration de l'établissement ; elle prévoit un intéressement du pôle à la réalisation des objectifs fixés dans le CPOM. Le CE est un organe médico-administratif. Présidé par le directeur qui est le seul détenteur du pouvoir décisionnel, il rend des avis sur le pilotage stratégique de l'établissement [18]. Il définit les activités prioritaires de l'établissement pour répondre aux besoins de santé de la population de son territoire, en concordance avec son CPOM et les priorités décidées au niveau national [15, 16], en s'efforçant de ne pas remettre en cause les activités de référence et hautement spécialisées qui existent au sein de l'établissement et qui reflètent l'expertise des équipes médicales.

Des réussites appréciables mais limitées

À travers un projet médical élaboré en commun, l'objectif prioritaire des praticiens responsables de pôle a été de donner du sens médical à un regroupement d'activités parfois artificiel. La réussite, lorsqu'elle a été au rendez-vous, s'est traduite par l'émergence d'une culture de pôle, d'un sentiment d'appartenance à une collectivité solidaire de chacun de ses membres. Entre des équipes médicales et paramédicales trop souvent recroquevillées sur leurs propres activités et sur leurs techniques de spécialité, une dynamique communautaire a pu se développer en s'appuyant sur la communication et le dialogue, sur une politique de formation notamment en faveur des paramédicaux, sur la mutualisation des équipements et sur la création de techniques innovantes bénéficiant des multiples compétences existantes dans le pôle. L'objectif était de se créer

des marges de manœuvre pour échapper au carcan économique qui s'impose aux établissements de santé. Selon les situations locales, des réorganisations se sont mises en place permettant l'ouverture de structures alternatives à l'hospitalisation classique, ou encore des mutualisations de matériel et de fonctions logistiques ; ailleurs des modifications de l'offre de soins ont vu le jour au sein de l'établissement, qu'il s'agisse de la suppression de doublons d'activité ou de la création de nouveaux secteurs d'activité par optimisation des moyens existants ; enfin la recherche de moyens financiers, complémentaires à la T2A, a été une préoccupation constante, pour valoriser en particulier la production scientifique [2] et les activités d'intérêt général auprès des personnes âgées, handicapées ou en situation sociale précaire [7].

Cinq freins de la réorganisation hospitalière sont rapidement apparus, mettant en difficulté la dynamique des pôles et des établissements de santé.

Premièrement, dans de nombreux établissements, les pôles ont été vidés de leur contenu par l'absence de délégation de gestion et la centralisation des décisions a pu être ressentie comme une régression par rapport à ce qui se faisait avant.

Le deuxième frein est en rapport avec l'hétérogénéité de nombreux pôles. Si certains pôles répondent à une logique médicale évidente, autour d'une pathologie d'organe, de la mise en commun d'un plateau médico-technique ou de filières de soins, d'autres, et c'est probablement les plus nombreux, apparaissent comme des conglomerats de secteurs d'activité ou de spécialités n'ayant quasiment aucun point commun en matière d'organisation des soins, d'expertise médicale et de recours au plateau médico-technique. Il est évident que, même en l'absence de conflit entre professionnels de santé, cette hétérogénéité n'est guère favorable au décloisonnement des structures, à la répartition consensuelle des moyens humains et matériels ainsi qu'au développement d'une culture de pôle.

Le troisième frein est un problème de temps. Pour régler les multiples problèmes générés par le passage d'une organisation et d'une gestion de service à une organisation et une gestion polaire, il est apparu nécessaire d'organiser des groupes de travail et de provoquer des réunions multiples ; l'efficacité de ces groupes de travail et de ces réunions se heurte à un trivial problème de disponibilité temporelle des professionnels médicaux et paramédicaux qui ont les plus grandes difficultés pour se libérer de leurs tâches quotidiennes, dans un contexte de réduction, voire de pénurie d'effectifs.

