

DALMAS, AURÉLIE

D'EMERY SIQUEIRA, MARIANA

MERCADIER, ARNAUD

ZHANG, YANAN

La gouvernance hospitalière au service de la performance économique

Mémoire présentée et soutenue publiquement le 21 juin 2017

à l'Université Paris Ouest Nanterre La Défense,

Pôle universitaire Léonard-de-Vinci.

sous la direction de M. Aurélien CAMUS

Jury :

Président :	Monsieur Aurélien Camus	Maître de conférences en droit public, Université Paris Ouest Nanterre La Défense
Rapporteur:	Monsieur Eric Pezet	Enseignante-Chercheur et Directeur de Master, Université Paris Ouest Nanterre La Défense
Rapporteur:	Monsieur Louis Bahougne	Maître de conférence, Université Paris Ouest Nanterre La Défense

Remerciements

En premier lieu, notre reconnaissance s'adresse à notre directeur de mémoire, Monsieur Aurélien CAMUS, pour nous avoir écouté et nous avoir conseillé tout au long de notre travail de recherche et d'études.

Nous tenons également à remercier Madame Isabelle Collignon membre de la Commission de normalisation des comptes publics (CNoCP) que nous a fait un retour très vaste sur l'ensemble des réformes hospitalières mises en œuvre depuis 1983.

Ainsi que Monsieur Benoît Apollis et Monsieur Pierre Grimaud, et encore Madame Collignon d'avoir participé et d'avoir enrichir notre conférence sur la certification comptable des établissements publics de santé et l'influence sur le management de services. En effet, ce fut une chance pour nous de pouvoir comprendre les différents enjeux normatifs et de gouvernance de l'hôpital public.

Nous remercions encore les professionnels de l'hôpitaux universitaires Est Parisien, notamment ceux qui sont basé sur l'hôpital Saint Antoine : Madame Aude Goldsztejn, Madame Solenne Barat-Clerc, Monsieur Yves Menu, Monsieur Dominique Pateron et Monsieur Philippe Marteau, d'avoir participé de notre enquête pour la mise en place d'un étude qualitative qui a si bien bellement illustré notre mémoire.

Enfin, nous remercions d'autres acteurs en lien indirect avec le sujet de notre mémoire, tels que l'ensemble de professeurs du master 2 de l'Institut de Préparation à l'Administration Générale (IPAG), ainsi que les représentants des syndicats de métiers de la santé et d'autres groupes professionnels (infirmiers et aides soignantes) avec qui nous avons pou abordé le sujet de notre recherche de façon plus large et multidisciplinaire.

Résumé

L'adoption par l'hôpital public d'une logique de performance marque une rupture dans la perception de l'institution. Avec l'introduction de la tarification à l'activité, le financement du secteur hospitalier est modifié au point qu'à la logique classique est substituée une logique de rentabilité qui fonde désormais le modèle économique de l'établissement public de santé. L'adoption depuis 2009 de l'obligation de certification comptable manifeste cette volonté d'alignement juridique du régime du public sur celui du privé, ce qui engendre des crispations d'une partie des personnels regrettant ce qui leur apparaît comme la disparition de la logique de service public.

Cette adaptation passe par l'adaptation de la gouvernance et la polarisation des services autour d'un objectif d'efficience. La substitution de l'organisation paritaire au profit d'une institution directive et normalisée passe par le renforcement du poids de la direction, au détriment du paritarisme classique, et par le développement des règles de contrôle interne. L'influence de performance, qu'on a pu qualifier d'anglo-saxonne a été critiquée et suscite des interrogations sur le devenir de l'hôpital public en France.

Mots-clés : Certification comptable, certification qualité, gestion hospitalière, hôpital public, gestion, gouvernance, performance, normes et comptabilité, ressources humaines.

Droits d'auteur :

Droits d'auteur réservés. Toute reproduction sans accord exprès de l'auteur à des fins autres que strictement personnelles est prohibée.

Sommaire

Introduction	8
 Première partie	
L'adaptation économique des EPS pour la satisfaction de la logique de résultat.....	22
Titre 1 : Le cadre fonctionnel : une stratégie économique opérationnelle pour les EPS ou les hôpitaux publics.....	22
Titre 2 : La certification des comptes, un objectif de la fiabilisation des comptes au service de l'amélioration de l'écriture comptable.....	48
 Deuxième partie	
L'adaptation de la gouvernance pour la satisfaction de la logique de résultat.....	63
Titre 1 : L'instauration du processus de normalisation au sein des eps.....	63
Titre 2 : L'hybridation de l'organisation hospitalière entre une logique médicale et une logique gestionnaire	90
 Conclusion	101
 Bibliographie	102

Sigles et abréviations

ABC Activity-Based Costing

AM Assurance Maladie

ANAP Agence nationale d'appui à la performance

AP HP Assistance Publique Hôpitaux de Paris

APU Administration publique

ARH Agence régionale hospitalière

ARS Agence régionale de santé

CAC Commissaire aux comptes

CCA Cour Administrative d'Appel

CCT Collectivités territoriales

CES Communautés d'Établissements de Santé

CHU Centre hospitalier universitaire

CJUE Cour de justice de l'Union européenne

CME Commission Médicale d'Etablissement

CMU Couverture Médicale Universelle

CnoCP Conseil de normalisation des comptes publics

CPH Commission Permanente pour le secteur Hospitalier

CSBM Consommation de Soins et de Biens Médicaux

CSS Code de la Sécurité Sociale

CT Conférence de Territoire

CTE Comité Technique d'Etablissement

DGFIP Direction Générale des Finances Publiques

DGFIP Direction générale des finances publiques

DGOS Direction Générale de l'Offre de Soins

DH Directeur d'hôpital

DPC Développement professionnel continu

EPS Etablissements publics de santé

ESPIC Etablissements privés à but non lucratif ou d'intérêt collectif

FHF Fédération Hospitalière Française

GCS Groupements de Coopération Sanitaire

GHT Groupements Hospitaliers de Territoire

GHM Groupes Homogènes de Malade

GHS Groupe Homogène de Séjours

GIP Groupements d'Intérêt Public

HL Hôpitaux Locaux

HPST (loi) Hôpital, Patient, Santé, Territoire

HSA Haute Autorité de Santé

IGAS Inspection générales des affaires sociales

LFSS Loi de Financement de la Sécurité Sociale

LOLF Loi organique sur les lois de finances

MCO Médecine, Chirurgie, Obstétrique

MIGAC Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation

NPM New Public Management

OCDE Organisation de Coopération et de Développement Economiques

OEC Ordre des experts comptables

ONDAM Objectif National de Dépense d'Assurance Maladie

PIB Produit intérieur brut

PMP Projet médical personnalisé

PMSI Programme de Médicalisation du Système d'Information

PSPH Participant au Service Public Hospitalier

PSP Projet de soin partagé

RS Réseaux de santé

PUI Pharmacie à Usage Intérieur

RH Ressources Humaines

SIH Syndicats interhospitaliers

T2A Tarification à l'activité

TDS Territoire de Santé

TSCG Traité sur la stabilité, la coordination et gouvernance

INTRODUCTION

L'expression «Hospitalo- centrisme» consiste en une vision du système de santé axée autour de l'hôpital, institution qui tient une grande place dans l'histoire tant par sa dimension sanitaire et sociale que par son utilisation politique qui en a été faite. Comme l'illustre la loi du 26 janvier 2016 portant *modernisation de notre système de santé*, l'hôpital est au cœur des réformes portant sur l'organisation du système de santé

Avant d'appréhender l'importance de l'hôpital dans l'organisation institutionnelle, sociale et sanitaire de la société, il convient de revenir sur la notion de santé.

Le Constituant de 1946 avait introduit et érigé la notion de santé dans l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution du 27 octobre visé par l'alinéa 1er du Préambule de la Constitution du 4 octobre 1958. L'alinéa 11 énonce que la République « [...]garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence. »

A ce propos, L'Organisation Mondiale de la Santé ,qui réunit 194 Etats, tous membres des Nations – Unies, définit la notion santé comme «est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité».

Pour la France , la santé représente environ du 12% du Produit Intérieur Brut(PIB). Elle ne peut être cantonnée dans une dimension purement interne mais doit se comprendre dans son organisation mondiale . La santé constitue dès lors une préoccupation majeure des pouvoirs publics en charge d'assurer son organisation.

La place prépondérante de l'hôpital dans le contexte histoire et l'organisation institutionnelle et sociale

Pour comprendre l'importance que revêt l'hôpital dans le système de santé Français, il faut l'observer par le prisme tridimensionnel : historique, social, foncier

Dans conception classique, l'hôpital, hospice ou Hôtel Dieu, s'apparentait à un lieu d'enfermement des indigents, des pauvres, des malades et autres populations à risques dans les établissement devant se tenir à l'extérieur des villes.et était gouverné selon les

principes de la charité chrétienne. La Révolution Française a pris le contre-pied de la conception traditionnelle de l'hôpital. Elle a ainsi posé les bases de la conception moderne en transformant cet établissement en lieu centré autour de l'activité des médecins praticiens et tourné vers le soin des malades. La période révolutionnaire a, dès lors, opéré le transfert du pouvoir hospitalier du religieux au médecin. Ce changement de tropisme tient majoritairement à l'édification d'un système fondé sur l'assistance et non plus sur la charité.

Mais c'est davantage la loi du 21 décembre 1941 complétée le décret d'avril 1943 portant création des hôpitaux publics à qui l'on doit l'introduction de la conception moderne de l'hôpital dans le secteur de la santé en France. En ouvrant la possibilité aux hôpitaux d'accueillir les malades payants, la loi de 1941 écarte par conséquent l'idée que les hôpitaux sont des lieux réservés aux «indigents et aux fous»¹.

L'importance sociale que revêt les hôpitaux publics, autre que celles liées à l'intégration des services sociaux au sein des établissements publics, peut s'illustrer de deux manières :

- D'une part, par l'engorgement des urgences hospitalières, service qui remplit une double fonction : une fonction de prise en charge médicale (dans laquelle sont pratiqués des actes médicaux, des diagnostics etc.) et une fonction de répartition du flux des patients vers les autres services de l'établissement. Les causes de ce phénomène relèvent du vieillissement de la population et de la précarisation des malades préférant se rendre aux urgences plutôt que de se diriger vers la médecine de ville . 90 % des patients viennent aux urgences pour des soins psychiatriques, d'urgences sociales, dentaires et gériatriques et qui ne relèvent pas du domaine des urgences hospitalières. L'hôpital sert ainsi de révélateur des phénomènes sociaux².

Par ailleurs, l'engorgement des hôpitaux traduit le phénomène des déserts médicaux en matière de médecine de ville

- D'autre part, l'importance sociale de l'hôpital peut s'apprécier au regard de son rôle d'employeur à l'échelle départementale ou régionale. Ainsi, il constitue souvent, comme le sont généralement les administrations publiques, le premier employeur dans un

1 L'hôpital public bilan et perspective CESE p.20

2 L'encombrement des urgences est une préoccupation nationale comme en témoigne la question écrite du sénateur au ministère des affaires sociales et de la santé. (pour la NBP: Question écrite n° 04447 de M. Christian Cambon(Val-de-Marne – UMP) publiée dans le JO Sénat du 07/02/2013 - page 376

bassin régionale. La carte des départements mise en ligne sur le site du magazine Alternatives Économique, dans un article datant du 17 mars 2015 «Quel sont les 5 plus gros employeurs dans chaque département ? » rend compte de ce phénomène³.

