



Quelle gouvernance dans les hôpitaux après la Loi HPST ? Avec quels résultats ?

Le constat est amer et sans appel. Le fossé se creuse au sein des hôpitaux entre les managers (directeurs et responsables médicaux) et les PH : certains conflits sont sur la place publique et médiatisés sans pour autant trouver de solution (DIM à St Malo, Hôpitaux St Maurice, HEGP pour parler des dernières affaires en cours). D'autres plus discrets sont pourtant lourds de significations sociales et symboliques : constitution d'un collectif de 150 PH à St Etienne, combat à Châteauroux des anesthésistes refusant de travailler dans les conditions imposées qui ont porté leur collègue à se suicider sur son lieu de travail (tout en étant désireux d'œuvrer à l'indispensable reconstruction morale de leur établissement). Partout, la réglementation est enfreinte, contournée ou repoussée sine die, la non application de l'arrêté du 8 novembre 2013 sur astreintes et temps de travail en est le dernier exemple tellement significatif. Les PH sont souvent malmenés, très vite menacés de suspension, et en commission de discipline ou statutaire nationale, leurs dossiers sont accueillis avec un fort sentiment de parti pris pro-direction.

Partout la sensation de ne plus être écoutés ni entendus, l'absence de concertation avec les acteurs pour des décisions stratégiques passées en force à l'emporte-pièce, dans l'incompréhension générale ou l'opposition franche, conduit à un malaise général et instille un sentiment de mépris grandissant. Cette situation n'est pas étrangère à la diminution des effectifs de PH, avec désormais plus de départs que d'arrivées, et beaucoup de départs par démission, sous l'œil dubitatif des internes seniors potentiels à qui ce spectacle si peu attractif leur donne peu l'envie de rester.

Pour autant, il ne s'agit pas d'un combat des médecins contre les directeurs : le schéma trop simpliste d'un affrontement corporatiste n'amènerait rien à la recherche de solutions. Il est vrai que de plus en plus souvent, l'impression générale est que les directeurs veulent casser du docteur, en tout cas du docteur de base, qualifié de flemmard, individualiste et rétif au changement. Mais pour autant se limiter à cette photographie amputerait une partie de l'analyse. D'abord parce que les directeurs ont su se trouver des alliés objectifs que sont souvent chefs de pôle ou de service, présidents de CME, auto adoubés en boucle au sein d'un réseau fermé propre à chaque établissement. Ensuite parce que c'est bien dans la désorganisation de leurs conditions de travail au quotidien, par des décisions auxquelles ils ne participent plus du tout, qu'il faut chercher les sources de la colère.

Dans son intensité comme dans son origine, le conflit dépasse donc de loin l'habituelle zone de friction entre d'un côté les acteurs de terrain opérateurs du soin et de l'autre la bureaucratie managériale et gestionnaire. Il n'a cessé de s'intensifier au fur et à mesure que la loi HPST de 2009 produisait des effets, et s'est trouvé encore amplifié

par l'absence de remise en cause, en dépit d'un discours prometteur, par la nouvelle équipe ministérielle.

En effet, cette loi donnant pouvoir « absolu » aux directeurs, sans aucun contre-pouvoir, et lui permettant de choisir et de nommer au sein de la communauté médicale ses alliés les plus dociles, puis de noyauter la CME avec ces médecins choisis, a en quelques années effondré dans un grand nombre d'établissements la confiance que les acteurs pouvaient avoir en leur institution. Ce ne sont pas les réformes récentes qui vont changer cette donne, puisqu'elles n'ont pas remis en question cette organisation de la gouvernance.

Cette application stricte des règles du New Public Management instauré par la droite et maintenu par la gauche, est destinée à conduire à marche forcée une doctrine de financement des hôpitaux (inadaptée car inflationniste et ne répondant pas aux besoins de la population). Elle oblige à augmenter la bureaucratie administrative aux dépens des soignants, impose le règne de la gestion par indicateurs dans lesquels les acteurs ne se retrouvent pas, généralise la tyrannie de l'évaluation, consacre la performance individuelle, et finalement impose de manière autoritaire des décisions généralement non comprises.