Le quatrième frein résulte de la difficile mise en œuvre de ce qui pourrait être la maître-phrase du ministère en charge de la santé, à savoir « réorganisez-vous pour dégager des marges de manœuvre et faire des économies ». Vu d'un bureau, le principe paraît sain et d'application simple. Sur le terrain, et tout spécialement dans les hôpitaux publics, l'exercice est délicat. La révision des postes de travail et des missions du personnel est contrainte par le respect des statuts et des métiers ; les tentatives d'augmentation de l'offre de soins ne s'envisagent qu'à effectif constant et, dans le cadre contraint de l'ONDAM, toute augmentation généralisée de l'activité clinique ou médico-technique se verra rapidement dévalorisée par

une révision à la baisse du remboursement des groupes homogènes de séjours (GHS) et des gestes techniques, décidée au niveau ministériel [18]; d'ailleurs le respect du SROS III et des missions de service public, du moins pour les établissements qui y participent, restreint les possibilités de se séparer de certains secteurs d'activité même s'ils sont déficitaires.

Reste le problème financier qui constitue un cinquième frein. Bien que le Parlement ait augmenté le budget des établissements de santé de 3 % chaque année, 29 des 31 centres hospitaliers universitaires étaient en déficit en janvier 2009 [21]. Face à l'insuffisance du financement des pôles et des établissements par la T2A, les recettes d'exploitation complémentaires (fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires – FNPEIS, financements des Conseils généraux, des Assurances maladie complémentaires, des ménages, des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation – MIGAC, etc.) ne constituent certainement pas des ressources transparentes, fiables et pérennes pour abonder l'EPRD et surtout suffisantes pour atteindre la convergence recettes/dépenses. Les déficits s'accroissent ainsi, année après année, avec des mesures de retour à l'équilibre qui portent sur la masse salariale et l'investissement, aggravant le vieillissement ainsi que le retard en équipements modernes. Cela peut compromettre la continuité de certaines activités et être un frein, surtout dans les centres hospitaliers universitaires, à l'innovation, à la recherche et aux enseignements. La délégation de gestion, dont les exécutifs des pôles attendaient qu'elle leur apporte de la souplesse dans la gestion et des possibilités de constituer des marges de manœuvre ne s'est finalement traduite que par la délégation de la contrainte. Dans certains cas, la délégation porte sur des enveloppes marginales ne permettant que la « gestion » de l'urgent. De plus, dans nombre d'établissement, et toujours pour des raisons financières, l'intéressement promis n'a pas pu être mis en place.

Des pôles pour « gérer la pénurie et en assumer la responsabilité »

Dans ces conditions, les acteurs médicaux et paramédicaux qui devraient être, au sein des pôles et du CE, les moteurs de la réorganisation hospitalière, se démotivent et se désinvestissent. Des responsables et des cadres de pôles ont démissionné. Un nombre croissant considère que les pôles ont été créés pour « gérer la pénurie et en assumer la responsabilité ». Le slogan « faire plus avec moins » s'entend un peu partout et le ressentiment s'alimente avec les constats de l'absence d'adaptation des effectifs à l'augmentation d'activité et de l'absence de l'intéressement promis aux pôles réalisant ou dépassant leurs objectifs d'activité avec une maîtrise correcte de leurs dépenses.

Dans ce contexte de dé-crédibilisation des responsables des pôles, il devient difficile pour ces pôles de se projeter sereinement dans l'avenir et de faire des projets suscitant l'adhésion de leurs collaborateurs [2]. Cette morosité fragilise tous les pôles, même les plus efficaces, et les mesures auxquelles les pôles et les établissements du secteur public se voient parfois contraints risquent de réduire l'offre de soins destinée à la couverture des besoins de la population sur un territoire de santé [2, 3], de mettre à bas les travaux de planification

sanitaire et sociale, et d'aggraver les inégalités de santé, notamment pour les populations les plus fragiles, âgées ou précaires [7]. Au niveau des CE, on voit clairement que l'approche économique prédomine sur toute autre considération ; elle rend difficile une démarche stratégique de nature médicale visant à définir une politique de santé [12, 13] basée sur des choix d'offres de soins faits collectivement en fonction des besoins de santé de la population et de l'expertise des équipes médicales [15].

Des pôles d'activités hospitaliers pour mettre en œuvre une politique de santé publique ?

Il semble difficile d'envisager la poursuite de la réforme de la nouvelle gouvernance par une complète délégation de gestion aux pôles des établissements de santé dans les conditions actuelles et au vu des freins que nous venons de passer en revue. Les marges de manœuvre d'évolutions sont dans la recherche d'organisations plus efficaces et respectueuses des besoins de santé de la population, aussi bien internes qu'externes aux établissements de santé. Ce travail, à l'intérieur de l'hôpital, est celui des pôles et des directions des établissements de santé, et à l'extérieur celui de l'Assurance maladie et de l'État [3].