En outre, l'hôpital public, à lui seul, concentre environ 50% des ressources affectées à la santé.

Enfin l'hôpital public se caractérise par l'ampleur de son parc immobilier. Le rapport d'information de la commission des finances du Sénat à propos du patrimoine immobilier privé des établissements de santé déposé le 18 janvier 2012 faisait état d'une aire immobilière avoisinant les 60 millions de m², chiffre comparable à celui du patrimoine de l'État. Du fait de sa dimension, l'utilisation du parc immobilier de l'hôpital constitue un enjeu capital en matière de finances hospitalières. Toutefois, la gestion du parc immobilier hospitalier grève le budget de l'hôpital. Il représente le plus souvent le deuxième poste en matière de dépenses hospitalières⁴.

L'organisation du système de santé

La présentation de l'organisation du système de santé au niveau de l'Administration centrale permet de se rendre compte de la complexité de l'administration de cette notion comme en témoigne, la pluralité d'acteurs qui œuvre en la matière

L'article L 1411-1 du Code de Santé Publique issu de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique énonce les responsabilités de l'état en matière de santé. Il procède donc naturellement du pouvoir réglementaire la création de l'organisation de la santé au niveau central.

Les attributions du ministère des affaires sociales et de santé ont été instituées par décret du 24 mai 2012 , qui précise que le ministre dispose d'un pouvoir réglementaire et d'organisation de ses services. Chef de service , il exerce une autorité en matière de santé

Direction Générale de Santé (DGS) et Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) respectivement instituées par décret du 10 octobre 2012 et du 15 mars 2010. Outre les organismes relevant directement du Ministère en charge de la Santé, les pouvoirs publics ont institués les organismes interministériels : Inspection Générale des

³ <https://www.alternatives-economiques.fr/data/quels-sont-les-cinq-plus-gros-employeurs-dans-chaque-departement-201503171600-00001003.html>

⁴ Le rapport d'information fait état d'une utilisation mal maîtrisée de son parc immobilier par les autorités compétentes, dû, entre autre, à la mauvaise évolution du potentiel financier qu'il représente, ou encore d'une «dérive du logement de fonction» du fait d'une conception extensive du logement de fonction qui en faite (alors qu'en principe ils ne peuvent être attribués pour nécessité absolue de service ou utilité de service) cadre normatif d'attribution trop imprécis.

Affaires Sociales placée sous l'autorité conjointe du ministre de la Santé et du ministre du Travail créée en 1967 et reconnu grand corps de l'État ; et Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques en matière de Santé et de Solidarité (DREES) a été créée en 1998 sous autorité conjointe du ministre de la Santé, du ministre du Travail et du ministre de l'Économie.

En dessous des organismes interministériels, il convient d'observer le reste de l'ensemble de l'organisation de la santé au niveau de l'Administration Centrale :

Les organismes publics nationaux intervenant en matière de santé :

- Ceux dotés de la personnalité juridique :
 - Agence nationale de la sécurité du médicament et produit de santé CSP art.L 5311-1 et s. issue de la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé
 - Agence biomédecine créée par la loi du 6 août 2004 relative à la bioéthique
 - Sous la forme d'un Groupement d'Intérêt Public (GIP) :
 1. l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) instituée par l'article 18 de la loi du 21 juillet 2009 et créée par convention collective le 23 octobre 2009, fédère trois entités depuis l'arrêté du 16 octobre 2009 portant approbation de la convention constitutive et dont le but est d'aider les établissements à améliorer leur service rendu aux patients et aux usagers, par l'élaboration et la diffusion de guides de bonnes pratiques et de recommandation et outils dont elle assure la mise en œuvre. En outre, elle sert d'organisme d'appui auprès des Agences Régionales de Santé pour la poursuite de leur mission de pilotage des établissements (CSP art.L6113 -10).
 2. les organismes chargés de fournir des avis et expertises à l'autorité sanitaire afin de faciliter la prise de décision. Ainsi, on compte par ces organismes proches de la DGS : l'Institut de veille sanitaire (IVS) codifié dans le Code de santé publique à l'article (L. 1413-2 et s.) ; l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (CSP L. 1417-1 et s.) ; l'Institut national du cancer, qui prend la forme d'un GIP (CSP L. 1415 -3).

3. Exerçant en propre le service public transfusionnel : l'Établissement français du sang chargé de veiller à la satisfaction des besoins en matière de produits labiles et de l'organisation sur l'ensemble du territoire des activités de collecte du sang etc. (CSP article L. 1222-1 et s.)

- Ceux non dotés de la personnalité juridique :

Les organismes consultatifs :

- L'observatoire économique de l'hôpital public et privé prévu par la Loi de Financement pour la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2007 et précisé par décret du 15 mai 2007 (article L.162-21-3 et D.162-17 du Code de la Sécurité sociale)
- L'observatoire national démographie des professions de santé institué par décret du 19 juin 2003.
- L'observatoire national des emplois et métiers de la fonction publiques hospitalière créé par décret du 28 décembre 2001
- L' observatoire national des violences en milieux hospitalier créé en avril 2005

Les organismes de concertation et de représentation :

- Le conseil supérieur de la fonction publique hospitalière prévu par la loi du 9 janvier 1986, portant dispositions statutaires relatives à la fonctions publiques hospitalières, récemment modifié dans sa composition par décret du 9 mai 2012
- Le haut conseil des professions paramédicales institué par le décret du 15 mai 2007
- La conférence nationale de santé créée par l'ordonnance Juppé du 24 avril 1996 puis confirmé par la loi du 9 août 2004.

Les autorités indépendantes :

- Le comité consultatif d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, procédant de la volonté de François Mitterrand institué par voie de décret présidentiel du 23 février 1983, puis modifié par l'article 23 de la loi du 9 août 1994 modifiée par la loi du 6 août 2004 (CSP art.L.1412-1 s.)

- La HAS créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance-maladie puis modifiée par la loi du 19 décembre 2007 (CSS, art. L. 161-37 s.)

La notion d' Etablissement de Santé

La notion d'Établissement de Santé (ES) a été créée par la loi EVIN du 31 juillet 1991 et met fin à l'hétérogénéité des structures hospitalières. La préférence est donnée à la notion de santé plutôt qu'à la notion de soin, considérée comme plus restrictive. Elle témoigne de la volonté du Législateur de permettre à une pluralité d'acteurs de concourir à l'offre de santé en destination des populations. Mêlant à la fois des établissements de droit public et d'autres relevant du droit privé (à but lucratif ou non lucratif), le Législateur abandonne la conception organique au profit d'une approche fonctionnelle tenant compte des autres formes de distribution de l'offre de santé (médecine ambulatoire ou de ville etc...) et les récentes alternatives telles que l'hospitalisation à domicile, l'hospitalisation à temps partielle etc. la notion d'établissement de santé constitue une catégorie extensive et souple que le juge administratif peut utiliser à profit. En raison du caractère d'établissement public administratif, l'hôpital public entre dans cette qualification et concourt avec d'autres formes d'établissement à l'exercice des missions de service public rattachées à la santé.

- L'enjeu de la qualification d'établissement de santé procède de leur participation au service public hospitalier. Cette dernière notion a été introduite par la loi Boulin de 1970, abandonné par la loi HPST du 21 juillet 2009, qui a opéré à sa substitution en prévoyant quatorze missions de service public, puis rétabli par la loi du 26 janvier 2016 dite loi de modernisation de notre système de santé.

La notion de service public hospitalier et les principes de fonctionnement du service public

Mais la qualification de service public permet surtout l'effectivité des principes tenant au fonctionnement du service public dit lois de « Rolland » . Ainsi l'hôpital public et les établissement chargés de mission de service public doivent respecter le principe d'égalité (d'accès aux soins, non discrimination tarifaire), de mutabilité, de continuité (permanence des soins) de neutralité et les principes additionnels de qualité, et de sécurité illustrés par les arrêts *CE, 10 janvier 1902 Compagnie nouvelle de Gaz de Deville-les-Rouens*, *CE, 27 juin 1994, Charpentier* pour la question tenant à la qualité, et l'arrêt *CE,*

21 mars 1910 Compagnie générale française des tramways illustre la notion de sécurité des services publics.

Ainsi c'est l'ensemble de l'activité sanitaire qui est concerné par le rattachement de service public à leur mission. Cette approche rencontre davantage la conception communautaire des services publics. Ainsi, les Services d'Intérêt Économique Général (SIEG) permettent à des acteurs issus du secteur privé de satisfaire des obligations de service public en contrepartie d'une compensation financière. A condition que la compensation ne constitue pas aide d'état (article 107 du TFUE) ou bien qu'elles remplissent les critères posées dans l'arrêt *CJCE, ALTMARK 2003*.

Si le retrait de la notion de service public hospitalier par la loi du 21 juillet 2009 a fait débat, cette loi entendait surtout renforcer les missions contenues auparavant dans le service hospitalier tout en élargissant le champ des acteurs en charge d'assurer des missions de service public, et par voie de conséquence, l'étendue de la garantie faite aux usagers du service public de continuer de bénéficier des droits attachés au service public. Toutefois, le caractère trop restrictif des missions de service public et l'absence de mention de mission de service public tenant compte des tarifs opposables qui relève du principe de non discrimination tarifaire (CSP L. 6112-3) a conduit au retour de la notion de service public hospitalier. Bien que les hôpitaux publics restaient tenus de respecter les tarifs de la sécurité sociale.

Comptabilité publique intègre les principes de comptabilité générale

L'évolution matière financière et budgétaire n'est pas propre à l'hôpital public, elle est transversale à l'ensemble des établissements publics de l'Etat. Outre les principes traditionnels directeurs en matière de la publique (la séparation de l'ordonnateur et du comptable, le principe d'annualité, le principe d'unité, le principe d'universalité, de principe de spécialité) la loi organique relative aux lois de finance du 1er 2001 (LOLF) en son article 32 a posé le principe de sincérité budgétaire "leur sincérité s'apprécie compte tenu des informations disponibles et des prévisions qui peuvent raisonnablement en découler" d'abord apparue dans une décision du Conseil Constitutionnel *DC du 29 décembre 1994*, l'article 32 de la LOLF en a formalisé son contenu mais seulement pour l'Etat

L'article 27 de la LOLF a introduit l'obligation de tenir une comptabilité générale pour les comptes de l'Etat à côté de la tenue d'une comptabilité budgétaire et d'une comptabilité analytique. L'article L111-3-1-A du code des juridictions financières a institué un contrôle de la procédure de fiabilisation des comptes et des états financiers et dispose désormais que « La Cour des Comptes s'assure que les comptes des administrations publiques sont réguliers, sincères et donnent une image fidèle du résultat de leur gestion, de leur patrimoine et de leur situation financière soit en certifiant elle-même les comptes, soit en rendant compte au Parlement de la qualité des comptes des administrations publiques dont elle n'assure pas la certification ». Le Constituant a érigé le principe de sincérité des comptes et l'a étendu à l'ensemble des administrations publiques. (article 47-2 de la Constitution de 1958, par la réforme constitutionnelle de 2008). Enfin, la loi du 21 juillet 2009 HPST a étendu l'obligation aux établissements publics de santé de certifier leurs comptes aux hôpitaux publics.

