



Mémoire de recherche
Master 1 de Science Politique parcours
Communication publique et démocratie
participative

Faculté des Sciences Juridiques, Politiques et Sociales
Université de Lille

La territorialisation du maillage hospitalier : Etude de l'offre de soins d'un territoire français

Sous la direction de Vianney Schlegel, maître de conférences en Science politique
Soutenu par Lucie Durant-Payel

Membres du jury de soutenance :
Thomas Alam et Vianney Schlegel

Année universitaire 2022/2023

J'ai bien pris connaissance des dispositions concernant le plagiat et je m'engage à ce que mon travail de mémoire en soit exempt.

Sommaire

Remerciements	4
Liste des acronymes	5
Introduction	7
Première partie : L'adaptabilité des professionnels face aux contraintes de la territorialisation du maillage hospitalier	20
I. Les besoins du territoire	21
1. Une population rurale vieillissante et des pathologies typiques	22
2. La démographie médicale	26
II. Une optimisation de l'offre de soins grâce au GHT :	30
1. Le parcours-patient et son organisation	31
2. L'institutionnalisation du binôme Directeur d'Hôpital et Président de CME	34
Deuxième partie : L'organisation interne des établissements	39
I. Les co-directions : une mutabilité des établissements	40
1. La couverture des besoins du territoire	40
2. Conserver le maillage pré-existant	43
II. La T2A : un bilan mitigé pour les professionnels et la peur de sa disparition	46
1. Une T2A en deux temps	47
2. Une intégration du système de financement : Jouer avec les règles	50
Troisième partie : Politisation et dépolitisation à l'échelle locale : L'étatisation de la santé par l'ARS et le reclassement de l'action des élus locaux	53
I. L'implication de l'ARS dans les décisions	55
1. Les projets médicaux partagés (GHT et optimisation parcours-patients)	55
2. Un pas dans les autres institutions (le Conseil régional)	59
II. Le retrait des élus locaux ?	62
1. Le conseil de surveillance : seul lieu institutionnel d'échanges	62
2. Le Conseil régional : un rôle de prévention	66
Conclusion	70
Bibliographie	73
Annexes	79

Remerciements

Je tiens à remercier Monsieur Vianney Schlegel, enseignant-chercheur à l'Université de Lille d'avoir accepté d'encadrer mon mémoire de première année de Master de Science politique.

Pour les conseils prodigués, pour son soutien moral, pour ses encouragements, pour le temps qu'il m'a accordé, je lui exprime toute ma gratitude.

Mes remerciements vont :

À celui qui m'a soutenu dans ma recherche, ainsi que dans mon projet professionnel, Monsieur Michel Clément, Directeur des Affaires générales et de la Stratégie au Centre hospitalier d'Abbeville.

À mes camarades Manon, Jeanne et Louis pour leur soutien moral et leur aide.

Aux personnes interrogées pour avoir accepté un entretien et nourries ma réflexion pour ce mémoire.

À Sylvie et Thomas pour leurs relectures attentives.

Liste des acronymes

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CH : Centre hospitalier

CHU : Centre hospitalier universitaire

DH : Directeur d'hôpital

D3S : Directeur d'établissement Social, Médico-social et Sanitaire

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique

ONDAM : Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie

PCME : Président de la Commission Médicale d'Etablissement

PH : Praticien hospitalier

T2A : Tarification à l'activité

Introduction

Le 28 mai 2015, une Tribune du journal *Le Monde* « Contre la fermeture des hôpitaux de proximité » dénonce les fermetures des services de médecine en zone rurale, malgré leur caractère essentiel reconnu par les pouvoirs publics¹. Elle fait suite aux recommandations du rapport de 2015 de l'OCDE : « Réduire le poids des dépenses publiques pour une fiscalité plus favorable à une croissance durable ; pour limiter les dépenses de santé, il faut fermer certains petits hôpitaux publics »². Les fermetures recommandées ont pour objectif des économies de fonctionnement, ainsi qu'un investissement dans les « nouvelles technologies », à hauteur des 690 millions d'euros (soit 1,7% du budget de dépense publique hospitalière) que représentent les hôpitaux de proximité.

Dans le Code de la Santé Publique, article L6111-3-1) l'expression « hôpital de proximité » est défini précisément comme étant : « un établissement, public comme privé, avec des missions de premier niveau de gradation des soins hospitaliers en excluant les services de chirurgie et d'obstétrique, dès que cela répond à un besoin du territoire ». Il s'agit d'un label délivré par l'ARS, à l'appréciation du projet d'établissement. Le terme d'hôpital permet d'englober l'ensemble des types d'établissement public de santé. Ils sont classés selon leur taille et leur activité : de proximité, régionaux, généraux, universitaires, etc. Le terme légal par défaut, pour désigner un établissement qui n'est ni local ni régional, est Centre hospitalier (article R. 6141-16 de Code de la Santé Publique).

Depuis les dix dernières années, la presse française, locale et nationale, dénonce la « fermeture des hôpitaux », un effet d'annonce pour expliciter les tentatives politiques de combler le déficit des dépenses publiques hospitalières qui se creuse depuis 2007 et est considéré comme alarmant. Seulement, ces fermetures ne sont pas constatées. Aucun hôpital n'a fermé ses portes depuis la vague de construction de petits hôpitaux, dit « ruraux » à l'époque, dans les années 1970, aujourd'hui appelé « hôpitaux de proximité ».

Ces fermetures sont en réalité des fermetures de services et sont le fruit de la territorialisation des politiques de santé publique en France depuis le milieu des années 1990. En

¹ https://www.lemonde.fr/economie/article/2015/05/29/contre-la-fermeture-des-hopitaux-de-proximite_4643791_3234.html

² OCDE (2015), *Études économiques de l'OCDE : France 2015*, Éditions OCDE, Paris. [hDp://dx.doi.org/10.1787/eco_surveys-fra-2015-fr](https://dx.doi.org/10.1787/eco_surveys-fra-2015-fr) p. 13

effet, les programmes politiques, actions publiques et projets locaux depuis le plan Juppé en 1995 visent à améliorer les services de soins en fonction des besoins de la population. Les services en déficit sont ceux dont la population a « le moins besoin » selon cette logique, le maillage est donc réorganisé pour optimiser l'offre de soins (et le parcours patient). Cependant, les valeurs du service public hospitalier font qu'il y a une obligation de couvrir l'ensemble du territoire en termes d'offre de soins. Pour cela, les 32 CHU de France³ concentrent toutes les activités de soins, redéfinies par le plan Juppé en 14 missions de service public en 1995-1996. La territorialisation est renforcée depuis la création des ARS (Agences Régionales de Santé) en 2010 et la création des GHT (Groupement Hospitalier de Territoire) en 2017 qui centralise les achats et l'organisation du parcours patient autour de l'établissement support (plus gros Centre hospitalier ou CHU). En effet, les Agences régionales de Santé ont remplacé les ARH (Agences Régionales de l'hospitalisation) créées en 1991, afin d'élargir le champ d'action de l'Etat sur les institutions de la santé. Sous la tutelle du ministère de la Santé, les ARS créées en 2010 sont responsables de la planification, de l'organisation, de la régulation et de la mise en oeuvre des politiques de santé au niveau régional en France en collaboration avec les acteurs locaux. Elles doivent améliorer l'offre de soins de proximité, la promotion de la prévention et de la santé publique, la régulation de l'offre de soins et la gestion des établissements de santé. Il y a donc une tendance centrifuge de l'organisation du maillage hospitalier, de par la territorialisation des politiques de santé, mais aussi de par l'institutionnalisation de l'offre de soins en groupe, autour de l'établissement support du GHT.

L'ARS, garante de l'application des politiques nationales à l'échelle régionale, participe à la modification du maillage hospitalier en favorisant le développement d'EHPAD dans les territoires vieillissants et de maternité dans les zones dynamiques démographiquement. Cela va à l'encontre des logiques de lutte contre la désertification développées par les élus locaux et contre le problème de démographie médicale. Est-ce que les élus contrent cette territorialisation ?

Cette érosion du nombre de lits, puis des services entiers, amputant progressivement les « petits » hôpitaux de leur activité, a pour conséquence de dégrader le statut juridique, technique et médical de l'hôpital de proximité.

L'étude de terrain réalisé dans ce mémoire est centré sur un département français situé à moins de deux heures de Paris. Les trois hôpitaux concernés par cette étude sont de différentes tailles : un Centre hospitalier universitaire (AP) qui fait office d'établissement support pour le GHT

³ <https://etablisements.fhf.fr/annuaire/statistiques.php> (FHF)

(Groupement hospitalier de Territoire) du département (GHT SLS), un hôpital de proximité (D) co-dirigé par ce même CHU et un Centre hospitalier de taille moyenne (A) qui co-dirige de plus petits établissements à l'ouest du département. Le CHU AP est au centre du département, le CH A est à l'ouest du département, à 53 km du CHU AP et le Centre hospitalier D est à 45km du CHU AP. Le référentiel est le CHU AP, mais l'étude porte essentiellement sur les stratégies et logiques institutionnelles et informelles des hôpitaux D et A dans le re-maillage hospitalier du département depuis les années 2010. Ces deux hôpitaux sont situés dans des villes équidistantes à la capitale départementale et avec des besoins similaires en terme de santé. A est situé dans une ville avec 4 fois plus d'habitants que celle de D, mais avec un taux de chômage, des catégories socio-professionnelles et un indicateur de concentration d'emplois équivalents. La ville de A est à proximité d'une côte maritime très touristique à la saison estivale, tandis que la ville de D est progressivement intégrée dans la grande banlieue de la capitale départementale. Dans ce département, le maillage hospitalier a été réorganisé au moment de la loi HPST de 2009 et l'ARH/ARS a décidé une fermeture de l'activité de chirurgie en 2009, puis de la maternité en 2011 de l'hôpital D, en amont de la fusion des 2 établissements du CHU pour constituer l'établissement unique du CHU AP en 2014. Désormais réunis, les 2 établissements du CHU ont une co-direction avec le Centre hospitalier D. Cette réorganisation du maillage a été effectuée selon les besoins du territoire. Par ailleurs, alors que la presse locale tend vers une peur de la fermeture du Centre hospitalier A depuis le milieu des années 2000, l'établissement inaugure en 2022 la construction d'un nouveau plateau technique pour un montant de 71 millions d'euros. Pourquoi deux établissements équidistants du CHU AP n'ont-ils pas subi les mêmes transformations ? L'un est co-dirigé par le CHU AP, tandis que l'autre co-dirige deux établissements sur la côte. Comment sont décidées ces co-directions ? Ces fermetures ? Les causes pointées du doigt sont diverses, autant par les médias que les chercheurs et auteurs de littérature grise : choix politique, financier, désertification médicale, changement démographique, etc.

Pour quelles raisons certains hôpitaux ferment leurs services tandis que d'autres se développent ? C'est cette question qui a motivé ce mémoire et il convient de revenir sur la construction du système de santé en France et les résistances au changement, depuis le début de sa constitution.

Ce mémoire s'interroge sur les organisations formelles et informelles des divers acteurs locaux pour réaliser leur devoir de service public hospitalier dans un cadre grandement modifié au cours des 30 dernières années. Dépolitiser pour être mieux technocratiser, le service public hospitalier s'est vu amputé de sa spécificité organisationnelle au profit de principes issus de l'industrie pour rationaliser son activité et réaliser des économies. Les politiques de territorialisation au niveau local ont participé à la modification du maillage hospitalier. Les élus, les praticiens hospitaliers, médecins libéraux et directeurs d'hôpitaux sont limités dans leurs actions depuis le plan Juppé (1995-1996) et la loi HPST (2009) qui classifient les hôpitaux selon 14 missions de soins réparties entre le public et le privé est corrélée aux besoins d'économie du Ministère du Budget et de la Santé. Avant les années 1990, l'intérêt des politiques était au développement d'un système de santé de proximité, où l'on faisait un peu de tout, partout. Ainsi, le maillage hospitalier est mouvant en fonction des besoins, non pas de la population, mais de l'économie nationale. La littérature du champ de recherches de la Santé est importante, moins sur le rapport des élus locaux à la santé, que sur la question de la politisation et de la dépolitisation de la santé. Depuis le milieu du XIXe siècle et les études sur la médecine sociale à la manière de Villermé et son *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie* (1840), les chercheurs sont très actifs autour de l'objet de la santé comme sujet.

- La Santé comme objet politique : dépolitisation ou politisation ?

La santé est constituée comme objet de recherche à partir de la fin du XIXe siècle en trois branches différentes : la sociologie de la médecine, la médecine sociale et la médecine comme science sociale. En France, les études préliminaires sont purement utilitaires, l'objet « santé » est construit par le domaine de la médecine sociale. Les liens avec d'autres domaines de recherche se font au début du XX siècle avec la sociologie de la médecine et de la réforme sociale⁴. La limite, jusqu'aux années 1960, est le manque de recherches en sociologie de la santé sur les rapports « internes » entre les institutions étatiques et l'hôpital public. Les élus locaux sont également occultés des recherches. Cela questionne la politisation de la santé. La Ve République et la création de la Sécurité sociale propulsent la santé, purement technique et scientifique, au rang d'objet politique. La politisation définit le processus par lequel un objet devient une question politique associée généralement à des positions politiques. Jusqu'aux années 2010, la santé est considérée

⁴ BLOOM Samuel W., *The World as Scalpel : a history of Medical Sociology*, Oxford University Press, 2002

comme politisé, dans la mesure où des plans de réformes sont votés et mis en place, notamment le plan Juppé en 1995 et la loi HPST en 2009.

Les recherches sur la santé comme objet dépolitisé sont nombreuses à partir des années 2010. La dépolitisation est le retrait d'une question publique de l'agenda politique et survient lorsqu'il est trop difficile de résoudre la question par des moyens politiques traditionnels. La dépolitisation est également une stratégie de réduction de conflits politiques visant à traiter la question de manière objective et efficace. Cela entraîne une perte de responsabilité politique et exclut les parties prenantes de la question. La question est alors plus administrative et réglée « en interne ». Les sociologues François Buton et Frédéric Pierru, spécialistes des questions de transformations de l'administration de la santé, des réformes hospitalières et des savoirs du gouvernement en santé ; dénonce les dépolitisations de la Santé et les conséquences sur le maillage de l'offre de soins en France⁵. Ce mémoire se place dans cet axe de la question de la dépolitisation du maillage hospitalier. Cette dépolitisation entraîne une crise du service public hospitalier, basé sur l'accès aux soins, la justice sociale et l'absence de profit.

La question de l'accès aux soins offre à la Santé une place dans les recherches de la géographie de la santé, essentiellement « par le bas » et en lien avec les recherches des spécificités de la sociologie du travail du personnel hospitalier.

- Les recherches « par le bas » de divers domaines : les interrogations sur le système du service public hospitalier :

Alors que les travaux pionniers de la sociologie de la santé sont centrés sur des recherches « par le bas » et le rapport entre les techniques de soins et les soignants, ainsi que le lien avec les inégalités sociales⁶, les chercheurs intègrent à la littérature des recherches interactionnistes. La santé est un objet qui est, depuis les années 1970 et encore aujourd'hui, le premier sujet de préoccupation des Français⁷. À cette période, la France est prospère depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale et les hôpitaux français sont financés par dotation globale par l'Assurance Maladie et les budgets sont quasiment illimités. Les études à cette période portent sur le passage d'un hôpital « hospice » à un hôpital qui soigne grâce aux innovations scientifiques et technologiques. Le système se complexifie

⁵ BUTON François, PIERRU Frédéric, « Les dépolitisations de la santé », *Les Tribunes de la santé*, 2012/1 (n° 34), p. 51-70

⁶ BLOOM Samuel W., *The World as Scalpel : a history of Medical Sociology*, op. cit.

⁷ <https://xn--ambitionsant2022-mqb.fhf.fr/actualites/article/enquete-la-sante-1ere-preoccupation-des-francais>

et l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire de façon égalitaire devient un sujet à part entière. La géographie est le premier domaine de recherche à consacrer une branche, dans les années 1970, par le géographe Max Sorre : la géographie de la santé. Le champ est étudié par la base, sous l'angle de la justice sociale d'accès aux soins et de démographie, selon la promesse du service public de proposer des soins de proximité. La géographie de la santé étudie la qualité de la santé des populations et les facteurs de leur environnement qui influencent sa promotion ou sa dégradation. La question de l'accès aux soins est étroitement liée à la question de la fermeture des hôpitaux, mais la géographie de la santé ne produit que des cartes et des variables depuis les habitants. La limite est l'interrogation des populations, et non pas des praticiens hospitaliers ou des directeurs d'établissements de soins, dans la réalisation d'un maillage complet à l'échelle nationale qui comprendrait des contraintes d'accès en fonction des structures et des organisations spatiales⁸.

La question de l'accès aux soins est encore discutée par les sociologues et géographes, sous l'angle de la désertification médicale et l'évaluation des besoins du territoire. Cela permet d'intégrer l'autre pilier de l'offre de soins en France : la médecine libérale. Alors que les inégalités sociales de santé étaient vues comme relevant d'une différence de catégories socioprofessionnelles⁹, la désertification médicale en France a pris une telle ampleur que les inégalités sont désormais renforcées par les différences de lieux d'habitation. Des chercheuses comme Laure Pitti et Nadège Vezinat sont engagées dans les questions de la prise en charge des soins par le privé et les questions d'inégalités. Centrées sur la notion de « désertification médicale », les inégalités d'accès aux soins sont étroitement liées à la médecine générale. En effet, 8% de la population française habite une commune sous-dense en médecins généralistes, c'est-à-dire une accessibilité de moins de 2,5 consultations par an et par habitants¹⁰. Alors que le champ de l'économie recherche les dépenses de l'hôpital public, le pan de la médecine libérale est soit intégré soit mis de côté. Le système de santé français est réparti sur deux piliers : la médecine hospitalière et la médecine libérale. L'équilibre est précaire, notamment avec la désertification croissante et l'engorgement des urgences qui fonctionnent en vases communicants. L'hôpital étant l'emblème du service public, il est également, dans l'imaginaire des politiques, le lieu à « contrôler » au niveau financier. Cependant, certains

⁸ LEVY Jacques, FAUCHILLE Jean-Nicolas, POVOAS Ana, *Théorie de la justice spatiale. Géographies du juste et de l'injuste*, Odile Jacob, 2018

⁹ GELLY Maud, MARIETTE Audrey, PITTI Laure, Santé critique, « Inégalités sociales et rapports de domination dans le champ de la santé », *Actes de la recherche en Sciences sociales* 2021/1 (n°236-237) pages 4 à 19, Editions Le Seuil

¹⁰ <https://www.ars.sante.fr/deserts-medicaux-comment-les-definir-comment-les-mesurer>

professionnels, dans la littérature grise, tendent vers une critique de la médecine libérale et d'une « surconsommation » des soins à partir des années 2000. Pour eux, la déresponsabilisation des patients peut amener à un gaspillage des soins, lié à la tarification à l'acte chez les médecins libéraux et une absence de revalorisation des actes en conséquence¹¹. Ce système de financement de la médecine libérale confère aux médecins un statut particulier : ce sont des indépendants payés par l'Etat. L'Assurance maladie et les ARS ont donc une ingérence dans les pratiques de la médecine libérale en France, opposant les valeurs des pratiques des médecins libéraux en les soumettant à des certifications, quotas et forfaits. Le développement des Maisons de santé et des autres lieux de soins pour palier la désertification médicale avec une salarisation des médecins libéraux va à l'encontre de l'essence même de la médecine libérale en France¹². Tarif plafonné, pratiques imposées, financements sous conditions, la notion de « pertinence des soins » a modifié le regard des politiques sur la médecine libérale et son financement, en opposition à l'hôpital public¹³.

Les recherches sont nombreuses à étudier « par le bas » ce qui est appelé « la santé publique » et son emblème : l'hôpital public. Le service public hospitalier est étudié à la fois de façon utilitaire par les économistes, au moment de la mise à l'agenda par les politiques de la production économique d'un hôpital, mais aussi les sociologues. À la fin des années 1970, la Sociologie de la santé produit des travaux sur l'institution hospitalière et s'inscrit dans l'approche institutionnaliste de la Sociologie du pouvoir local. Elle étudie également la spécificité de la Sociologie du personnel hospitalier et sa culture de l'oralité et sa hiérarchie horizontale. Sur la même période, le domaine de l'économie s'interroge sur les Théories managériales venant des Etats-Unis comme la Théorie des contrats, permettant de faire des économies par la rationalisation des pratiques¹⁴. C'est surtout à partir des années 1980 que l'économie va prendre en main la question de la santé après le début des questionnements de l'opinion publique et la mise à l'agenda politique de l'hôpital public : Que produit-il ? Comment fait-il des bénéfices alors qu'il dépense ? Serait-il possible de contrôler ses dépenses ?

¹¹ CLOSON Marie-Christine, MARCHAND Maurice, « Pour un développement durable de la santé », *Reflets et perspectives de la vie économique*, 2002/1 (Tome XLI), p. 65-74

¹² VEZINAT Nadège, « La fédération des maisons pluri-professionnelles de santé comme groupe d'intérêt : représentativité, construction de discours et lobbying », *Journal de gestion et d'économie de la santé* 2019/1 (n°1), pages 11 à 31, Editions ESKA

¹³ POLTON Dominique, « La pertinence : trop ou trop peu de soins ? », *Revue française des Affaires sociales* 2019/3, pages 139 à 148, Editions La Documentation Française

¹⁴ BEZES Philippe, *Réinventer l'Etat : les réformes de l'administration française (1962-2008)*, Presses universitaires de France, Paris, 2009

Le tournant des politiques de santé des années 1980 sur le besoin d'économie du système de santé public français va avoir pour conséquence une production d'études par le haut des travaux de la Sociologie de la santé et de l'économie à partir des années 1990.

Je me positionne dans l'axe des articles portant sur les politiques économiques de la santé réformatrices du système hospitalier en lien avec sa bureaucratisation.

La santé est devenue un enjeu politique dès l'amélioration des techniques médicales et l'offre de soins dans les années 1960-1970 et les besoins croissants d'une population vieillissante. La santé est encore aujourd'hui à la 1^e place des préoccupations des Français dans les sondages¹⁵. La santé est étatisée de par son financement par la Sécurité Sociale et le débat politique est mince depuis les années 1960. C'est cette étatisation, à la suite de la dépolitisation, qui va être étudiée dans ce mémoire, dans le sillon des recherches dites « par le haut ».

- Etudier l'objet « santé » par le haut : la bureaucratisation par la technocratisation du service public hospitalier :

Les vagues de réformes des années 1980 au début des années 2000 qui tentent de rationaliser les services de soins se heurtent à un obstacle : les professionnels de santé. Le référentiel de l'hôpital dans la société place les soignants dans une position particulière : ils sauvent des vies, aucun homme politique ne peut dire qu'il faut diminuer les moyens alloués. Jusqu'aux années 1990, la sociologie s'interroge sur la relation entre les professionnels et les patients, ainsi qu'à la sociologie professionnelle singulière du monde hospitalier. Avec ces vagues de réformes, les sociologues vont étudier ces stratégies par le haut de dépolitisation de la question de la santé et les moyens mis en place pour obliger les hôpitaux à s'adapter, à se mutualiser¹⁶. La mutualisation à l'hôpital concerne la gestion hospitalière et implique le partage des ressources entre services, entre établissements, entre professionnels de santé, afin de maximiser l'utilisation des ressources (quelles soient humaines, techniques, etc.) et réduire les coûts globaux. La mutualisation va de pair avec la mutabilité qui est la capacité de transformation ou de modification d'un organisme. Elle concerne la

¹⁵ <https://xn--ambitionsant2022-mqb.fhf.fr/actualites/article/enquete-la-sante-1ere-preoccupation-des-francais>

¹⁶ PIERRU Frédéric, « 8. Les mandarins à l'assaut de l'usine à soins. Bureaucratisation néolibérale de l'hôpital français et mobilisation de l'élite hospitalo-universitaire », dans : Béatrice Hibou éd., *La bureaucratisation néolibérale*. Paris, La Découverte, « Recherches », 2013, p. 203-230

partie médicale des hôpitaux, plus résistante aux changements induits par la bureaucratisation de leurs pratiques.

La technocratisation du personnel administratif, surtout des directeurs d'hôpitaux, a généré un nouveau terme en lien avec ces réformes néo-libérales : la gouvernance hospitalière. Les sociologues s'accordent pour situer l'émergence de la gouvernance hospitalière dans les années 2000 avec la montée des logiques gestionnaires et économiques dans les hôpitaux, liés à la technocratisation des postes stratégiques (directeurs d'hôpitaux) et renforcés par la T2A à partir de 2004¹⁷. Le néo-libéralisme et l'hôpital public sont étudiés conjointement par les économistes et les sociologues jusqu'au milieu des années 2000. L'instauration de la T2A (tarification à l'activité), qui modifie totalement le financement des hôpitaux et supprime la notion de service public hospitalier, est également étudiée par ces chercheurs, elle représente cette bureaucratisation de par son fonctionnement. Cette bureaucratisation suscite chez les professionnels de santé une résistance forte qui s'exprime par une littérature grise importante qui dénonce une « casse » de l'hôpital public. Souvent accompagnés dans leurs écrits par des sociologues, économistes et spécialistes des questions d'accès aux soins, les médecins sont nombreux à participer à la dénonciation de la bureaucratisation de leur profession, changeant profondément leurs valeurs et celles de l'hôpital public¹⁸. La création des ARS en 2010 censée simplifier l'organisation du maillage de l'offre de soins rajoute une échelle de décisions et imbrique l'Etat dans le système de santé publique avec les directeurs d'hôpitaux, élus locaux et praticiens hospitaliers. Les diverses instances de décisions, logiques stratégiques et les problèmes sociaux influencent les stratégies adoptées sur les territoires pour optimiser le maillage hospitalier.

- La sociologie de la santé depuis les années 2000 : la dénonciation de la crise de l'hôpital public

Les réformes des années 1990 sont passées sous silence dans l'opinion publique, les changements concernant surtout les professionnels de santé et la réduction des montants remboursés est prise en charge par les mutuelles. Ce qui réveille la colère de l'hôpital est la concrétisation de la

¹⁷ PIERRU Frédéric, « 5. Le « système de santé » français ou la réforme par la crise », dans : Olivier Giraud éd., *Politiques sociales : l'état des savoirs*. Paris, La Découverte, « Recherches », 2022, p. 79-96

¹⁸ MAS Bertrand, PIERRU Frédéric, SMOLSKI Nicole, TORRIELLI Richard, *L'hôpital en réanimation : le sacrifice organisé d'un service public emblématique*. Éditions du Croquant, Paris, 2011

volonté politique néo-libérale : la T2A. La tarification à l'activité est mise en place en 2004 et est un mode de financement des établissements de santé. Elle mime un marché concurrentiel en fixant un tarif pour une activité, l'Assurance Maladie paie ce montant à l'hôpital en fonction de l'activité : actes réalisés, types de séjours, etc. Cela oppose la vision précédente qui était celle d'un hôpital, non pas curatif, mais assistant de la fin de vie. Le curatif va de pair avec l'amélioration des technologies médicales. Ainsi, l'enveloppe de la dotation globale ne permettait pas de développer de nouvelles activités ou de prendre en compte les besoins du territoire d'implantation. Cependant, la tarification à l'activité est décriée en raison de son pan économisateur¹⁹. En effet, la T2A incite les hôpitaux à optimiser leur activité pour augmenter la somme perçue. Ainsi, les praticiens hospitaliers et personnel soignant relatent une perte de sens de leur métier et pratiques, en raison d'une mise en avant des activités au tarif le plus élevé, au détriment des missions de service public, nuisant à l'accès aux soins pour la population. L'annonce en janvier 2023 de la fin de T2A inquiète cependant les professionnels de santé et directeurs, en raison de la complexité du système et l'absence de projet clair pour le nouveau financement. La Tarification à l'activité apparaît comme responsable du déficit des structures de proximité ne faisant pas assez de chiffres pour développer leur activité²⁰.

Alors que dans les années 1970, l'objectif politique était de fournir un accès aux soins équitable sur l'ensemble du territoire. Les politiques d'économie et de réduction du déficit avec la création de l'ONDAM en 1996 (Plan Juppé) ont changé la logique du maillage hospitalier. La fin du « un peu de tout, partout » au profit du « minimum partout ». Cela a pour conséquence de chercher à garantir à tous les habitants un minimum de premiers soins à l'hôpital, pour combler une démographie médicale en déficit, tout en réalisant des économies en envoyant les patients vers le CHU le plus proche. Le rayonnement très large des grosses structures hospitalières publiques engendre une tendance centrifuge qui est favorisée par le système de financement de l'hôpital public : la T2A.