Les premiers doivent réaliser des démarches stratégiques afin d'améliorer le parcours de soins des usagers ce qui devrait pouvoir permettre de cibler, avec pertinence, la suppression des postes dans les activités qui n'ont pas été retenues par les SROS III, pour ne pas mettre en péril les pôles efficaces, ni fragiliser l'ensemble des pôles [2].

La garantie de l'accès équitable à des soins pour tous au sein de territoires de santé, objectifs du SROS III, par des établissements de santé dynamiques et efficaces, doit être au cœur de la mise en œuvre de la Loi HPST [17]. La recherche d'organisations plus efficaces, aussi bien internes qu'externes aux établissements est la marge d'ajustement à privilégier [6, 9]. Pour cela la réduction des doublons d'offres, les coordinations entre établissements de santé tant publics que privés et la mise en place du continuum comprenant des réseaux ville-hôpital par priorité et par territoire de santé doivent être réalisées de manière plus efficace par les ARS [2, 3, 14] tout en renforçant l'efficacité et la performance des contrôles sur l'activité (dossiers médicaux, autorisations et volumes des CPOM) et des inspections de mise en conformité. Les outils de pilotage sont à améliorer et à évaluer [8]. Il faut que l'État et l'Assurance maladie, pilotent ou managent la politique de santé publique [4, 5]. Des formations au management pourraient être organisées, comme cela a déjà été fait [4]. Si l'on veut améliorer la santé en France, après les spectaculaires progrès qui ont été accomplis, les ARS doivent pouvoir garantir la mise en œuvre d'une vraie politique de santé publique à base de projets médicaux prenant en compte les enjeux économiques et ne pas faire l'inverse en plaçant l'économique en premier.

Discussion

Si cette étude sur le fonctionnement des pôles, leurs réussites et leurs freins, a été réalisée dans un établissement anticipateur de la nouvelle gouvernance, public et hospitalo-universitaire, elle peut offrir quelques

perspectives d'amélioration à visée générale. Ces éléments pour une évaluation de la mise en œuvre des pôles peuvent aussi être des exemples de trois tensions qui s'exercent sur cette réforme. Ces tensions peuvent aussi être prises en compte pour que la démobilitation et le découragement des personnels puissent être levés et que la nouvelle gouvernance qui s'en voulait être une solution, réussisse.

Une première tension entre impératifs budgétaires et objectifs de santé publique peut être identifiée et être la conséquence de l'empilement, au fil du temps, de réformes et d'instruments de politique publique correspondant à des référentiels différents.

Entre 1996 et 2004, une tentative de régionalisation du système de santé a été tentée. Des conférences régionales de santé, programmes régionaux de santé (PRS) et schéma régional d'organisation sanitaire de deuxième génération (SROS II) soutenus par des programmes nationaux de santé (PNS), ont été mis en œuvre. Les régions ont pu choisir leurs priorités en regard des besoins de leurs populations. Les professionnels de santé, dont ceux des établissements de santé ainsi que les usagers ont pu être associés à l'élaboration, à la mise en œuvre et au suivi des actions. Entre 2004 et 2008, il y a une première phase de concentration du système de santé. La Loi relative à la politique de santé publique de 2004 limite le nombre de PNS et donne les objectifs de santé publique. Certaines priorités nationales sont données par le Président de la République. Cette Loi va donner les priorités du plan régional de santé publique (PRSP), successeur des PRS. Le SROS III va tenter de décloisonner soins et prévention en favorisant des liens entre les thématiques obligatoires et les priorités des PRSP. Ces thématiques obligatoires (priorités) sont fixées à la fois pour l'organisation des soins et la prévention. Les marges de manœuvre laissées aux régions pour identifier et se mobiliser sur leurs propres priorités de prévention, sont faibles. Les usagers sont moins associés. Le plan « hôpital 2007 » introduit le financement à l'activité et poursuit la contractualisation des offreurs de soins amorcée par le SROS II. La Loi HPST de 2009 poursuit une centralisation des autorisations et des volumes d'activité, du financement à l'activité et de la contractualisation pour les offreurs de santé. Les missions de service public sont définies [4, 17].