La LOLF puis la loi HPST ont opéré le passage d'une gestion budgétaire à une logique performative en matière budgétaire. En raison du contexte délicat des finances publiques, ce changement de tropisme semble s'imposer

La logique performative est à concilier avec l'obligation de tenir des comptes en équilibre pour les établissements publics de santé dont le contrôle de l'état prévisionnel (qui s'est substitué à la notion de budget) est opéré le directeur de l'agence régionale de santé, qui peut à ce titre, prononcer des sanctions en cas de manquement.

Le contexte de crise des finances publiques

La crise des finances publiques que la France traverse depuis des années est ensuite, mais surtout, due à une incapacité structurelle de la France à adopter un budget équilibré. Si la période 2008-2012 a été marquée par une explosion de l'endettement public, les conséquences n'auraient pas été aussi importantes si le passif cumulé n'était aussi important : 64,4% fin 2007. Le dernier exercice équilibré remonte à 1974. C'était il y a plus de quarante ans, Valéry Giscard d'Estaing venait d'être élu Président de la République ! Cela signifie non seulement que l'Etat vit à crédit depuis bientôt un demi-siècle, mais également qu'il ne respecte pas ses engagements européens (le traité de Maastricht fixe depuis 1992 la limite de l'endettement public à 60% du PIB et le déficit annuel à 3%) et qu'il n'est pas en situation de faire face à une politique de relance sans

rendre critique, pour ne pas dire dangereux, pour ses finances le niveau de son endettement.

C'est pourquoi, le niveau d'endettement structurellement haut que connaissait la France depuis plusieurs décennies, conjuguée à l'explosion des dépenses publiques engendrée par la crise de 2008 a eu un impact sur la politique financière de l'Etat. Cette situation fut notamment sanctionnée au niveau international par la baisse de la note attribué à la dette française par les agences de notation (perte du triple A de Standard and Poor's en 2011, rapidement imitée par Moody's puis Fitch Ratings). Ces difficultés générales sont représentatives d'un contexte qu'on retrouve également au niveau local et auxquels les hôpitaux publics n'y échappent pas.

En outre, à l'instar des communes françaises, de nombreux hôpitaux publics ont contracté des emprunts structurés dit « emprunts toxiques » à des fins d'assurer leur investissement, fortement mis en cause dans la crise des finances des collectivités publiques de 2009, contribuant à rendre nécessaire d'importantes restructurations. Plus concrètement, un emprunt toxique, est un crédit combiné avec l'équivalent d'un droit d'acheter ou de vendre un titre financier (aussi bien une action qu'un contrat de livraison de blé), lequel fait évoluer le taux du crédit selon, par exemple, la parité du franc suisse et de l'euro. Les effets peuvent se révéler désastreux pour les finances du souscripteur. En règle générale, le produit structuré comporte une première période très attractive, suivie d'une seconde, plus coûteuse pour le souscripteur. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'ils sont qualifiés de « toxiques ». Les sommes en jeu sont considérables. La Fédération Hospitalière Française (FHF) évalue entre 1,5 et 1,7 milliard d'euros l'encours de prêts toxiques contractés par les hôpitaux.

Il est d'autant plus difficile de sortir de cette situation, que pour mettre fin aux contrats les hôpitaux doivent s'acquitter d'une pénalité représentant en moyenne 85% du montant de la dette (La Tribune). Cette somme étant impossible financièrement à réunir pour l'hôpital sans sacrifier son activité, les structures sont juridiquement et financièrement contraintes de se maintenir dans une situation qui rend difficile la viabilité de la structure.

La crise des finances publiques est une crise nationale qui se répète au niveau local dans de nombreuses structures. Elle met en difficulté la pérennité non seulement des hôpitaux mais également la possibilité de l'État de les soutenir et conduit à repenser

l'organisation financière des établissements publics de santé dans cet environnement nouveau.

Amorcé en 2002, établi par ordonnances l'année suivante, le projet du « plan Hôpital 2007 » est d'achever les réformes entreprises les deux décennies précédentes sur un certain nombre de sujets. D'une part l'objectif d'accentuer l'autonomie des structures (notamment par la tarification à l'activité, TAA ou T2A, qui consiste à facturer le patient pour le soin qu'il a perçu et à recevoir le remboursement de la sécurité en fonction de l'acte effectivement pratiqué), à soutenir le déploiement (par de grands travaux) des hôpitaux, de faciliter les coopérations avec les structures privées et de poursuivre la « régionalisation » mais cette fois des fonctions support avec la création des ARH. Et d'autre part, le plan Hôpital 2007 favorise l'instauration d'une nouvelle organisation hospitalière pour atteindre le but de satisfaire l'objectif de maîtrise de dépenses de santé.

L'objectif de maîtrise des dépenses hospitalières est couplé à la recherche d'efficience constitue le fondement qui sert de justification aux politiques publiques tendant à la diminution des structures. Ce phénomène concernant d'avantage les petites structures non-rentables vouées à disparaître (par fusion ou être absorbé au sein d'une coopération) peut accentuer un autre phénomène : la désertification médicale.

On peut cependant observer trois avancées qui ont, à ce jour, accentué l'ancrage du secteur hospitalier public dans une logique de performance publique.

D'abord, le poids grandissant du directeur d'hôpital, par ses pouvoirs propres ou par la présidence du directoire, qui vise, en substance et selon le Président de la République de l'époque Nicolas Sarkozy, à donner un chef à l'hôpital public

1. Cette organisation centralisée, donnant au chef de la structure les moyens des objectifs qui lui sont fixés, rapproche la figure du directeur de celle du manager, voire du chef d'entreprise. Donner au directeur « les moyens » de son administration rappelle la logique de la LOLF et démontre une volonté de performance dans l'hôpital public. Cette volonté est confortée par la création des ARS dont le rôle doit consister à « n'avoir qu'une obsession, la qualité et la performance »

2. La coordination de la mise en œuvre de la politique de santé dans la région dont elles ont la charge et notamment la répartition de l'offre de soins témoigne d'un centralisme administratif important et donc d'un contrôle accru sur les structures hospitalières. Sur quel critère ? La performance. Cette logique transparaît de partout, elle

peut se comprendre puisque comme l'exprimait le Président de la République « l'efficacité est un gage de qualité ».

3. Dernière avancée notable : la certification comptable. Celle-ci apparaît aux yeux du chef de l'État comme un moyen de lutter contre les déficits, ce qui est contestable. Néanmoins, son adoption montre l'alignement du régime de l'hôpital public sur celui de l'entreprise privée. A travers cet alignement c'est une fois encore, à travers la recherche de la rentabilité, le souci de la performance de l'action publique qui est recherché.

Les implications de ce changement de logique ne s'appliquent pas uniquement à la dimension budgétaire de l'hôpital.

Ainsi, dans sa conception moderne, l'hôpital s'est construit depuis la période révolutionnaire autour du soin des malades, avec, en son cœur, le corps des médecins, l'obligation qui était attachée à leur activité se caractérisait principalement par une obligation de moyen. Mais l'introduction de la logique de résultat dans l'hôpital et la recherche d'efficacité publique conjuguée à la recherche de qualité tend peu à peu à faire glisser l'obligation de moyen vers une obligation de résultat valant pour l'activité des médecins.

En outre la logique de résultat suppose la participation de l'ensemble des acteurs de l'hôpital non pas seulement des médecins mais aussi celle de l'ensemble des paramédicaux. En conséquence de quoi, l'hôpital est amené à transformer sa gouvernance pour la poursuite et la réalisation de l'objectif de résultat. Il doit prendre en compte les difficultés économiques que connaissent les finances publiques et la volonté des pouvoirs publics se désinvestir progressivement de la gestion budgétaire et financière des établissements et groupements relevant du secteur public.

De ce fait, La logique performative à l'hôpital public en France se caractérise par ces trois termes : « autonomie », « responsabilité » et « coordination ». La T2A et la recherche d'un équilibre financier témoigne de la volonté de donner une autonomie de gestion aux hôpitaux : « Je veux donner de l'air à l'hôpital. Il faut du dynamisme, des projets, des équipes soudées. (...) Cela impose une révolution des mentalités ? Comment peut-on faire cette révolution des mentalités ? D'abord par la révolution du financement. (...) La T2A à 100%, c'est une mesure forte pour l'hôpital public. (...) L'équilibre doit être la norme respectée par tous, c'est la meilleure garantie de la pérennité des hôpitaux »

disait Nicolas Sarkozy lors de son discours sur « l'hôpital de demain » en 2007. Ces propos illustrent bien comment prôner l'autonomie suppose le retour à l'équilibre budgétaire et l'adoption d'une logique de rentabilité.

Mais la logique de performance suppose aussi la responsabilisation des acteurs. « La logique libérale qui prédomine aujourd'hui dans le financement des hôpitaux vise à responsabiliser de manière accrue ces derniers à la gestion de leur budget. La tarification à l'activité (T2A) crée un lien direct entre l'activité médicale et les ressources des établissements. Loin de la dotation globale qui a vécu pendant vingt-cinq ans et qui survit encore dans certaines disciplines (soins de suite et de réadaptation, psychiatrie), cette philosophie contribue à associer les établissements de santé à la maîtrise des coûts de la sécurité sociale. »¹ En d'autres termes, l'autonomie de gestion se réalise dans la T2A, qui oblige à adapter le fonctionnement de l'hôpital à la réalité de la demande de soin, mais elle conduit également à l'intégrer au rétablissement de l'équilibre des comptes. La responsabilité est la rançon de la liberté. Cette co-responsabilité induit une logique de coordination qui est accentuée par la mission de répartition de l'offre de soin dévolue à l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Les réformes récentes se caractérisent toutes par un objectif de préserver la qualité de soin dans des contraintes financières toujours plus importante. La logique de performance et tout ce qu'elle induit présente un certains nombres de défauts bien connu. Elle demeure cependant à ce jour la seule réponse capable de maintenir « au mieux » notre système de santé.

En Royaume Uni, le financement du système de santé est entièrement public. Le personnel médical dans l'hôpital est fonctionnaire de l'Etat. Le National Health Service (NHS) est le système de santé publique du Royaume Uni. Créé en 1948 et sous la direction du ministre de santé, le NHS a été la première organisation gouvernementale qui propose un service de santé gratuit aux habitants. Il est donc considéré comme le symbole du "Welfare State". Le NHS repose sur trois principes : l'université, la gratuité et l'accès complets aux soins. Autrement dit, il est demandé de fournir les soins de santé gratuitement à tous les résidents du pays.

Les services fournis par le NHS comprennent surtout les hôpitaux, les consultations médicales, et les ambulances. Les patients paient très peu ou rien du tout pour les services de santé qu'ils ont pris. Dans ce cas, il est évident que le NHS appartient

au modèle “béveridgien”, c’est à dire que le service de santé est financé par l’impôts plutôt que l’assurance. En effet, le NHS est majoritairement financé par l’impôt général et l’Assurance Nationale. Mais, l’impôt général finance entre 80% et 90% de budget du NHS. Cette proportion est relativement grande comparée avec les autres pays membres de l’OCDE, Pour financer le budget du NHS en 2015, le Royaume Uni a consacré 7,7% de son PIB, soit 116,4 milliards livres. En réalité, depuis la loi de décentralisation en 1999, il existe quatre NHS indépendants dans le Royaume Uni. Chaque de nation (England, Scotland, Wales, Ireland du Nord) gère son budget de NHS de manière autonome. Par un processus qui s’appelle “ Spending Review process”, le gouvernement central de Royaume Uni établit chaque année un budget général de NHS. Il décide aussi comment répartir le budget entre chaque nation.