L'émergence des ARS en 2009 avec la loi HPST et l'organisation en GHT (Groupement hospitalier de territoire) autour d'un établissement support (CHU) en 2017 a affaibli d'autant plus ces établissements²¹. Très chers, nombreux et peu dynamiques, les hôpitaux de proximité sont

¹⁹ BURNEL Philippe, « L'impact de la T2A sur la gestion des établissements publics de santé », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 2017/2-3 (Vol. 35), p. 67-79

²⁰ HOLCMAN Robert, « Le paradoxe hospitalier français. Trop d'hôpitaux tuent l'hôpital », *Le Débat*, 2020/2 (n° 209), p. 39.

²¹ PIERRU Frédéric, « Agences régionales de santé : mission impossible », *Revue française d'administration publique*, 2020/2 (N° 174), p. 385-403

réduits dans leur activité et les besoins du territoire ne sont plus assurés. Cette tendance centrifuge est dénoncée dans la littérature grise par des médecins et directeurs d'hôpitaux à partir de la fin des années 2000²², conjointement avec le développement de recherches autour de l'origine de la crise de l'hôpital public.

Frédéric Pierru écrit avec des médecins sur l'origine de la « casse de l'hôpital public » et le problème de la dépolitisation de la santé, permettant au néo-libéralisme de s'étendre au service public hospitalier²³. Les chercheurs s'accordent sur la tendance, par le haut, à une technocratisation des postes de directeurs d'hôpitaux pour renforcer l'emprise des réformes sur l'organisation des services soignants, afin de décentraliser les structures étatiques (ARS). Cela est fait simultanément avec la territorialisation et l'organisation en plus petites structures imbriquées entre elles (ARS/GHT/CH) pour contraindre, au-delà du financier, à la mutabilité des soignants de l'hôpital public. Cette régionalisation permet la marchandisation et la mise en concurrence avec le privé. Pointées du doigt par les économistes comme Laurent Mériade avec le problème de la territorialisation par les politiques et le renforcement des réformes économiques par les coordinations locales²⁴, les causes de la crise de l'hôpital public en France sont nombreuses.

La position de ce mémoire est entre une approche interactionniste ; selon la définition de Weber) où le pouvoir est assimilé à une relation d'influence plus qu'à un pouvoir concret de décision ; et une approche institutionnaliste avec l'étude des groupes de décisions constitués au sein des diverses échelles pour aider à la prise de décisions.

Ainsi, les fermetures de services sont le fruit d'une désorganisation dénoncée par les médecins, depuis la loi HPST de 2009 et la création des ARS, mais jugées nécessaire par les fonctionnaires administratifs et les politiques. L'étude des interactions entre les divers acteurs gravitant autour des hôpitaux permettrait de comprendre toute la complexité de l'optimisation d'un maillage hospitalier selon les besoins de la population, le problème du manque de personnel, le déficit, etc. La territorialisation des politiques de santé depuis les années 1990 a également participé à cette transformation du maillage.

²² HOLCMAN Robert, « Le paradoxe hospitalier français. Trop d'hôpitaux tuent l'hôpital », art. cit., p. 37

²³ JUVEN Pierre-André, PIERRU Frédéric, VINCENT Fanny, *La casse du siècle : à propos des réformes de l'hôpital public*, Raisons d'agir Editions, Paris, 2019

²⁴ MERIADE Laurent « Financement et territorialisation des établissements de santé français : une relation dissymétrique », *Revue d'économie financière*, vol. 132, no 4, 2018, pp. 197-214

Quelles sont les logiques d'identification des besoins de santé du territoire et du problème du remaillage hospitalier ?

Pour répondre à cette problématique, il convient de mener une enquête sociologique empirique, sur le terrain décrit, par le biais d'entretiens semi-guidés, à l'aide d'une grille de questions adaptée au type d'acteurs interrogés. Les directeurs des établissements étudiés, les élus locaux des villes abritant les hôpitaux et les représentants régionaux (élus et fonctionnaires), les praticiens hospitaliers, les présidents de Commission médicale d'établissement et les médecins généraux libéraux, ont été repérés comme les acteurs clefs dans l'organisation du maillage hospitalier du département étudié.

Ainsi, l'échantillon de cette enquête est constituée d'une élue locale communale déléguée à la santé, d'une élue régionale (vice-présidente) déléguée à la santé, de deux présidents de CME (l'un pour l'établissement étudié, l'autre représentant à l'échelle régionale et nationale), de la directrice de l'établissement support (CHU) dont dépendent les deux hôpitaux étudiés, les deux directeurs respectifs des hôpitaux étudiés et un médecin généraliste représentant des médecins généralistes à l'échelle régionale. L'objectif était d'obtenir des entretiens avec les acteurs de tout le champ de l'offre de soins sur deux échelles : locales et régionales, afin de remonter au plus proche des institutions étatiques telles que l'ARS, chargée de chapeauter l'ensemble de ces acteurs dans leurs missions de service public. Les statuts des interrogés étaient les seuls critères de sélection, ainsi que la localisation géographique pour les interrogés à l'échelle locale.

Huit entretiens de type semi-directifs ont été conduits pour réaliser cette étude. Les entretiens se sont déroulés de janvier à mars 2023. Ce type d'entretien a permis de recevoir des réponses à une série de questions correspondant à des thématiques pré-définies, en proposant aux interrogés un cadre où ils peuvent s'exprimer librement, afin d'obtenir des réponses qualitatives. Les faits d'actualité sur la critique de l'hôpital public et ses transformations, risque de fermeture et évolution ont permis d'appréhender les différents éléments à restituer dans les guides d'entretiens. Les autres thèmes abordés étaient des notions utilisées dans la littérature grise, leur trajectoire professionnelle, leurs valeurs, le sens qu'ils donnaient à leur métier/fonction, les institutions auxquelles ils appartiennent et dont ils dépendent, le financement du système de santé et son devenir, ainsi que la vision de leur propre rôle au sein de l'organisation du maillage hospitalier et de l'offre de soins. Six des huit entretiens ont été réalisés en présentiel, cinq directement sur le lieu d'exercice de leurs fonctions, un dans un café et deux autres entretiens en visio-conférence pour des raisons logistiques. La nécessité du face-à-face concernait surtout les acteurs du monde médical,

permettant de les mettre plus à l'aise et de leurs présenter des éléments visuels. L'étude des réactions physiques et visuelles était aussi meilleure lors des entretiens en présentiel.

Les huit entretiens ont été intégralement retranscrits. Les résultats ont été obtenus par la méthode de l'analyse de contenu et plus spécifiquement l'analyse des thématiques récurrentes abordées par la grille, mais aussi issues des réflexions des interrogés. Il y a également les sous-thématiques, divergences et convergences d'opinions qui permettent la mise en évidence des stratégies et implications personnelles des interrogés à partir d'un examen de certains éléments constitutifs du discours : connaissances des institutions, compréhension du système à plusieurs échelles, les valeurs défendues, existence de binômes et stratégies conscientes et inconscientes misent en place. Il a été recherché au cours cette étude d'identifier les raisons pour lesquelles le maillage hospitalier est en reconfiguration depuis la Loi Hôpital Patients Santé et Territoire (HPST) de 2009 et plus largement les conséquences du néolibéralisme sur l'offre de soins et la territorialisation du maillage hospitalier, mais aussi la part d'engagement des acteurs locaux et régionaux dans l'organisation de ce maillage avec les particularités sociologiques du milieu hospitalier. Permettant ainsi de comprendre les logiques de territorialisation du maillage hospitalier liées à l'identification des besoins du territoire²⁵.

²⁵ cf Tableau des entretiens (Annexe n°1) et la présentation des personnes interrogées (Annexe 1.1) et les grilles d'entretiens (Annexe 1.2)

Première partie : L'adaptabilité des professionnels face aux contraintes de la territorialisation du maillage hospitalier

Dans un premier temps, il convient de vérifier l'hypothèse selon laquelle les professionnels du service public hospitalier, techniques et administratifs, adaptent leurs interactions et mode de gestion en fonction de l'évolution des politiques d'organisations du maillage hospitalier. En effet, l'organisation initiale dans les années 1970 d'un maillage hospitalier avec de nombreux hôpitaux dits « locaux » offrant une large offre de soins aux habitants a été transformée par les politiques économiques mises en place depuis les années 2000. Le maillage hospitalier est donc réorganisé en fonction des besoins de la population, l'offre est adaptée en fonction de la population et des flux de patients. Il convient donc, pour les directeurs et directrices d'établissements essentiellement, de déterminer les besoins du territoire pour adapter au mieux le parcours patient et mettre en place des politiques de recrutement du personnel médical pour la pérennité des activités et de l'offre de soins.

I. LES BESOINS DU TERRITOIRE

Sur l'ensemble du territoire français, on constate que le maillage hospitalier est fourni, même dans les zones avec peu d'habitants²⁶. Cependant, les besoins sont différents en fonction de la population et des types de patients. Le flux de patients se définit, dans un hôpital, comme étant une estimation du nombre de patients potentiels circulant dans l'établissement sur 24 heures, ou une plus longue période. Le territoire et l'offre de soins proposée sont interdépendants : les soins dispensés sont en fonction des besoins du territoire et peuvent influencer le développement du territoire selon sa capacité à attirer des habitants. La stratégie de l'établissement permet d'estimer la trajectoire des patients jusqu'à l'hôpital, en fonction de l'offre de soins et leurs besoins. Les besoins sont établis à partir d'un bilan du territoire : âge moyen, activités, présence d'industries particulières, nombre d'habitants, etc, mais aussi le rayon d'attractivité sur le territoire. Cela permet de prévoir en amont l'offre de soins nécessaires pour répondre aux besoins des habitants du territoire dans lequel l'hôpital se situe. L'hôpital est intégré dans un maillage complet comprenant la médecine de ville (libérale), les cliniques privées et les hôpitaux publics et établissements médico-sociaux. La définition des besoins d'un territoire est politique. Différents choix s'offrent aux acteurs définissant les besoins : développer des activités afin d'attirer une nouvelle population/flux de patients si le territoire est en développement ou développer des activités dont la population déjà présente a besoin. Le choix du court terme ou du long terme est à faire. Sur le territoire étudié, la part des plus de 65 ans est en augmentation depuis 2013 et désormais à 26,1%²⁷. Le chômage est de 11% sur un total de 71,3% d'actifs. Le territoire étant désindustrialisé, il est peu dynamique et les besoins en terme d'offre de soins sont circonscrits à des pathologies particulières liés à la sociologie de la population : diabète, obésité, maladies cardio-vasculaires, addictions, et autres et aux soins relatifs au vieillissement : maintien à domicile, orthopédie, gériatrie, ambulatoire, etc.

L'objectif de cette première partie est de déterminer les stratégies développées par les professionnels hospitaliers pour répondre aux besoins du territoire, par l'adaptation de leurs activités. Tout d'abord, la question de la démographie médicale qui est un problème sur l'ensemble du territoire étudié et qui demande une collaboration étroite entre les acteurs déterminant les besoins et les professionnels de santé qui sont en première ligne. Ensuite, il faut expliciter les besoins de la

²⁶ Annexe n°2

²⁷ <https://www.insee.fr/fr/accueil>

population du territoire, dont la sociologie a changé depuis la désindustrialisation et les directives nationales en terme d'offre de soins.

1. Une population rurale vieillissante et des pathologies typiques

Au sein d'un territoire les acteurs du service public établissent des projets à grande échelle, sur 5 ans, qui définissent la ligne directrice du développement de l'offre de soins. Ils se basent sur la typologie de la population gravitant autour de l'établissement. Dans la logique des politiques nationales de santé en place depuis les années 1990, les besoins immédiats du territoire sont à combler, au détriment potentiel du développement des activités pour aider à l'évolution du territoire. La typologie de la population du territoire étudié est particulière et de plus en plus décrite par les acteurs du service public hospitalier et les élus, afin de mieux cibler les besoins du territoire et justifier les investissements dans l'offre de soins.

Il convient donc de démontrer le ciblage de la typologie des patients par les acteurs administratifs de service public hospitalier et les stratégies de développement qui en découlent.

Le vieillissement d'un territoire en France est le fruit d'une évolution démographique qui modifie profondément celui-ci par des effets de structure et de flux²⁸ selon différents modèles : le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de plus de 65 ans ou une gérontocroissance, une augmentation du nombre de plus de 65 ans par effet migratoire.

Le territoire étudié a la deuxième plus faible densité de sa région avec 92 habitants au Km², la plus faible part des moins de 20 ans et la plus élevée des plus de 65 ans. L'indice de vieillissement est de 0,69. En tant que territoire rural, le territoire étudié conserve une population stable réunissant environ 550 000 habitants²⁹. La région est dernière au niveau national concernant l'espérance de vie, mais également en terme d'éducation à la santé³⁰. L'offre de soins est concentré sur le traitement de quatre grandes maladies chroniques à l'origine de deux tiers des décès en France : le cancer, les maladies cardio-vasculaires, les maladies respiratoires et le diabète. Concernant le cancer, le territoire étudié est en surmortalité de plus de 18% et s'explique par la typologie de la population.

²⁸ DUMONT Gérard-François, « Vieillesse et territoires : une typologie essentielle », dans *Population & Avenir* 2013/1 (n°711), p 3, Editions Association Population & Avenir

²⁹ <https://www.insee.fr/fr/accueil>

³⁰ Diagnostic territorialité du territoire par l'OR2S et ARS 2017

La vieillesse, mais aussi la situation de précarité de la population sont les causes de la surmortalité. Les conditions de vie, mais aussi les facteurs environnementaux, sociaux (chômage de près de 25%³¹) et comportementaux relevant de questions d'éducation à la santé telles que : l'alimentation, le tabac, la sédentarité et le surpoids. L'espérance de vie sur le territoire est donc équivalente à celle du niveau national en 2003 : 75 ans pour les hommes et 82 ans pour les femmes, contre respectivement 79,3 ans et 85,2 ans actuellement³². De plus, l'indice de fécondité est le plus faible de la région : 1,67.

Les conséquences directes de cette typologie de population sur l'offre de soins sont importantes. En effet, les services de maternité et d'obstétrique sont moins sollicités et les services de psychiatrie, médecine interne, cardiologie et pneumologie sont en tension. De plus, les stratégies nationales de limitation des dépenses par un maintien à domicile plus important, plus de chirurgie ambulatoire et de prévention sont en accord avec les besoins immédiats du territoire.

Sur les deux hôpitaux étudiés du territoire, l'un s'est vu ordonné la fermeture de sa maternité en 2009, puis de son bloc opératoire en 2010. Le directeur de cet hôpital, le CH D, m'a expliqué les raisons de cette décision arbitraire de l'ARS :

« D'ailleurs c'est une bonne chose que la chirurgie et la maternité, ça coûtait très cher, l'établissement était concentré pour sauvegarder une maternité et une chirurgie, il y avait une naissance tous les 2 jours, c'était pas possible à la fin. ».

Pour lui, il est important de répondre aux besoins immédiats de la population en dépassant le cadre de l'établissement. Il faut voir plus grand et être en interaction avec les autres établissements. Le directeur voyait son établissement comme un hôpital répondant à des besoins urgents ou de médecine interne en post-opératoire pour rapprocher les patients de leur lieu d'habitation :

« C'est vraiment une offre de service, un service public de proximité, surtout dans des zones rurales en pleine désertification la préfecture, la trésorerie ont fermé, l'Assurance maladie vient une fois par mois, parfois ce sont des bus qui se promènent pour emmener les gens, les impôts ont fermé, il ne reste souvent que l'hôpital. »

³¹ Annexe n°3

³² <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416631>

Les directeurs et praticiens interrogés s'accordent sur cette vision macro du parcours de soins et défendent une utilisation des établissements en fonction des besoins de la population. L'accent est mis sur la prise en charge des patients âgés puisqu'ils représentent la majorité du flux de patients et les stratégies mises en place sont communes aux établissements du territoire, publics comme privés.

Les établissements de santé sont donc conscients du vieillissement de la population. Ils répondent aux besoins immédiats du flux de patients et optimisent l'offre de soins à une échelle macro en interaction entre eux. Cependant, les pathologies, les cancers essentiellement, sont à 40% évitables grâce à de l'éducation à la santé. Ce pan est la responsabilité du Conseil régional et de l'ARS, l'essentiel des missions du service santé du Conseil régional est la constitution de plans de préventions pour prévenir l'obésité, les addictions et la sédentarité sur le territoire. Cela est transmis aux hôpitaux par le biais d'appels à projets. Au sein du territoire étudié, les appels à projets du Conseil régional concernent surtout les filières gériatriques, comme me l'a expliqué le directeur des Affaires générales du CH A :

« On a mis en place ce qu'on appelle la filière gériatrique de territoire. C'est financé sur crédits aux appels d'offres. C'est la possibilité de coordonner tous les acteurs de la prise en charge des personnes âgées sur un territoire pour enfin réussir à coordonner ces personnes pour que ces parcours de soins des personnes âgées se fassent dans les meilleures conditions, de manière plus fluide et sans rupture de parcours ou sans prise en charge inappropriée, sans retour aux urgences ou par exemple l'hospitalisation inadéquate ou inopportune. Cela permet de faire en sorte que le système de santé fonctionne bien au service des patients et des patients âgés qui sont sur le territoire plus nombreux encore que dans la région en moyenne. »

Ce travail de prévention des élus régionaux passe par des appels à projets, mais se manifeste surtout par un soutien financier aux initiatives locales. Dans le cadre de ce projet de filière gériatrique de territoire, l'objectif est également d'impliquer la médecine libérale. Cela est dû à l'importance de la chirurgie ambulatoire, alternative à l'hospitalisation et au problème de la désertification des territoires³³. La vice-présidente déléguée à la Santé du Conseil régional interrogé m'a expliqué l'étendu de ses missions qui se résument surtout au développement de plans de prévention comme décrit par les chercheurs au niveau national, mais aussi un soutien financier

³³ VEZINAT Nadège, « La fédération des maisons pluri-professionnelles de santé comme groupe d'intérêt : représentativité, construction de discours et lobbying », art. cit. p. 12

important et à l'échelle de la région pour les maisons de santé, participant directement à la réponse aux besoins d'une population vieillissante et victime de maladies chroniques.

« En fait, on a soutenu toutes les maisons de santé à portage public depuis 2015 avec des montants variables, ça peut aller jusqu'à 500 000 euros, on soutient l'équipement dans les maisons de santé, on soutient la question aussi de la construction de logements des professionnels de santé dans ces maisons de santé. On sait que c'est aussi un problème d'attractivité, donc parfois c'est difficile d'avoir un logement, de faire beaucoup de route quand on a une permanence à faire à la maison de santé, là ça leur permet d'accueillir des professionnels temporairement. La maison de santé c'est quand même un gros dispositif pour aller dans les endroits où on a le plus besoin et on travaille avec les collectivités, avec l'ARS, donc voilà... J'ai des dispositifs bien ciblés qui existent, parce que je peux pas tout faire, donc ils sont très ciblés. »

Le point commun de ces acteurs est d'être au service de la population, surtout la population âgée, et les stratégies sont à la fois macro et micro, à l'échelle régional, mais aussi à l'échelle de l'établissement seul intégré dans le maillage hospitalier avec des hôpitaux plus importants en taille et en offre de soins.

Ainsi, la typologie de la population du territoire définit l'offre de soins en conséquence, à toutes les échelles du territoire pour répondre au mieux aux besoins des patients selon des flux déterminés en amont de part l'étude du territoire. Les acteurs interrogés m'ont permis de confirmer mes lectures sur l'implication multi-scalaire des acteurs publics et leurs stratégies pour répondre aux besoins d'un territoire désertifié et vieillissant. L'apport de ces entretiens est la description de la mise en place des plans de prévention et des appels à projet à l'échelle locale, mais aussi la manière institutionnalisée d'établissement des besoins de la population en fonction des orientations nationales et leur application au niveau local.

Cependant, les problématiques du territoire vont de pairs avec une désertification industrielle et une ruralité persistante. Pour répondre aux besoins des patients, il convient d'avoir une couverture médicale suffisante, or depuis les années 2000 la démographie médicale est un sujet à l'agenda politique. Premier point pour réaliser des économies, la démographie médicale est présentée comme la clef pour répondre aux besoins du territoire.

2. La démographie médicale

Depuis la Loi HPST de 2009 et la création des ARS en 2010, les professionnels du service public hospitalier constatent le changement de leur environnement de travail³⁴. En effet, les hôpitaux de proximité sont onéreux à l'entretien et peu rentables dans une logique de Tarification à l'activité³⁵. Les politiques de santé sont donc orientées vers une réponse aux besoins du territoire, plutôt qu'une offre de soins complète à petite échelle. La dénonciation des fermetures de service est souvent pointé du doigt comme venant d'une décision arbitraire de l'Etat, par le biais de l'ARS ou du Ministère³⁶. Cette érosion lente est en partie due à un problème lié à la démographie médicale.

La démographie médicale est une étude statistique de la population de la profession médicale au sens large, des professions de santé libérales et hospitalières. C'est également la pratiques de la régulation de la population de ces professions dans le cadre plus large de la gestion du système de soins d'un pays. Les cartes et données établies sur la démographie médicale en France sont essentiellement sur la médecine libérale et les professions libérales paramédicales (infirmières, sage-femmes, etc.).

Ainsi, cette première sous-partie permet de développer le problème de la démographie médicale au sein des hôpitaux tel qu'il est perçu et constaté par les praticiens hospitaliers et les directeurs/trices d'hôpitaux.

Sur le territoire étudié, la couverture médicale est en tension au sein des hôpitaux du département³⁷. En effet, les fermetures de lits, la réduction des plannings de chirurgie et le recours à des intérimaires sont des stratégies usuelles des chefs de services pour combler le manque de médecins. Cependant, au niveau national, la densité médicale est de 330 médecins pour 100 000 habitants³⁸, le problème de la démographie médicale en est un en raison des disparités régionales, les futurs médecins vont travailler au sein des CHU de grandes villes ou en périphérie, laissant de côté les petits hôpitaux dits « de proximité » ou les CH de territoires moins attractifs.

³⁴ MAS Bertrand, PIERRU Frédéric, SMOLSKI Nicole, TORRIELLI Richard, *L'hôpital en réanimation*, op. cit.

³⁵ HOLCMANN Robert, « Le paradoxe hospitalier français. Trop d'hôpitaux tuent l'hôpital », art. cit.

³⁶ https://www.lemonde.fr/economie/article/2015/05/29/contre-la-fermeture-des-hopitaux-de-proximite_4643791_3234.html

³⁷ Annexe n°4

³⁸ SAINT-ANDRE Jean-Paul, RICHARD Isabelle, « La crise de la démographie médicale : une illusion ? », *Esprit*, 2007/1 (Janvier), p. 68

La démographie médicale est une problématique à part entière dans le champ politique depuis la constitution de l'ONDAM (Objectif National de Dépense de l'Assurance Maladie) en 1996 dans le cadre du Plan Juppé pour réguler les dépenses de santé. Seulement, après presque 30 ans d'existence, le problème de la démographie médicale est désormais sociétal et inclus la question du suivi des formations des professionnels de santé³⁹.

L'ensemble des acteurs du monde hospitalier m'a fait part de cette problématique de la démographie médicale, spécifiquement le recrutement de médecins et praticiens hospitaliers. Ils s'accordent sur une cause structurelle et conjoncturelle : les formations ne prêtent pas d'attention aux projets professionnels des internes et leur internat est mouvant sur le GHT sans prise en compte de leur appétence. De plus, la nouvelle génération de médecins travaillant à l'hôpital souhaitent des horaires convenables, proches des 35 à 40h par semaine de travail. Le manque de considération de ces souhaits est pointé par les deux praticiens hospitaliers interrogés comme la raison de la pénurie de médecins. Concernant les élus locaux, ils n'ont pas la main sur ces données, mais ont connaissance de la démographie médicale de la médecine libérale et anticipent à 10 ans la pénurie.

La notion de spécialités « sinistrées » est exprimée depuis 1999, elle définit les spécialités médicales liés à une « filiation » qui placent les spécialistes dans les zones en difficulté (pédiatres, anesthésistes, etc.)⁴⁰. Des stratégies à l'échelle des établissements sont mises en place avec des annonces de postes « de recrutement prioritaire », mais cela reste peu fructueux, surtout pour les établissements de petite et moyenne taille. Il apparaît une différence entre les recherches établissant une difficulté générale de la démographie médicale hospitalière et la conclusion d'un besoin de réflexions à l'échelle nationale pour palier cette impasse ; et le bilan des acteurs interrogés.

En effet, même s'ils reconnaissent un problème de démographie médicale, tous m'ont expliqué les solutions mises en place pour le résoudre. Le directeur des Affaires générales et responsable de la stratégie du CH A m'annonce, lorsque je l'interroge sur les difficultés premières de l'hôpital :

« Il se trouve que nous n'avons pas de difficultés de recrutement de médecins. Nous avons un solde positif de médecins depuis plusieurs années et aucune difficulté de recrutement des urgentistes.

³⁹ *Ibid* p.67

⁴⁰ *Ibid* p. 72

Nous sommes au delà de l'effectif cible en terme d'urgentistes. Nous étions le seul hôpital en P qui n'était pas en difficulté l'été dernier. ».

Cependant, il nuance son propos :

« Je voudrais signifier quand même que même si nous avons un bilan très positif du nombre d'urgentistes, il y a quand même des spécialités où c'est plus difficile. (...) La médecine polyvalente est l'une des disciplines en tension, comme l'imagerie ou la radiologie ou l'anesthésie-réanimation. ».

La carte du syndicat du Samu-Urgences de France démontre en effet une absence de tension au niveau des urgences du CH A, contrairement au CHU AP le plus proche (Annexe n°3). Le Président de la Commission Médicale de l'établissement A est chef du service des urgences, interrogé m'explique sa part de responsabilité dans la réussite de ce recrutement massif :

« La fermeture de lits c'est un échec, (...) il faut fidéliser les praticiens. (...) Et ça se prépare par la jeunesse. ».

La stratégie de recrutement est donc informelle et basée sur une volonté interne de la profession médicale, entre le chef de services et les internes. Le fait d'être Président de la CME le rend connaisseur de la problématique de recrutement sur le plan administratif et son rôle de chef de services, et donc d'encadrant, le légitimise à aider les internes à s'orienter au mieux selon leurs aspirations. Cela permet également de répondre aux nouvelles exigences et aspirations de la nouvelle génération de médecins comme décrit par les chercheurs qui démystifient l'urgence du problème de la démographie médicale⁴¹, qui est estimé dans une projection de 10 ans. Cette volonté de travailler avec des horaires de salariés est exprimée par les internes et jeunes médecins auprès des chefs de service se plient à leurs exigences pour assurer le fonctionnement des services :

« Je les reçois et celui qui a un projet professionnel, dans la région, dans la ville tout ça, je suis président de CME, à A, à la région tout ça... Je vais leur dire : on arrive PH, on gagne tant. Les jeunes ce qu'ils veulent maintenant ce sont des conditions de vie et en venant à plusieurs aux

⁴¹ *Ibid* p. 69

urgences, vous travaillerez 39 heures, aujourd'hui sur A j'ai 19 urgentistes, ils font 39 heures les médecins, pas plus. Il faut s'adapter à la jeunesse et aux conditions de travail, à notre époque c'était pas comme ça. »

Dit le président de la CME du CH A, il prend le temps de faire des rencontres personnalisés avec les internes qui passent par l'hôpital, afin de capter les futurs médecins qui aimeraient intégrer un service à l'issue de leurs études. Il a conscience du besoin de médecins pour l'établissement et vient appuyer les stratégies de recrutement « formelles » mises en place par la direction avec la publication d'offre au Journal officiel. L'objectif premier est de pérenniser la présence de médecins et de stabiliser les effectifs, mais aussi d'éviter le recours à des intérimaires ou pire, la fermeture de lits :

« Le CHU (...) a un *turn over* avec les internes. (...) Pour nous trouver un médecin remplaçant c'est plus difficile, l'intérimaire il n'a pas le même attachement et ne fait pas l'administratif comme nous. (...) Mon rôle c'est vraiment de fidéliser. »

L'administration a conscience, depuis le Covid surtout, de l'importance de l'informelle entre les médecins. Cela vient de la sociologie du monde médical et de l'importance de la figure du médecin exerçant son art⁴² qui sont omniprésentes et défendues par ce même président de CME :

« On peut dire que la base de l'hôpital, c'est le médecin, pas de médecin, pas d'hôpital »

Les entretiens permettent de révéler que malgré la technocratisation de l'administration, le service public hospitalier est toujours marqué par la figure du médecin et l'importance du recrutement pour répondre aux besoins du territoire. Ils apportent un regard micro sur l'organisation en interne et informelle des médecins élus présidents de CME pour pallier au problème de désertification médicale et l'anticipation de besoins futurs.