Comme Mossé, nous trouvons que la succession de réformes peut créer un trouble dans l'esprit des responsables de pôles et des professionnels de santé en raison de variation de règles qu'ils ne maîtrisent pas [19]. De même, ces professionnels mettent en œuvre des instruments, comme la T2A, les contrats, l'information et l'aménagement du territoire, qui sont pris dans une tension frontale entre un référentiel descendant et technique et un autre ascendant et politique [19, 20]. La Loi HPST est construite autour du premier référentiel, descendant (objectifs chiffrés affichés par le ministère en charge de la santé). Elle verticalise et concentre le pouvoir de décision ; dès lors les SROS comme les CPOM peuvent se trouver en porte-à-faux s'il s'agit, pour l'État et l'Assurance Maladie, d'imposer plus que de négocier [14, 15].

Une deuxième tension peut provenir de la centralisation nationale de la décision qui risque d'être moins adaptée aux besoins locaux que si elle était traitée au plus près du terrain (région et territoire de santé) : Il peut être

compris que la logique-même des politiques menées depuis au moins le début des années 2004, a comme finalité de contourner les logiques et intérêts locaux, perçus comme des freins aux restructurations. Si le but est la restructuration hospitalière, il peut y avoir un dilemme : éloigner la décision de façon à accélérer les restructurations mais au risque de ne pas prendre en compte les réalités locales ; rapprocher la décision de façon à l'adapter au cas par cas, mais au risque d'enliser les restructurations dans les négociations locales. On retrouve la tension entre les deux référentiels identifiés par Mossé [19]. Depuis la Loi portant réforme hospitalière de 1991 et les ordonnances de 1996, il semble y avoir une sorte d'oscillation (ou un mouvement pendulaire) entre ces deux référentiels : à mesure que l'on découvre les effets pervers de l'un, on se déplace vers l'autre.

Qui dit centralisation dit risque de prise de mauvaises décisions car trop éloignée du terrain mais si cela n'est pas le cas, il existe aussi un risque à ce que les pôles n'appliquent pas la rigueur. La réponse n'est pas univoque. Il est clair pour nous, que les décisions doivent être prises au plus près du terrain pour être les plus pertinentes, mais il est clair aussi que les contraintes doivent s'appliquer pleinement. La délégation ne peut se comprendre qu'à la condition qu'elle soit régulée et pilotée par les ARS, en associant étroitement aux décisions les directeurs d'établissements de santé avec les professionnels de santé.

Une troisième tension provient d'un paradoxe où semble se situer aujourd'hui l'hôpital public, qui évolue entre une vision « républicaine du service public de la santé » et une vision plus « entreprise libérale » [3]. Comme Cordier, nous trouvons que les tensions ont augmenté parce que les professionnels étaient contraints par des délais courts, des demandes exigeant des réponses immédiates, des contraintes liées au travail collectif en même temps que l'établissement était confronté à la montée de l'appauvrissement de ses usagers [10]. Même si « l'hôpital est sous tension », la lutte contre la pauvreté par des prises en charge de qualité est une de ses missions historiques [3, 22, 23]. La performance hospitalière doit faire partie d'une planification sanitaire et sociale qui prend en considération rationalité économique et réduction des inégalités de santé entre les différents groupes sociaux par territoire de santé [3, 15].

Conclusion

Le pôle doit s'efforcer de ne pas remettre en cause les activités de référence et l'équilibre financier de son établissement, tout en respectant le contrat d'objectif et de moyen qui répond aux besoins de santé de la population de son territoire de santé ainsi qu'aux priorités nationales. Si des réussites appréciables mais limitées existent, cinq freins à la réorganisation hospitalière peuvent être dégagés. Ils peuvent mettre en difficulté la dynamique des pôles et des établissements de santé et doivent être levés lors de la mise en œuvre de la Loi HPST. L'État et l'Assurance maladie doivent manager la politique de santé publique pour que les responsables des pôles d'activités hospitaliers et leurs équipes puissent participer à la mise en œuvre d'une politique de santé publique efficiente sans avoir l'impression de gérer uniquement la crise.