En pratique, le système de santé publique au Royaume Uni n’est pas idéal. Les contraintes de ce système gratuit s’aggravent au fur et à mesure du changement de situation économique et du vieillissement de population. Les faiblesse de NHS en aspect du financement s’est souligné après la crise économique. En outre, le NHS est de plus en plus critiqué sur ses problèmes structurels, particulièrement le temps d’attente pour un Rendez- Vous. D’une côté, il paraît que le NHS subit d’une manque d’investissement public depuis ces dernières années. Cela engendre une augmentation de déficit et une dégradation de qualité de soins à l’hôpital public. Comme le NHS est un système étatique, le budget du service de santé est très dépendant de la politique du gouvernement. . En conséquence, plus de la moitié de hôpitaux était en déficit lors que le gouvernement a réduit le budget. L’autre côté, la qualité de service de soins ne satisfait pas les citoyens. Le nombre de médecins est très insuffisant dans les hôpitaux. Le temps d’attente pour les traitements non-urgents est rallongé à 18 semaines. Évidemment, la situation en Angleterre n’est pas meilleur qu’en France. Les hôpitaux du Royaume Uni ne sont pas non plus suffisamment financés. Bien que le service de santé soit quasiment gratuit, les patients ne sont pas satisfaits à cause de la dégradation de qualité la du service.

Depuis longtemps, il semble que le NHS soit le meilleur système de santé public en Europe de l’Ouest. En comparaison de la sécurité sociale français, il a été considéré plus efficace et performant. Malheureusement, il est prouvé que le système de santé en Angleterre soit aussi face à une situation financière sérieuse. Et bien que le prix de soins est relativement bas et les patients dépensent très peu, la qualité de soins n’est pas satisfaisante pour eux. En effet, depuis 2002, nombreux patients anglais sont venus

prendre des traitements médicaux en France à la charge du NHS, dans le but de réduire les listes d'attente. Une crise humaine se trouve aussi dans les hôpitaux, les médecins travaillent sous la pression à cause d'un manque de ressources humaines. Mais, les hôpitaux publics en Angleterre ont plus de moyens de ressources financières que les hôpitaux publics en France. Par exemple, le PPP (Public Private Partnership), un mode de financement par lequel les projets des hôpitaux publics peuvent être financés par des prestataires privés. En contrepartie, un paiement de l'hôpital par échelonnement. Le PPP est interdit en France depuis 2015 (L'article 34 de la loi de finances).

Un sujet si passionnant et qui suscite de multiples questions qui invite à s'interroger : dans quelle mesure la mise en œuvre d'une logique performative transforme-t-elle la gouvernance de l'hôpital public en France ?

Pour cela, nous développons tout d'abord « l'adaptation économique des EPS pour la satisfaction de la logique de résultat » avec la notion d'une stratégie économique opérationnelle pour les EPS ou les hôpitaux publics, aussi bien que les enjeux de la certification des comptes, en tant qu'un processus de fiabilisation des comptes et d'amélioration de l'écriture comptable nécessaire mais discuté et ; en suite, nous détaillons les notions de gouvernance à l'hôpital public en France dont « l'adaptation de la gouvernance pour la satisfaction de la logique de résultat » et l'instauration du processus de normalisation au sein des EPS, pour enfin, penser l'hybridation de l'organisation hospitalière entre une logique médicale et une logique gestionnaire.

PREMIÈRE PARTIE

L'ADAPTATION ÉCONOMIQUE DES EPS POUR LA SATISFACTION DE LA LOGIQUE DE RÉSULTAT

TITRE 1 : LE CADRE FONCTIONNEL : UNE STRATÉGIE ÉCONOMIQUE OPÉRATIONNELLE POUR LES EPS OU LES HÔPITAUX PUBLICS

A. L'évolution du financement dans les établissements hospitaliers

Au fil de l'histoire des réformes au regard de mode de financement dans les établissements hospitaliers, trois périodes importantes se sont mises en relief pendant la siècle. Dans le contexte de la création de la sécurité sociale et de la réforme hospitalière de 1941, les hôpitaux français sont remboursés par l'assurance maladie selon une base du prix de journée⁵ entre 1945 et 1983. Cependant ce mode de financement était considéré comme le facteur principal d'un effet inflationniste, parce qu'il favorise l'expansion des dépenses et que la dérive de dépense est difficile à contrôler. A la fin de cette période, des difficultés en financement sont apparues dans les hôpitaux. De plus, une crise économique et l'augmentation du taux de chômage ont poussé le gouvernement à mettre fin à ce mode de financement. En suite, la loi du 19 janvier 1983⁶ et le décret du 11 août 1983 ont amené une double réforme (sur le mode de gestion et le mode de financement) aux établissements de santé publics et privés qui participent au service public hospitalier. Un budget annuel est prévu en reconduisant le budget de l'année précédente dans l'objectif d'encadrer les dépenses hospitalières. Alors, la dotation annuelle de financement⁷ aurait été mise en place. Pourtant, ce mode de financement n'est pas lié pas à l'activité. La troisième période date de l'instauration d'un nouveau mode de financement- la tarification à l'activité. En 2005, le système de tarification à l'activité (T2A) est introduit à la France pour financer les établissements de santé plus efficacement et améliorer la transparence dans le financement de soins.

5 <http://www.cgt.fr/Le-financement-des-hopitaux.html>

6 http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2005/2005_10_eric_molinie.pdf

7 <http://www.atih.sante.fr/presentation-des-modalites-de-financement-ssr>

1. Le passage de la dotation globale à la tarification à l'activité

La dotation globale a été instituée par la loi n°83-25 du 19 janvier 1983 et précisée par le décret n° 83-744 du 11 août 1983. De 1983 à 2004, un financement par la dotation globale s'est appliqué sur les établissements publics de santé et les établissements privés participant au service public hospitalier. Durant cette période, chaque hôpital recevait une somme d'argent versée par la caisse primaire d'assurance maladie en fonction des besoins. En bref, la dotation globale de financement est calculée en considérant les dépenses des activités de l'établissement de l'année précédente et le taux directeur d'augmentation des dépenses. Essentiellement, elle pouvait couvrir les dépenses de fonctionnement de l'établissement. Ce mode de financement déduisait une grande partie de budget dans les hôpitaux publics ou privés du service public hospitalier. Parallèlement, il était critiqué de ne pas bien tenir compte les activités réelles dans les hôpitaux. En réalité, entre 1983 et 1996, la somme d'argent⁸ pour les hôpitaux est limitée et non modifiable durant l'année. Bien que la dotation globale ait mis fin au système inflationniste, soit le prix de journée, elle ne pousse pas forcément à la productivité. En outre, les différences d'enveloppe d'un établissement à l'autre semblent souvent arbitraires.

A la fin des années 90, face à l'évolution des techniques médicales et l'augmentation des dépenses en santé, le financement par la dotation globale⁹ est devenu de plus en plus contraint. Dans ce contexte, les services offerts par les établissements de santé ne pouvaient pas satisfaire aux attentes des patients. Avant l'entrée en vigueur de la T2A, il était souvent que beaucoup d'établissements n'avaient plus de les moyens de se financer à la fin de l'année à cause de la dotation forfaitaire annuelle. Pour ne pas dépasser le budget, les établissements ont limité leur activités. En 1996, le Programme de médicalisation du système d'information (PMSI) a introduit une régulation sur l'attribution des enveloppes budgétaires. L'objectif principal était de reconstituer un lien entre l'activité hospitalière et le financement. A époque, la tarification à l'activité est considérée comme un bon élément pour inciter les établissements à agir et à développer leur activités. En réalité, avant que ce régime budgétaire est intervenu dans les établissements public de santé en France en 2005, elle avait déjà été adoptée par vingtaine pays dans le monde¹⁰. Cette nouvelle méthode de financement est importée des pays anglo-saxon en espérant atteindre quatre objectifs¹¹: accroître la médicalisation du financement, responsabiliser les acteurs et de les inciter à s'adapter à la maîtrise des coûts,
⁸<http://sante.lefigaro.fr/social/sante-publique/financement/comment-financait-on-etablissements-avant-reforme-t2a>

⁹ http://www.sanitaire-social.com/hopitaux-et-cliniques/hopitaux_cliniques_financement/m2/23

¹⁰ LA T2A, CHOIX TECHNIQUE OU CHOIX POLITIQUE-Bernard Odier

harmoniser les modes de financement entre les établissements publics et privés, et développer les outils de pilotage médico-économiques au sein des hôpitaux publics et privés. Le principe de base de la T2A est de payer les établissements de santé en fonction de leur activités, et les activités sont mesurées par les groupes homogènes de malades (GHM)¹².

2. La mise en œuvre de T2A à l'hôpital

Jusqu'en 2003, les établissements de santé connaissaient des modes de financements différents selon leur nature juridique. Les établissements publics de santé et les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH) étaient dotés depuis 1983 d'une enveloppe de fonctionnement annuelle et limitative. Et les établissements de santé privés à but lucratif facturaient directement à l'assurance maladie des forfaits de prestations (rémunération de la structure) et des actes (rémunérations des professionnels de santé libéraux). Dans le cadre du Plan 2007, la mise en œuvre de la T2A (la tarification à l'activité) est réalisée, ce mode de financement est devenu quasiment le mode unique de financement pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements de santé aussi bien publics que privés. Comparé avec la dotation globale, ce mode de financement est jugé plus équitable.

Deux éléments fondamentaux consistent en T2A. Premièrement, les groupes homogènes de malades et les groupes homogènes de séjours définissent et décrivent les activités hospitalières. Les GHM identifient les différentes prestations de soins offertes aux patients de même profil pour que avoir un même prix sur un même prestation de soins. Deuxièmement, les prix des GHM sont définis à l'avance (paiements prospectifs). Ces prix peuvent être fixés au niveau national ou au niveau local.

Dans l'objectif de fonder un financement qui peut couvrir 100% de l'activité de court séjour, le plan hôpital 2007¹³ prévoyait un passage à la T2A. Sur la base du PMS (programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), outil de mesure de l'activité médicale et économique des établissements), la T2A introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 et mise en place par les ordonnances de mai et septembre 2005. C'est un système de financement des établissements de santé en fonction du nombre d'actes médicaux réalisés (l'activité hospitalière est décrite à travers des groupes homogènes de malades

¹¹ <http://www.carnetsdesante.fr/La-T2A-dans-tous-ses-etats>

¹² En France, les groupes homogènes de malades (GHM) constituent un système de classification médico-économique des hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCOO)

¹³ <https://www.cadredesante.com/spip/profession/management/Plan-Hopital-2007>

(GHM). Le prix de chaque activité est fixé tous les ans par le ministre chargé de la santé via le mécanisme des GHS/GHM.

Dans le processus de la mise en place de la tarification à l'activité, il semble que cette période de transition ait été incontournable. Il avait prévu qu'à l'horizon 2012, chaque établissement doive converger vers des tarifs nationaux, calculés à la moyenne nationale de son secteur. Entre 2004 et 2008, la réforme a été progressivement appliquée dans le secteur public pour couvrir 100% de l'activité Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO)¹⁴ dans les établissements publics et privés. Au cours de l'application de ce nouveau mode de financement, les caractéristiques différentes entre les établissements publics et privés sont bien considérées. Pour le secteur privé déjà en paiement à l'activité, il s'agit d'un ajustement sur les tarifs nationaux selon un coefficient de transition. Pour le secteur public, la progressivité est assurée par une baisse régulière de la dotation globale et une évolution du volume du paiement à l'activité concomitante. En outre, un coefficient géographique est applicable dans certaines régions pour les deux secteurs. Désormais, les recettes des établissements de santé publics et privés, versées par l'assurance maladie, dépendent majoritairement du nombre d'actes qui y sont effectués. Autrement dit, les recettes issues des activités hospitalières vont déterminer les dépenses.