Les besoins du territoire sont donc doubles et interdépendants : l'attractivité du territoire est faible, la population y est donc vieillissante et vulnérable, les pathologies sont typiques et localisées. En réponse, les besoins en terme d'offre de soins sont élevés, mais demande une quantité

⁴² PENEFF Jean, *L'Hôpital en urgence : étude par observation participante*, Editions Métairie, Paris, 1992, p. 152-157

de médecins importante pour y répondre. Les solutions pour répondre aux besoins du territoire passent essentiellement par la démographie médicale et sont à différentes échelles : interne à l'hôpital, municipale, départementale, régionale et nationale grâce à l'ARS qui assure l'application des politiques nationales sur le territoire donné.

L'objectif premier est de maintenir le service public hospitalier et son cœur de mission : servir les besoins de la population, tout en répondant aux exigences des politiques nationales en terme d'économie et d'organisation. La figure du GHT (Groupement hospitalier de territoire) est un pilier central dans la réponse du service public aux besoins de la population du territoire étudié.

II. UNE OPTIMISATION DE L'OFFRE DE SOINS GRÂCE AU GHT⁴³ :

Depuis 2017, l'état a délégué aux ARS la responsabilité de constituer des GHT, Groupements hospitaliers de territoire. Un groupement hospitalier de territoire est un dispositif qui régit la coopération entre plusieurs établissements publics de santé d'un même territoire⁴⁴. Les GHT ne sont pas une personne morale, mais repose sur un établissement dit « support », en général le CHU le plus proche. En 2023, 136 GHT existent et sont de diverses tailles : entre 2 et 20 établissements, servent des territoires entre 100 000 et 2,5 millions d'habitants et gèrent entre 100 000 millions d'euros et 2 milliards de budget annuel. Les GHT dépendent étroitement des besoins locaux et des coopérations préexistantes. C'est-à-dire que les stratégies initiales informelles entre les établissements pour fluidifier le parcours patient et gérer le flux des patients selon les besoins et les moyens, sont institutionnalisées par ces GHT. Le GHT permet une institutionnalisation du maillage hospitalier et de l'organisation pour lier le parcours-patient et aider à palier le problème de la démographie médicale, afin de répondre à l'ensemble des besoins du territoire.

Le GHT du territoire étudié est le plus gros de la région, il est constitué de 10 établissements : un CHU, 5 CH, 3 hôpitaux de proximité et un EPSM (Etablissement public de santé mentale). Il est le symbole de la territorialisation des politiques de santé visant à centraliser certains services, afin de réaliser des économies : les achats, le laboratoire, etc. La territorialisation passe par le GHT, mais dans une moindre mesure puisque la mutualisation des moyens et la constitution d'un GHT n'est pas arbitraire, l'ARS impose d'en constituer un, mais les établissements votent à l'unanimité

⁴³ Annexe n°5 Description du GHT du territoire étudié

⁴⁴ articles L6132-1 à L6132-7 du Code de la Santé publique

pour se réunir. Cela explique les variations de tailles de GHT, issues des stratégies et organisations informelles déjà présentes avant la création des GHT.

L'objectif de cette partie va être d'explicitier le rôle du GHT tel qu'il est organisé par ses coordinateurs locaux, de démontrer que le GHT du territoire étudié favorise l'organisation et la coopération des établissements entre eux, mais aussi des médecins et des directeurs. Il convient de démontrer comment le GHT a permis d'institutionnaliser des stratégies d'organisation entre l'administration et le médical pour répondre aux objectifs d'optimisation du parcours patient.

1. Le parcours-patient et son organisation

Le Ministère de la santé définit le parcours-patient comme étant la conséquence des lois de modernisation du système de santé visant à réorganiser l'offre de soins en « une médecine de parcours pour les patients » et ne plus raisonner par secteur. Le parcours-patient est donc la prise en charge globale et structurée des patients au plus proche de leur lieu d'habitation, afin de lier la prévention, les soins, la continuité des soins, le suivi médico-social et social. Cela date du Plan Juppé de 1995 qui prévoit une organisation centrée autour de gros établissements de soins comme les CHU, afin de contrôler au mieux les dépenses qui sont élevés au niveau des pôles très techniques comme la chirurgie, l'obstétrique, la maternité et la réanimation.

Le terme parcours-patient est institutionnalisé depuis la création des ARS en 2010, il englobe l'ensemble de la définition du mot « santé » : prévention, consultations, soins, suivi en comprenant la médecine de ville générale, spécialisée, le privé, le public et toutes ses structures. Le GHT est le lien entre l'ARS, chargé de gérer la bonne coordination de ces établissements et les établissements eux-mêmes. Le GHT vient comme un soutien à une agence étatique faible en moyens⁴⁵. Le directeur de l'hôpital de proximité le CH D m'a parlé de l'importance de l'établissement support du GHT comme lien entre les hôpitaux et l'ARS :

« (...) entre l'ARS et les hôpitaux comme les autres, il y a les établissements supports de GHT. On voit bien que l'ARS demande aux établissements supports d'animer les territoires. »

⁴⁵ PIERRU Frédéric, « Agences Régionales de Santé : Mission impossible » art. cit. p. 398

Alors que les écrits de littérature grise font le bilan d'une lutte de la part des praticiens hospitaliers contre leurs conditions de travail⁴⁶, les deux présidents de Commission médicale d'établissement m'ont expliqué avoir pu s'insérer dans le processus d'optimisation du parcours-patients grâce au GHT. L'organisation du GHT dépendant de la charte propre à chacun, les deux présidents n'ont pas la même vision de ce qu'est l'optimisation. Cela se ressent dans les projets d'établissement, mais surtout dans les projets médicaux partagés. L'organisation du maillage hospitalier dépend, avant la fusion des régions et la création des GHT, de décisions arbitraires de l'ARS. Ainsi, la faible densité de population au sein du territoire étudié, justifie la fermeture de services, menant à avoir un GHT de 10 établissements avec 3 hôpitaux de proximité et un CHU. Le maillage était déjà reconstitué avant le GHT qui n'a fait qu'institutionnaliser leur collaboration. Cela explique l'accord entre les 3 directeurs du GHT interrogés et le Président de CME du CH A : la directrice du CHU AP, le directeur des Affaires générales du CH A et le directeur général du CH D, hôpital de proximité avec des missions de soins primaires.

« On fait un point sur les disponibilités de lits, les flux de patients, la gestion de crise, ça je trouve que c'est une évolution intéressante depuis ces dernières années, cette strate intermédiaire qui a été mise en place. » - Directeur du CH D

« Les ARS devraient recentrer leurs missions sur la santé publique et la prévention » - Directeur
Affaires générales du CH A

« Quand le projet médical partagé il est validé, tous les hôpitaux vont le signer. Directeurs d'hôpitaux et présidents de CME et par l'ARS (...) Quand c'est validé, chaque établissement va faire son projet d'établissement. Les filières (de soins) qu'on a mis en place doivent s'adapter. » -
Président CME du CH A

« Alors qu'on avait au départ treize filières, aujourd'hui, on en a 19. 19 filières de parcours de soins, de parcours patient. Dans le GHT on est très vigilant justement, et pour l'instant, on y arrive à peu près à maintenir le premier recours en proximité et à jouer le rôle d'appui aux autres établissements du GHT. Le CHU c'est vraiment un rôle d'appui pour tous les établissements du GHT. » - Directrice
générale CHU AP

⁴⁶ MAS Bertrand, PIERRU Frédéric, SMOLSKI Nicole, TORRIELLI Richard, *L'hôpital en réanimation*, op. cit.

L'importance d'une coordination préexistante définit la réussite ou non du GHT à réussir cet objectif de l'optimisation du parcours patient. La notion de recours à la proximité est valable sur le territoire puisque la population est peu nombreuse et que le territoire n'est que peu disparate entre la partie rurale et la partie urbaine. Robert Holcman dans son article « Le paradoxe hospitalier français : trop d'hôpitaux tuent l'hôpital »⁴⁷ recommande une organisation du maillage hospitalier au niveau national sous la forme du GHT SLS du territoire étudié : peu d'hôpitaux de petite taille de soins aiguës, une collaboration étroite entre les établissements de premiers soins et les CHU ou CH de taille conséquente qui ont le flux patient suffisant pour soutenir le coût financier et assurer une qualité et une sécurité des soins aux patients. Cependant, il recommande la prise en compte des conditions géographiques et populationnelles⁴⁸.

Cet article est isolé dans son champ au niveau du point de vue défendu par les sociologues de la santé et le GHT SLS fait partie des rares GHT à contenir autant d'établissements. En effet, lors de l'entretien du représentant régional des Présidents de CME, il m'a expliqué que le territoire dans lequel il exerçait, hors de celui étudié, est constitué de plusieurs GHT de 2 à 3 établissements. Dans le cas de ces GHT, le maillage n'avait pas été repensé, en raison d'une forte industrialisation et urbanisation qui induit une forte densité de population. De plus, il estime que le problème vient d'une taille similaire d'établissements qui ne peuvent s'entraider puisqu'ils ont les mêmes difficultés simultanément :

« Le problème reste le même pour autant, c'est que quand l'on est en difficulté sur un secteur, on constate que (les autres CH à 40 kilomètres) sont en difficulté sur le même secteur. Donc on ne peut pas venir aider. »

L'optimisation du parcours-patient repose donc majoritairement sur le GHT, organisé librement par les établissements entre eux avec l'établissement support comme référent achat, laboratoire et animateur du territoire. Il est le référent pour l'ARS, les institutions territoriales et gère l'application des politiques en intermédiaire. Cependant, les entretiens démontrent la nécessité d'une étude du territoire et le besoin d'une réorganisation préalable du maillage en terme d'offre de soins pour permettre la réussite du GHT dans sa mission d'optimisation du parcours-patient. Cela est concrétisé et institutionnalisé par le Projet médical partagé réalisé par les paramédicaux,

⁴⁷ HOLCMANN Robert, « Le paradoxe hospitalier français. Trop d'hôpitaux tuent l'hôpital », art. cit.

⁴⁸ *Ibid* pp. 43-44

médicaux et équipes de directions générales hospitalières qui collaborent pour unifier les projets d'établissement pour répondre aux besoins du territoire avec les moyens alloués par le GHT.

Le projet médical partagé est donc l'élément institutionnel du parcours-patient et le fruit d'une collaboration entre tous les acteurs directement impliqués dans le service public hospitalier, sur le terrain. Cette collaboration est possible par l'effacement progressif, dans un cadre institutionnel, de la barrière entre le médical et l'administratif. Au quotidien, cette collaboration se fait à l'échelle de l'établissement entre le président de CME et le directeur ou la directrice de l'hôpital.

Cette organisation en interne entre les praticiens hospitaliers et leur représentant, le Président de CME, et la direction générale, est institutionnalisée par le GHT en raison du besoin d'unanimité et de collaboration constante entre des acteurs très divers. Ce binôme formel et informel permet aux établissements d'unifier les aspirations, les besoins et les moyens à toutes les échelles de décisions.

2. L'institutionnalisation du binôme Directeur d'Hôpital et Président de CME

Le GHT permet donc l'institutionnalisation des stratégies de collaboration visant à optimiser le parcours-patient. Il permet également de révéler et par conséquent institutionnaliser, les stratégies d'interpénétration de l'administratif et du médical. Alors que les écrits font le bilan d'une technocratisation de l'administration hospitalière et d'une imperméabilité entre les services de soins et l'administration⁴⁹, au sein du GHT l'organisation est commune et institutionnalisée. Cela atténue la distance des modes de penser entre ces deux « blocs » au mode de fonctionnement opposé. Les réunions d'animation de l'établissement support réunissent certains acteurs de chaque établissement et cela permet aux médicaux de s'intégrer légitimement dans les processus de délibération. Ainsi, pour chaque établissement, un représentant de l'établissement, un membre de la direction générale, et un représentant de la Commission médicale d'établissement : le Président généralement, représentent les intérêts de leur hôpital.

La difficulté de la bureaucratisation du service public hospitalier est discutée par les spécialistes de la sociologie des organisations et de la bureaucratie publique française en raison de la variété de la sociologie des fonctionnaires. En effet, gouverner à la fois du personnel

⁴⁹ PIERRU Frédéric, « Le mandarin, le gestionnaire et le consultant : le tournant néolibéral de la politique hospitalière », dans *Actes de la recherche en Sciences sociales*, 2012/4 (n° 194), pp. 36-38

administratif dans une logique verticale et du personnel médical fonctionnant en équipe et en hiérarchie horizontale requière soit une double gestion des personnels soit un changement d'organisation pour le personnel médical. Les réformes nombreuses et à but économique de l'Etat depuis les années 1990 sont également des réformes du système de management et d'organisation⁵⁰. D'après les écrits et les médias, il y a donc une impression d'opacité globale entre les praticiens hospitaliers (les médecins) et les directeurs d'hôpitaux, en raison de logiques d'organisation fondamentalement différentes. La collaboration entre le Président de CME et le directeur ou la directrice d'établissement peut donc paraître forcée par le GHT et ses exigences de fonctionnement. Or, il est constaté, sur le territoire étudié, une collaboration entre les établissements, mais aussi entre les deux représentants de chaque établissement.

Lors des entretiens, les directeurs et directrices d'hôpitaux, ainsi que les présidents de CME m'ont fait part de la nécessité de cette collaboration en binôme égal, afin de garantir le fonctionnement de l'établissement. De plus, le GHT a permis d'officialiser les responsabilités administratives et décisionnels du Président de la CME de l'établissement. Cela se manifeste par un temps de travail divisé entre la pratique hospitalière et les missions d'élu :

« (...) président de CME, avant SEGUR, quand j'y étais en 2015-2016, j'ai été voir le directeur pour lui demander un mi-temps. Parce que mon collègue avant moi, dès qu'il avait une réunion il était de garde, alors il y a la chaise vide et ça se fait sans nous. Si je prends, je veux être au courant de tout, pour ça il faut le temps. »

Le Ségur est une décision ministérielle survenue au moment du Covid, qui remet en question la bureaucratisation du service public hospitalier avec une diminution de la logique pyramidale suivante : le Ministère de la Santé, les ARS, l'établissement support du GHT et sa direction générale, l'établissement non support et sa direction générale et enfin les praticiens hospitaliers chefs de service. En effet, le besoin de connaissances techniques et médicales pour la prise de décision en urgence était si important que seuls les professionnels de santé étaient en capacité. Cela a permis aux professionnels élus, comme le président de CME, d'avoir une place officielle et dédiée au sein des instances de décisions de la direction générale. Permettre une répartition du temps entre la pratique hospitalière et le devoir de transmission du point de vue médical dans les décisions est un moyen de cristalliser le pouvoir décisionnel du médical.

⁵⁰ JUVIEN Pierre-André, PIERRU Frédéric, VINCENT Fanny, *La casse du siècle : à propos des réformes de l'hôpital public*, op. cit.

Pour renforcer cette position, la direction générale s'est accordée sur la signature d'une charte de gouvernance pour institutionnaliser le binôme. Le lien est privilégié et les pouvoirs équivalents : recrutements, prises de décisions, conduite du projet d'établissement :

« Donc c'est le président de CME qui devient un peu « directeur », ça veut dire que je dois signer toutes les embauches médicales. Le directeur les valide, si moi je ne signe pas il ne peut pas embaucher. Au niveau médical toujours. Sur les paramédicaux, c'est moi qui définit le nombre qu'il faut, après il (le directeur) signe ou pas. On propose des projets aussi, les projets ils sont co-signés par moi et par la directrice. Le projet médical qu'on fait, d'établissement, c'est moi qui le signe. Elle, elle ne fait que valider, par contre, les projets d'investissement (...) c'est à elle, mais je suis au courant. Quand l'ARS envoie des courriers et des mails, je suis en copie et toutes les réunions avec les tutelles, c'est le couple Directeur/Président de CME »

Il m'explique ensuite avoir signé une charte de gouvernance avec la nouvelle directrice d'établissement, obligatoire et demandée par l'ARS, afin d'officialiser leur binôme de travail et partager les responsabilités. Il y a une démarche de légitimation de l'action territoriale⁵¹ de la part du binôme auprès des professionnels de la santé, mais aussi auprès des élus locaux et de l'ARS.

Leur travail collaboratif est figuré dans le projet d'établissement qui impose pour 5 ans les politiques à conduire et leur application au sein de l'hôpital. Ce projet se divise en chapitres couvrant l'ensemble des acteurs, projets, missions et politiques l'hôpital. D'une durée de 5 ans, l'objectif est de faire un point sur la position de l'établissement dans son territoire, la typologie de sa population, présenter le flux patient et son activité. L'autre pan essentiel est celui rédigé par le Président de la CME : le projet médical, qui fait le point sur les objectifs transversaux des services, les filières au sein de l'établissement, mais aussi du GHT et les actions à mettre en place. Il est suivi du projet de soins, plus généraliste et aux croisements de leurs compétences : gestion du parcours-patient, certification sur la qualité et la sécurité des soins, les paramédicaux, etc. Les chapitres suivants sont propres aux établissements selon les politiques qu'ils mènent : gestion des risques, projet social, communication, modernisation, état des finances, etc. L'intérêt du projet d'établissement est donc de faire un bilan de l'environnement immédiat gravitant autour de l'hôpital, afin de réaliser un projet sur 5 ans qui servira le territoire en répondant à ses besoins.

⁵¹ ALAM Thomas et GURRUCHAGA Marion, *Collectivités, territoires et santé : Regards croisés sur les frontières de la santé*, L'Harmattan, 2015 p. 252

Les sociologues spécialistes de l'administration de la santé décrivent un attachement particulier, malgré la technocratisation, aux valeurs propres au service public hospitalier : la continuité des soins, l'égalité devant le service public et la mutabilité⁵². Au delà de ces valeurs, les directeurs d'établissement, tous issus d'un cursus de formation post- loi HPST, m'ont fait part de leur sentiment de faire un métier utile et de leur attachement à un bon fonctionnement de l'hôpital pour soigner les patients au mieux sans but lucratif :

« (...) On est utile (...) » - Directeur CH D

« (...)il ne faut jamais oublier, que c'est le patient, que notre intérêt supérieur pour le patient qui doit qui doit gouverner, nos actions du patient, la couverture des besoins de santé du territoire. » -

Directeur des Affaires générales du CH A

« (...) Tous les choix que je fais, je les fais au nom de la santé publique (...) Pour respecter ce que je dois à chaque citoyen. » - Directrice générale CHU AP

La collaboration apparaît naturelle pour les acteurs interrogés, ils ont conscience et défendent un besoin d'interdépendance pour la défense d'un objectif commun : le Service public hospitalier et trouvent en commun des stratégies de mutabilité pour suivre les contraintes imposées. De plus, la figure du GHT leurs permet de défendre des intérêts communs plus concrets au quotidien.

Le GHT a donc un rôle d'institution déconcentré de l'ARS qui implique les acteurs locaux dans les processus de décision pour répondre à la demande médicale d'inclusion. Cependant, la liberté d'organisation rend singulière l'organisation du GHT du territoire étudié, remanié et optimisé avant même sa création par l'ancien directeur de l'ARS. De plus, l'implication des établissements permet de légitimer les projets médicaux partagés et projets d'établissement imposés par l'ARS : le cadre est défini par le Ministère de la Santé par le biais des ARS, mais le contenu reste libre.

⁵² BEZES Philippe, *Réinventer l'Etat : les réformes de l'administration française (1962-2008)* op. cit. et PIERRU Frédéric, « Le mandarin, le gestionnaire et le consultant : le tournant néolibéral de la politique hospitalière », op. cit. p. 39

Alors que les GHT sont décriés, dans une étude récente de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales)⁵³ le bilan est un manque de cohésion sur l'organisation des 136 GHT de France ; le GHT SLS du territoire étudié est un des rares à fonctionner comme prévu et à réussir la mutabilité de son maillage. Cela est dû à des volontés personnelles des acteurs décisionnaires, les directeurs/directrices et les Présidents de CME, mais également à une collaboration efficace entre l'administration et le médical pour ensuite monter en collaboration vers une coopération des établissements entre eux, la constitution d'une interdépendance dans le parcours-patient. Cela est paradoxal par rapport à la loi HPST de 2009 qui va créer les ARS et tend vers l'organisation en GHT, qui souhaitait « un seul patron à l'hôpital » car dans les faits, ils sont deux : le binôme institutionnel de la direction générale et la présidence de la CME.

La forme libre d'organisation implique une prise limitée de l'ARS sur les stratégies micro des établissements, car l'accent sur la proximité et la gestion du flux de patients, qui ne peuvent être modifiés, reste surtout à l'échelle de l'hôpital seul.

⁵³ <https://www.igas.gouv.fr/Bilan-d-etape-des-groupements-hospitaliers-de-territoire-GHT.html>

Deuxième partie : L'organisation interne des établissements

Le remaillage ne découle pas uniquement d'une logique descendante mais aussi montante, depuis les stratégies internes. Une partie est arbitraire, mais le reste du GHT reste une couche administrative floue et malléable. Avec les ARS, l'établissement seul peut justifier, par le rendement, sa présence au sein du maillage et se rendre indispensable. Soit de part son emplacement géographique, soit de part son flux de patient annuel ou périodique, soit le caractère unique ou technique d'une ou de plusieurs activités sur le territoire.

Cette partie a pour objectif de démontrer l'importance des établissements seuls dans l'organisation du maillage hospitalier et leurs stratégies d'organisation pour subsister malgré les nouvelles lois et réformes toujours plus restrictives. D'une part, l'aspect collaboratif n'est pas apparu avec le GHT, mais bien avant, dès la loi HPST de 2009 qui a obligé les hôpitaux dépendants d'autres avec des flux de patients communs à mettre en place des co-directions pour répondre aux besoins du territoire, ne pas avoir recours aux intérimaires et mutualiser les moyens. Toutes ces stratégies viennent d'un besoin essentiel de rentrer dans les objectifs de l'ONDAM, toujours plus restrictifs et faire son devoir de service public avec le système de la T2A qui dégrade progressivement les moyens d'actions usuels, poussant l'administration et le médical à inventer, à échelle micro, de nouvelles stratégies. L'organisation interne des établissements est importante pour la mutabilité et l'optimisation du parcours patient. Les besoins du territoire doivent être remplis et l'organisation à grande échelle de leur réponse se ressent à échelle des établissements constituant le maillage. L'objectif est de remplir les besoins tout en conservant les hôpitaux du maillage préexistant : la solution est la co-direction. La T2A est le deuxième axe d'amélioration qui modifie l'organisation des hôpitaux.

I. LES CO-DIRECTIONS : UNE MUTABILITÉ DES ÉTABLISSEMENTS

Dans le besoin de mutabilité des organisations du service public hospitalier ; afin de l'optimiser et de répondre au mieux aux besoins du territoire, tout en suivant les politiques nationales ; les établissements se réorganisent à l'échelle locale. La solution la plus évidente a été la co-direction. C'est-à-dire qu'un établissement va se lier à un autre institutionnellement parlant en déléguant une part de sa responsabilité et son statut de personne morale est lié à l'établissement : des budgets, capacité de signature ou de décisions techniques, afin de réaliser des économies sur son entretien et ainsi alléger son déficit. Approuver par l'ARS, ces co-directions peuvent venir d'une initiative montante ou descendante selon la situation.

Sur le territoire étudié, 3 modèles de co-directions cohabitent : le premier est le CH D qui, en devenant après la fermeture de son plateau technique, un hôpital de proximité s'est lié au CHU AP pour assurer la continuité des soins et développer son activité tout en respectant son enveloppe annuel. Le second est le CH A qui a en co-direction deux établissements, de proximité également, mais situé sur la côte et fonctionnant de façon périodique avec le tourisme estival. Cela démontre l'intérêt de la continuité des soins dans des zones peu peuplée avec une activité périodique. Enfin, le dernier modèle est celui de deux hôpitaux du GHT, petits en taille, mais nécessaire pour la population peu nombreuse, leur co-direction permet une meilleure répartition des coûts, tout en répondant aux besoins de la population.

Ainsi, les co-directions servent à couvrir les besoins du territoire tout en se pliant aux réformes forçant la mutabilité, pour des raisons économiques essentiellement, tout en conservant le maillage hospitalier de proximité constitué dans les années 1970.

1. La couverture des besoins du territoire

L'objectif de la co-direction permet deux objectifs : la division des coûts de l'activité et la réponse aux besoins du territoire. C'est l'exemple d'une mutabilité réussie. Cela permet de répartir les effectifs et les ressources sur un territoire plus vaste, déconcentrer les moyens et les optimiser tout en assurant la qualité et la sécurité des soins avec peu de moyens. Pour couvrir le maximum de territoire malgré le manque de médecins, « faire le plus avec le moins », il faut rendre les ressources mobiles en les encadrant dans une co-direction.

La mutabilité est une caractéristique du service public, signifie qu'il est sujet au changement, à faire l'objet de mutations, volontaires ou contraintes⁵⁴. La mutabilité se figure au sein du territoire étudié par une mutualisation des moyens les plus coûteux, nécessaires, mais utilisés ponctuellement : les laboratoires d'analyse, les services de haute technologie comme la réanimation enfant, la néonatalité, les unités de soins intensifs, les achats, etc. Ce besoin de coopération pour répondre aux besoins du territoire est internalisé par les acteurs administratifs, ils sont motivés par le service rendu aux habitants :

« L'enjeu c'est ce que la loi appelle la responsabilité populationnelle, c'est-à-dire « Quel rôle pour le territoire ? » » - Directeur CH D

Même si l'orientation des politiques territoriales est déterminée par l'ARS, l'implication des établissements dans la définition des besoins et des actions à mener permet une appropriation des outils, afin d'adapter les directives au territoire⁵⁵. La connaissance du territoire et du flux de patients permet aux directions générales de définir aux mieux les besoins spécifiques et développer l'activité et l'offre de soins en conséquences. Le CH D est en co-direction avec le CHU AP et son directeur m'a expliqué les avantages à cette perte d'autonomie, qui est relative puisqu'elle ne concerne que les grandes orientations :

« L'enjeu c'est d'offrir une offre de santé en proximité. (...) Un plateau de consultation externe, c'est-à-dire des médecins qui viennent du CHU ou en libéral ou d'autres établissements, qui vont proposer une spécialité en proximité, mais uniquement pour de la consultation ça va éviter à la personne de faire une heure de route pour aller dans un autre hôpital et ensuite s'il y a besoin d'un geste opératoire ou d'une hospitalisation plus poussé, là ils vont être orientés par le spécialiste vers un établissement plus équipé. » - Directeur délégué CH D

Cela permet de conserver le flux de patients et fournir un service de proximité, tout en évitant d'employer un médecin spécialiste, qui sera difficile à recruter en raison de la désertification du territoire immédiat de l'hôpital, et très cher pour l'hôpital.

⁵⁴ CNRTL <https://www.cnrtl.fr/definition/mutabilite>

⁵⁵ ALAM Thomas et GURRUCHAGA Marion, *Collectivités, territoires et santé : Regards croisés sur les frontières de la santé*, op. cit. p. 263

Il en est de même pour le CH A, le directeur des Affaires générales m'a expliqué l'intérêt de la co-direction pour le CH A, mais aussi les deux établissements co-dirigés. L'organisation d'une co-direction, plutôt appelée direction commune par les interrogés, est libre. C'est-à-dire que le lien est surtout juridique et financier, sur le plan décisionnel, le consensus est essentiel et les rencontres annuelles concernent les grandes orientations.

La couverture des besoins du territoire est élargit par le système de co-direction, puisqu'il rend les ressources mobiles et les mutualise : la ressource humaine, les médecins et internes, est déplacée sur les différents sites selon les besoins locaux.

« (...) il faut qu'on ait des politiques, avec la démographie qu'on a actuellement, pour qu'un jeune médecin ne sorte pas de notre territoire » - Président de la CME du CH A

Cela permet de répondre au besoin de démographie médicale par le biais de la co-direction, le jeune médecin peut continuer à faire de la techniques dans un hôpital équipé d'un plateau technique tout en allant dans l'établissement co-dirigé pour exercer. La mise en mobilité des internes et des jeunes médecins découle de logiques d'optimisation des ressources. Une fois installés en tant que praticiens hospitaliers, les médecins continuent à se déplacer, mais pour un travail de consultations externes du CH D, l'objectif est de capter le flux de patients.