BIBLIOGRAPHIE

1. Alla F. Gouvernance : concept et débats. *Santé publique* 2008;2:101.
2. Bréchat PH, Jourdain A (dir). Etude sur l'apprentissage organisationnel des acteurs des pôles d'activités médicales : étude pilote au groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal entre 2004 et 2008. Groupe hospitalier Lariboisière - Fernand Widal (APHP) et Ecole des hautes études en santé publique; septembre 2008.
3. Bréchat PH, Rymer R, Grenouilleau MC, Jourdain A. Eléments pour un premier bilan et des perspectives du plan Hôpital 2007. *Santé publique* 2008;20:611-21.
4. Bréchat PH, Stebler-Watier K, Salines E, Rymer R, Bertrand D, de Singly C. Pour un management des politiques de santé publique. *Gestions hospitalières* 2009;488:424-34.
5. Bréchat PH, Wang J, Galland A, Magnin-Feysot C, Gravelat C. Globalisation : Quel impact sur la prise en charge des soins en France ? L'exemple de la dialyse des insuffisants rénaux terminaux. *Gestions hospitalières* 2009;février : 33-39.
6. Brunet S, Fallon C, Joris G, Leva C. Gouvernance et politiques de santé. Les chemins de la cohérence. *Santé publique* 2008;20:177-90.
7. Castiel D, Bréchat PH, Grenouilleau MC, Rymer R. Handicap social et hôpitaux publics : Pour un modèle d'allocation de ressources dans le cadre d'une politique de santé publique. *Santé publique* 2009;21:195-212.
8. Chambaz F, Rymer R, Bréchat PH. Pour des agences régionales ayant la possibilité de pérenniser les offres de santé. *Santé publique* 2008;3:269-74.
9. Contandriopoulos AP. La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la gouvernance. *Santé publique* 2008;20:177-90.
10. Cordier M. L'organisation du travail à l'hôpital : évolutions récentes. *Etudes et Résultats*. DREES, novembre 2009, n° 709.
11. De Pourvoirville G. La réforme de la gouvernance hospitalière : mission impossible ? *Presse Med* 2007;36:636-7.
12. Haut comité de la santé publique. Stratégie pour une politique de santé. Rennes : ENSP Editeur, 1993.
13. Haut comité de la santé publique. La santé en France 2002. Paris: La Documentation française, février 2002.
14. Jourdain A (dir). Les SROS de troisième génération : un état des lieux en 2007. Association des Régions de France et Ecole des hautes études en santé publique; 2007.
15. Jourdain A, Bréchat PH (dir). La nouvelle planification sanitaire et sociale. Rennes: Presses de l'EHESP; 2008.
16. Lernout T, Lebrun L, Bréchat PH. Trois générations de schémas régionaux d'organisation sanitaire en quinze années : bilan et perspectives. *Santé publique* 2007;6:499-512.
17. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. *JORF* n°0167 du 22 juillet 2009.
18. Ministère de la Santé et des Solidarités. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Ensemble modernisons l'hôpital, dispositif d'accompagnement des réformes hospitalières. Mettre en œuvre la gouvernance : contractualisation interne et pilotage des pôles. Paris: Ministère de la Santé et des Solidarités. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins; 2007.
19. Mossé P. Les nouvelles régulations de l'hôpital. *Revue fondamentale des questions hospitalières* 2005;11:129-50.
20. Mossé P, Gervasoni N, Kerlau M. Les restructurations hospitalières : acteurs, enjeux et stratégies. Rapport réalisé pour la Mission interministérielle recherche expérimentation (MIRE), 1999. Texte support de la communication au Colloque « L'Hôpital peut-il rester un service public ? », IEP – Cespuc, Aix en Provence, 6 février 2004 (Disponible à : <http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/08/45/55/PDF/mosrap99.pdf> [consulté le 12 novembre 2009]).
21. Prieur C. Comment l'hôpital réduit ses effectifs. *Le Monde*, 9 janvier 2009.
22. Schweyer FX. L'hôpital sous tension. Rubrique « La santé, un enjeu de société ». *Sciences Humaines* 2005;Hors-série n° 48:60-3.
23. Schweyer FX. Les hospitaliers et la solidarité : la fin des évidences. In : Paugam S (dir). *Repenser la solidarité*. Paris, PUF, 2007:723-45.