La T2A n'abolit pas complètement le système des dotations forfaitaires annuelles. En fait, il y a cinq grandes modalités associées pour réaliser cette réforme. Elles sont réparties en deux blocs principaux. Précisément, trois de ces cinq modalités¹⁵ lient directement à l'activité de l'établissement. Ces trois modalités sont les tarifs par séjour (groupe homogène de séjour (GHS) et supplément), des tarifs par prestation (consultations et actes externes, urgences, etc.) et des paiements en sus (pour les médicaments et les dispositifs médicaux). En plus, il y a une modalité de financement mixte pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) et une modalité de financement sur des dotations (non fondée sur une tarification à l'activité), celui-ci est particulièrement pour les urgences, par exemple, les prélèvements d'organes.

Il existe un principe d'universalité budgétaire. Ça signifie que les budgets sont alloués pareillement entre les établissements hospitaliers pour qu'ils remplissent la même mission. Toutefois, malgré ce principe, on observe des disparités entre les hôpitaux. Cela tient aux financements en propre à chaque type d'établissement public hospitalier. La T2A permet une augmentation de la productivité hospitalière, mais on lui reproche de peu adapter à certaines

14 http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/t2a_point_etape-2.pdf

15 <http://www.urofrance.org/fileadmin/medias/t2a/presentation-t2a.pdf>

activités dans les hôpitaux publics. Alexis Dussol, ancien président de la conférence nationale des directeurs de centres hospitaliers¹⁶ indique que la T2A est injuste et inefficace. Les hôpitaux publics sont distingués en trois catégories¹⁷: les centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU), les hôpitaux locaux (HL) et les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie. Ils leur sont confiés des missions différentes selon la taille de l'établissement, la location géographique et les services médicaux etc. Les CHRU se trouvent généralement dans les grandes métropoles régionales, ils assurent tout la gamme des soins aigus en médecine, chirurgie et obstétrique ainsi que les soins de suite et de longue durée. Les hôpitaux locaux ou hôpitaux à proximité assurent les soins médicaux courants des populations vivant en milieu rural. Les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie assurent la prise en charge des patients en psychiatrie. En conséquence, les exercices médicaux hospitaliers peuvent être très complexe en fonctions des patients. Dans ce contexte, on considère que la T2A n'adapte pas bien à certaines missions des hôpitaux publics. Par exemple, les hôpitaux locaux accueillent beaucoup de personnes âgées qui subissent plus souvent des maladies chroniques. Elles ont des besoins de longues hospitalisations. Et les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie présentent encore plus des spécialités en aspect de poids des soins ambulatoires et de chevauchement de mode de prise en charge. Dans ces cas, la T2A ne fonctionne pas assez bien que sur les actes simples ou techniques, par exemple les chirurgies. En adaptant aux pathologies et actes standardisés, il est difficile de valoriser lorsqu'il s'agit du temps de réflexion pour les maladies rares, des soins palliatifs et des actes médicaux pluridisciplinaires. L'autre soucis essentiel sur ce mode de financement est d'engendrer le choix de patients¹⁸ dans les hôpitaux publics. Quand les activités ne sont pas rentables parce que le tarif fixé par GHS est trop bas, il est possible que l'établissement évite de prendre en charge des patients de ces situations.

A. Le financement de l'hôpital

En fait, comparé avec les taux de croissance de la CSBM (la consommation de soins et de biens médicaux) de chaque année après 2010, la CSBM en France en 2015 n'est pas dynamique. Quoi qu'il en soit, la CSBM en France s'est élevée à 194,6 milliards d'euros¹⁹ en

¹⁶<http://www.latribune.fr/opinions/tribunes/hopital-l-echec-consomme-de-la-tarification-a-l-activite-575527.html>

¹⁷<http://www.hopital.fr/Nos-Missions/L-hopital-au-sein-de-l-organisation-generale-de-la-sante/Les-etablissements-publics-de-sante>

¹⁸ http://www.cphweb.info/spip.php?page=imprimer&id_article=641

¹⁹<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2015-resultats-des-comptes-de-la-sante>

2015, autrement 11 % de son PIB a été consacré à la santé. Cela place la France au troisième rang mondial. Mais, en même temps, les comptes des hôpitaux publics ont continué de se dégrader. La rentabilité nette des établissements publics en 2015 s'établit à -0,6%. Selon les données provisoires des comptes financiers des hôpitaux publics, le déficit des hôpitaux publics, au total, a atteint 411 millions d'euros. En comparaison du déficit en 2014, il s'est aggravé d'environ 170 millions d'euros. L'endettement hospitalier a représenté 1,4 % du PIB, soit 29,3 milliards d'euros. La Cour des comptes a signalé que la dette hospitalière avait triplé en dix ans et que la dette des hôpitaux publics était à un niveau critique. Cela a mis le secteur hospitalier en situation critique. Parallèlement, le système de financement (T2A) est mis en accusation.

La sécurité sociale finance environ 90% les budgets hospitaliers. Evidemment, l'argent provient des cotisations sociales versées par les employeurs, les salariés et les travailleurs indépendants. En effet, chaque année, le Parlement vote une loi de financement de la sécurité sociale (La loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale du 2 août 2005 a réformé les LFSS)²⁰ chaque année depuis 1996, celle qui fixe l'objectif national de dépense d'assurance maladie (ONDAM)²¹. Cependant, en représentant tous les hôpitaux publics, la Fédération hospitalière de France (FHF)²² a écrit au Ministre de la santé et des solidarités que la situation budgétaire des hôpitaux publics est préoccupante. Par ailleurs, L'Etat est aussi une ressource financière pour les établissements de santé. Par exemple, dans un objectif de modernisation (l'argent a été investi aux hôpitaux pour le renouvellement des équipements et le développement médical) des hôpitaux, le gouvernement avait lancé deux grands programmes d'investissements: les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012²³. Encouragé par ces deux plans, le financement des investissements par la dette (les emprunts bancaires), est aussi un choix pour le financement de l'hôpital lors que le budget est limité et contraint.

20 La loi de financement de la Sécurité sociale est une catégorie de loi créée par la révision de la Constitution du 22 février 1996. Elle vise à maîtriser les dépenses sociales et de santé. Elle détermine les conditions nécessaires à l'équilibre financier de la Sécurité sociale et fixe les objectifs de dépenses en fonction des prévisions de recettes.

21 L'ONDAM a été créé par une ordonnance de 1996 dans le cadre du Plan Juppé. Il englobe les soins de ville, d'hospitalisation dispensée dans les établissements privés ou publics mais aussi dans les centres médico-sociaux.

22 Créée en 1924, la Fédération Hospitalière de France (FHF) réunit plus de 1000 établissements publics de santé (hôpitaux) et autant de structures médico-sociales (maisons de retraite et maisons d'accueil spécialisées autonomes), soit la quasi-totalité des établissements du secteur public. La FHF remplit une triple fonction de promotion, d'information et de représentation : promotion de l'hôpital public, information des établissements, représentation des établissements.

23 Le Plan Hôpital 2012 a pour finalité de « poursuivre la modernisation technique des établissements de santé engagée avec le Plan Hôpital 2007 dont il constitue le prolongement »

1. Les ressources du budget des établissements public de santé

Pareil que les autres finances publiques, les finances hospitalières sont soumises à la règle de l'universalité budgétaire²⁴. Cette règle implique que les dépenses et les recettes dans le budget ne peuvent pas être contractées entre elles. En plus, selon cette règle, la recette ne peut pas être utilisée pour une dépense donnée. Elle doit être reversée au budget de l'hôpital. Cependant, pourvu que cette règle ne fasse pas obstacle au développement de certaines activités, il existe les recettes affectées (ressources affectées)²⁵. La recette affectée se présente en général sous trois formes: bailleur de fonds, les subventions des organismes privés et publics et les dons. Dans une situation financière critique, les établissements prennent conscience de la nécessité de diversifier leurs ressources budgétaires.

La source de financement le plus important se présentent à la forme de subventions allouées chaque année aux établissements de santé au titre des MIGAC (Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation)²⁶. Le plan Hôpital 2007 comportait un plan de relance de l'investissement hospitalier. Grâce à ce plan, les établissements de santé public et privé ont reçu une subvention de plus de 6 milliards d'euros. Et le plan Hôpital 2012 prévoyait 5 milliards d'euros d'aide financière apportée aux établissements de santé avec l'objectif de la modernisation des établissements Hôpital 2012. L'argent est donné aux hôpitaux chaque années pour aider à rembourser les emprunts bancaires. Mais, il ne s'agit pas directement de financer les travaux dont les établissements ont besoin.

Le financement par l'Etat²⁷ repose généralement sur les subventions d'investissement de l'État et les budgets accordés par la Caisse Nationale de Santé. Le Ministre de la Santé et la Commission Permanente pour le secteur Hospitalier (CPH)²⁸ autorisent les subventions d'investissement au financement de la modernisation des hôpitaux publics . Les actions de

modernisation comprennent la construction des infrastructures hospitalières et les achats des
24 Le principe d'universalité budgétaire est l'un des cinq grands principes budgétaires des finances publiques en France. Principe proche du principe d'unité. Il s'agit d'une règle fondamentale du droit budgétaire, l'universalité implique le rassemblement (dans un document unique) en une seule masse de l'ensemble des recettes brutes sur laquelle doit s'imputer l'ensemble des dépenses brutes.

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/la-recette-affectee-raf/>

25 Certaines ressources ont une affectation prédéterminée. Ainsi, doivent conserver leur affectation : les produits attribués à l'établissement avec une destination déterminée, les subventions des organismes privés et publics , les dons et legs.

26 La dotation MIGAC. Elle finance les Missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation dans le MCO (notamment la recherche médicale, les services mobiles d'urgence et l'investissement).

27 <http://vie-publique.fr>

28 La CPH exerce des fonctions consultatives auprès des ministres de la santé et de la sécurité sociale a été instaurée.

équipements lourds dans les hôpitaux publics. Ces mêmes investissements sont aussi financés par la Caisse Nationale de Santé²⁹. Mais, elle ne finance que 20% des investissements des hôpitaux. En même temps, elle finance les frais de fonctionnement des établissements hospitaliers selon un budget opérationnel annuel (la Caisse Nationale de Santé négocie avec chaque hôpital sur le budget). Parfois, les collectivités locales participent aussi au financement des hôpitaux publics en donnant une somme d'argent aux hôpitaux publics. Les fonds de dotations de la décentralisation s'orientent du transit des compétences de l'Etat aux collectivités locales. Le fond de dotation³⁰ peut avoir une structure privée. Il collecte les dons de particuliers ou d'entreprises pour financer les projets des hôpitaux publics. Alors, les donateurs peuvent bénéficier d'une déduction fiscale. Ensuite, la possibilité de récupérer la TVA sur les investissements doit être considérée. Parce qu'il est possible que certaines opérations peuvent bénéficier d'exonérations de la TVA. Par exemple, La restauration bénéficie seulement d'une TVA à 5,5%.