Cependant, les projets d'établissement restent indépendants, la ligne directrice étant donnée par l'ARS et le GHT, cela permet aux établissements de définir précisément les besoins de leur territoire immédiat. Par exemple, sur le territoire étudié, le CHU AP n'a pas les mêmes flux de patients que le CH D qui n'a pas les mêmes besoins en terme d'offre de soins. Le CH D a eu besoin de développer une filière de soins d'addictologie en raison d'un besoin local très important, cette activité permet de réorienter le flux de patients ayant le plus besoin de ces soins. Il y a également eu le développement d'une filière de suite de soins, afin de capter les patients sortant du CHU AP. La co-direction flèche le parcours de soins et couvre massivement les besoins spécifiques du territoire, indépendamment des politiques nationales.

« (...) Il y a des enjeux spécifiques, pour moi, de santé publique dans le territoire de la Somme qui sont les enjeux d'addictologie par exemple, et qui requièrent une réponse spécifique sur le maintien

d'une activité d'addictologie aussi bien au CH A, qu'aux deux autres hôpitaux de la co-direction. » -

Directeur des Affaires générales du CH A

Ces éléments démontrent que la stratégie de la co-direction est commune, sous diverses formes, mais avec le même objectif : couvrir le maximum de territoire avec les mêmes moyens. Cette stratégie est préexistante et prend une logique ascendante au niveau de l'institutionnalisation, à la façon du GHT.

La définition précise du territoire et de la typologie de la population permettent de définir les besoins pour mieux gérer le flux patient et développer l'activité en conséquence. L'objectif est de conserver le maillage tel qu'il était dans les années 1970, tout en modifiant les activités, plus adaptées aux besoins. Cela permet de lutter contre le recul de la proximité et répondre à l'enjeu de la Tarification à l'activité.

2. Conserver le maillage pré-existant

Le maillage hospitalier français est issu de logiques de construction d'établissements de soins aigües de proximité et de petite taille des années 1970. En effet, comme développé dans les rapports de l'OCDE jusque 2015, les réformes du Plan Juppé en 1995 et la loi HPST de 2009, l'organisation du maillage de l'offre de soins a muté. Il s'agit d'un choix politique descendants fin de mieux contrôler les dépenses publiques. Chaque année, l'ONDAM, l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie, fixe un montant à ne pas dépasser pour la médecine de ville et la médecine hospitalière⁵⁶. Décidé dans l'hémicycle, cet objectif détermine le tarif des activités qui permettent aux établissements de produire du rendement. L'ONDAM est fait selon la logique suivante : en cas d'augmentation de l'activité hospitalière, les tarifs baissent et en cas de diminution de l'activité les tarifs augmentent. L'objectif pour l'établissement est d'être à l'équilibre. Cela a comme conséquence directe sur le maillage de mettre en péril des hôpitaux de proximité avec peu d'activités, condamnés à fermer en raison du manque de rentrées d'argent.

Malgré ces évolutions, le maillage du territoire étudié est conservé et soutient l'ensemble des besoins du territoire. La raison principale est la stratégie de fusion de directions par le biais des co-directions. Les co-directions sont à l'origine des solutions pour appuyer le développement d'activités comme l'addictologie, l'HAD (hospitalisation à domicile) ou les suites de soins, pour

⁵⁶ <https://www.securite-sociale.fr/home/la-secu-en-detail/gestion-pilotage-et-performance/lobjectif-national-des-depens-1.html>

continuer le maintien d'un service public hospitalier de proximité. Soigner les gens au plus proche de chez eux et stabiliser le maillage et son activité sont les points essentiels des acteurs. Le maillage a été profondément transformé sur l'organisation de son activité et le parcours-patient, mais l'ensemble des établissements sont restés ouverts avec des services d'urgences de premier niveau.

La co-direction permet une mobilité des ressources médicales qui permettent le maintien de l'offre de soins, le représentant régional des Présidents de CME m'a expliqué ce problème essentiel de la mobilité des soignants pour permettre le fonctionnement des structures :

« C'est l'arbre qui cache la forêt, vous avez plein d'hôpitaux, mais vous n'avez plus de docteurs, vous n'avez plus de soignants. C'est ça le problème. C'est bien d'avoir un bloc opératoire, mais si vous ne pouvez pas le faire tourner parce que vous n'avez pas d'infirmières dans votre bloc, il est fermé. C'est une inadéquation entre le besoin et les capacités qu'on a à prendre en charge. » -

Représentant régional des Présidents de CME

Le problème du maintien du maillage sans stratégie de mutualisation des moyens par la co-direction est une augmentation des coûts de maintien sans la compenser par une activité suffisante. La question de la répartition des ressources est primordiale et la conjoncture est en faveur des médecins qui souhaitent une activité commune, salariée, et organisée. La difficulté de recrutement se pose donc essentiellement dans les hôpitaux dits « de proximité »⁵⁷. La stratégie des co-directions survient, sur le territoire étudié, dans les années 2010, au moment de l'installation des ARS dans les régions, et est concomitante avec un remaillage en amont de la création du GHT. La directrice générale du CHU AP est convaincue que cette restructuration est la raison de l'équilibre du GHT :

« Une certaine restructuration a été conduite et on en souffre peut être un peu moins que les autres. Parce que, comme je vous l'ai dit, la région a fermé des activités à D. La maternité, la chirurgie, ont fermé,.. Aujourd'hui, je dirais que tous les autres établissements dits « de proximité » ont vu leur périmètre redéfini. Je ne dis pas que c'est l'idéal. Mais en tout état de cause, aujourd'hui, le GHT a notamment permis de mailler, c'est à dire de mettre les établissements en lien avec le CHU. » -

Directrice générale CHU AP

⁵⁷ SAINT-ANDRE Jean-Paul, RICHARD Isabelle, « La crise de la démographie médicale : une illusion ? », op. cit. p. 71

Les directions générales interrogés s'accordent sur le besoin de réorganisation, pour eux, il faut garder les hôpitaux de proximité, mais réduire drastiquement leurs activités, voire les fermer, si elles sont résiduelles, même dans les territoires isolés. Pour le CH D, le directeur défend la décision arbitraire de fermer le bloc opératoire et la maternité en raison d'un manque d'activités, il déplore en revanche le problème du personnel à replacer dans des services, c'est là que la co-direction permet une mutation plus simple des effectifs.

« La maternité est restée ouverte pendant 1 an, ce qui a coûté très cher parce qu'il a fallu garder un bloc opératoire malgré tout pour les césariennes. Donc une fois qu'on ferme la mater et la chirurgie, on a l'impression que l'hôpital ferme en général alors que justement il a pu garder des activités (...) pour garantir un service de proximité, puis comme il n'y a rien à 1 heure de route forcément il y a besoin de soins pour la population. D'ailleurs, c'est une bonne chose que la chirurgie et la maternité aient fermé, ça coûtait très cher, l'établissement était concentré pour sauvegarder une maternité et une chirurgie, il y avait une naissance tous les 2 jours. Mais on ferme des activités et le personnel reste. » - Directeur délégué CH D

Les divergences entre les praticiens hospitaliers et les directions générales concernent les activités à maintenir, comme vu dans les citations précédentes. Les écrits d'économistes sur le financement des établissements de santé depuis la territorialisation des politiques économiques visant à réformer le système de santé correspondent aux idées défendues par l'administration hospitalière : la nécessité de réduire les activités pour équilibrer le budget.

Cependant, les praticiens hospitaliers ne défendent pas ce point, pour eux le problème est ailleurs, il faudrait plus de personnel pour faire plus d'activités et réorienter le flux de patients, décentraliser les flux allant vers de gros établissements. Le désaccord est total, la directrice générale du CHU AP voit la diminution de l'activité comme étant l'objectif d'une centralisation vers le CHU :

« L'objectif, c'est qu'effectivement, ce ne soit pas aux patients de se retrouver, à chercher où est-ce qu'il va être pris en charge. Mais cet objectif, c'est que quelle que soit la porte d'entrée du patient, dans l'ensemble, du territoire et assurer à tous les patients le meilleur parcours de prise en charge » - Directrice générale CHU AP

Il y a donc une division sur les politiques internes de développement ou la réduction de l'activité en raison d'une vision conservatrice du maillage et ses activités aiguës de proximité pour les praticiens hospitaliers, et une vision progressive et orientée sur la nécessité du maintien du budget pour empêcher la fermeture arbitraire de services ou d'activités.

La co-direction est donc perçue par les acteurs interrogés comme une stratégie permettant la collaboration de deux visions opposées de l'organisation et de la conservation du maillage préexistant, dans l'objectif commun de couvrir les besoins du territoire. Les deux partis servent la notion et valeur de mutabilité attaché au service public hospitalier par manque d'alternatives à la pression économique imposée. Ils doivent s'organiser pour répondre aux besoins de tous, en proximité, tout en ayant moins de ressources humaines et de moyens financiers. La question de la Tarification à l'Activité a été essentielle pour tenter de comprendre les raisons des stratégies mises en place.

II. LA T2A : UN BILAN MITIGÉ POUR LES PROFESSIONNELS ET LA PEUR DE SA DISPARITION

La Tarification à l'activité, appelée T2A, est une méthode financement des établissements de santé publics, privés à but non lucratif et privés à but lucratif. Mis en place en 2004, la T2A s'intègre à la réforme du système de santé appelé le plan « Hôpital 2007 » et est chargée de mesurer et évaluer l'activité effective des établissements.

Auparavant, le mode de financement était une enveloppe globale allouée à l'établissement en fonction de sa taille. Ce financement ne permettait pas de développer de nouvelles activités, puisque l'enveloppe ne couvrait que les estimations annuelles, sans rallonges ou marge supplémentaire. Cela a eu pour conséquence une stagnation des activités et progressivement les tentatives de contrôle de budget ont provoqué une baisse de ces activités en raison d'un manque de rentabilité. Dès 1995 et la réforme du système par le Plan Juppé, l'idée d'un mode de financement sur le modèle concurrentiel capitaliste émerge⁵⁸. En 2004, la T2A vient s'ajouter au financement par enveloppe et cet ensemble devient : la dotation globale. La T2A est le mode de financement majoritaire. Sa mise en place est décidée par le Ministère de la Santé et connaît une vague de révolte parmi les praticiens hospitaliers notamment, qui voient leur métier remis en question. En effet, intégrer une logique de rendement au sein de l'hôpital public induit une peur chez les

⁵⁸ PIERRU Frédéric, « La tarification à l'activité (T2A) à la française, entretien avec Brigitte Dormont, *Revue Française d'administration publique*, 2020/2 n°174, Editions Institut National du service public, p. 487-497

professionnels médicaux et paramédicaux, de devoir rogner sur la qualité et la sécurité des soins, leur organisation quotidienne et l'accès aux soins⁵⁹.

Dans cette partie il convient d'explicitier la périodicité de la T2A en France, les deux temps de ce mode de financement et ses conséquences sur le maillage hospitalier et la définition des besoins du territoire, ainsi que l'usage sur le terrain de la T2A et les stratégies appliquées pour tirer profit de ce système.

1. Une T2A en deux temps

Cette partie fait office de préambule et vise à expliquer la Tarification à l'activité du point de vue des directions générales du territoire étudié, mais aussi du point de vue des praticiens hospitaliers qui la pratiquent quotidiennement.

Le financement des établissements de santé publics et privés est établie depuis la création de l'Assurance maladie grâce aux ordonnances des 4 et 19 octobre 1945. Le système est basé jusqu'à la réforme de 2004 sur une enveloppe, une dotation globale, qui estime les frais de fonctionnement et d'activité de l'hôpital. Cette enveloppe fermée est à l'origine faite pour contrôler les dépenses des hôpitaux. En effet, en 1948 la demande d'autorisation pour développer une activité est facilement accordée et entraîne un déficit de l'Assurance maladie. Les politiques à l'époque concernant le système de santé étaient basées sur la logique suivante : l'activité est autorisée et l'hôpital facture à l'Assurance maladie. L'enveloppe de dotation globale créée en 1984⁶⁰ vise principalement à contrer ce problème de déficit dû aux dépenses. L'effet produit a été un blocage du développement de l'activité des hôpitaux, en raison de la restriction budgétaire de l'enveloppe, fermée pour une année et rarement révisée. La Tarification à l'activité vient résoudre ce problème tout en servant un objectif de réorganisation et de contrôle de l'activité médicale par sa rationalisation⁶¹.

La directrice générale du CHU AP est la personne ayant passé le concours le plus tôt, pré-T2A, en 1986. Elle m'a donc expliqué en détails les deux phases de la T2A ayant mené à la situation actuelle qu'elle estime inquiétante :

⁵⁹ PIERRU Frédéric, « 5. Le « système de santé » français ou la réforme par la crise », dans : Olivier Giraud éd., *Politiques sociales : l'état des savoirs*. Paris, La Découverte, « Recherches », 2022, p. 83

⁶⁰ Article L 162-22-6 du Code de la Sécurité sociale

⁶¹ PIERRU Frédéric, « Les professionnels de santé à l'épreuve de la gouvernance d'entreprise », *Enfance & Psy* 2009/2 (n°43), pages 99 à 105, Editions Erès

« La T2A a permis de casser le carcan de la dotation globale et a permis aux établissements de pouvoir, à partir de leur activité, à la fois développer leur activité avec une autorisation pour la mettre en œuvre, ce qui n'était pas le cas auparavant et continuer à progresser dans leur activité.

Alors c'est vrai qu'il y a eu deux temps dans la T2A, il y a eu un premier temps qui a été bénéfique. »

Elle circonscrit cette première phase entre 2004 et 2010, avant que la décision de la nécessité du contrôle de l'Ondam ne soit prise et cristallisée par la loi HPST de 2009. L'explication est la même que celle du directeur des Affaires générales du CH A :

« C'était (la T2A) fait pour sortir de l'ancienne dotation globale annuelle, de conserver une équité entre autres hôpitaux, c'est-à-dire de faire en sorte que les hôpitaux qui avaient le plus d'activités, soit le mieux financés, tout simplement en proportion de leur activité. C'était fait pour corriger ça que la dotation globale annuelle avait instaurée cette T2A qui a eu des effets, elle était faite aussi dans un autre but. C'est à dire qu'en jouant sur les tarifs hospitaliers, on pouvait orienter les hôpitaux pour orienter l'activité des hôpitaux, mieux financés par leur combinatoire. »

Ils ont donc conscience des objectifs divers de la Tarification à l'activité pour orienter l'activité globale et les politiques de l'établissement. Cet effet inverse dans la logique de dépense est en effet réalisé pour bureaucratiser le service public hospitalier et tenter de rationaliser l'activité médicale en son sein. Les technocrates n'ayant pas de compétences médicales, ils ne peuvent juger au cas par cas de la nécessité ou non des soins, le contrôle par le financement permet de progressivement imposer cette bureaucratisation. Cela va modifier le monde travail du monde médical et la T2A est peu comprise à ses débuts, comme le dit la directrice générale du CHU AP :

« Les professionnels n'ont pas compris ce système qu'ils trouvaient injuste puisque pour que l'hôpital ait la même ressource , il fallait qu'ils produisent davantage de soins. »

Les praticiens hospitaliers restent très opposés à la T2A, comme le démontre les deux praticiens hospitaliers interrogés :

« J'étais opposé à la T2A jusqu'au bout ! Il faut un mixage. Avant vous aviez un budget général et le ministère, la DASS ou la DRASS disaient « Vous avez ce budget là, donnez moi vos projets » et quand on répond « moi je veux faire ça » ils nous disent « ce projet là je le valide, il va être

rentable ». C'était sur aucune base. Parce que c'était le budget global, de toute façon en déficit... La T2A, c'est l'inverse, encore pire. Aujourd'hui vous avez une cataracte, c'est bon on vous opère pour faire un acte. La course à l'acte. » - Président de la CME CH A et praticien hospitalier urgentiste

« Je vois pas comment on pourrait faire plus avec moins. Sur le fond, on peut se réjouir que le président Macron veuille l'annuler cette T2A. Mais réellement, c'est quelle somme d'argent qu'on est prêt à donner? Quelle somme d'argent l'Etat est prêt à donner pour l'hôpital ? » - Représentant régional des Présidents de CME

Cette T2A a un équivalent pour la pratique libérale, il s'agit de la tarification à l'acte, qui rémunère les médecins libéraux généralistes et spécialistes en fonction de l'acte délivré. Elle est autant décriée que la T2A car fonctionne sous forme de forfaitisation :

« Le paiement au forfait, l'ennui, ce n'est pas du salariat, mais... dans notre syndicat on a prouvé de manière magistrale que ce qu'on appelle la ROSP (Rémunération de Santé Publique) qui a été voulu par la Caisse, l'a été voulu pour ne pas augmenter les tarifs des actes. » Vice-président de la Médecine générale à l'URPS

Alors que l'opposition entre les interrogés se place au niveau des objectifs politiques derrière la T2A, ils s'accordent tous sur le problème du tarif de ces activités, toujours revue à la baisse. Le directeur délégué du CH D résume ces propos simplement :

« Le problème de la T2A c'est pas la T2A, c'est le tarif derrière. »

Malgré une lutte intense de la part des praticiens hospitaliers à la mise en place de ce mode de financement, la résistance a été impossible à tenir sur le long terme en raison de l'investissement du corps administratif dans l'application de ce nouveau système de financement. La technocratisation de la direction hospitalière a engendré une réforme en interne du fonctionnement du système de santé et une meilleure prise sur l'activité exercée au sein de l'hôpital. Cela a demandé un changement d'organisation du travail pour les professionnels de santé ayant dû s'adapter : numérotation des patients et des actes, lourdeur administrative, etc.

Désormais, le pli est général au niveau administratif et médical, cela a pour conséquence un développement d'activités nouvelles, plus adaptées au territoire ou dans la logique du maillage hospitalier et de développer l'attractivité autrement que par la constitution d'une activité aigüe de petite taille en proximité.

2. Une intégration du système de financement : Jouer avec les règles

La T2A est donc le principal mode de financement des hôpitaux français depuis presque 20 ans. Malgré l'annonce de sa suppression à l'été 2023, la T2A reste le mode de financement actuel et requiert une connaissance approfondie de son fonctionnement par les praticiens hospitaliers et la direction générale pour développer des stratégies adaptées. L'objectif pour un établissement est d'avoir son budget à l'équilibre, voire un léger bénéfice, pour investir dans de nouvelles activités et optimiser l'offre de soins. Comme vu précédemment, la couverture des besoins du territoire passe par des stratégies formelles et informelles de mise en mobilité des ressources humaines et une mutualisation des ressources techniques onéreuses.

Cependant, à l'échelle d'un hôpital, le calcul de la T2A demande de la projection en fonction du flux patient et une connaissance des besoins en fonction de la concurrence avec les autres hôpitaux. La co-direction peut donc agir en soutien, comme c'est le cas pour le CH D qui a mutualisé ses moyens avec le CHU AP en déléguant sa direction, mais il y a une autre stratégie purement économique qui permet à l'établissement seul de se développer : la T2A. Pour cela, les directions générales établissent des modes de redistribution de la T2A.

En effet, la T2A est un mode de financement qui fonctionne de la manière suivante : certaines activités tombent sous son financement comme la chirurgie, l'obstétrique et la médecine (MCO), les autres activités comme la psychiatrie, les soins continus, etc n'ont donc que l'enveloppe de fonctionnement. Sauf qu'il n'y a pas de fléchages de l'investissement de la T2A dans l'établissement. Cela permet donc de développer des activités hors T2A nécessaires, grâce aux recettes récupérées dans d'autres services sous T2A.

Par exemple, le CH D a pu développer un service d'addictologie grâce à la T2A du service de médecine interne :

« On dit toujours « la T2A c'est une catastrophe » c'est pas vrai. On a ouvert un service d'addictologie qu'on a financé grâce à la T2A, la médecine, on a créé 4 lits supplémentaires, un

hôpital de jour, entièrement financé par la T2A. Ce sont des recettes supplémentaires. L'HAD en format T2A, ça a renfloué l'hôpital quand l'HAD a été développé alors que c'était une activité un peu moribonde. » Directeur CH D

Cependant, le directeur des Affaires générales du CH A m'a expliqué l'effet pervers de la T2A : la négation des besoins du territoire au profit de la rémunération :

« Elle a eu aussi des effets pervers, c'est à dire qu'elle a amené les hôpitaux à s'orienter vers ce qui était le plus lucratif pour délaisser ce qui l'était moins. Ce qui ne correspond pas forcément aux besoins de la population. »

Pour lui et l'ensemble des interrogés, la Tarification à l'activité permet d'optimiser l'offre de soins et de créer en interne un système de vases communicants en conservant des activités déficitaires grâce au rendement des activités dites « lucratives ».

De ce que les directions générales interrogées m'ont expliqué, la part T2A dans le financement de l'hôpital varie, pour le cas du CHU AP c'est environ 50% du budget annuel. Cela permet d'acheter en allant les ressources nécessaires, d'éviter de devoir reporter des opérations par manque de matériel.

C'est un moyen d'obtenir des ressources indépendamment du budget initial prévu par le Ministère de la Santé et l'Assurance Maladie dans l'enveloppe annuelle, dans la dotation forfaitaire. Pour cela, il faut justifier le besoin du territoire pour cette activité, la directrice générale du CHU AP déplore des comportements abusifs en terme de fixation des tarifs, mais estime ce système légitime pour le développement d'une nouvelle activité et plus adapté aux besoins :

« Développer une activité et la facturer à l'Assurance Maladie (...) était impossible pour les hôpitaux qui étaient enfermés dans leur dotation globale. C'était injuste. Et donc, effectivement, c'est pour sortir de ce carcan qu'on est passé à la T2A, à la tarification, à l'activité. Elle a permis effectivement de sortir d'une bulle de financement totalement forfaitaire qui méconnaissait complètement l'activité des établissements »

Cette partie démontre premièrement l'importance de la T2A sur l'ensemble des établissements de soins, qu'ils soient publics ou privés, et surtout les stratégies financières de la

direction générale, en accord avec les praticiens hospitaliers. La T2A est un système perfectible dont le problème moral est celui de la mise en concurrence des établissements du service public hospitalier, mais aussi un problème de tarif, toujours revu à la baisse depuis les années 2010. Les deux temps de la Tarification à l'activité ont révélé les points positifs d'un mode de financement vu comme castrateur de la liberté des praticiens hospitaliers, bridant leur activité et les mettant sous contrôle de chiffres; de part le développement de nouvelles activités et d'une délégation étatique du financement des plateaux techniques très coûteux à entretien ; mais aussi les points négatifs avec les variations de tarifs et le manque de rendement dans les plus petites structures.

Le maillage hospitalier est intégré au territoire qu'il soigne. Les acteurs immédiats sont les principaux décisionnaires des politiques menées dans le domaine de la santé à l'échelle locale et régionale. Cependant, un hôpital est lié étroitement à son territoire de part son statut : représente le service public, premier employeur d'un territoire, influence indirectement l'aménagement du territoire et le développement de son attractivité.

Les acteurs ne sont donc pas uniquement techniques et administratifs, ils sont également territoriaux, des élus importants du territoire comme le maire, le Conseil départemental ou le Conseil régional. Concernant le maillage hospitalier, chapeauté par l'ARS, représentant du Ministère de la Santé sur le territoire, il introduit les élus dans les processus délibératifs depuis la Révolution française, depuis la déprise de la religion sur le domaine de la santé, au profit des élus locaux. Cependant, avec les logiques de territorialisation, il n'est plus dans l'intérêt économique de l'Etat d'impliquer les élus locaux qui voient l'hôpital comme un moyen de défense de l'intérêt du territoire. Cela anime le débat autour de la question de la politisation ou la dépolitisation de la santé.

Troisième partie : Politisation et dépolitisation à l'échelle locale : L'étatisation de la santé par l'ARS et le reclassement de l'action des élus locaux

La santé est aujourd'hui encore la 3^e préoccupation des Français d'après les enquêtes⁶² nationales alors qu'il s'agit d'un non-enjeu politique⁶³, absent des débats politiques et des programmes des candidats des élections locales aux élections nationales. Dans cette partie, il convient de démontrer les logiques étatiques visant à dépolitiser à l'échelle locale les questions de santé pour permettre une application sans appropriation des nouvelles politiques nationales, au niveau local. Cela se manifeste principalement par une modification des missions et pouvoirs de certaines figures d'élus locaux dans les institutions hospitalières et une délégation du pan préventif de la santé, à l'échelle régionale. Les élus régionaux deviennent alors les principaux interlocuteurs de l'ARS.

En effet, les réformes successives du système de santé français modifient à la fois l'organisation de l'offre de soins devenu un enjeu économique majeur⁶⁴ et les pouvoirs décisionnaires des acteurs gravitant autour de l'hôpital. Avant la Révolution française, les hôpitaux sont appelés « hospices » et sont administrés par des religieux, il est donc décidé de mettre en place un Conseil d'Administration pour décider des politiques de l'hôpital et gérer son organisation, dont le président est le maire de la commune⁶⁵. Depuis le XX^e siècle, l'hôpital s'est transformé, passage d'une fonction d'hospice et d'assistance à une fonction curative et techniciste⁶⁶. Enjeu économique majeur d'un territoire, l'hôpital est souvent le premier employeur influençant le développement d'un territoire et son attractivité.

L'établissement de santé d'une commune est donc, au niveau local, un enjeu pour le territoire et ses élus. Il convient donc de s'interroger sur la question de la politisation de la santé et ses institutions à l'échelle locale, mais également de la dépolitisation exercée sur cette même échelle par le transfert de certaines compétences au niveau régional ou national. En effet, la

⁶² <https://xn--ambitionsant2022-mqb.fhf.fr/actualites/article/enquete-la-sante-1ere-preoccupation-des-francais>

⁶³ LAGROYE Jacques, « Les processus de politisation », in : J. Lagroye (dir.), *La politisation*, Belin, 2003, p. 367

⁶⁴ DOMIN Jean-Paul, « Pour une histoire des réformes hospitalières », entretien avec Jean-Marie Clément, dans *Revue d'Histoire de la protection sociale*, 2009/1 (n°2), Editions Comité d'histoire de la Sécurité sociale p. 105

⁶⁵ MAS Bertrand, PIERRU Frédéric, SMOLSKI Nicole, TORRIELLI Richard, *L'hôpital en réanimation : le sacrifice organisé d'un service public emblématique* op. cit.

⁶⁶ PARIZOT Isabelle, « 1. L'hôpital et les pauvres », dans : , *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, sous la direction de PARIZOT Isabelle. Paris, Presses Universitaires de France, « Le Lien social », 2003, p. 25-58

décentralisation du Ministère de la Santé par les Agences Régionales de Santé (ARS) permet une meilleure application des politiques nationales de santé au niveau régional et l'appui du Conseil régional est essentiel pour contrôler l'appropriation des établissements de ces politiques.

Jacques Lagroye dans un ouvrage collectif de 2003, définit la politisation comme étant « une requalification des activités sociales les plus diverses, requalification qui résulte d'un accord pratique entre des agents sociaux enclins, pour de multiples raisons, à transgresser ou à remettre en cause la différenciation des espaces d'activités »⁶⁷. Cette conception lagroyenne de la politisation est celle choisie pour cette partie. En effet, les divers acteurs du maillage hospitalier à toutes les échelles sont susceptibles d'influencer la proportion de politisation des autres échelles comme le développe Jacques Lagroye. La politisation est en opposition à la dépolitisation, qui est l'absence de structuration politique d'un sujet. François Buton et Frédéric Pierru défendent l'idée que l'étatisation de la santé depuis une trentaine d'années provoque une dépolitisation de celle-ci et rend difficile la politisation à d'autres échelles plus petites, surtout à l'échelle locale⁶⁸. L'emblème de cette étatisation est l'organisme des Agences régionales de santé (ARS), créée en 2010 dans le cadre de cette loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire de 2009 sont des établissements publics de l'Etat à caractère administratif sous la tutelle du Ministère de la Santé avec une part d'autonomie. Elle est chargée de l'organisation, sur un territoire, des parcours de santé, de soins et de vie en matière de prévention, médecine de ville et hospitalière et médico-sociale. Cette centralisation a eu des conséquences sur les élus locaux et leurs engagements et pouvoirs sur le maillage hospitalier.