L'émergence de ces règles managériales qui ne satisfont que les managers arrive au pire des moments, car les médecins traversent une crise démographique terrible, qui pour avoir été prévue (sans que jamais des décisions politiques courageuses décident d'en modifier le cours) n'empêche pas ses conséquences quotidiennes sur les organisations. La méconnaissance des fondements sociologiques de la profession de médecin et un management totalement inadapté à ses caractéristiques, incite désormais les médecins soit à partir en retraite le plus vite possible, soit à rallier le privé, ou encore goûter aux avantages de l'intérim médical, le travail en free-lance permettant de ne plus se confronter à la réalité des titulaires et de récupérer ainsi un semblant de maîtrise de son autonomie professionnelle ; sans compter les avantages financiers.

Les pôles n'ont servi qu'à affirmer le pouvoir des directeurs sur une hiérarchie médico-administrative qui lui est soumise. La collaboration des chefs de pôle donne l'impression trompeuse aux directeurs, notamment au sein du directoire, d'une gouvernance pacifiée alors que les praticiens des pôles ont de plus en plus le sentiment de ne pas être écoutés et que leur malaise va croissant. L'enquête des intersyndicales de PH sur les pôles a démontré que pour l'immense majorité des praticiens, la structuration en pôles n'a eu que des effets délétères, notamment sur la circulation des informations institutionnelles et de l'organisation des soins.

Cette organisation pyramidale est contre-productive pour l'hôpital public car comme dans « la revanche du rameur », les rameurs ne veulent ou ne peuvent plus ramer dans ces conditions. Faute d'écoute, d'autorité sur l'organisation des soins et de respect de la place du médical, l'attractivité des carrières hospitalières ne cesse de se dégrader notamment vis-à-vis des jeunes collègues pour qui la qualité de vie au travail associant un nécessaire équilibre entre vie privée et vie professionnelle est désormais devenue un critère essentiel.

Or, même de l'avis des conférences de directeurs et de PCME, les services sont restés les structures médicales opérationnelles des hôpitaux et la seule faute serait celle d'un manque de communication...

Ce sont toujours les services, constitués d'une équipe médicale et paramédicale correspondant à une spécialité médicale ou pharmaceutique, qui structurent la prise en charge des patients l'activité collective des soignants. C'est à ce niveau que les délégations de gestion ont le plus de chance d'être pertinentes. C'est l'homogénéité des métiers et des formations au sein d'une spécialité qui permet d'organiser les synergies et la cohérence des projets médicaux d'un établissement de santé.

C'est donc le chef de service qui est le mieux placé pour contractualiser les délégations de gestion et exercer l'autorité fonctionnelle sur son équipe. Il doit bénéficier d'une légitimité forte vis-à-vis de ses collègues et être nommé par le directeur sur proposition de la CME et non de son seul président, après avis de la communauté médicale du service. Il doit bénéficier d'une formation au management, être évalué sur ses aptitudes à mener une équipe et non sur des indicateurs de performance économique. Ses qualités relationnelles et organisationnelles sont essentielles car il doit faire vivre le dialogue entre les acteurs au sein et en dehors du service. Son mandat doit être limité dans le temps, ce qui est essentiel pour ne pas revenir au pouvoir mandarinal à vie qui a fait son temps. Dans les CHU, il ne doit pas être de la compétence exclusive ou de droit des hospitalo-universitaires, le cumul des mandats n'étant pas toujours synonyme d'efficacité.

Au sein d'un hôpital, le pouvoir doit être partagé entre la communauté médicale et le management administratif pour conduire à l'émergence d'un projet médical suivi avec bienveillance par la direction et piloté dans un climat de confiance. Bien sûr qu'il doit y avoir un décideur à l'hôpital : mais décider n'est pas synonyme de régner. Un équilibre doit être trouvé, reposant sur des décisions concertées, une évaluation du climat social, avec suivi d'un baromètre social transparent, et ses conséquences en terme d'avancement ou de primes d'intéressement. Le directeur doit s'appuyer sur des médecins eux-mêmes formés au management et évalués sur leurs qualités à mener une équipe, et pas uniquement sur des indicateurs de performance économique. Ces managers médicaux qui ne doivent pas non plus régner à vie grâce à des mandats limités dans le temps, doivent être eux aussi évalués sur leurs capacités à réunir les équipes autour des projets médicaux impartis et à faire fonctionner le dialogue ; ils doivent être choisis démocratiquement au sein de l'équipe de PH avec validation par la CME.

C'est en redonnant du sens au mot équipe, centré sur une activité, autour d'un projet, avec au sein de cette équipe collaboration, solidarité, confiance, que les hôpitaux peuvent devenir « magnétiques », et que les carrières vont devenir de nouveau attractives.