Selon un principe posé par l'article L.2125-1 du code général de la propriété des personnes publiques, l'occupation privative du domaine public peut être assujettie au paiement d'une redevance. Cela permet aux hôpitaux publics d'avoir une source financière légale. En tant que le quatrième propriétaire foncier d'Ile-de-France, L'AP-HP³¹ possède une superficie foncière de 596 hectares dans le domaine privé qui comprend des immeubles de logements pour les personnels de l'AP-HP (auprès de bailleurs sociaux), des commerces, des terres agricoles et des forêts, etc. Evidemment, L'AP-HP touche une redevance importante. Depuis ces dernières années, les hôpitaux ont commencé à faire le ménage dans leur riche patrimoine. L'objectif est de réduire le déficit par vendre les terrains et les immeubles. Par exemple, L'AP-HP a vendu le Théâtre Mogador à Paris pour 5,5 millions d'euros au groupe néerlandais Stage Entertainment.

Selon l'article L.5126-1 du Code de santé publique, les établissements de santé peuvent disposer d'une pharmacie à usage intérieur (PUI). Dans la pharmacie à usage

²⁹ En 2012, l'ensemble des dépenses d'assurance maladie représentait 162 milliards d'euros dont :44 % pour les établissements de santé (hôpitaux publics, établissements privés, établissements médico-sociaux).

³⁰ Le fonds de dotation est une personne morale utilisée, par un individu ou par un collectif, comme outil de financement privé et désintéressé d'actions d'intérêt général.

³¹ Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) est l'établissement public de santé qui exerce le rôle de centre hospitalier régional pour Paris et l'Île-de-France. L'AP-HP est dirigée par un directeur général assisté d'un secrétaire général.

intérieur, les médicaments inscrits sur la liste de rétrocession peuvent être vendus aux patients non-hospitalisés. Il s'agit de la vente des médicaments sur lesquels le contrôle est plus strict du fait des risques de dangerosité. Les médicaments vendus par le PUI s'appellent médicaments rétrocédés. Ils ne sont disponibles que dans les pharmacies des hôpitaux. Les dépenses de médicaments rétrocédés n'apparaissent pas sur le budget hospitalier à partir de l'année 1933. Mais les médicaments rétrocédés sont aussi remboursés par l'assurance-maladie avec une participation de l'assuré variable selon les médicaments. Au moment où la pharmacie à usage intérieur adresse une facture à la Caisse de l'assuré, une marge du prix du médicament est attribuée par la Caisse à l'établissement de santé. Cette marge est destinée aux frais engendrés par l'activité de la vente des médicaments rétrocédés. Cela permet les hôpitaux de transférer la contrainte budgétaire à l'assurance maladie.

Un autre choix pour se financer est d'emprunter à la banque. Les hôpitaux font des emprunts bancaires³² lorsqu'ils veulent faire des investissements massifs et que l'Etat n'augmente pas le budget du financement pour eux. La dette des hôpitaux est en croissance forte depuis 2003. Au fur et à mesure de la mise en place des plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012, le financement des investissements des hôpitaux publics par la dette est devenu encore populaire. En 2011, la dette des hôpitaux publics a été passée 24 milliards. Par rapport à 2003, la dette des hôpitaux publics a été triplée. D'après les données de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP) est en dette de 2,3 milliards d'euros. Les banques sont toujours en les principaux partenaires. Elles finançant 69,1% des besoins de financement à long terme des établissements publics. Néanmoins, la Cour des comptes a signalé depuis des années que la situation financière des hôpitaux publics reste critique.

2. Les dépenses principales des établissements publics de santé

La proportion de dépenses consacrées à l'hôpital public ne cesse d'augmenter depuis longtemps. Les achats réalisés par les hôpitaux sont très divers. Mais, les dépenses les plus importantes dans les hôpitaux publics sont les dépenses de fonctionnement et les dépenses d'investissement³³. Les dépenses de fonctionnement garantissent un bon fonctionnement

³² <http://www.pcf.fr/69710>

³³ <http://www.hopital.fr/Nos-Missions/Le-fonctionnement-de-l-hopital/Le-financement-de-l-hopital>

http://www.collectivites-locales.gouv.fr/files/files/eps_2.pdf

<http://chocs9cube.over-blog.com/article-structure-des-depenses-d-exploitation-du-budget-principal-de-l-hopital-1-101843215.html>

quotidien de l'hôpital. Plus d'un million de personnes dont 100 000 médecins et 900 000 agents non médicaux travaillent dans les hôpitaux publics. Etant donnée que les dépenses de personnel prend la plus grande partie dans les dépenses de fonctionnement. Le secteur hospitalier public représente 17 % de l'emploi public et 4 % de l'emploi total en France.

Les autres dépenses de fonctionnement, par exemple, les dépenses en maintenance des bâtiments et des équipements, les dépenses en énergies, et les dépenses en services relatives sont aussi élevées en raison d'un grand nombre des hôpitaux publics en France . Quant aux achats d'investissement, il s'agit du renouvellement des équipements (équipements médicaux, techniques et des logistiques. Parfois, les hôpitaux doivent aussi payer les travaux nécessaires (construction ou rénovation de bâtiments). En effet, l'achats relatif aux médicaments et aux dispositifs médicaux sont loin d'être le plus lourd parmi les achats d'exploitation. Pour éviter une augmentation de déficit dans l'hôpital, les dépenses doivent être gérés avec une attention toute particulière. La France transpose une réglementation européenne relatives aux marchés publics dans le code des marchés publics en France. Les acheteurs publics y compris les hôpitaux publics doivent respecter trois grandes principes: la liberté d'accès à la commande publique, l'égalité de traitement des candidats et la transparence des procédures d'achat. L'hôpital peut être lourdement sanctionné s'il ne respect pas ces principes. Grâce au code des marchés publics, les hôpitaux publics sont obligés de rationaliser leurs achats.

Normalement, le directeur de l'hôpital et le directoire qui combine un ensemble de médecins importants gèrent ensemble le budget de l'exploitation de l'établissement. En effet, les hôpitaux publics ont une structure de dépenses de fonctionnement pareil que les autres services publics. En moyenne, les dépenses d'exploitation sont consacrent aux 4 aspects. Selon la cour des comptes, parmi les dépenses importantes des hôpitaux publics, la dépense de personnel est la plus coûteuse. En 2012, cette dépense représente environ 70% de la dépense totale des hôpitaux public de l'année. De plus, cette dépense de personnel représente près de 57% des montants consacrés par l'assurance maladie (565 000 personnes dans les services des soins) atteignant 41,7Md€. Cependant, l'ONDAM (objectif national des dépenses d'assurance maladie) a prévu que les charges de personnel représentait 53 % des dépenses hospitalières pour cette année. En 2015, selon un article publié par la quotidien en ligne *Challenge Soir*³⁴, «Le ministère de la Santé table sur une maîtrise de la masse salariale de l'ordre de 860 millions soit l'équivalent de 22.000 postes et 2% des effectifs de la fonction

³⁴<http://www.lefigaro.fr/retraite/2015/03/01/05004-20150301ARTFIG00042-hopitaux-des-coupes-colossales-avenir-dans-les-budgets.php>

publique hospitalière ». Selon la direction générale de l'offre de soins, le déficit global des hôpitaux publics français est estimé à 411 millions d'euros en 2015. Etant donné que les collectivités territoriales et les administrations publiques sont exonérées de la taxe sur les salaires, il semble injuste de fiscaliser sur les salaires des personnels hospitaliers.

D'ailleurs, le budget hospitalier³⁵ consacrent 12% à l'achat de médicaments et dispositifs médicaux, 10% aux achats divers et 8% aux amortissements et aux frais financiers (bâtiments, matériel etc). Enfin, Les hôpitaux publics, en tant qu'employeurs, sont assujettis à la « taxe sur les salaires » qui représentent une charge supplémentaire entre 10 à 12% des dépenses du personnel soit environ 4,25% de l'ensemble des ressources hospitalières. Cette taxe est profondément injuste et improductive. La cour des comptes alerte plusieurs fois sur la masse salariale des hôpitaux.

B. La restructuration hospitalière par mutualisation des ressources : un outil de maîtrise des dépenses hospitalières

Le rapport du Sénat du 25 mai 2010 portant sur la mutualisation des moyens des collectivités territoriales³⁶ définit la mutualisation comme “ [...] une mise en place, temporaire ou pérenne, d'une logistique commune à deux ou plusieurs personnes morales : ressources humaines, équipements informatiques, culture (bibliothèque...), voirie, espaces verts...”. Il poursuit que la mutualisation est un “transfert de moyen qui doit accompagner tout transfert de compétence. Elle doit être décidée par les autorités délibérantes [...]”. Toutefois, la mutualisation n'est pas un abandon de moyens appartenant à la collectivité publique, mais bien “le partage d'une ressource, en bien ou en personnel, entre les décideurs distincts”.

Le mouvement de mutualisation des compétences et des moyens ou ressources est un mouvement global de rationalisation qui ne se limite pas uniquement au secteur de la santé et à ces établissements. Depuis les années 1970, le Législateur a montré son attachement à la démarche de mutualisation en s'inspirant des instruments de la coopération intercommunale.

Ainsi, plusieurs lois se sont succédées (loi du 6 février 1992 ATR ; loi du 12 juin 1999 Chevènement ; loi du 16 décembre 2010 portant réforme des collectivités territoriales ; loi Pelissard - Sueur du 29 février 2012 visant à assouplir la refonte de la carte intercommunale ;

³⁵ <http://www.hopital.fr/Nos-Missions/Le-fonctionnement-de-l-hopital/Le-financement-de-l-hopital>

³⁶ “Un nouvel atout pour les collectivités territoriales : la mutualisation des moyens” Rapport d'information de MM. Alain LAMBERT, Yves DÉTRAIGNE, Jacques MÉZARD et Bruno SIDO, fait au nom de la délégation aux collectivités territoriales n° 495 (2009-2010) - 25 mai 2010

loi du 7 août 2015 NOTRe relatif, en son troisième volet, sur le renforcement de l'intercommunalité.) .

Plus spécifique au secteur de santé, le Législateur a souhaité renforcer la coopération entre les établissements publics et privés d'hospitalisation, en procédant notamment à la création de syndicats interhospitaliers et de groupements hospitaliers.

Ces restructurations ont été réalisées de manière successive depuis 1991 jusqu'à la récente loi du 26 janvier 2016 dite de modernisation de notre système de santé qui crée les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). Les décrets d'application du 27 avril 2016 et du 10 novembre 2016 précisent leur modalités de création et de fonctionnement. Des auteurs comme BONNICI "Établissements de santé et territoires" parlent même de "saga" en matière de restructurations hospitalières³⁷.

L'objectif de remodeler la carte territoriale de santé tend à diminuer les structures tout en préservant les principes attachés au service public: mutabilité, égalité, continuité.