⁶⁷ LAGROYE Jacques, « Les processus de politisation », *La politisation*, op. cit. p. 370

⁶⁸ BUTON François, PIERRU Frédéric, « Les dépolitisations de la santé », art. cit. p. 52

I. L'IMPLICATION DE L'ARS DANS LES DÉCISIONS

La loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire de 2009 a pour objectif de réorganiser l'ensemble du système santé français pour le moderniser. La centralisation des diverses administrations permet une meilleure coordination des acteurs : médecine de ville et hospitalière, la santé publique et la prévention. Afin de centraliser toutes ces administrations, la loi crée des instances ministérielles au niveau régional chargée de guider l'application des politiques nationales au niveau du territoire. Les ARS permettent un contrôle sur la coordination de l'offre de soins du territoire par diverses missions : mise en place d'une permanence des soins, identification des besoins du territoire, et l'institutionnalisation du binôme formé par la direction générale et le président de la CME⁶⁹. L'ARS s'imisce dans l'ensemble du maillage hospitalier par une logique descendante. C'est-à-dire que tous les acteurs conservent des responsabilités, mais leurs décisions doivent être formalisées et validées par l'ARS. La réforme des Agences régionales de santé est en tension entre l'Etat planificateur et le New Public Management⁷⁰, à cheval entre une application sans appropriation des politiques de santé nationales sur les territoires et une participation des acteurs. Ainsi, pour démontrer l'implication de l'ARS dans les décisions relatives au maillage hospitalier à toutes les échelles, par la dépolitisation de la santé au niveau local et une implication des administrations dans des processus validés par les ARS.

Cependant, le rôle de pilote attribué aux ARS demande beaucoup de moyens et les exigences budgétaires de l'Etat ne le permettent pas. En conséquence, la dépolitisation de la santé n'est pas totale et l'appropriation des politiques nationales persiste, notamment par le biais des projets médicaux partagés réalisés par les GHT et validés par les ARS, mais aussi par l'implication d'instances comme le Conseil régional, pour faciliter la gestion des missions par la délégation et obtenir des soutiens financiers aux projets. Cela permet de diviser les tâches à toutes les échelles du territoire et légitimer les décisions d'orientation de l'offre de soins en incluant de nouveaux acteurs et en écartant d'autres.

1. Les projets médicaux partagés (GHT et optimisation parcours-patients)

Sur le site internet des Agences régionales de santé, on retrouve une rubrique « Piloter la santé en région », qui décline les plans d'actions nationaux pilotés par les ARS, une explication de

⁶⁹ <https://www.vie-publique.fr/loi/20546-loi-hpst-hopital-patients-sante-agences-regionales-de-sante>

⁷⁰ PIERRU Frédéric, « Agences Régionales de Santé : Mission impossible » art. cit.

ce que ce sont ces agences, leur organisation, leur stratégie et leur mission principal : l'organisation du parcours de soins, de santé et de vie sur le territoire⁷¹; mais aussi les financements de la santé en région, les innovations et le concept de démocratie sanitaire. On retrouve ensuite leurs grands principes : piloter, prévenir, soigner, accompagner et exercer. Ces mots clefs démontrent les rôles attribués aux ARS, ceux d'une prise en charge globale de la santé et ses acteurs à l'échelle d'une région. Avec la création des GHT, les ARS ont à charge, en plus de la validation des projets d'établissements des hôpitaux individuellement, la validation et l'encadrement des projets médicaux partagés.

Ces projets médicaux sont des guides pour 5 ans pour les GHT, signés par tous les établissements membres, et regroupent toutes les politiques à mener au niveau du territoire du GHT. Ces projets, une fois validés, sont utilisés par les établissements pour la réalisation de leur projet d'établissement. Cela institutionnalise la mutabilité des moyens, car la collaboration est totale entre les établissements, mais aussi les différents acteurs d'une même profession (médicale, administrative, paramédicale) et les professions entre elles. Il y a donc une main mise de l'Etat sur l'application des politiques nationales au niveau de la région et des GHT, grâce à la supervision des ARS sur les projets d'établissements, par la constitution, par les acteurs locaux, de ces projets médicaux-partagés engageant leur responsabilité.

Le projet des ARS est une refonte de l'organisation des soins, en passant par un découplage des acteurs, d'où leur centralisation autour d'une même administration et autour d'un même document : le projet médical partagé. La décentralisation de l'institution ministérielle figurée par les ARS, permet de les placer en pilote au niveau du territoire et unifier les acteurs dans les projets à mener. Cet objectif est inscrit sur le site de l'ARS, mais également confirmé par l'élue vice-présidente déléguée à la santé du Conseil régional :

« (...) L'ARS est régionale et on voit bien que ce soit la région qui pilote avec cette vision globale, je trouve ça plutôt intéressant. C'est l'Etat qui décide. »

Cette notion de décision est à nuancer concernant le projet médical partagé, en effet, intégré au GHT, les établissements ont leur libre arbitre concernant le règlement interne, vu comme un tord pour le Président de la CME du CH A :

⁷¹ Annexe n° 6

« (Au sujet de l'échec de certains GHT) Ce n'est pas la faute du truc (le GHT), c'est le cadrage, c'est comment on rédige le règlement intérieur du GHT. C'est pour ça que moi j'ai dit que l'ARS avait un tort, c'est la loi plutôt, c'est qu'ils n'ont pas leur mot à dire sur le règlement interne. »

Les ARS sont perçues comme les coordinateurs des projets et comme des instances régionales nécessaire pour piloter les politiques nationales au niveau régional et la gestion de leur application, comme un liant entre l'Etat et les établissements. Cependant, le manque de moyens des ARS est évoqué par les chercheurs⁷², mais aussi les professionnels de santé :

« Quelles missions et quel pouvoir on leur donne ? Moi j'ai l'impression qu'en soit, si vous voulez, normalement c'est régulation et contrôle. L'ARS c'est ça, elle doit réguler mais je ne sais pas ce qu'ils régulent. Ils n'ont pas beaucoup de moyens, il faut rester simple. Il n'y a pas de médecin, il n'y a pas de médecin. Je ne vois pas ce que l'ARS peut faire. »

Pour lui, l'optimisation du parcours patient ne peut dépendre de l'ARS uniquement, de part ce manque de moyen. Par ailleurs, le projet médical partagé reste un moyen institutionnel fort de contrôle de l'organisation de l'offre de soins, en raison d'une implication des acteurs. L'ARS du territoire se place en validateur de ce projet, sans lequel un hôpital et son GHT ne peuvent fonctionner :

« Quand le projet médical partagé il est validé, tous les hôpitaux vont le signer. Directeurs d'hôpitaux et présidents de CME et par l'ARS, qui est quand même derrière tout ça, valide ou ne valide pas. » - Président de la CME CH A

L'ARS a donc un pouvoir décisionnel total et dilue l'application sur le territoire à l'échelle du GHT et des hôpitaux, la présence des politiques nationales au sein des projets médicaux partagés, ainsi que les projets d'établissement est obligatoire. Par exemple, le projet médical partagé initial est devenu dans le GHT du territoire étudié le projet médico-soignant partagé qui permet un travail unifié à l'échelle du GHT entre les médicaux, paramédicaux, etc.

⁷² BUTON François, PIERRU Frédéric, « Les dépolitisations de la santé », art. cit.

« Le projet médical partagé, nous on a fait un projet médical partagé de 2017 à 2022 et il y avait à côté un projet Soignant partagé, là qu'on a refait les collèges, pour 2023-2027, on a fait un projet médico-soignant, on l'a couplé ensemble. On a trouvé que travailler chacun de son côté ce n'était pas très logique (...) »

Ce projet couplé accepté par l'ARS en décembre 2022 prouve la proportion de délégation importante de l'ARS, qui valide les projets, mais n'en cristallise pas la forme, laissée à l'initiative locale. Pour la directrice du CHU AP, l'ARS change ses capacités d'adaptation en fonction de son directeur, notamment pour le travail de maillage pour optimiser le parcours-patient :

« La précédente ARS avait un peu modifié les choses. Donc on a un maillage qui, même s'il reste quelques petites problématiques,, n'est pas vraiment redondant à mon sens. »

Lors de l'entretien du vice-président de la médecine générale de l'URPS, le médecin généraliste a démontré des convictions fortes et radicales au sujet de l'insertion des ARS dans les décisions concernant la santé, il n'apprécie pas ce rôle de pilote, ressenti donc autant chez les professionnels hospitaliers que libéraux :

« Je reviens sur l'indépendance du libéral, qui n'a pas à être contrôlé par une instance au dessus d'elle, on s'organise par nous même, c'est la définition du libéral. On en revient, comme à l'URPS, sur ces financements fléchés sur ces enveloppes (...) »

Puisqu'en effet, l'ARS contraint à la rédaction d'un projet médical partagé par GHT pour optimiser le maillage hospitalier et en plus d'avoir un pouvoir décisionnel, la présence des politiques nationales de santé dans ce projet permet d'orienter les projets et actions à mener.

Le projet médical partagé a donc un objectif premier d'optimisation du parcours-patient à l'échelle du GHT, cependant, la présentation des politiques nationales de santé comme « optimisantes » ne le sont que dans la volonté nationale. Sur le terrain, les acteurs concernés sont en négociation avec l'ARS pour tenter de s'approprier les politiques et leur application pour l'adapter aux besoins du territoire. De plus, ce projet médical partagé permet un espace de collaboration aux établissements d'un même GHT et une meilleure collaboration, sans forcément

intégrer l'ARS, qui chapeaute en réalité ces projets, mais laisse la possibilité d'une prise de liberté par les acteurs.

En complément d'une implication des acteurs de la santé en passant par la strate du GHT, l'ARS délègue également certaines missions de prévention à son interlocuteur territorial principal : le Conseil régional, afin de conserver une logique technocrate.

2. Un pas dans les autres institutions (le Conseil régional)

La loi HPST de 2009 rend plus cohérente la gouvernance hospitalière avec une responsabilisation du directeur de l'établissement et ses collaborateurs directs qui forment le directoire. Malgré ces réformes déposant le maire d'un pouvoir discrétionnaire, et donc d'une forme de clientélisme, certaines stratégies subsistent entre le maire et les élus locaux et l'hôpital, en dehors du cadre institutionnel pour continuer à collaborer au développement du territoire. Cela constitue une forme de politisation de la santé au niveau local, en opposition à une tendance à impliquer le Conseil régional dans les politiques de prévention.

Le Conseil régional est une assemblée délibérative élu pour 6 ans présidé par un président élu à la majorité absolue des membres du conseil. Le Conseil régional est créé par la loi relative à la délimitation des régions de 2015. Les dispositions sur le plan de la santé sont relatives à la formations des paramédicaux et le plan de prévention des risques principaux de la région : l'obésité, l'alimentation, la sédentarité, etc. mais aussi de renseignement sur la composition et les besoins du territoire en terme d'aménagement du territoire (cliniques, EHPAD, etc.).

Cette sous-partie va fournir des explications concernant l'implication, malgré la dépolitisation des questions de santé, d'acteurs inexistants avant 1959, les élus régionaux, et à qui les ARS vont fournir un pouvoir parallèle exécutif aux acteurs de santé sur le champ de la prévention et de l'accès aux soins. Ce pouvoir est cependant à nuancer.

En effet, l'élue vice-présidente déléguée à la santé du Conseil régional insiste lors de l'entretien sur le fait que l'ARS reste validateur de tous projets, les élus étant chargés de déployer les actions à mener :

« (...) encore une fois l'ARS est régionale et on voit bien que ce soit la région qui pilote avec cette vision globale, je trouve ça plutôt intéressant. C'est l'Etat qui décide. »

L'administration de l'ARS est chargée de réaliser un projet régional de Santé de la région du territoire étudié visant à décrire précisément les besoins du territoire et les objectifs opérationnels pour résoudre le problème des inégalités d'accès aux soins et à la prévention des personnes les plus démunies. L'élue déléguée à la santé m'explique travailler avec l'ARS pour monter des projets pour aider à la réalisation de ce Projet régional de santé :

« (Il faut) co-construire. Je sais qu'avec le nouveau directeur général de l'ARS, on travaille très bien. »

En tant que vice-présidente, elle assiste au Conseil de surveillance de l'ARS, qui doit devenir Conseil d'administration, et trouve la collaboration facilitée par la volonté de l'ARS en région d'impliquer les élus. En effet, le manque de ressources de l'ARS dénoncé par les chercheurs comme l'origine d'un problème structurel de l'ARS et son manque d'autonomie de l'Etat central⁷³ se confirme lors de cet entretien. La vice-présidente m'explique le problème de l'ARS au niveau national et le manque de considération pour le besoin d'appropriation des politiques nationales au niveau local :

« En fait, la difficulté c'est que vous avez l'ARS en région et le niveau national, qui est complètement différent. L'ARS en région, on travaille avec eux au quotidien, il n'y a pas de soucis, on sait travailler ensemble. Je pense qu'on sera meilleur à travailler ensemble, que chacun dans son coin, quand on fait ensemble ça fonctionne. Par contre, Paris c'est plus compliqué. Paris ils décident un truc tout seul et après ils disent « bon on va faire en région », parfois l'ARS n'est pas toujours au courant en plus. »

L'élue régionale m'a expliqué l'importance de connaître toutes les échelles du local à l'europpéen pour réaliser des projets et impliquer la multitude d'acteurs. L'exemple concret est celui de l'investissement financier partiel de la part du Conseil régional dans les maisons de santé :

« En fait, on a soutenu toutes les maisons de santé à portage public depuis 2015 avec des montants variables, ça peut aller jusqu'à 500 000 euros, on soutient l'équipement dans les maisons de santé, on soutient la question aussi de la construction de logements des professionnels de santé dans ces

⁷³ ROLLAND Christine, PIERRU Frédéric, « Les Agences Régionales de Santé deux ans après : une autonomie de façade », dans *Santé Publique* 2013/4 (VOL. 25), Editions S.F.S.P, pp. 413-416

maisons de santé. On sait que c'est aussi un problème d'attractivité, donc parfois c'est difficile d'avoir un logement, de faire beaucoup de route quand on a une permanence à faire à la maison de santé, là ça leur permet d'accueillir des professionnels temporairement. La maison de santé c'est quand même un gros dispositif pour aller dans les endroits où on a le plus besoin et on travaille avec les collectivités, avec l'ARS (...) » - élue vice-présidente déléguée à la santé Conseil régional

L'implication du Conseil régional dans l'aménagement du territoire pour répondre aux besoins locaux, mais aussi résoudre le problème de la démographie médicale locale, s'illustre surtout dans un travail de fond avec des plans de prévention, mais aussi des soutiens financiers pluriels notamment pour les maisons de santé. Les maisons de santé sont de plus en plus nombreuses sur le territoire, ces locaux accueillants des professionnels médicaux et paramédicaux organisés autour de la fédération des maisons de Santé pluri-professionnelle sont au service de l'intérêt général⁷⁴ en réintégrant dans le maillage de l'offre de soins de la proximité pour combler les lacunes du maillage hospitalier qui a été transformé. L'aménagement du territoire est facilitée par le pouvoir du Conseil régional sur son pouvoir exécutif, cela permet donc de politiser certains aspects de la santé au nom de l'intérêt local et l'attractivité territoriale. La collaboration avec l'ARS est facilitée par le fait que ces deux instances sont récentes dans leurs modes de fonctionnement et au même niveau de l'échelle du territoire. Ce sont donc des interlocuteurs privilégiés.

Il s'agit d'une politisation partielle de la santé, sur des questions organisationnelles et d'équipements prises par l'angle de l'aménagement du territoire. Mener une politique régionale qui transformerait structurellement le maillage est impossible, mais soutenir des initiatives montantes de la part des élus locaux comme les maisons de santé par une aide financière donne aux élus régionaux un pouvoir important influençant le maillage de l'offre de soins sur le territoire.

Le retrait institutionnel au niveau local est choisi par l'Etat, appliqué par les ARS, afin de contrer une forme de stratégie de contournement des politiques nationales visant à concentrer les ressources du service public hospitalier pour réaliser des économies. En forçant la réorganisation du maillage hospitalier cela a modifié les ressources disponibles des territoires pour développer une attractivité et la dépolitisation structurelle des questions de santé cela a permis un recul organisé des élus locaux dans les instances de discussions et de décisions.

⁷⁴ VEZINAT Nadège, « La fédération des maisons pluri-professionnelles de santé comme groupe d'intérêt : représentativité, construction de discours et lobbying », art. cit.

II. LE RETRAIT DES ÉLUS LOCAUX ?

Les élus locaux sont des figures représentantes de l'identité du territoire qui les a élu. Ainsi, l'attachement aux éléments qui le constitue et le rendent attractif est grand. De plus, depuis les années 1970, l'ingérence des Collectivités territoriales dans les services publics est importante. L'héritage de la Révolution française et de la direction des hospices par le maire est le Conseil d'administration de l'hôpital. Le Conseil d'administration donnait un pouvoir décisionnel au maire, qui en était de droit le président⁷⁵. Depuis 2008, le Conseil d'administration est remplacé par le Conseil de surveillance et le maire n'en est plus le président de droit, même si la coutume persiste. Cela ôte au maire un pouvoir décisionnel, il est informé de décisions relatives à la politique générale de l'hôpital, mais ne peut imposer sa vision. La perspective locale est donc divisée et écarte les maires d'une prise sur l'aménagement du territoire au niveau de la santé. Au niveau régional, c'est le Conseil régional, élu au scrutin de liste proportionnel, qui remplit des missions de soutien financier, d'appel à projets et d'aménagement du territoire dans une logique plus large notamment pour les maisons de santé, les financements européens et les plans de prévention.

Le retrait des élus locaux n'est pas de leur ressort personnel, mais vient d'une logique descendante en lien avec la logique de dépolitisation et de déconcentration de l'Etat. Cela s'exprime à deux échelles essentiellement : l'échelle locale avec le Conseil de surveillance et l'échelle régionale avec le Conseil régional et la vice-présidence de la Santé qui a des missions essentielles pour le développement du territoire.

Alors qu'à l'échelle des établissements il y a une logique de la part de l'ARS d'inclure, et donc de politiser, les acteurs médicaux, les lieux institutionnels d'échanges entre les hôpitaux et les représentants du territoire dans lequel ils sont implantés sont dépossédés de leur pouvoir décisionnaire, comme pour le Conseil d'Administration devenu Conseil de surveillance en 2008.

1. Le conseil de surveillance : seul lieu institutionnel d'échanges

Les réformes successives depuis la fin des années 1970 ont libérées les hôpitaux des contingences locales pour les rapprocher du pouvoir national par sa déconcentration régionale. Chaque réforme se caractérise par une diminution du pouvoir municipal et par un accroissement des prérogatives du ministère de la Santé⁷⁶. Le maire d'une commune avec un hôpital a, jusqu'en 2008,

⁷⁵ Article L 6143-5 Code de la santé publique

⁷⁶ DOMIN Jean-Paul, « Pour une histoire des réformes hospitalières », entretien avec Jean-Marie Clément, art. cit. p. 103

un pouvoir décisionnel au sein du Conseil d'Administration de l'hôpital dont il est, de droit, le président. Ce Conseil d'Administration est divisé en trois collèges : des représentants des collectivités territoriales, des représentants personnels de l'établissement et un dernier collège de représentants d'usagers et autres personnes qualifiées⁷⁷. À partir de 2008, le Conseil d'Administration devient le Conseil de surveillance et a pour objectif de recentrer ses pouvoirs sur les orientations stratégiques et le contrôle de la gestion de l'établissement. La composition n'a pas changé, hormis une sélection plus spécifique des représentants du personnel et des usagers. Le Conseil de surveillance donne son avis sur la politique de qualité et la sécurité de l'offre de soins, les acquisitions immobilières, le règlement intérieur de l'établissement et délibère sur le projet d'établissement, le compte financier, la participation à une communauté hospitalière, le rapport annuel d'activité de l'hôpital et les conventions entre l'hôpital et un membre du directoire ou du conseil de surveillance. Le maire n'est plus le président de droit du Conseil de surveillance, même si cela reste une coutume. L'objectif est de placer le Conseil de surveillance sous la direction du directoire de l'établissement de santé et diminuer le pouvoir décisionnel des Conseils d'administration des hôpitaux présent depuis la Révolution française.

Le Conseil de surveillance a désormais un rôle non-exécutif et se réunit au moins deux fois par an pour discuter des projets de l'établissement, la coordination avec la médecine de ville et échanger sur les éléments importants concernant la politique de l'hôpital et son implantation dans le territoire. La santé est un domaine propre aux professionnels et a écarté naturellement les élus, en plus de réformes donnant du pouvoir aux organismes sociaux⁷⁸.

Cependant, le directeur des affaires générales du CH A m'a expliqué l'importance de la volonté des élus locaux de s'impliquer. C'est-à-dire que le fait de n'avoir aucun pouvoir exécutif dans ce Conseil de surveillance, l'intérêt d'un maire et des élus locaux pour les affaires de l'hôpital dépendent d'une appétence personnelle :

« On a la chance d'avoir un maire, comme son prédécesseur d'ailleurs, très attentif à l'hôpital public et dans la défense de l'hôpital public jusqu'à investir pour nous. Le maire va créer un parking, financé par la mairie. » - Directeur Affaires générales CH A

⁷⁷ Annexe n° 7

⁷⁸ BUTON François, PIERRU Frédéric, « Les dépolitisations de la santé », art. cit. p. 53

Pour les membres internes à l'hôpital, professionnels de santé et direction générale, il semble important d'avoir des élus locaux investis dans la gestion de l'hôpital, non pas pour la prise de décisions, mais pour un soutien à des projets visant à développer l'hôpital et par extension l'attractivité du territoire. La mairie de la ville A a un maire investit dans les questions relatives à l'hôpital et qui utilise ses ressources discrétionnaires pour servir les intérêts de l'hôpital, ici c'est l'achat d'un terrain pour créer un parking pour l'hôpital, alors qu'une offre avait été faite pour construire une maison de retraite privée :

« (...) la serre (Terrain concerné) a été vendue, la mairie a du mettre la préemption dessus. Si on fait ça par la loi ça prend des années, donc le maire a dit « De toutes façons, je ne signerais pas le permis de construire pour la maison de retraite », donc la boîte qui avait acheté a dit « pas de permis, nous le terrain on le redonne. » - Président CME CH A

De plus, la ville étant de taille moyenne, l'entre-soi reste important et le médecin, investit en politique depuis une dizaine d'années, connaît personnellement le maire et des accords informels se font :

« Moi, j'ai dit à Pascal (le maire de la ville de A) « on ne peut pas, faut que ce soit la mairie ». (...) On a discuté, le maire a dit qu'il proposait 300 000 à prendre ou à laisser, sinon il fait l'acquisition dans 3 ans, on le prend par le domaine. »

De plus, le maire justifie cet achat par l'usage pluriel de ce parking, qui n'est pas attitré à l'hôpital, même s'il lui servira essentiellement en raison de son emplacement géographique, juste en face de la ville :

« Après la réunion avec le maire il a dit « L'hôpital ne sert pas qu'à A » (...) Le parking, ce n'est pas pour le personnel de l'hôpital, ce sera pour les patients de l'hôpital mais aussi pour les consultants, visiteurs... »

Par ailleurs, cette absence de réel devoir d'investissement permet d'écarter les élus locaux qui ne serait pas « légitiment » aux yeux des professionnels de santé, pour des raisons purement idéologiques dans le cas d'un des interrogés, qui déclare ne pas vouloir discuter avec les élus locaux en raison de leur affiliation à un parti d'extrême droite :

« Je ne fais pas de politique, mais je ne vois pas les représentants du (parti d'extrême droite) chez moi. » - Représentant régional des Présidents de CME

La dépolitisation permet une prise sur les politiques de l'hôpital au niveau de l'Etat, mais aussi des professionnels de santé, de part leur capital social et autorité, ils peuvent intégrer ou rejeter les élus locaux des processus de gestion de l'hôpital de la commune. De plus, les élus locaux

ne se sentent pas toujours légitimes et n'osent pas s'intégrer dans les processus délibératifs, mais se positionnent plutôt en appui, comme le démontre l'élue déléguée à la santé de la commune de A :

« La santé pour moi c'est réellement s'investir dans quelque chose d'humain. On fait les choses de façon humanitaire, socialement parlant. Or moi je fais quand même de la politique »

Les élus locaux centrent leur discours sur la notion de proximité, l'auteure Carole Clavier développe l'idée que cette proximité est utilisée également pour s'insérer dans les questions relatives à la santé. Cependant, les deux élues interrogées manifestent un sentiment d'illégitimité comme vue dans la citation précédente, elles séparent la politique de la santé, qui serait un sujet trop technique et « humain ». L'idée que les collectivités locales aient un pouvoir d'intervention sur la détermination des besoins de la santé sur le territoire⁷⁹ est vraie, la mairie transmet des informations essentielles à l'hôpital et inversement à l'occasion du Conseil de surveillance, mais reste purement informatif et non-exécutif.

Cependant, l'élue vice-présidente déléguée à la santé au Conseil régional insiste sur le fait qu'il s'agit pour les élus d'une volonté propre d'intervention, sans obligation réelle et qu'ils « font » leur investissement dans les questions de santé. La politisation de la santé est donc disparate en fonction des appétences des élus :

« C'est notre président de région qui souhaite un investissement dans la santé, c'est son choix, il n'a pas d'obligation à mener des politiques relatives à la santé » - Vice-présidente déléguée à la santé du
Conseil régional

La technocratisation des directions générales, l'intégration des médecins dans les instances et la présence de l'ARS comme « chef de file » des politiques de santé sur le territoire poussent au retrait des élus locaux. Par sentiment d'illégitimité, manque d'intérêt ou mise à l'écart volontaire de la part de certains acteurs, le Conseil de surveillance devient l'un des rares lieux institutionnels d'échanges entre les élus locaux et les acteurs de la santé. Ce lieu est devenu un lieu d'informations et d'échanges, mais est dépossédé de pouvoirs exécutifs, délégués au directeur.

⁷⁹ CLAVIER Carole. « Les élus locaux et la santé : des enjeux politiques territoriaux. » In: *Sciences sociales et santé*. Volume 27, n°2, 2009 pp. 52-60

Une instance a en revanche reçu des pouvoirs exécutifs partiels par les ARS et exerce un travail d'appui de celles-ci : le Conseil régional essentiellement pour de la prévention, demandant une connaissance du territoire importante.

2. Le Conseil régional : un rôle de prévention

Le système de santé français est organisé autour de la notion de parcours, décliné en trois parcours : de santé, de soins et de vie. Cette vision du système de santé est ancré par l'Etat dans une logique descendante passant par les réformes vues précédemment depuis les années 1990. Depuis la création des ARS, il y a un retrait des élus locaux et une augmentation de l'implication des élus régionaux élus au Conseil régional pour soutenir l'application des politiques nationales de santé au niveau régional dont sont responsables les ARS.

Ces trois parcours correspondent à trois types de soins : le parcours santé qui articule les soins entre la prévention, l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile ; le parcours de soins pour l'accès aux consultations de 1er recours et autres lieux de soins aiguës en fonction des besoins du patient et enfin le parcours de vie centré sur l'environnement du patient. L'objectif affiché du système de santé français est de « permettre aux Français de recevoir « les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures, au bon moment ». Cela, en bénéficiant d'un égal accès à la santé, de prise en charge lisibles, accessibles, complètes et de qualité, ainsi que d'une organisation sanitaire et sociale rationalisée et plus efficiente »⁸⁰.

Comme vu précédemment, le Conseil régional a un rôle de soutien auprès de l'ARS pour le pan de la prévention et de l'application des politiques au niveau territorial de part la connaissance des élus sur les besoins de la population. Alors que cette implication semble venir d'une volonté du président du Conseil régional du territoire étudié, les chercheurs s'accordent toujours sur une dépolitisation des questions de santé et d'un champ d'action limité à un soutien financier et une aide qui s'apparente à du clientélisme, grâce à des achats immobiliers par la mairie ou autre institution locale, à destination de l'hôpital. Le Conseil régional permet d'intégrer une logique descendante au niveau régional et à l'ARS d'avoir un interlocuteur de même « calibre » pour unifier l'appropriation des politiques nationales sur le territoire.

Le site du Conseil régional indique l'ensemble des projets et aides mis en place pour le domaine de la santé, tous centrés sur les problèmes concernant la typologie de la population de la

⁸⁰ <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>

région dans laquelle le territoire étudié se situe : l'obésité, la malnutrition, la sédentarité, la précarité menstruelle, les cancers, la démographie médicale et les maladies sexuellement transmissibles. L'accent est placé sur l'amont de l'offre de soins : la prévention.

L'élue vice-présidente du Conseil régional insiste sur le besoin de soutenir la santé en raison d'une typologie très particulière de la population et de la difficulté à répondre aux besoins du territoire avec des moyens limités :

« Après l'enjeu il est immense, la région, comme je vous l'ai dit les indicateurs sont pas bons. On est plus malade qu'ailleurs, on a plus de cancers qu'ailleurs (...) On est aussi la région la plus jeune, mais une jeunesse qui n'est pas forcément en bonne santé. (...) Le chantier est immense. »

Du point de vue d'un des médecins interrogés, ce que fait le Conseil régional est de la politique de santé, puisqu'il définit la santé comme étant, au delà du soin, un bien être global, mental et physique qui passe par des activités saines :

« La santé, c'est bien plus que la médecine, c'est le sport, c'est l'éducation (...) »

Il m'explique également que cela fait de la santé un sujet « sociétal » et donc « politique » puisque c'est une grande préoccupation des Français. Le Conseil régional apparaît donc comme une des rares instances en capacité de politiser la santé à l'échelle d'un territoire. Ces questions éminemment politiques en terme d'aménagement du territoire pour traiter les problèmes en profondeur comme ceux de la sédentarité et de l'obésité, sont traités à l'échelle régionale et sont un levier de la proximité. En effet, il est simple pour le Conseil régional d'organiser des projets dans les administrations collectives comme les collèges, lycées, universités, mais aussi les maisons de retraites, de santé et les hôpitaux, en raison du rayonnement important de leurs missions et de la hiérarchie par rapport au millefeuille administratif. Le Conseil régional est au même niveau que l'ARS pour les collectivités territoriales et s'intègre grâce aux ressorts techniques et institutionnels de la proximité⁸¹ pour se former un binôme avec l'ARS.

Le retrait des élus locaux dans les institutions de la santé, notamment hospitalières, est dû à une responsabilisation des établissements vis-à-vis, non plus du territoire immédiat dans lequel il

⁸¹ CLAVIER Carole. « Les élus locaux et la santé : des enjeux politiques territoriaux. » op. cit. pp. 48-49

s'intègre, mais vis-à-vis du GHT duquel il dépend, sous l'égide de l'ARS régionale. Ceci dit, il y a un besoin de l'ARS d'assurer le déploiement des politiques nationales sur le territoire en limitant l'appropriation aux échelles locales, risquant de contrer la volonté d'optimiser le maillage par sa réduction. Pour se faire, le Conseil régional est doté de missions de prévention et de soutien aux projets locaux de professionnels de santé pour l'attractivité du territoire et le développement du maillage de soins. Le poids financier du Conseil régional permet son insertion dans le domaine de la santé pourtant dépolitiser et rend les structures dépendantes du financement de la part d'acteurs multi-scalaires⁸². L'axe de la prévention permet de mêler la santé à tous les autres domaines de la santé, dans la mesure où le Conseil régional est investit dans l'importance de la résolution des problèmes de santé de la population en traitant l'origine de ces derniers : l'alimentation, les habitudes sédentaires et les inégalités d'accès aux soins. Cet investissement est cohérent pour compenser la transformation du rôle des élus locaux au sein des instances des établissements de santé notamment dans le Conseil de surveillance.

La question de la politisation ou de la dépolitisation de l'échelle locale est ambivalente, dans la mesure où persiste des stratégies informelles qui s'apparentent à du clientélisme, en parallèle de la réduction du pouvoir du maire au sein de l'organisation de l'établissement de santé avec le changement de statut du Conseil d'administration devenu Conseil de surveillance. Le Conseil régional a des vice-présidents dans différents domaines et celle de la santé dans le territoire étudié est membre d'un Conseil de surveillance en passe de devenir un Conseil d'administration, logique inverse de l'échelle locale donc, et est investit dans le parcours de vie et de santé. Il y a donc une dépolitisation à l'échelle locale, mais un besoin de politisation au niveau régional pour que l'institution régionale vienne en soutien à l'ARS pour combler le manque de moyens.

⁸² MERIADE Laurent « Financement et territorialisation des établissements de santé français : une relation dissymétrique », *Revue d'économie financière*, vol. 132, no 4, 2018, pp. 198-200

Conclusion

En 2015, les médias, l'opinion publique, l'OCDE et les débats dans l'hémicycle, la focale est placée sur les hôpitaux dit « de proximité » et la peur d'une fermeture de ces derniers est importante. Le monde médical a une crainte plus profonde et qui dure depuis les années 1990 : le changement de leur organisation de travail. La sociologie du personnel médical est particulière et difficilement combinable avec le mode de gestion bureaucratique mis en place par les réformes du New Public Management des années 1990. La recherche depuis 30 ans de la rationalisation du management du personnel hospitalier passe par le contrôle des finances hospitalières. Le Plan Juppé de 1995 ne modifie pas l'enveloppe globale, mais met en place des ARH, Agences Régionales d'Hospitalisation, visant à contrôler l'application des politiques de santé nationales sur les territoires; la création de la T2A, Tarification à l'Activité en 2004 pousse les hôpitaux à orienter leur offre de soins vers de la rentabilité au lieu des besoins du territoire pour rester ouvert; et la Loi HPST, Hôpital, Patient, Santé et Territoire, de 2009 fini la réorganisation du maillage hospitalier avec la création d'ARS, Agences Régionales de Santé, tout en haut d'une organisation pyramidale, en totale opposition avec le management classique du personnel médical. Ces fermetures de services, en raison d'un manque d'activité décrété par les pouvoirs publics, en raison de réformes modifiant le mode de financement des hôpitaux publics ont eu pour conséquence une transformation du maillage hospitalier, afin de coupler l'offre de soins selon les besoins du territoire et les exigences ministérielles imposées par les ARS sur l'ensemble des hôpitaux français.

Ce mémoire avait pour ambition d'étudier le maillage hospitalier d'un département français et nuancer cette notion de fermeture. Pour ce faire, l'angle choisi est celui de la notion de territorialisation du maillage hospitalier et ses conséquences sur l'offre de soins d'un territoire, en s'interrogeant sur les logiques et les stratégies d'identification mises en place par divers acteurs pour identifier les besoins de santé et répondre au problème du remaillage hospitalier.

Il a fallu dans un premier temps comprendre et identifier les besoins du territoire étudié et déterminer les logiques développées par les professionnels pour palier les problèmes structurels du maillage hospitalier : faire plus avec moins de moyens. La démographie médicale est dénoncée comme étant un problème conjoncturel semblant insoluble, mais les interrogés prouvent que les stratégies informelles, typiques de la sociologie du personnel médical, permettent d'en résoudre une partie grâce aux praticiens hospitaliers essentiellement. Contrairement à ce qu'il a pu être dénoncé

dans la littérature grise et les médias, les acteurs du monde médical et du monde administratif hospitaliers collaborent régulièrement et ces deux mondes s'interpénètrent grâce à l'institutionnalisation de certains statuts, comme celui de Président de CME, Commission Médicale d'Etablissement, formant un binôme avec la Direction Générale de l'hôpital figuré dans le GHT formé par les 10 établissements du territoire étudié.

Les établissements de soins que sont les hôpitaux s'organisent en interne, mais aussi en externe au sein du GHT, pour optimiser le parcours-patient selon les exigences de l'ARS chargée d'appliquer les politiques nationales avec le moins d'appropriation possible par les hôpitaux. Les stratégies de co-directions et de collaboration avec le système de la T2A, Tarification à l'activité, permettent de mutualiser les moyens et d'institutionnaliser le maillage hospitalier. La conservation du maillage préexistant demande un travail de la part du binôme Direction Générale et Président de CME, autant à l'échelle de l'établissement que du GHT, pour répondre au mieux aux besoins du territoire, ici touché par les pathologies d'addictologie et cardio-vasculaires.

L'ARS est dite « faible » par les bilans du Ministère de la Santé, de l'IGAS et de certains médias, mais elle reste pilote de toute l'organisation du parcours-patient, et donc du maillage hospitalier. Elle a évincé les élus locaux et les a remplacé par le Conseil régional, afin de limiter l'appropriation des politiques nationales de santé au niveau local. La question d'une politisation ou d'une dépolitisation subsiste à l'échelle locale, puisqu'il faut dénouer les stratégies formelles des stratégies informelles menées par les nombreux acteurs dotés d'un pouvoir exécutif ou décisionnel d'un territoire. L'axe de la mutualisation pour l'optimisation est essentiel et représenté par le GHT, Groupement hospitalier de territoire, obligatoire depuis 2015 sur tout le territoire français, et lie les hôpitaux à l'ARS, qui laisse malgré tout une part de délégation en raison d'un manque de moyens. Cette délégation est faite aux technocrates du monde médical : les Directeurs/trices d'hôpitaux, qui sont chargés d'organiser leurs établissements selon les directives nationales dans le cadre du GHT, tout en ayant une marge de manœuvre. L'axe préventif est assuré par le Conseil régional, impliqué depuis 2015 par l'ARS dans les projets de développement du maillage de l'offre de soins par des soutiens financiers. Les élus locaux sont quant à eux en retrait depuis la loi HPST de 2009 qui a transformé leurs pouvoirs décisionnels du Conseil d'administration des hôpitaux en un Conseil de surveillance où ils ne sont plus de droit et où le Directoire prend la main sur l'ensemble des décisions.

Ce travail de mémoire se voulait principalement axé sur le maillage hospitalier et l'offre de soins des hôpitaux d'un territoire. L'organisation du parcours-patient, et des hôpitaux par

conséquent, étant soumise à de nombreuses réformes depuis les années 1990, il serait pertinent d'inclure le maillage complet de l'offre de soins avec la médecine libérale.

En effet, le maillage de l'offre de soins en France est incomplet s'il ne prend pas en compte les médecins libéraux, généralistes ou spécialistes, présents sur l'ensemble du territoire. Il serait pertinent de s'intéresser à la question de l'accès aux soins dans les déserts médicaux avec une focale sur le maillage de la médecine libérale dans ces zones désertées par la population et peu attractive, avec des besoins spécifiques et des typologies diverses. L'intérêt pourrait être de tenter de déterminer les stratégies institutionnalisées pour répondre aux besoins de santé des territoires désertés.

Bibliographie

Ouvrages généraux :

BEZES Philippe, *Réinventer l'Etat : les réformes de l'administration française (1962-2008)*, Presses universitaires de France, Paris, 2009

BLOOM Samuel W., *The World as Scalpel : a history of Medical Sociology*, Oxford University Press, 2002

DOUILLET Anne-Cécile, LEFEBVRE Rémi, *Sociologie politique du pouvoir local*. Armand Colin, 2017

HOLCMAN Robert, *Management hospitalier. Manuel de gouvernance et de droit hospitalier*,

JUVIEN Pierre-André, PIERRU Frédéric, VINCENT Fanny, *La casse du siècle : à propos des réformes de l'hôpital public*, Raisons d'agir, 2019

LAGROYE Jacques, « Les processus de politisation », *La politisation*, Belin, 2003

STINGRE Didier, *Le service public hospitalier* (6e édition mise à jour). Puf, 2016

Géographie de la santé :

FLEURET Sébastien et HOYEZ Anne-Cécile, *Santé et géographie, Nouveaux Regards*, Economica Anthropos, 2011

LEVY Jacques, FAUCHILLE Jean-Nicolas, POVOAS Ana, *Théorie de la justice spatiale, Géographie du juste et de l'injuste*, Odile Jacob, 2018

PARIZOT Isabelle, « 1. L'hôpital et les pauvres », dans : , *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, sous la direction de PARIZOT Isabelle. Paris, Presses Universitaires de France, « Le Lien social », 2003, p. 25-58

SAINT-ANDRE Jean-Paul, RICHARD Isabelle, « La crise de la démographie médicale : une illusion ? », *Esprit*, 2007/1 (Janvier), p. 65-75

Territorialisation de la santé :

ALAM Thomas et GURRUCHAGA Marion, *Collectivités, territoires et santé : Regards croisés sur les frontières de la santé*, L'Harmattan, 2015 p. 250-310

CLOSON Marie-Christine, MARCHAND Maurice, « Pour un développement durable de la santé », *Reflets et perspectives de la vie économique*, 2002/1 (Tome XLI), p. 65-74

DUMONT Gérard-François, « Vieillesse et territoires : une typologie essentielle », dans *Population & Avenir* 2013/1 (n°711), p 3, Editions Association Population & Avenir

GELLY Maud, MARIETTE Audrey, PITTI Laure, Santé critique, « Inégalités sociales et rapports de domination dans le champ de la santé », *Actes de la recherche en Sciences sociales* 2021/1 (n°236-237) pages 4 à 19, Editions Le Seuil

HOLCMAN Robert, « Le paradoxe hospitalier français. Trop d'hôpitaux tuent l'hôpital », *Le Débat*, vol.209, no. 2, 2020, pp. 37-44

MERIADE Laurent « Financement et territorialisation des établissements de santé français : une relation dissymétrique », *Revue d'économie financière*, vol. 132, no. 4, 2018, pp. 197-214

PIERRU Frédéric, « Agences Régionales de Santé : Mission impossible », Institut national du service public | *Revue française d'administration publique* 2020/2 N° 174 | pages 385 à 403

ROLLAND Christine, PIERRU Frédéric, « Les Agences Régionales de Santé deux ans après : une autonomie de façade », dans *Santé Publique* 2013/4 (VOL. 25), pages 411 à 419, Editions S.F.S.P

Politisation de la santé ? :

BUTTON François, PIERRU Frédéric, « Les dépolitisations de la santé », Presses de Sciences Po, *Les Tribunes de la santé*, 2012/1, n°34, p. 51 à 70

CLAVIER Carole, « Les élus locaux et la santé : des enjeux politiques territoriaux. » In: *Sciences sociales etsanté*. Volume 27, n°2, 2009. pp. 47-74. DOI : <https://doi.org/10.3406/sosan.2009.1920>

MAS Bertrand, PIERRU Frédéric, SMOLSKI Nicole, TORRIELLI Richard, *L'hôpital en réanimation*, Editions ducroquant, collection savoir/agir, 2011

PIERRU Frédéric, « Le mandarin, le gestionnaire et le consultant : le tournant néolibéral de la politique hospitalière », dans *Actes de la recherche en Sciences sociales*, 2012/4 (n° 194)

PIERRU Frédéric, « 5. Le « système de santé » français ou la réforme par la crise », dans : Olivier Giraud éd., *Politiques sociales : l'état des savoirs*. Paris, La Découverte, « Recherches », 2022, p. 79-96

PITTI Laure et MARIETTE Audrey, « Crise sanitaire en territoires urbains populaires ; relégations, discriminations, contestations », *Mouvements* 2021/1 n°105, pages 68 à 77, éditions La Découverte

Gestion interne des établissements : mutabilité

BURNEL Philippe, « L'impact de la T2A sur la gestion des établissements publics de santé », *Journal de gestion et d'économie médicales* 2017/2 (Vol. 35), pages 67 à 79, Editions ESKA

PENEFF Jean, *L'Hôpital en urgence : étude par observation participante*, Editions Métairie, Paris, 1992

PIERRU Frédéric, « Les professionnels de santé à l'épreuve de la gouvernance d'entreprise », *Enfance & Psy* 2009/2 (n°43), pages 99 à 105, Editions Erès

PIERRU Frédéric, « Introduction : L'administration hospitalière, entre pandémie virale et épidémie de réformes », *Revue française d'administration publique*, 2020/2 n°174, pages 301 à 315, Editions Institut National du service public

POLTON Dominique, « La pertinence : trop ou trop peu de soins ? », *Revue française des Affaires sociales* 2019/3, pages 139 à 148, Editions La Documentation Française

VEZINAT Nadège, « La fédération des maisons pluri-professionnelles de santé comme groupe d'intérêt : représentativité, construction de discours et lobbying », *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 2019/1 n°1, pages 11 à 31, Editions ESKA

Témoignages :

DOMIN Jean-Paul, « Pour une histoire des réformes hospitalières », entretien avec Jean-Marie Clément, dans *Revue d'Histoire de la protection sociale*, 2009/1 (n°2), pages 103 à 117, Editions Comité d'histoire de la Sécurité sociale

PIERRU Frédéric, « Les transformations de l'administrations hospitalière », entretien avec Edouard Couty, dans *Revue Française d'Administration publique*, 2020/2 (n°174), pages 351 à 362, Editions Institut National du service public

PIERRU Frédéric, « La tarification à l'activité (T2A) à la française, entretien avec Brigitte Dormont, *Revue Française d'administration publique*, 2020/2 n°174, pages 487 à 497, Editions Institut National du service public

Rapports officiels :

Rapports de l'OCDE 2015 ; OCDE (2015), *Études économiques de l'OCDE : France 2015*, Éditions OCDE, Paris. [hDp://dx.doi.org/10.1787/eco_surveys-fra-2015-fr](https://dx.doi.org/10.1787/eco_surveys-fra-2015-fr) p. 13

Rapport de l'IGAS : Bilan d'étapes des groupements hospitaliers de territoire (GHT) Tome 1 IGAS
(Inspection générale des affaires sociales) : <https://www.igas.gouv.fr/Bilan-d-etape-des-groupements-hospitaliers-de-territoire-GHT.html>

Sitiographie :

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

<https://www.fhf.fr/>

<https://www.insee.fr/fr/accueil>

<https://sante.gouv.fr/>

<https://www.vie-publique.fr/>

Annexes

Annexe n°1 : Tableau des entretiens :

Entre janvier et mars 2023, j'ai réalisé huit entretiens avec des acteurs impliqués dans le maillage hospitalier du territoire étudié jusque'à l'échelle régionale, le tableau ci-dessous résume ces entretiens :

Catégorie	Fonction	Date	Lieux, type et durée
Directeur/trice d'hôpital (DH)	Directeur Adjoint du CH D	25 janvier 2023	Visio-conférence 1h18
	Directeur des Affaires générales, de la sécurité, des services techniques et de la communication du CH A	7 février 2023	Salle de réunion de la Direction générale du CH A 1h35
	Directrice générale du CHU AP	8 février 2023	Bureau personnel 52 min
Elu/e	Elue municipale déléguée à la santé	3 février 2023	Bureau personnel à la Mairie de la ville de A 58 min
	Vice-présidente du Conseil régional déléguée à la santé	10 mars 2023	Salle du Conseil de la Mairie dont elle est maire 54 min
Président de CME et Praticien hospitalier (PCME/PH)	Président de la CME du CH A	3 février 2023	Bureau du Président de la CME du CH A 1h17
	Représentant des Présidents de CME de la région du territoire étudié, membre de la Commission nationale des représentants de CME, Praticien hospitalier urgentiste, chef de services des urgences	23 février 2023	Visio-conférence 1h20
Représentant régional et médecin	Vice-président élu à l'URPS de la région du territoire étudié et Médecin généraliste	31 mars 2023	Café dans le Centre de Lille 1h15

Annexe 1.1 : Tableau de présentation des personnes interrogées :

Catégorie d'acteurs et fonction		Origine sociale				Formation et parcours professionnel, engagement	
Catégorie	Fonction	Âge	Niveau de diplôme	Lieu d'origine	Profession des parents	Etudes suivies	Expérience professionnelle
DH	Directeur adjoint CH D	38 ans	Bac +5	Valenciennes (59)	Conducteur à la SNCF et Gestionnaire de stocks dans la métallurgie	1 an d'Hypocagne puis 4 ans à l'IEP de Rennes Concours externe 2008	15 ans, 8 ans en tant que Directeur adjoint au CH D
DH	Directeur Affaires générales CH A	56 ans	Bac +5	Orléans (45)	Ingénieur et Cadre administrative à l'ONI (Office national interprofessionnel des céréales)	Professeur de Philosophie et en Prépa Science Po Concours interne de l'EHESP en 2013	4 ans au CHR Metz-Thionville en tant que Directeur des Affaires médicales et de la recherche et 4 ans Directeur des Affaires générales du CH A
DH	Directrice générale CHU AP	67 ans	Bac +5	Aveyron (12)	Conducteur à la SNCF et mère au foyer	Maîtrise de Mathématiques et Concours externe en 1982	5 cheffes d'établissement et d'autres en intérim et Directrice du CHU AP depuis 2015
Elue	Elue municipale déléguée à la santé	X (+70)	Bac	Nort-sur-Erdre (44)	Gendarme et mère au foyer	Baccalauréat, formation en alternance à la Chambre de Commerce et d'Industrie hôtelière	Restauratrice avec son époux pendant 30 ans, élue municipale de 2002 à 2008 et de 2020 à aujourd'hui

Catégorie d'acteurs et fonction		Origine sociale			Formation et parcours professionnel, engagement		
Elue	Vice-présidente du Conseil régional déléguée à la santé	52 ans	Bac +5	Croix (59)	Entrepreneurs et grossistes	Maîtrise de Science politique à Amiens, DEA Science Po, DESS Science administrative	Enseignante pendant 118 ans à l'UPJV, Conseillère municipale depuis 2008, maire depuis 2014 (2e mandat), Vice-présidente de la métropole, Vice-présidente au Conseil régionale depuis 2021
PCME/PH	Président de la CME du CH A	57 ans	Bac +8	Chrine (Liban)	Géologue dans les Pays du Golfe et mère au foyer	Cursus de médecine en France pendant 6 ans, spécialité médecine de catastrophe, urgentiste, pendant 2 ans et concours PH en 2003	Médecin urgentiste, légiste, SMUR et PH depuis 2003, chef de services des urgences depuis 2003, Président de la CME du CH A depuis 2015 (2e mandat), Président du Collège médical du GHT SLS pendant 3 ans et vice-président

Categorie d'acteurs et fonction		Origine sociale			Formation et parcours professionnel, engagement		
Représentant régional/médecin	Représentant régional des Présidents de CME, PH	45 ans	Bac +8	Arras (62)	Professeur de Mathématiques et Professeur de Physique	Médecin gériatre diplômé en 2008 à l'Université de Lille, Praticien hospitalier depuis 2008	Chef de service des urgences depuis 2009, Président de la CME de l'hôpital dans lequel il est depuis 2015, élu au même moment représentant régional et intégré membre de la Commission nationale des représentants des PCME
Représentant régional/médecin	Vice-président régional URPS et généraliste	43 ans	Bac +8	Roubaix (59)	Médecin généraliste et infirmière	Médecin généraliste depuis 2008 dans une Maison médicale dans le Nord	1 an et demi de remplacement dans une Maison médicale pluridisciplinaire, remplacement en 2008 à 2010 dans le cabinet de son père (Maison médicale également) et rachat de la patientèle en 2010

Annexe 1.2 : Grilles d'entretien par ordre chronologique (1 à 8)

Entretien semi-guidé avec un directeur de Centre hospitalier

I. Présentation

Nom

Prénom

Age

Formation

Ville d'origine

Durée de chefferie d'établissement

II. Rapport au travail/emploi/position

Comment êtes-vous devenu directeur d'un Centre hospitalier ?

Comment êtes-vous arrivé au Centre hospitalier de D [REDACTED] ?

Le Centre hospitalier de D [REDACTED] était-il votre première chefferie d'établissement ?

Comment se déroule la gestion d'un établissement de moyenne/petite taille comme le Centre hospitalier de D [REDACTED] ?

Pourquoi êtes-vous parti ? (Chefferie 4 ans renouvelable 1 fois)

Quelles sont les difficultés principales rencontrées dans ce Centre hospitalier en particulier ?

Aviez-vous une place particulière au sein du Centre hospitalier en tant que Directeur adjoint (La directrice du CHU d' [REDACTED] étant la Directrice générale) ?

Quelle est votre vision du maillage hospitalier idéal ?

Pensez-vous que la santé est politique ? Devrait/doit - elle être un sujet politique ?

Pouvez-vous me parler du financement des hôpitaux en France ?

III. Rapport aux institutions/hiérarchie

Comment décrieriez-vous le maillage hospitalier de la S [REDACTED] ? (Ressources humaines/financières, nombre d'établissements)

Pensez-vous qu'il faudrait ajouter plus de CH doté d'un plateau technique ? [REDACTED]

Que pensez-vous de la centralisation des moyens autour du CHU d' [REDACTED] ?

Avez-vous déjà été contraint à certains choix ou prise de position allant contre vos valeurs ou inspirations pour le CH ? (Directoire/ARS/Conseil de surveillance)

Que pensez-vous du fait que le maire est usuellement le président du conseil de surveillance ? Trouvez-vous cela pertinent ?

Pensez-vous que les politiques de santé devraient être pilotées par les élus délégués à la santé et aux ARS conjointement ? Ou doivent-elles être développées par les 2 en parallèle ?

Que pensez-vous des regroupements de centre hospitalier comme les GHT (Groupement Hospitalier de territoire) ? Sont-ils bénéfiques pour le parcours de soins des patients ? [REDACTED]

IV. Rapport au projet d'établissement

Quelles étaient vos aspirations/projets pour le Centre hospitalier de D [REDACTED] ?

Avez-vous pu réaliser l'ensemble du projet d'établissement au cours de votre chefferie ?

Qu'aimeriez-vous améliorer dans la gestion de l'établissement, mais qui n'est pas de votre ressort (celui de l'ARS plutôt) ?

Que pensez-vous du maillage hospitalier actuel dans la S [REDACTED] ? Qu'amélioreriez-vous si cela était possible ?

Que pensez-vous des partenariats publics/privés ? En avez-vous un au sein du CH de D [REDACTED] ?

V. Communication

Grille d'entretien 1

Directeur CH Doullens

Quels sont vos rapports avec les élus (maire et élu délégué à la santé) de la ville de D [REDACTED] ?

Vous entretenez-vous régulièrement avec la maire de la ville de D [REDACTED] où se situe le Centre hospitalier ?

Quels sont vos rapports avec les chefs de service ? Ont ils des requêtes particulières au regard de la situation du Centre Hospitalier (plus de moyens humains/financiers/ techniques) ?

Pensez-vous que les élus prennent en main la question de la santé dans la ville de D [REDACTED] ?

Auriez-vous aimé mettre en place un partenariat avec la mairie et les élus afin d'optimiser les projets de santé publique ?

La communauté de commune à laquelle appartient D [REDACTED] est-elle en contact avec vous pour développer des politiques de santé ?

La mairie de D [REDACTED] est-elle en contact avec vous ou l'établissement pour le développement de politiques de santé locale ? La réalisation d'enquêtes ?

Entretien semi-guidé avec une élue locale (Madame

I. Présentation

Nom

Prénom

Age

Formation

Ville d'origine

II. Rapport au travail/emploi/position

Comment avez-vous intégré la liste de Monsieur

Comment êtes vous devenue élue déléguée à la santé ?

Est-ce votre premier mandat ? Si non, avez-vous occupé d'autre délégation ?

Quelles sont vos valeurs en tant qu'élue déléguée à la santé ?

Quelles sont vos aspirations/projets pour la médecine de ville, le Centre hospitalier d' et la santé des habitants ?

Que pensez-vous de l'emplacement actuel du Centre hospitalier ? Je sais que l'hôpital a acheté un terrain proche de la Clinique et que l'ancien maire (Monsieur) a, lors du Conseil de surveillance, choisi que l'emplacement resterait en centre-ville

Quelles sont vos missions ?

Pour vous la santé est elle politique ?

III. Rapport aux institutions/hiérarchie

Participez-vous à la communauté de commune de la ?

Grille d'entretien

Elue locale [REDACTED]

Participez-vous au conseil départemental en tant qu'élue de la commune d' [REDACTED] ?

Participez-vous au conseil régional ?

Etes-vous en contact avec d'autres élus délégués à la santé de la communauté de commune de la [REDACTED] ou du département de la S [REDACTED] ? (Ou d'autres communautés de communes : [REDACTED] [REDACTED], etc.)

Avez-vous un contact facilité avec le député de la S [REDACTED] Monsieur [REDACTED] au regard de certains de vos projets (ou les siens) ?

Avez-vous un contact privilégié avec les sénateurs élus de la S [REDACTED] (Monsieur [REDACTED] et Monsieur [REDACTED]) ?

Avez-vous des contacts réguliers avec l'ARS (délégation de la S [REDACTED] et [REDACTED] [REDACTED]) ?

Avez-vous des devoirs/consignes via l'ARS ?

IV. Rapport à la ligne directrice de la mairie

Qui devez-vous consulter lors de la construction de vos projets ?

Avez-vous une équipe avec laquelle vous allez sur le terrain, réalisez des enquêtes ou des audits ?

Devez-vous faire valider toutes vos décisions par le maire ? Ou par la directrice du service Santé (Madame [REDACTED]) ?

Avez-vous discuté en amont de votre prise de délégation des projets que Monsieur [REDACTED] [REDACTED] et vous aviez pour la ville en termes de politiques de santé ?

Entretenez-vous un lien avec le Centre hospitalier d' [REDACTED] ? (Participation à des projets, politiques de santé publique en partenariat, etc.)

Avec la clinique [REDACTED] ?

Quelle place devrait avoir la santé dans les politiques de la mairie selon vous ?

Quelles politiques de santé avez-vous continuées/élaborées depuis le début de votre mandat ?

Grille d'entretien

Elue locale A 

La santé doit-elle être prioritaire dans les questions d'aménagement du territoire ?
(Transport en commun desservant l'hôpital/la clinique; affichages de prévention, développement d'activités de soins, de la médecine de ville (maison de santé), etc.)