Plus récemment, le rapport Devictor datant de 2014 portant sur le service public territorial de santé avait développé et encouragé le recours aux coopérations privé-public par la voie conventionnelle, afin de procéder au "choc de coopération" aux mutualisations des moyens et ressources³⁸. Les mutualisations sont associées avec le concept de territoire de santé (TDS) introduit par l'ordonnance du 4 septembre 2003 a succédé à la notion de secteur sanitaire de la loi Boulin de 1970. Le Législateur n'a pas donné de définition à cette notion, mais on peut retenir celle proposée par B.BONNICI "un territoire de santé est une étendue géographique où la population résidente peut disposer d'une offre de soin de qualité"³⁹. C'est désormais au sein des TDS que s'organise la politique d'aménagement de l'offre de soin, sous l'égide du directeur générale de l'ARS qui en aura défini préalablement son périmètre (article L.1434-16 du Code de la Santé Publique) . Le rapport ajoute que celui -ci se définit en concertation entre les acteurs et les usagers. En définitive, le directeur de l'ARS détermine après concertation un territoire et régule afin de permettre l'organisation contractuelle entre les offreurs de santé du territoire donné

La mutualisation des établissements publics de santé constitue un outil d'optimisation des dépenses qui leurs sont imputées. La difficulté de la mutualisation réside principalement

37 B.BONNICI "Établissements de santé et territoires" in Territoire et santé, D.TRUCHET et M.-L MOQUET - ANGER (dir) RDSS hors-série 2009 p.98

38 Rapport DEVICTOR, LE SERVICE PUBLIC TERRITORIAL DE SANTE (SPTS) LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER (SPH) : Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé, mars 2014

39 B.BONNICI, "Établissements de santé et territoire" in Territoire et santé, OP. CIT., p.98

dans la pluralité des coopérations interhospitalières et des finalités différentes poursuivies par celles-ci (1) et dans les craintes qu'elle génère : des résultats contrastés des restructurations, laissant entrevoir un abandon de certaines disciplines, voire la disparition des établissements de santé plus petits(2).

1. La pluralité des coopérations interhospitalières

On classe traditionnellement les coopérations en trois catégories suivant un critère finaliste : la coopération - filière, la coopération - efficience, et la coopération institutionnelle. Toutefois, juridiquement il est plus aisé de regrouper les coopérations en deux catégories : les coopérations fonctionnelles (1.1) et les coopérations institutionnelles (1.2)⁴⁰.

1.1 Les coopérations fonctionnelles

A l'intérieur des TDS, l'ordonnance du 4 septembre 2003 a créé les Conférences de territoire (CFT) codifiées à l'article D.1434-22 du CSP dans sa rédaction du 31 mars 2010. Elles constituent des instances de démocratie sanitaire au sein des TDS et sont des organes consultatifs qui sont sollicités par le directeur de l'ARS à propos du projet régional de santé. La promotion des coopérations entre les établissements (article L 1434 - 17 du CSP) figure parmi les buts poursuivis par les CFT. Plus encore, l'article L 1432 - 4 du CSP a prévu que c'est au sein de la conférence régionale de santé que les représentants des ES et des conférences territoriales seront amenés à discuter et promouvoir les coopérations. A défaut, le directeur de l'ARS dispose d'une compétence pour imposer la coopération.

Afin de préserver leur autonomie, les ES sont donc invités, ensembles, à discuter des moyens conventionnels pour mutualiser leurs actions (article L 6134 - 1 du CSP). Ils peuvent prendre part à des coopérations conventionnelles pouvant prendre diverses formes : la convention simple, la fédération médicale interhospitalière, le réseau de santé (qui constitue en réalité une étape intermédiaire du groupement de coopération sanitaire).

La convention simple, tout d'abord, suit un principe général du droit des contrats : la liberté contractuelle et son corollaire l'autonomie des volontés. Ainsi, est laissé à l'appréciation des cocontractants la définition de l'objet de ces conventions. Le champ de ce type de conventions est étendu et recouvre des activités très différentes. Telles que les

⁴⁰ On retrouve ces catégories dans le manuel Droit Hospitalier de M.- L. MOQUET - ANGER p.92, 3ème édition, L.G.D.J, 2014

activités médicales, les activités administratives et techniques (restauration, blanchisserie, gestion des systèmes d'information)⁴¹. Elles se révèlent d'une grande utilité pour l'acquisition d'équipements lourds.

Au niveau juridique, les conventions sont des contrats administratifs parce qu'elles requièrent deux critères : la présence d'une personne morale de droit public (en l'espèce un EPS) et leur objet concerne l'exécution d'un service public (*CE, 1956 époux BERTIN*). Leur régime est exorbitant du droit commun et suppose, par conséquent, la compétence du juge administratif en cas de contentieux.

Le contrat administratif pris en exécution d'une mission de service public ne devant pas contrevenir aux principes fondamentaux qui gouvernent le service public hospitalier (égal accès aux soins, mutabilité, et continuité), le juge administratif veille à leurs respects. Ainsi, dans un arrêt du *CE, 2008 M. NOMBLOT et autres*, le juge a sanctionné l'arrangement déraisonnable passé entre l'établissement public et des médecins libéraux consistant à diminuer l'activité de l'établissement au profit des médecins. Plus récemment, *la CAA, Lyon 2012* a considéré que l'exploitation d'un scanner de l'hôpital par des médecins libéraux sans versement d'une contrepartie entraîne nullité de la convention.

La fédération médicale interhospitalière (FMI), autre mode de coopération par voie conventionnelle, a été instaurée par la loi du 27 juillet 1999 portant création de la Couverture Médicale Universelle (C.M.U) et codifiée à l'article L 6135-1 CSP. Elle consiste à ce que le directeur d'hôpital (DH) après avoir recueilli l'avis de la Commission Médicale (CME) et celui du Comité Technique d'Etablissement (CTE) en vue du rapprochement d'activité, permet le regroupement par pôle d'activités cliniques, médico-techniques, ou les structures internes aux pôles avec l'accord des responsables des structures en cause⁴². L'article L 6321-1 du CSP dans sa rédaction issue de l'ordonnance du 4 septembre 2003 a repris deux formes de réseaux de santé (RS) préexistants auparavant dans deux codes distincts : le Code de la Sécurité Sociale (CSS) et le CSP. Il a pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charges sanitaires⁴³. Ils sont composés d'une pluralité d'acteurs de la santé : professionnels libéraux, médecin du travail, centre de santé, institutions sociales et médico - sociales, organisation à vocation sanitaire et

41 Sur les systèmes d'information la Cour des comptes dans son rapport annuel de 2016 sur l'application de LFSS, le chapitre VIII est consacré à la modernisation des systèmes d'information hospitaliers (SIH) et promeut sa généralisation sur l'ensemble des ES. En outre, par le programme Hôpital Numérique lancé en 2011 par la DGOS, les pouvoirs publics ont souhaité rendre ce secteur plus performant

42 Sur ce point, Droit Hospitalier de M. - L MOQUET - Anger, p 95, 3ème édition, L.G.D.J, 2014

43 M.-L MOQUET - ANGER "les nouveaux acteurs : 10 ans après", in La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades : 10 ans après, Ed. Bruylant, 2013, p.55

sociale. Depuis la loi du 10 août 2011, l'article 46 de cette loi prévoit que les hôpitaux militaires peuvent intégrer un réseau de santé. L'ensemble des acteurs souhaitant coopérer au sein d'un réseau de santé doivent adopter une convention constitutive (D 6321 - 1 à D 6321 -7 du CSP). Le RS est gouverné par le principe du libre choix libre d'accepter de bénéficier du réseau ou non : celui laissé à l'utilisateur et celui laissé aux professionnels de santé. Pour permettre le fonctionnement du RS, il peut bénéficier à ce titre de financements publics. Plus spécifiquement, il provient de subventions d'Etat et des collectivités territoriales (CCT) ainsi qu'une partie des fonds de l'Assurance Maladie (AM) destinés à l'intervention régionale (CSP article D 6321 - 1). On notera que le RS fait l'objet d'une procédure de certification (CSP article L 6113 - 4).

Toutefois, les RS ne peuvent constituer un mode de coopération en soi, ils ont vocation à être transformés en des coopérations prenant une forme institutionnelle telles que les Groupements de Coopération Sanitaire (GCS), les Groupements d'Intérêt Public (GIP) , les Groupements d'Intérêt Économique (GIE) et plus récemment les Groupements Hospitalier de Territoire (GHT) (CSP, article L 6321 - 2 et réaffirmé dans la loi du 21 juillet 2009 en son article 23).

1.2 Les coopérations institutionnelles

L'ordonnance du 4 septembre 2003 constitue un véritable tournant en matière de coopération institutionnelle. Elle vise la recomposition du secteur hospitalier par simplification en renforçant la coopération interhospitalière et en privilégiant la constitution de GCS. Elle a, pour ce faire, supprimé les Communautés d'Établissements de Santé (CES) qui étaient constitués par voie de charte agréée par le Directeur Générale de l'ARH (ancienne ARS créé par l'ordonnance Juppé du 24 avril 1996). La loi du 21 juillet 2009 a emboîté le pas en introduisant une nouvelle forme de coopération visant à se substituer aux anciennes formes existantes : la Communauté Hospitalière de Territoire. Cette dernière forme de coopération a été transformée par la loi du 26 janvier 2016 dite de modernisation de notre système de santé en Groupement Hospitalier de Territoire.

Toutefois, un problème demeure quant aux coopérations passées sous l'égide des anciennes législations ou réglementations. La loi du 21 juillet 2009 sans supprimer les autres formes de coopérations, encourage et incite les EPS à coopérer selon les nouvelles formes de regroupements.

Le législateur s'est très tôt intéressé aux coopérations interhospitalières. Ainsi, la loi BOULIN de 1970 avait créé les syndicats interhospitaliers (SIH), première forme de coopérations interhospitalières entre les EPS et les établissements privés de santé (EpS) participant au service public hospitalier. Ils étaient revêtues d'une activité permettant le fonctionnement et le développement du service public hospitalier, tels que : la création de service commun, les ressources humaines des établissements partenaires etc. Ils n'ont toutefois pas rencontré le succès escompté. Les établissements y ont eu peu recours en raison de la perte d'autonomie que supposait l'intégration dans un SIH. La loi HPST a abandonné la constitution de SIH et a organisé dans les trois ans après l'adoption de ladite loi, leur transformation en GCS et en CHT. Le décret du 27 décembre 2012 a quant à lui, fixé les modalités de transformation des SIH. La loi Bachelot de 2009, n'a cependant pas supprimé les autres formes de coopérations : les GIP et les GIE.

Les GCS ont été introduits par l'ordonnance du 24 avril 1996 et concernent les personnes morales de droit public (EPS) ainsi que les établissements privés à but non lucratif ou d'intérêt collectif (ESPIC) et sont ouverts aux médecins pratiquant à titre libéral (CSP article L 6133 - 2). Sans trop détailler le fonctionnement des GCS, on peut dire qu'à la différence des CHT (devenus GHT par la loi de modernisation du 26 janvier 2016), ils constituent un cadre juridique et dispose de la personnalité juridique qui peut être de droit public (s'ils ne sont composés que de partenaires personne morale de droit public ou composés de manière mixte entre médecins libéraux et établissements publics). A contrario, s'il ne sont constitués que de personnes privées, alors le GCS sera de droit privé. Cette qualification revêt une importance, notamment pour savoir qu'elle comptabilité, publique ou privée, sera applicable au groupement. Ils ont pour objet principal l'amélioration ou le développement de l'activité de ses membres soit en ayant recours à un groupement de moyen, soit de devenir lui-même un ES. A ce titre, on distingue deux formes de GCS : les GCS de moyen, chargés de l'organisation des activités administratives, logistiques, techniques, etc. (CSP article L 6133 - 1) et les GS établissement de santé (CSP article L 6133 - 7). Leur création se fait par la voie conventionnelle avec l'approbation du directeur général de l'ARS, qui est chargé de la publication de la constitution du GCS. Dès la publication, le GCS acquiert la personnalité juridique. Il faut, cependant, rappeler que la constitution d'un GCS en ES l'assujettit aux droits et obligations rattachées au service public hospitalier (précité). En conséquence, les missions en lien avec la prise en charge des malades si entraînent facturation

des soins à l'AM, les GCS devenu ES⁴⁴ sont tenus en matière de responsabilité, de qualité etc. au même titre que les EPS non constitués par convention.