Entretien avec un praticien hospitalier chef de service et président du Conseil médical d'établissement/Conseil technique d'établissement

I. Présentation :

Nom et prénom	
Date de naissance	
Ville d'origine	
Professions des parents	
Profession du/de la conjoint.e	
Nombre d'années en tant que chef de service	
Nombre d'années de pratiques	
Nombre d'années en tant que président du CME/ CTE	
Formation	

II. Rapport au travail/position

Position de chef de service :

Comment êtes-vous devenu praticien hospitalier au CH de [REDACTED] ?

Comment êtes-vous devenu chef de service des urgences ?

Quelles sont vos missions en tant que chef de service ? Vos responsabilités ? Votre marge de manoeuvre/poids dans les prises de décisions dans l'ensemble de l'hôpital ?

Quelles sont les difficultés que vous rencontrez en tant que chef de service ?

Position de président du CME/CTE :

Comment êtes-vous devenu président du CME/CTE ? Qu'est-ce qui vous a donné envie de vous engager ?

Pensez-vous faire un travail de représentation des praticiens hospitalier ? De l'hôpital ? Plus largement des valeurs du service public en tant que chef de service et président du CME/CTE ? A l'extérieur de l'établissement ou en interne lors du CME/CTE ou du Directoire ?

Cette double casquette de chef de service et de président du CME/CTE est-elle divisible ? Combien de temps consacrez-vous en moyenne à votre activité de président et à votre activité de chef de service ?

Quelles sont les difficultés que vous rencontrez en tant que président du CME/CTE ?

III. Rapport à la hiérarchie :

Dans quel cadre se déroulent vos échanges avec la direction administrative ?

Etes-vous intégré dans la réalisation du projet d'établissement (tous les 5 ans) ?

Que pensez-vous des groupements de centres hospitaliers comme les GHT ? Dans la régulation de la patientèle et l'organisation du maillage ?

Que pensez-vous des ARS ?

Que pensez-vous de l'augmentation des recours à des institutions privées dans le service public ? (Audits, GIE, consultants)

Que pensez-vous du pilotage des politiques locales de santé par l'ARS, le GHT, le Conseil de surveillance, le Directoire et le CTE/CME ?

Avez-vous déjà été contraint à certains choix ou prise de position allant contre vos valeurs ou aspirations pour votre service ou l'hôpital ?

Comment décririez-vous le maillage hospitalier de la  ? (CARTE)

Que pensez-vous de la centralisation vers des ressources vers les GHT référents ?

IV. Rapport à l'hôpital public et l'Etat :

Quelle est votre vision du maillage hospitalier idéal ?

Selon vous, le maillage départemental permet-il de répondre au besoin du territoire de la  ?

Que pouvez-vous me dire du financement des hôpitaux en France ?

Que pensez-vous du terme « hôpital-entreprise » utilisé par certains chercheurs et médias ?

En 2015, l'OCDE a recommandé la fermeture des hôpitaux de proximité, qu'en pensez-vous ?

Que pensez-vous des partenariats publics/privés ? (GIE)

Que pensez-vous de la pratique libérale au sein des établissements de santé publics ?

V. Rapport à la politique :

Etes-vous engagé politiquement ?

Avez-vous un poste d'élu dans la commune de , le Conseil départemental ou régional ?

Etes-vous bénévole ou engagé dans l'associatif ?

Vous vous êtes présenté aux dernières élections municipales en 2020, avez-vous des convictions particulières dans l'aménagement des territoires notamment en termes de maillage de santé ?

Aimeriez-vous une collaboration entre l'hôpital et la mairie pour mettre en place des politiques de santé locale ?

Pensez-vous que les élus prennent en main la question de la santé dans la ville de [REDACTED] ? Dans la [REDACTED] ?

Pensez-vous que la santé est politique ? Doit-elle l'être ?

Que pensez-vous de l'implication de l'état dans les décisions qui concernent les hôpitaux publics ?

Entretien semi-guidé avec un directeur de Centre hospitalier

I. Présentation

Nom

Prénom

Age

Formation

Ville d'origine

Professions des parents

Durée de chefferie d'établissement

II. Rapport au travail/emploi/position

Comment êtes vous devenu directeur adjoint d'un Centre hospitalier ?

Comment êtes-vous arrivé au Centre hospitalier d' [REDACTED] ?

Le Centre hospitalier d' [REDACTED] est-il votre premier lieu d'affectation ?

Quels sont les enjeux dans la Direction d'un Centre hospitalier comme celui d' [REDACTED] ?

Quelles sont les difficultés principales rencontrées dans ce Centre hospitalier en particulier ?

Aviez-vous une place particulière au sein du Centre hospitalier en tant que Directeur adjoint (La directrice du CHU d' [REDACTED] étant la Directrice générale) ?

Que pouvez-vous me dire du financement des hôpitaux en France ? Et de celui du CH d' [REDACTED] ?

Que pensez-vous du terme « hôpital-entreprise » utilisé par certains chercheurs et médias ?

III. Rapport au projet d'établissement

Quelles sont vos aspirations/projets pour le Centre hospitalier d'  ?

Comment avez-vous établie le projet d'établissement ? Avez-vous des projets que vous souhaitez/estimez impératifs pour l'établissement ?

Qu'aimeriez-vous améliorer dans la gestion de l'établissement, mais qui n'est pas de votre ressort (celui de l'ARS plutôt) ?

Selon vous, le CH d'  permet-il de répondre au besoin du territoire ?

Quels sont vos rapports avec les chefs de service ? Ont ils des requêtes particulières au regard de la situation du Centre Hospitalier (plus de moyens humains/financiers/techniques) ?

Comment gérez-vous ces demandes ?

Comment prenez-vous la décision de répartition des fonds issus de la T2A ? À l'occasion du CME ? Sur un principe de besoins de développement des services ? D'égalité entre les services ?

IV. Rapport aux institutions/hiérarchie

Que pensez-vous des regroupements de centres hospitaliers en GHT (Groupement Hospitalier de territoire) ? Quels sont les conséquences sur l'organisation du maillage hospitalier du territoire ? Sont-ils bénéfiques pour le parcours de soins des patients ?

Que pensez-vous du pilotage des politiques locales de santé par l'ARS, le Conseil départemental pour les EHPAD, le conseil régional, le conseil de surveillance, le CTE/CME ?

Avez-vous déjà été contrainte à certains choix ou prise de position allant contre vos valeurs ou inspirations pour le CHU ?

Relance : De part le suivi du projet d'établissement déjà en place, les consignes de l'ARS, du Ministère de la Santé, le CME/CTE, protestations syndicales, etc.

Que pensez-vous des partenariats publics/privés ? En avez-vous un au sein du CH d'  ?

Quels sont vos rapports avec la clinique  ?

Quels sont vos rapports avec les élus locaux ? (La figure du maire en particulier)

Devez-vous souvent négocier avec les élus locaux, de par votre position de directeur des Affaires générales/techniques/sécurité/communication, pour réaliser vos missions ?

Que pensez-vous du maillage hospitalier actuel dans la [REDACTED] ?(CARTE)

Relance : département compte 550 000 habitants et subit une désertification importante avec une concentration autour de l'ouest ([REDACTED] et ses 130 000 habitants) et de l'est ([REDACTED] 30 000 habitants)

Que pensez-vous de la centralisation des moyens autour du CHU d' [REDACTED] ?

Avez-vous déjà été contraint à certains choix ou prise de position allant contre vos valeurs ou inspirations pour le CH ? (Directoire/ARS/Conseil de surveillance)

Que pensez-vous du pilotage des politiques locales de santé/hospitalières ?

V. Communication

Quels sont vos contacts avec la maire de la ville d' [REDACTED] ?

Relance : Régulièrement, ponctuellement, uniquement à l'occasion de cas de forces majeurs, Conseil de surveillance ou autre.

Pensez-vous que les élus prennent en main la question de la santé dans la ville d' [REDACTED] ? (L'élue déléguée à la Santé [REDACTED])

Aimeriez-vous mettre en place un partenariat avec la mairie et les élus afin d'optimiser les projets de santé publique, notamment ceux de prévention ?

La communauté de commune de [REDACTED] à laquelle appartient [REDACTED] est-elle en contact avec vous pour développer des politiques de santé ?

Pensez-vous que la santé est politique ? Devrait/doit - elle être un sujet politique ?

Entretien semi-guidé avec une directrice de Centre hospitalier universitaire

I. Présentation

Nom

Prénom

Date de naissance

Ville d'origine

Profession des parents

Durée de chefferie d'établissement

Formation

II. Rapport au travail/emploi/position

Comment êtes vous devenue directrice d'un Centre hospitalier ?

Comment êtes vous arrivée au CHU d [REDACTED] ? Il y a combien de temps ?

Le CHU d [REDACTED] est-il votre première chefferie d'établissement ?

Quels sont les enjeux dans la Direction d'un Centre hospitalier universitaire tel que celui d [REDACTED] ?

Quelles sont les difficultés principales rencontrées dans ce CHU en particulier ?

Quelles sont vos missions en tant que Directrice Générale de plusieurs établissements en plus de celui d [REDACTED] (CH de D [REDACTED] par exemple) ?

Selon vous, le maillage départemental permet-il de répondre au besoin du territoire de la S [REDACTED] ? Est-ce que le CHU d [REDACTED] a une place spécifique dans le département en tant qu'établissement de référence du GHT (missions, responsabilités) ?

Que pouvez-vous me dire du financement des hôpitaux en France ?

Que pensez-vous du terme « hôpital-entreprise » utilisé par certains chercheurs et médias ?

III. Rapport au projet d'établissement

Quelles sont vos aspirations/projets pour le CHU ?

Comment avez-vous établi le projet d'établissement ? Avez-vous des projets que vous souhaitez/estimez impératifs pour l'établissement ?

Que pensez-vous du maillage hospitalier actuel dans la S [REDACTED] ? Dans la mesure où le département comporte 550 000 habitants et subit une désertification importante avec une concentration autour de l'ouest ([REDACTED] et ses 130 000 habitants) et de l'est ([REDACTED] 30 000 habitants)

Que pensez-vous des partenariats publics/privés ? En avez-vous un au sein du CHU ?

Quels sont vos rapports avec les chefs de service ? Ont ils des requêtes particulières au regard de la situation du Centre Hospitalier (plus de moyens humains/financiers/techniques) ?

Comment gérez-vous ces demandes ?

Comment prenez-vous la décision de répartition des fonds issus de la T2A ? À l'occasion du CME ? Sur un principe de besoins de développement des services ? D'égalité entre les services ?

IV. Rapport aux institutions/hiérarchie

Que pensez-vous des regroupements de centre hospitalier comme les GHT (Groupement Hospitalier de territoire) ? Sont-ils bénéfiques pour le parcours de soins des patients ? Facilitent-ils l'organisation du maillage hospitalier du territoire ?

Que pensez-vous du pilotage des politiques locales de santé par l'ARS, le Conseil départemental pour les EHPAD, le conseil régional, le conseil de surveillance, le CTE/CME ?

Avez-vous déjà été contrainte à certains choix ou prise de position allant contre vos valeurs ou inspirations pour le CHU ? De part le suivi du projet d'établissement déjà en place, les consignes de l'ARS, du Ministère de la Santé, le CME/CTE, protestations syndicales, etc.

Comment décrieriez-vous le maillage hospitalier de la S [REDACTED] ? (Ressources humaines/financières, nombre d'établissements) (CARTE)

Que pensez-vous de la tendance à la concentration des ressources techniques vers les GHT référents ? (Ex : flotte d'hélicoptères) Pensez-vous que cela influence les parcours de soins des patients ?

Quels sont vos rapports avec la polyclinique [REDACTED] ?

Que pensez-vous de la concurrence mimée par la T2A entre l'hôpital public et les clinique ?

Quels sont vos rapports avec les élus locaux ? (La figure du maire en particulier)

Devez-vous souvent négocier avec les élus locaux, de par votre position centrale, pour réaliser vos missions ?

V. Communication

Vous entretenez-vous régulièrement avec la maire de la ville d [REDACTED] ? Régulièrement, ponctuellement, uniquement à l'occasion de cas de forces majeurs, Conseil de surveillance ou autre.

Pensez-vous que les élus prennent en main la question de la santé dans la ville d [REDACTED] ? (L'élu [REDACTED] Se adjoint au maire délégué à la Nature en ville, la Santé, la Transition écologique et la promotion du vélo)

Aimeriez-vous mettre en place un partenariat avec la mairie et les élus afin d'optimiser les projets de santé publique, notamment ceux de prévention ?

L'intercommunalité à laquelle appartient [REDACTED] est-elle en contact avec vous pour développer des politiques de santé à grande échelle ?

La mairie d [REDACTED] est-elle en contact avec vous ou l'établissement pour le développement de politiques de santé locale ? La réalisation d'enquêtes ?

Pensez-vous que la santé est politique ? Devrait/doit - elle être un sujet politique ? Pour préciser, pensez-vous que l'Etat est plus impliqué dans les décisions qui concernent les hôpitaux publics ou au contraire s'en détache-t-il par le relais aux ARS ?

Entretien représentant des Présidents de CME des

I. Présentation :

Nom et prénom

Date de naissance

Ville d'origine

Professions des parents

Profession du/de la conjoint.e

Nombre d'années en tant que chef de service

Nombre d'années de pratiques

Nombre d'années en tant que président du CME/ CTE

Formation

II. Rapport au travail/position

Position de président du CME/CTE :

Comment êtes-vous devenu président du CME/CTE ? Qu'est-ce qui vous a donné envie de vous engager ?

Pensez-vous faire un travail de représentation des praticiens hospitalier ? De l'hôpital ? Plus largement des valeurs du service public en tant que chef de service et président du CME/CTE ? A l'extérieur de l'établissement ou en interne lors du CME/CTE ou du Directoire ?

Quelles sont vos missions ? Vos responsabilités ? Votre marge de manoeuvre/poids dans les prises de décisions dans l'ensemble de l'hôpital ?

Quelles sont les difficultés que vous rencontrez en tant que président du CME/CTE ?

Quel est votre rôle et vos missions en tant que représentant des Présidents de CME des  ?

III. Rapport à la hiérarchie :

Dans quel cadre se déroulent vos échanges avec l'ARS? Etes-vous intégré dans la réalisation du projet Médical partagée ?

Que pensez-vous des groupements de centres hospitaliers comme les GHT ? Dans la régulation de la patientèle et l'organisation du maillage ?

Que pensez-vous des ARS ?

Que pensez-vous de l'augmentation des recours à des institutions privées dans le service public ?
(Audits, GIE, consultants)

Avez-vous déjà été contraint à certains choix ou prise de position allant contre vos valeurs ou aspirations pour votre service ou l'hôpital ? pas de pouvoir décisionnel

Comment décririez-vous le maillage hospitalier des  ? (CARTE)

Que pensez-vous de la centralisation vers des ressources vers les GHT référents ?

IV. Rapport à l'hôpital public et l'Etat :

Quelle est votre vision du maillage hospitalier idéal ?

Selon vous, le maillage régional permet-il de répondre au besoin du territoire ?

Que pouvez-vous me dire du financement des hôpitaux en France ?

Que pensez-vous du terme « hôpital-entreprise » utilisé par certains chercheurs et médias ?

En 2015, l'OCDE a recommandé la fermeture des hôpitaux de proximité, qu'en pensez-vous ?

Que pensez-vous des partenariats publics/privés ? (GIE)

Que pensez-vous de la pratique libérale au sein des établissements de santé publics ?

V. Rapport à la politique :

Etes-vous engagé politiquement ?

Etes-vous syndiqué ?

Aimeriez-vous une collaboration plus étroite entre les professionnels de santé, les directeurs administratifs et les politiques ?

Pensez-vous que les élus prennent en main la question de la santé dans la région des .

Pensez-vous que la santé est politique ? Doit-elle l'être ?

Que pensez-vous de l'implication de l'état dans les décisions qui concernent les hôpitaux publics ?

Entretien semi-guidé avec élue régionale de la Santé

I. Présentation

Nom/prénom	
Age	
Ville d'origine	
Nb de mandats	
Formation professionnelle	
Professions des parents	
Profession du conjoint/de la conjointe	

II. Rapport au travail/emploi/position

Comment êtes vous arrivées au Conseil régional ?

Quelle y est votre position exactement ?

Comment avez-vous été affecté au sujet de la santé ?

Vous retrouvez-vous dans les missions relatives à la santé ?

Quelles sont vos missions ?

Quelles sont vos aspirations ?

Pour vous la santé est-elle politique ?

III. Rapport aux institutions/hiérarchie

Participez-vous à l'intercommunalité d' [REDACTED] ?

Participez-vous au Conseil départemental ?

Quels contacts avez-vous avec les élus et les institutions sur les questions de santé ?

Avec le député de la [REDACTED] ?

Avec les sénateurs de la [REDACTED] Monsieur [REDACTED] et Monsieur [REDACTED] ?

Avec le président de la région [REDACTED] Monsieur [REDACTED] ?

Avez-vous des devoirs vis-à-vis de l'ARS ?

IV. Rapport à la ligne directrice de la présidence de la Région [REDACTED]

Qui devez-vous consulter lors de la construction de vos projets ?

Avez-vous une équipe avec laquelle vous allez sur le terrain, réalisez des enquêtes ou des audits ?

Devez-vous faire valider vos décisions/projets par [REDACTED] ? Ou vos pairs au Conseil régional ?

Quelle place devrait avoir la santé dans les politiques de la région selon vous ?

Quelle place la santé devrait-elle avoir dans les questions d'aménagement du territoire ?

Comment décririez-vous le maillage hospitalier de la [REDACTED] ? Pensez-vous qu'il réponde aux besoins de la population ?

En 2015, l'OCDE a recommandé la fermeture des hôpitaux de proximité, qu'en pensez-vous ?

Que pensez-vous du terme « hôpital-entreprise » ?

Entretien représentant Généraliste à l'URPS

I. Présentation :

Nom et prénom

Date de naissance

Ville d'origine

Professions des parents

Profession du/de la conjoint.e

Nombre d'années en tant que médecin libéral

Nombre d'années en tant que Vice-président URPS

Formation

II. Rapport au travail/position

Comment êtes-vous devenu médecin généraliste à la Maison médicale de  ?

Comment êtes-vous devenu vice-président de l'Union Régionale des Professionnels de Santé des Médecins des  ?

Quelles sont les difficultés que vous rencontrez en tant que médecin généraliste ? Faites-vous des gardes ? Vous déplacez vous chez vos patients ? Quels sont vos missions ?

Quels sont vos missions en tant que vice-président à l'URPS ? Les difficultés ?

II. Rapport à la politique

Êtes-vous engagé politiquement ? Dans l'associatif ?

Êtes-vous syndiqué ? (UFML syndicat)

Que pensez-vous des cliniques privées ?

Que pouvez-vous me dire de la démographie médicale ? De la désertification ? (Liberté d'installation)

Pensez-vous que la santé doit-être politique ?

Quels sont les conséquences de ce qui est dit comme « la casse de l'hôpital public » sur votre profession ?

Pestez-vous que les élus locaux et régionaux prennent en main la question de la santé ?

III. Rapport au maillage de santé et l'offre de soins :

Quel est votre vision du maillage idéal ?

Selon vous, le maillage actuel permet-il de répondre aux besoins de la région  ?

Que pouvez-vous me dire du financement de la santé et des soins en France ?

En 2015, l'OCDE a recommandé la fermeture des hôpitaux de proximité, qu'en pensez-vous ?

Que pensez-vous du terme « hôpital-entreprise » utilisé par certains chercheurs et médias ?

Depuis la loi HPST de 2009, votre profession a-t-elle été impactée ?

Pouvez-vous m'expliquer la tarification à l'acte ?

Que pensez-vous des ARS ?

Que pensez-vous de la pratique libérale au sein des établissements de santé publics ?

Pouvez-vous m'expliquer le terme « démocratie sanitaire tripartite » ?

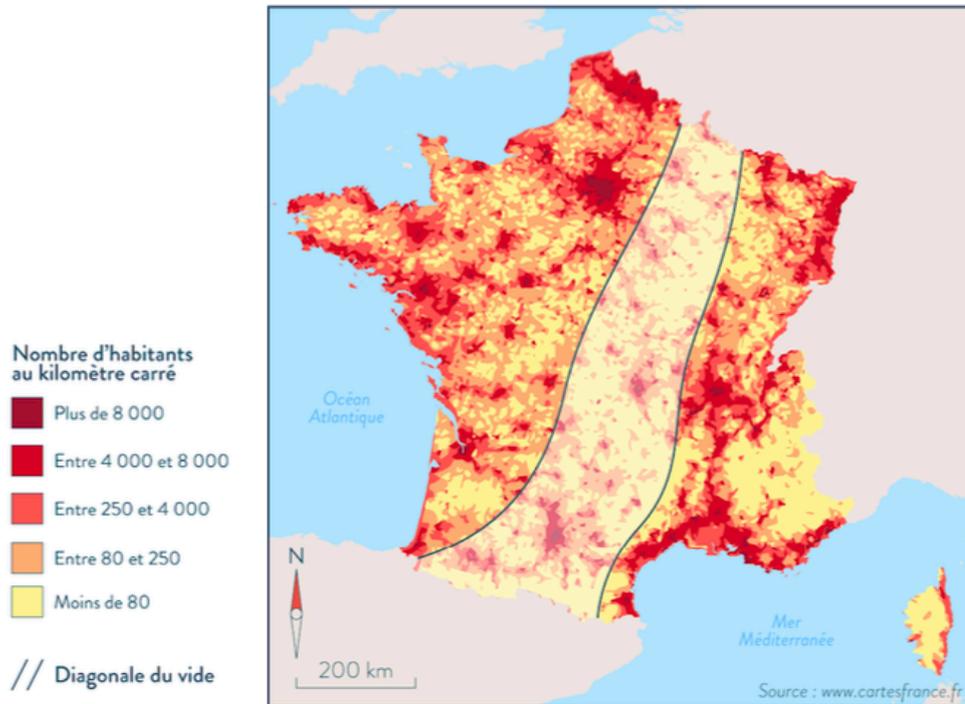
Pensez-vous qu'il y a des actes médicaux inutiles ?

Relance : est-il possible de prouver qu'un acte est inutile ?

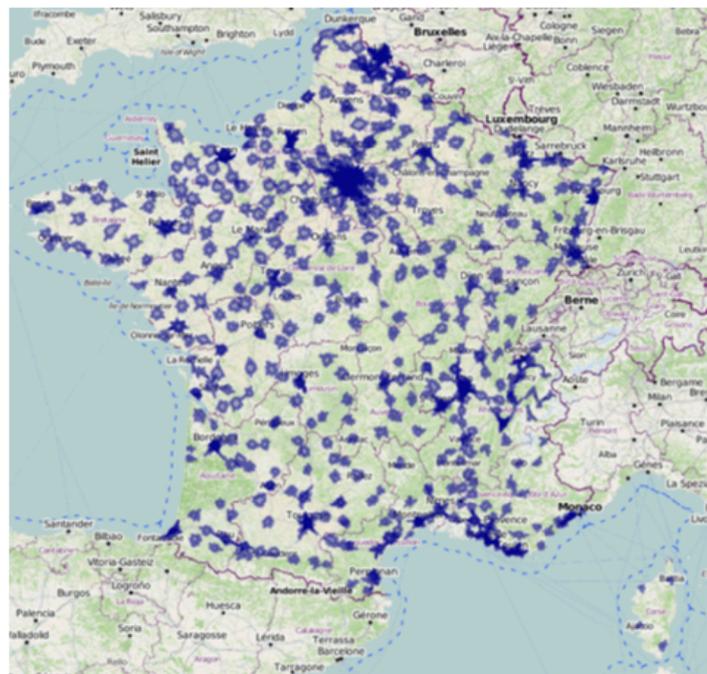
Pensez-vous qu'il faille salarier les médecins libéraux et les fixer sur un territoire ?

Annexe n°2 : Carte de la densité de population par rapport à la proportion d'hôpitaux

La densité de population en France métropolitaine en 2019



Proportion d'hôpitaux en France



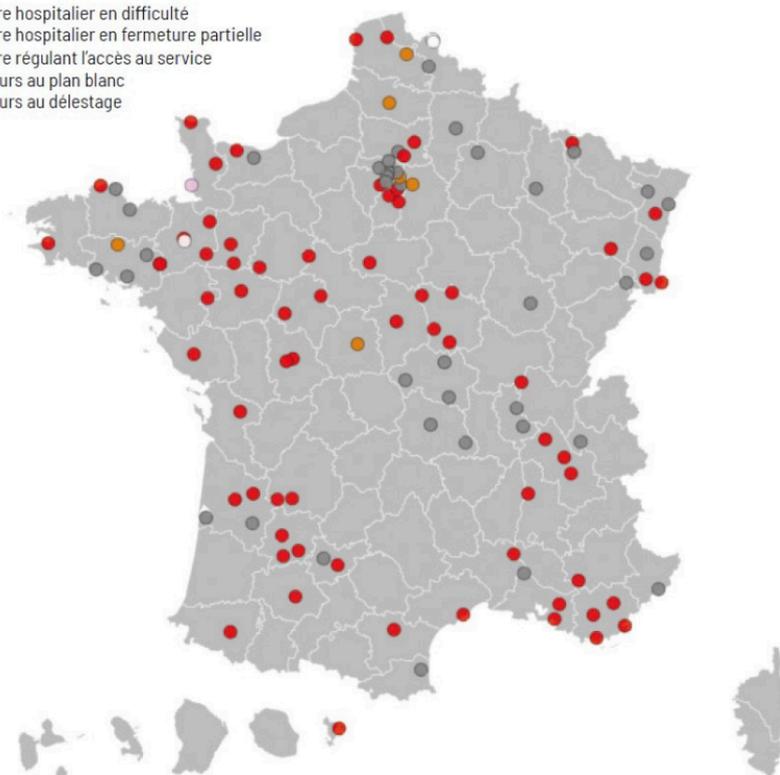
Annexe n°3 : Tableau comparatif des villes du territoire étudié

Nb d'habitants	22 980	5 890
Proportion H/F	10 526 Hommes et 12 454 Femmes	2 814 Hommes et 3 076 Femmes
Portion de moins de 15 ans	16,1 %	17,1 %
Catégorie socio-professionnelle majoritaire	Employés (16,8%) majorité de chômeurs (20,7%) et de retraités (31,9%)	Employés et ouvriers (15,9%) majorité de chômeurs (22,4%) et de retraités (31,3%)
Foyers avec enfants	31,4% (familles monoparentales et couples avec enfants)	35,1% (familles monoparentales et couples avec enfants)
Equipeement automobile	73,6% des ménages	73,6 % des ménages
Taux chômage	23,7 %	24,8 %
Emploi et activités (indicateur de concentration d'emploi)	189,4	190
Tourisme (nombre d'hôtels)	4	0

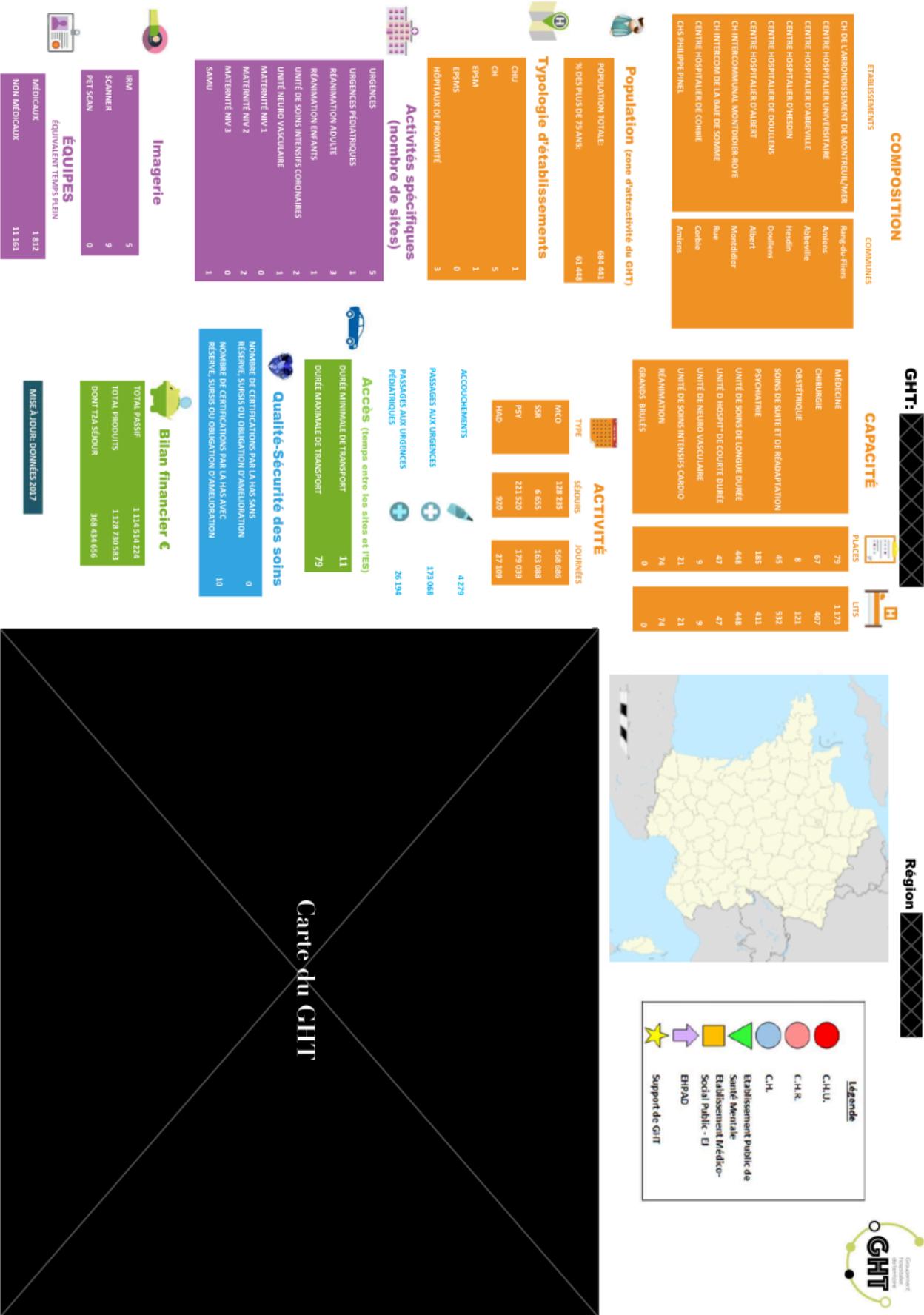
Annexe n°4 : Carte du Syndicat Samu-Urgences France faisant état des hôpitaux en difficultés

LES SERVICES D'URGENCES EN DIFFICULTÉ EN FRANCE

- Centre hospitalier en difficulté
- Centre hospitalier en fermeture partielle
- Centre régulant l'accès au service
- Recours au plan blanc
- Recours au délestage



Annexe n°5 : Description du GHT du territoire étudié



CHARTRE DU PARCOURS DE SANTÉ

USAGERS ET PROFESSIONNELS : ENSEMBLE POUR NOTRE SANTÉ !

- Chaque usager du système de santé a un parcours de santé particulier. Ce parcours personnalisé se construit dans le cadre de relations privilégiées établies avec les professionnels de santé qui l'accompagnent.
- La charte du parcours de santé a pour objectif de promouvoir le respect des droits des usagers, les conditions favorables à la réalisation de parcours de santé de qualité, sans rupture et adaptés aux besoins de l'usager.
- Dans le cadre créé par les politiques de santé, cette charte présente les principes et objectifs qui s'appliquent à l'ensemble des étapes du parcours de santé, sur l'ensemble du territoire national.



TROIS PRINCIPES

1. Usagers et professionnels sont dans une relation partenariale

Cette relation est faite de respect, de bienveillance, de confiance et d'écoute mutuels.

Elle se construit selon des modalités adaptées à la situation personnelle de l'usager, dans le respect de son autonomie.

Tout au long de son parcours de santé, l'usager dispose de tous ses droits. Il ne fait l'objet d'aucune discrimination.

L'usager agit selon les mêmes principes vis-à-vis des professionnels de santé. L'usager a la possibilité et les moyens d'exprimer son appréciation sur la qualité de la relation avec les professionnels et sur la qualité des soins ou des prestations reçues.

2. Tout usager prend, avec le professionnel de santé, les décisions concernant sa santé

La décision repose sur le partage d'une information claire et loyale, incluant les aspects financiers et le reste à charge, permettant à l'usager d'exprimer son consentement, ou son refus, libre et éclairé.

L'usager est reconnu comme acteur de sa santé tout au long de sa vie. Le professionnel de santé exerce son activité en respectant les règles déontologiques qui s'imposent à lui.

Pour exercer son pouvoir de décision, l'usager est en droit de se faire accompagner par la personne de son choix, qui peut être la personne de confiance. Toute personne a droit au respect de ses volontés quant à sa fin de vie telles qu'elle les a exprimées, notamment dans ses directives anticipées, dans le respect des obligations légales et réglementaires.

3. Usagers et professionnels partagent des responsabilités collectives vis-à-vis de notre système de santé et de solidarité

Usagers et professionnels, directement ou par l'intermédiaire de leurs représentants, participent aux décisions relatives aux politiques de santé et de solidarité tant au niveau national que territorial et local.

Tous les usagers sont destinataires d'informations sur les représentants des usagers, sur les instances dans lesquelles ils siègent et sur la façon dont ils peuvent les saisir tout au long de leur parcours de santé.

Usagers et professionnels agissent en étant conscients que les décisions qu'ils prennent, les comportements qu'ils adoptent ont un impact sur la pérennisation de notre système de santé solidaire.

QUATRE OBJECTIFS

1. Agir pour la promotion de la santé, l'éducation pour la santé, la prévention et le maintien de la santé tout au long du parcours de santé

Usagers et professionnels adoptent une démarche de prévention tout au long du parcours de santé. Ils veillent, avec l'ensemble des acteurs du territoire, à promouvoir des environnements de vie favorables à la santé.

2. Assurer l'accès de tout usager aux professionnels, aux établissements et services de santé, quelle que soit sa situation sociale, économique, géographique, d'état de santé, de handicap et de dépendance

Les professionnels s'assurent de l'accessibilité effective et équitable aux professionnels, établissements, structures et services de santé.

Dans l'intérêt de la santé publique, les professionnels font en sorte d'aller vers les personnes en marge du système de santé.

Les professionnels sont attentifs à articuler au mieux les réponses aux besoins de l'usager dans le domaine de la santé et du social.

3. Élaborer le parcours de santé personnalisé dans une démarche de coconstruction entre usager et professionnel de santé

L'usager exerce son libre choix vis-à-vis des professionnels de santé, des thérapeutiques proposées, d'établissements ou de services, de lieux de vie ou de soins, sauf impératifs de sécurité sanitaire ou de contraintes de service.

Lorsque le professionnel, le service ou l'établissement ne peut assurer sa prise en charge, l'usager doit bénéficier d'une orientation pertinente qui tienne compte de ses besoins, de ses choix et de ses ressources. L'usager est en droit de modifier ces choix au cours du temps.

4. Garantir la qualité, la continuité et la sécurité de la prise en charge et de l'accompagnement tout au long du parcours de santé personnalisé de l'usager

L'ensemble des professionnels assurent la fluidité du parcours en se coordonnant et en partageant les informations nécessaires à la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement, ceci dans le respect de la volonté des usagers et de la protection des données personnelles.

Les personnes en situation de vulnérabilité, liée à certains handicaps, bénéficient de suivis spécifiques. Une vigilance particulière est portée au dépistage et à la prise en charge des maladies qui peuvent accompagner le handicap et des handicaps qui peuvent résulter de la maladie.

La douleur est prise en charge tout au long du parcours de santé.

Les usagers bénéficient, indépendamment de leurs ressources, de l'innovation disponible, évaluée, validée et présentant un bénéfice pour leur santé. Ils sont informés sur les essais cliniques susceptibles de les concerner et sur l'accès anticipé aux innovations thérapeutiques dans le cadre d'autorisations temporaires.



Annexe n°7 : Fiche issue de la loi HPST sur le fonctionnement du Conseil de surveillance d'un hôpital public



HPST
hôpital
patients
santé
territoires



Fiches pédagogiques HPST > La gouvernance des établissements publics > Le conseil de surveillance

Le conseil de surveillance

Le conseil de surveillance remplace le conseil d'administration. Ses missions sont recentrées sur les orientations stratégiques et le contrôle permanent de la gestion de l'établissement.

Le conseil de surveillance comprend trois collèges où siègent des représentants des collectivités territoriales, des représentants personnels de l'établissement et des personnalités qualifiées, dont des représentants d'usagers.

Son président est élu parmi les représentants des collectivités territoriales et les personnalités qualifiées.

Contexte

De nombreuses personnalités et experts ont préconisé une réforme majeure du conseil d'administration tant dans sa composition que dans ses attributions :

Rapport Larcher (Avril 2008)

«Il faut, en poursuivant les évolutions déjà engagées, ... recentrer ses missions sur la définition de principes et d'orientations, dont la mise en oeuvre relèverait de la compétence de la direction »

Rapport Vallancien (Juillet 2008)

«Le Conseil d'administration de chaque hôpital disparaît au profit de la nomination des élus au conseil de Surveillance de la communauté hospitalière ... le conseil oriente et contrôle la politique du directoire.»

Engagement présidentiel (Discours de Neufchateau, avril 2008)

«... Nous voudrions transformer le conseil d'administration de l'hôpital en conseil de surveillance... le conseil d'administration doit surveiller. ... Ce dernier conseil de surveillance aurait pour mission de valider la stratégie de l'établissement... de veiller aux équilibres financiers...Le président du conseil pourrait être élu soit au sein du collège des élus, soit au sein du collège des personnalités qualifiées. »

Enjeux

La création du conseil de surveillance permet de faire évoluer la gouvernance actuelle, partagée entre le directeur et le conseil d'administration, vers une gouvernance reposant sur une direction renforcée, concertant avec le directoire sous le contrôle du conseil de surveillance, pour un meilleur pilotage de l'établissement.

Modalités pratiques

Attributions (CSP Art. L. 6143-1.)

Le conseil de surveillance est doté de certaines attributions.

Il se prononce sur la stratégie.

Il exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement :

- il communique au directeur général de l'agence régionale de santé (DGARS) ses observations sur le rapport annuel présenté par le directeur et sur la gestion de l'établissement ;
- il opère à tout moment les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et peut se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission ;
- Le conseil de surveillance formule ses observations sur les comptes de l'exercice qui lui sont adressés par le directeur aux fins de vérification (Art. D. 6143-18)
- si les comptes de l'établissement sont soumis à certification, il nomme, le cas échéant, le commissaire aux comptes ;
- il entend le directeur sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) ainsi que sur le programme d'investissement.

Il délibère sur :

1. le projet d'établissement mentionné à l'article CSP L. 6143-2 ;
2. la convention constitutive des CHU et les conventions passées en application de l'article CSP L. 6142-5 ;
3. le compte financier et l'affectation des résultats ;
4. toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un CHU est partie prenante, ainsi que sur tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
5. le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur ;
6. toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;
7. les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement.

Il donne son avis sur :

- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de 18 ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat mentionnés aux articles CSP L. 6148-2 et L. 6148-3 ;
- le règlement intérieur de l'établissement.

Composition (Art. L. 6143-5. et L. 6143-6 CSP)

Le conseil de surveillance est composé de 9 ou 15 membres selon le ressort de l'établissement de santé.

Il est constitué de trois collèges dont le nombre de membres est identique.

Par dérogation du DGARS, le conseil de surveillance des établissements de ressort communal peut être composé de 15 membres lorsqu'un établissement dispose d'établissements exerçant une activité de soins sur le territoire de plusieurs communes ou si la somme des produits de l'assurance maladie versés annuellement est supérieure ou égale à 50 millions d'euros.

Collège 1	Collectivités territoriales	- Représentants des collectivités en fonction du ressort territorial. cf. annexe
Collège 2	Représentants du personnel	- CME - CSIRMT - Organisations syndicales
Collège 3	Personnalités qualifiées	- Personnalités qualifiées dont 2 représentants des usagers

Voir dans l'annexe la composition détaillée selon le ressort d'établissement.

Participation avec voix consultative

- le président de la CME, vice-président du directoire
- le DGARS
- le représentant de la structure chargée de la réflexion d'éthique au sein des établissements publics de santé, lorsqu'elle existe
- le directeur de la caisse d'assurance maladie désignée en application du premier alinéa de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale
- dans les CHU, le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale (DUFMR) ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical (CCEM)
- dans les établissements délivrant des soins de longue durée ou gérant un établissement d'hébergement pour personnes âgées, un représentant des familles de personnes accueillies

Présidence et vice-présidence (Art. L. 6143-5, R 6143-5 et R 6143-6 CSP)

Le conseil de surveillance élit son président parmi les représentants des collectivités territoriales et les personnalités qualifiées, pour une durée de 5 ans.

Le président du conseil de surveillance désigne, parmi les représentants des collectivités territoriales et les personnalités qualifiées, un vice-président, qui préside le conseil de surveillance en son absence.

En cas de vacance ou d'absence du président et du vice-président, le conseil de surveillance est présidé par le doyen d'âge.

Conditions d'exercice des membres (Art. R. 6143-4, R 6143-7 CSP)

Incompatibilités et incapacités (Art. L. 6143-6, Art. R. 6143-4 et R 6143-13 CSP)

Nul ne peut être membre d'un conseil de surveillance :

- à plus d'un titre ;
- s'il encourt l'une des incapacités prévues par les articles L. 5 et L. 6 du code électoral ;
- s'il est membre du directoire ;
- s'il a personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, de ses ascendants ou descendants en ligne directe un intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de santé privé¹ ;
- s'il est lié à l'établissement par contrat² ;
- s'il est agent salarié de l'établissement (pas opposable ni aux représentants du personnel médical, pharmaceutique et odontologique, ni aux représentants du personnel titulaire de la FPH) ;
- s'il exerce une autorité sur l'établissement en matière de tarification ou s'il est membre du conseil de surveillance de l'ARS.

Les membres qui tombent sous le coup des incompatibilités et incapacités démissionnent de leur mandat. A défaut, ils sont déclarés démissionnaires d'office par le DGARS.

Démission d'office (R 6143-13 CSP)

Tout membre qui, sans motif légitime, s'abstient pendant un an d'assister aux séances du conseil de surveillance est réputé démissionnaire. Le DGARS constate cette démission et la notifie à l'intéressé, qui est remplacé dans un délai d'un mois à compter de cette notification.

Fin de mandat (R 6143-12 CSP)

Le mandat des membres prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions au titre desquels des intéressés ont été désignés :

- Membres désignés par les assemblées délibérantes des collectivités territoriales : fin de mandat lors de chaque renouvellement de ces assemblées. Toutefois ces membres continuent de siéger jusqu'à la désignation de leurs remplaçants par la nouvelle assemblée.
- Membres désignés sur proposition des organisations syndicales : fin de mandat lors de chaque renouvellement du CTE. Toutefois ils continuent de siéger jusqu'à la désignation de leurs remplaçants.

Durée du mandat

Le mandat est de 5 ans

Il prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions au titre desquels les intéressés ont été désignés.

Droits et obligations des membres du conseil

Les fonctions de membre de conseil de surveillance sont exercées à titre gratuit. Toutefois, les intéressés peuvent être indemnisés au titre des frais de déplacement engagés dans le cadre de leurs fonctions. Ils bénéficient du congé de représentation prévu à l'article L.3142-51 du code du travail.

Les membres du conseil de surveillance, ainsi que les autres personnes présentes, sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel.

Modalités de nomination des membres (Art. R. 6143-4)

¹ Toutefois, cette incompatibilité n'est pas opposable aux représentants du personnel lorsqu'il s'agit d'établissements de santé privés qui assurent, hors d'une zone géographique déterminée par décret, l'exécution d'une mission de service public dans les conditions prévues à l'article L. 6112-2.
² Toutefois, cette incompatibilité n'est opposable ni aux personnes ayant conclu avec l'établissement un contrat mentionné aux articles L. 1110-11, L. 1112-5 et L. 6134-1, ni aux membres mentionnés au 2° de l'article L. 6143-5 ayant conclu un contrat mentionné aux articles L. 6142-3, L. 6142-5 et L. 6154-4 ou pris pour l'application des articles L. 6146-1, L. 6146-2 et L. 6152-1.

Le conseil de surveillance

Le DGARS saisit les instances susceptibles d'être représentées au sein des conseils de surveillance afin qu'elles lui communiquent le nom des membres devant y siéger.

Type de représentant	Mode de désignation	
Représentants des collectivités territoriales	Election en leur sein par les organes délibérants ou les groupements des collectivités..	
	<p>Pour les établissements publics de santé de ressort intercommunal : s'il existe plusieurs établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) répondant aux conditions, le DGARS désigne l'établissement dont l'ensemble des communes membres rassemblent la population la plus importante.</p> <p>A défaut de désignation par les collectivités territoriales ou leurs groupements dans un délai d'un mois après la saisine du DGARS, le représentant de l'Etat procède à cette désignation.</p>	
Représentants du personnel	<p>Représentant(s) de la CME : élu(s) au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue. Si cette majorité n'est pas atteinte au 1^{er} tour, un 2^{ème} tour est organisé. La majorité relative suffit au 2nd tour. En cas de partage égal des voix, le doyen d'âge est élu parmi les candidats.</p>	
	<p>Membre(s) désigné(s) par les organisations syndicales : nommé(s) par le DGARS compte tenu du nombre total des voix qu'elles ont recueillies, au sein de l'établissement concerné, à l'occasion des élections au comité technique d'établissement.</p> <p>Lorsque le conseil de surveillance comprend 1 représentant du personnel, le siège est attribué à l'organisation syndicale ayant recueilli le plus grand nombre de voix.</p> <p>Lorsque le conseil de surveillance comprend 2 représentants du personnel, le 1^{er} siège est attribué à l'organisation syndicale ayant recueilli le plus grand nombre de voix. Le 2nd siège est attribué selon la règle de la plus forte moyenne entre toutes les listes.</p>	
	<p>Représentant de la CSIRMT : élu par la CSIRMT en son sein, à l'exclusion de son président (qui est membre de droit du directoire).</p> <p>L'élection a lieu au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue. Si cette majorité n'est pas atteinte au 1^{er} tour, un 2nd tour est organisé. La majorité relative suffit au 2nd tour. En cas de partage égal des voix, le doyen d'âge est élu parmi les candidats.</p>	
Personnalités qualifiées	EPS dont le conseil de surveillance compte 9 membres	EPS dont le conseil de surveillance compte 15 membres
	1 membre désigné par le DGARS	2 membres désignés par le DGARS
	2 membres désignés par le Préfet dont 2 représentants des usagers	3 membres désignés par le Préfet dont 2 représentants des usagers

Election et mandat du président (Art. L. 6143-5 et R. 6143-5)

Avant l'élection du président, la présidence de séance est assurée par le doyen d'âge et le secrétariat de séance est assuré par le membre le plus jeune.

Le conseil de surveillance élit son président parmi les représentants des collectivités territoriales et les personnalités qualifiées pour une durée de **5 ans**.

Le vote a lieu au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue. Si cette majorité n'est pas atteinte aux 2 premiers tours, un 3^{ème} tour est organisé. La majorité relative suffit au 3^{ème} tour. En cas d'égalité entre les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix, le plus âgé d'entre eux est déclaré élu.

Si le président du conseil de surveillance cesse d'être membre du conseil de surveillance du fait de la fin d'un mandat électif, un nouveau président est élu, selon les mêmes modalités, pour la durée du mandat de président qui reste à courir.

Vice-président (Art. R. 6143-6)

Le président du conseil de surveillance désigne, parmi les représentants des collectivités territoriales et les personnalités qualifiées, un vice-président, qui préside le conseil de surveillance en son absence.

En cas de vacance des fonctions de président et de vice-président, ou en l'absence de ces derniers, la présidence des séances est assurée par le doyen d'âge des collègues des représentants des collectivités territoriales et des personnalités qualifiées.

Le conseil de surveillance

Fiches pédagogiques HPST

Ministère de la santé et des sports

Fonctionnement du conseil

Réunions (CSP Art. R. 6143-8 et Art. R. 6143-11)

Le conseil se réunit sur convocation de son président ou à la demande d'un tiers de ses membres. L'ordre du jour est adressé au moins 7 jours à l'avance à l'ensemble des membres et aux personnes siégeant à titre consultatif. Le délai peut être abrégé par le président en cas d'urgence.

Le conseil se réunit au moins 4 fois par an sauf si son règlement intérieur prévoit un nombre supérieur. Les séances ne sont pas publiques.

Suspension ou renvoi de séance (CSP Art. R. 6143-9)

Le président peut suspendre la séance ou prononcer son renvoi. Dans ce cas le conseil de surveillance est réuni à nouveau dans un délai compris entre 3 et 8 jours.

Quorum (CSP Art. R. 6143-10)

Le conseil ne peut délibérer valablement que lorsque la moitié plus un au moins des membres assiste à la séance. Toutefois, quand, après une convocation régulière, ce quorum n'est pas atteint, la délibération prise à l'occasion d'une seconde réunion (qui doit avoir lieu dans un délai compris entre 3 et 8 jours) est réputée valable quel que soit, le nombre des présents. Dans ce cas, le conseil peut décider en début de séance le renvoi de tout ou partie de l'ordre du jour à une séance ultérieure.

Votes (CSP Art. R. 6143-10)

Lorsqu'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu au scrutin secret si l'un des membres présents en fait la demande. En cas de partage égale des voix, un second tour de scrutin est organisé. En cas de nouvelle égalité, la voix du président est prépondérante. Les votes par correspondance ou par procuration ne sont pas admis.

Officialisation des débats

Registre des délibérations (CSP Art. R. 6143-14)

Les délibérations sont conservées dans un registre, sous la responsabilité du président du directoire. Ce registre est tenu à la disposition des membres du conseil de surveillance et du public, qui peuvent le consulter sur place. Ils peuvent également obtenir des copies ou des extraits des délibérations.

Transmission au DGARS (CSP Art. R. 6143-14)

Les délibérations sont transmises sans délai au DGARS.

Compte-rendus (CSP Art. R. 6143-15)

Les membres du conseil de surveillance reçoivent un compte-rendu de séance dans les 15 jours suivant chaque réunion du conseil de surveillance.

Moyens de fonctionnement (CSP Art. R. 6143-16)

Le conseil de surveillance dispose de moyens matériels, financiers et humains mis à sa disposition par le directeur. Le directeur fait assurer le secrétariat du conseil de surveillance.

Textes de référence

- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- Décret n° (à venir) relatif au conseil de surveillance des établissements publics de santé.

Annexe : composition en fonction du ressort

Composition (Art. L. 6143-5. et L. 6143-6 CSP)

Plafonnement du nombre de membres

La loi fixe plusieurs plafonds :

un plafond global de 9 ou de 15 membres (art. R. 6143-2 et R. 6143-3) :

- 9 pour les établissements de ressort communal
- 15 pour les autres établissements.

Catégorie d'établissement / ressort	nombre de membres	
Communal	9	15 (par dérogation du DGARS)
Inter-communal	15	
départemental		
régional		
interrégional		
national		

Toutefois le DGARS peut, par arrêté, fixer le nombre de membres d'un conseil de surveillance d'un EPS de ressort communal à 15 dès lors, soit qu'il exerce une activité de soins sur plusieurs communes, soit que le total annuel des produits versés par l'assurance maladie est supérieur ou égal à 50 millions d'euros.

- un plafond de 5 membres pour chacun des 3 collèges du conseil :

Représentants des...	Mode de désignation
Collectivités territoriales (ou de leurs groupements) nombre maximum : 5	Désignés en leur sein par les organes délibérants des collectivités territoriales ou de leurs groupements, parmi lesquels figurent le maire de la commune siège de l'établissement principal ou son représentant et le président du conseil général ou son représentant.
Personnels de l'établissement (personnel médical et non médical) nombre maximum : 5	Dont un représentant élu parmi les membres de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT), les autres membres étant désignés à parité respectivement par la commission médicale d'établissement (CME) et par les organisations syndicales les plus représentatives, compte tenu des résultats obtenus lors des élections au comité technique d'établissement (CTE).
Personnalités qualifiées (dont les usagers) nombre maximum : 5	2 désignées par le DGARS 3, dont 2 représentants des usagers (au sens de l'article L. 1114-1), désignées par le représentant de l'Etat dans le département.

Nombre de membres et composition par collège du conseil

Conseils de surveillance composés de 9 membres

Ressort communal

Type de représentant	Composition des conseils de surveillance composés de 9 membres
Représentants des collectivités territoriales	<p>Le maire de la commune siège de l'établissement ou son représentant</p> <p>1 représentant d'un établissement public de coopération intercommunale (EPCI) à fiscalité propre dont la commune siège de l'établissement est membre ou, à défaut, un autre représentant de la commune siège de l'établissement principal</p> <p>Le président du conseil général du département dans lequel est située la commune siège de l'établissement, ou son représentant</p>
Représentants du personnel	<p>1 représentant de la CSIRMT</p> <p>1 représentant de la CME</p> <p>1 membre désigné par les organisations syndicales compte tenu des résultats obtenus lors des élections au CTE</p>
Personnalités qualifiées	<p>1 personnalité qualifiée désignée par le DGARS</p> <p>2 représentants des usagers désignés par le représentant de l'Etat dans le département</p>

Conseils de surveillance composés de 15 membres

Ressort communal (par dérogation du DGARS) et intercommunal

Type de représentant	Composition des conseils de surveillance composés de 15 membres	
	Communal	Intercommunal
Ressort		
Représentants des collectivités territoriales	<p>Le maire de la commune siège de l'établissement ou son représentant</p> <p>1 représentant de la commune siège de l'établissement</p> <p>2 représentants d'un EPCI à fiscalité propre dont la commune siège de l'établissement est membre ou, à défaut un représentant de chacune des deux principales communes d'origine des patients en nombre d'entrées en hospitalisation au cours du dernier exercice connu, autres que celle du siège de l'établissement principal.</p> <p>Le président du conseil général du département dans lequel est située la commune siège de l'établissement, ou son représentant</p>	<p>1 représentant de la principale commune d'origine des patients</p> <p>2 représentants d'un EPCI à fiscalité propre auxquels appartiennent respectivement ces deux communes ou, à défaut un représentant de chacune des deux principales communes d'origine des patients en nombre d'entrées en hospitalisation au cours du dernier exercice connu, autres que celle du siège de l'établissement principal.</p>
Représentants du personnel	<p>2 représentants de la CME</p> <p>2 membres désignés par les organisations syndicales compte tenu des résultats obtenus lors des élections au CTE</p> <p>1 représentant de la CSIRMT</p>	
Personnalités qualifiées	<p>2 personnalités qualifiées désignées par le DGARS</p> <p>3 personnalités qualifiées désignées par le représentant de l'Etat dans le département dont au moins 2 représentants des usagers</p>	

Le conseil de surveillance

Ressort départemental

Type de représentant	Composition des conseils de surveillance composés de 15 membres
Représentants des collectivités territoriales	Le maire de la commune siège de l'établissement ou son représentant
	2 représentants d'un EPCI à fiscalité propre dont la commune siège est membre ou, à défaut un représentant de chacune des deux principales communes d'origine des patients en nombre d'entrées en hospitalisation au cours du dernier exercice connu, autres que celle du siège de l'établissement principal.
	Le président du conseil général du département dans lequel est située la commune siège de l'établissement, ou son représentant et un autre représentant de ce conseil général
Représentants du personnel	Idem / EPS de ressort communal à 15.
Personnalités qualifiées	

Ressort régional et interrégional

Type de représentant	Composition des conseils de surveillance composés de 15 membres
Représentants des collectivités territoriales	Le maire de la commune siège de l'établissement ou le représentant qu'il désigne.
	1 représentant d'un EPCI à fiscalité propre du ressort de l'établissement ou, à défaut un représentant de la principale commune d'origine des patients en nombre d'entrées en hospitalisation au cours du dernier exercice connu, autres que la commune siège de l'établissement principal.
	Le président du conseil général du département siège de l'établissement principal, ou le représentant qu'il désigne.
	Un représentant du conseil général du principal département d'origine des patients en nombre d'entrées en hospitalisation, au cours du dernier exercice connu, autres que le département siège de l'établissement principal.
	Un représentant du conseil régional siège de l'établissement principal
Représentants du personnel	Idem / EPS de ressort communal à 15.
Personnalités qualifiées	

Ressort national

Type de représentant	Composition des conseils de surveillance composés de 15 membres
Représentants des collectivités territoriales	Le maire de la commune siège de l'établissement ou son représentant
	Le président du conseil général du département dans lequel est située la commune siège de l'établissement ou le représentant qu'il désigne.
	1 représentant du conseil régional de la région siège de l'établissement.
	2 autres membres désignés par le ministre chargé de la santé (parmi les collectivités ci-dessus).
Représentants du personnel	Idem / EPS de ressort communal à 15.
Personnalités qualifiées	

Pour la désignation des membres des premiers conseils de surveillance suivant la publication du décret, le **ressort des EPS qui ne sont pas régionaux est réputé correspondre à celui de leur précédent rattachement territorial**, à l'exception des centres hospitaliers interdépartementaux et régionaux, dont le ressort est réputé **régional**.