S'agissant des GHT (CSP L 6132 - 1, L 6132 - 2, L 6132 - 5, L 6132 - 7) ceux - ci se sont substitués aux CHT issus de la loi Bachelot de 2009. La loi du 26 janvier 2016 oblige la création de GHT au sein du périmètre déterminé par le directeur de l'ARS qui n'est nécessairement celui du territoire de santé. Comme évoqué en amont, seuls les EPS et certains établissements médico - sociaux, à l'exception des CHU doivent intégrer les GHT. A contrario des GCS, les GHT ne disposent pas de la personnalité juridique (CSP article L. 6132-1). L'établissement support du GHT constitue dès lors la clé de voûte du fonctionnement du GHT. Les décrets du 27 avril 2016 et du 10 novembre 2016 sont venues préciser leur modalité de création et de fonctionnement. Ils ont "pour objet de permettre aux établissements parties de mettre en œuvre une stratégie territoriale de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité"⁴⁵. En amont de l'adoption d'une convention constitutive, ils sont fondés sur la mise en œuvre de deux dispositifs : le projet médical personnalisé (PMP) et le projet de soin partagé (PSP). Les CHU ne sont peuvent être membres d'un GHT, en revanche ils peuvent officier à titre de partenaire par le biais d'une autre convention de partenariat portant sur les activités hospitalo - universitaires.

Tableau 1 - Ci - dessous un tableau produit par le Ministère des Affaires sociales et de la Santé précisant les acteurs et leur niveau de participation au GHT

4. Modalités de participation au GHT : les différents acteurs d'un GHT

	PARTIE	ASSOCIÉ	PARTENAIRE
Établissements publics de santé dont CHU	Obligatoire	Obligatoire	
dont CH autorisés en psychiatrie		Facultatif	
Établissements publics médico-sociaux	Facultatif		
Hôpitaux des armées		Facultatif	
Établissements exerçant une activité d'hospitalisation à domicile (HAD)	Obligatoire si HAD publique	Obligatoire	
Établissements de santé privés			Facultatif
	⇓	⇓	⇓
	PROJET MÉDICAL PARTAGÉ + MUTUALISATIONS	PARTICIPATION À L'ÉLABORATION DU PROJET MÉDICAL PARTAGÉ (tout ou partie)	ARTICULATION DU PROJET MÉDICAL DE L'ÉTABLISSEMENT PRIVÉ AVEC LE PMP POSSIBILITÉ D'ENVISAGER UNE PARTICIPATION AU PMP

44 Sur la qualification de l'ES, il faut rappeler que cette notion recouvre un champ très extensif à l'appréciation du juge. Ainsi, a été qualifié d'ES des cabinets de médecine de ville pratiquants des endoscopies digestives TA Pau, 8 février 1996 Drs Lefèvre et autres

45 Mode d'emploi des GHT 15 points clés - Vade mecum - Ministère des Affaires Sociales de la Santé, p.6

Mais plus encore, c'est au sein des GHT que sont mutualisés et transférés plusieurs activités relevant à l'origine de la compétence de chaque EPS. "Par mutualisation, on [entend] l'ensemble des démarches de coopération induites par l'appartenance à un GHT et qui seront engagées par les établissements parties sur des fonctions ou activités cliniques, médico-techniques ou supports"⁴⁶.

Les GHT prolongent ainsi les missions affectées aux CHT en matière de transfert d'activités supports, de cessions ou échanges de bien. Les agents des EPS membres de GHT pourront également changer d'employeur au sein d'un GHT.

On notera simplement, s'agissant des mutualisations, que celles -ci sont à différencier en trois catégories. Celles dévolues à l'établissement support (la stratégie, l'optimisation et la gestion du SIH convergent à l'ensemble des membres, la gestion des départements de l'information médicale, les achats, la coordination des instituts et écoles paramédicales, du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu [DPC] des personnels des établissements parties au groupement.), celles organisées en commun (les activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle, les activités de biologie médical, pharmacie) et celles qui sont facultatives au sein des GHT (équipes médicales communes, activités administratives, activités logistiques, activités techniques, activités médico-techniques).

Dans son communiqué publié sur le site internet du Gouvernement, le Porte - Parole du Gouvernement VALLS III veut souligner l'importance que revêt les GHT. La loi dite de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 doit permettre la création de 150 groupements de territoire. Pour accompagner cette démarche, le Gouvernement a annoncé un soutien d'investissement à hauteur de deux milliards distribués durant cinq années pour la période 2017- 2021. Dix millions d'euros avaient déjà été investis en 2016, pour accompagner le lancement des GHT⁴⁷.

Enfin, les autres formes traditionnelles de conventions usitées dans le secteur hospitalier, les GIP⁴⁸ et GIE⁴⁹ constituent toutes deux des partenariats passés entre personnes publiques et/ou personnes privés. S'agissant des GIP, ils ont d'abord été étendu au domaine de l'action sanitaire et sociale (article 22 de la loi du 23 juillet 1987 relative au mécénat). Par un

46 Mode d'emploi des GHT 15 points clés - Vade mecum, Ministère des Affaires Sociales de la Santé, p.48

47 "Les groupements hospitaliers installés au 1er juillet"

48 article 21 de la loi du 15 juillet 1982 dite d'orientation et de programmation pour la recherche et le développement technologique en France

49 article L 251 -1 du Code du Commerce prévoit que deux ou plusieurs personnes physiques ou morales peuvent constituer un GIE pour une durée déterminée

arrêt du Tribunal des Conflits du 14 février 2000 GIP “*habitat et interventions sociales pour les mal - logés et les sans - abris*” , ils sont qualifiés de personne morale de droit public et soumis, en conséquence, à un régime spécifique. L’article 98 de la loi du 17 mai 2011 dite de simplification et amélioration de la qualité du droit a ajouté, aux GIP, l’autonomie administrative et financière. Une convention constitutive avec approbation de l’Etat permet sa création. Ils peuvent être créés avec ou sans apport de capital et restent soumis aux règles de la majorité publique et de la gestion publique (à moins que les parties préfèrent la comptabilité privée). Les personnes publiques ou personnes privées chargées d’une mission de service public doivent détenir plus de 50% du capital du groupement et c’est à la Cour des Comptes ou à la Chambre Régionale des Comptes à qui revient d’opérer le contrôle économique et financier des GIP⁵⁰. Dans son arrêt du 4 mars 2009 *Syndicat National des industries de santé* , le Conseil d’Etat avait considéré que les GIP n’étaient pas des opérateurs oeuvrant sur un marché concurrentiel, parce qu’ils réalisent des activités du domaine de l’action sanitaire. Toutefois, il faut veiller à ce qu’il n’entre pas dans le champ concurrentiel. Le juge a pour ce faire développé une méthode de faisceaux d’indices en se fondant sur trois critères (sans besoin de passer par une procédure de marché public): le GIP doit consacrer l’essentiel de son activité à la mission affectée, les personnes publiques doivent exercer conjointement un contrôle comparable à celui qu’elles exercent sur leurs propres entités. On observe, que le juge reprend ainsi les critères énoncées par la Cour de Justice de l’Union Européenne (CJUE anciennement CJCE) dans l’arrêt *CJCE, Teckal 1999*. La loi du 21 juillet 2009 en conservant cette forme de coopération a permis, en même temps, la transformation des SIH en GIP. Son intérêt réside principalement dans les facilités en vue de l’exploitation d’équipement, de la réalisation d’actions de formation ou de gestion etc.

Afin d’acquérir du matériel lourd, l’article L 251 - 1 du Code de commerce autorise les personnes physiques ou morales, indifféremment de leur nature juridique, de se constituer en GIE. Cette dernière forme de coopération permet aux membres l’amélioration des résultats de l’activité dont est en charge le groupement. Notamment en favorisant le développement l’activité économique sans pour avoir pour but de réaliser des bénéfices à ses membres. Ainsi, le GIE ne peut se constituer pour des fins commerciales, l’article L 251 - 4 du Code du commerce confirme l’absence de cette finalité en conditionnant l’immatriculation du GIE au registre du commerce et des sociétés (RCS) “sans présomption de commercialité du groupement”. En outre, le CE a présenté un avis de section sociale le 1^{er} août 1995 à propos de l’exercice d’une activité de soin par le GIE : il ne peut se voir attribuer une activité

⁵⁰ article 115 de la loi du 11 mai 2011

de ce type. Les activités liées à la prise en charge médicale sont donc exclues du champ de compétence du GIE et ne peuvent se fonder dessus pour être créées.

Toutefois, bien que ces formes de coopérations inter hospitalières fassent l'objet d'un consensus de la classe politique, il n'en demeure pas moins que leur application, en pratique, reste délicate. En ce sens, elles conduisent toutes, pour l'essentiel, à des démembrements des EPS voire à leur fusion prochaine. Les résultats des restructurations sont contrastés selon le type d'établissement qu'elles concernent.

3. Les résultats contrastés des restructurations hospitalières

Pour aborder ce dernier point, il convient d'observer séparément la question tenant à la pertinence des fusions hospitalières (2.1) et celle tenant aux risques attachés au phénomène de restructuration (2.2)

2.1 la pertinence des fusions hospitalières

Le rapport de L'IGAS de mars 2012 Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années? définit la fusion comme étant "la réunion dans une même entité juridique de plusieurs structures antérieurement autonomes." Ainsi, les fusions constituent une composante du mouvement de restructurations hospitalières à côté des fermetures ou conversions de services, des coopérations (comme décrites dans la première partie).

Bernard BONNICI a écrit à propos des dépenses hospitalières que "l'hôpital représente aujourd'hui plus qu'hier, un véritable enjeu, non seulement "eu égard de son rôle de "rempart contre la maladie" et contre l'exclusion sanitaire et sociale, mais également une part prépondérante qu'il occupe dans l'économie de la santé. à elle seule l'hospitalisation publique et privée consomme plus de 4% du PIB et emploie près de 4% de la population active en France"⁵¹.

L'instauration de nouvelles formes de coopération, telles que la GHT pour se substituer à des anciennes formes de mutualisation mal ou peu employées (en dépit du pouvoir du directeur de l'ARS de l'imposer aux établissements), l'abandon d'anciennes formes de coopération couplé à l'uniformisation des coopérations hospitalières traduisent

51 B.BONNICI, l'hôpital, obligation de soins, contraintes budgétaires, p.8

bien la volonté politique de maîtriser les dépenses hospitalières en procédant à la restructuration.

L'hôpital constitue la plupart du temps le principal employeur dans un bassin régional et son conseil d'Administration et de surveillance sont composés, pour partie, d'un collège d'élus, les fusions hospitalières font dès lors l'objet d'un véritable enjeu de la sphère politique. En outre, souvent assimilées à l'idée de diminution des structures (et par conséquent, des effectifs) elles sont un lieu propices aux tensions politiques et sociales. Cela se rapporte au fait qu'elles n'emportent pas nécessairement l'adhésion des personnels de ces établissements, comme l'illustre l'affaire des fusions d'hôpitaux des villes de Longjumeau et de Juvisy rapporté dans un article du Parisien, datant du 8 octobre 2015⁵².

Les inquiétudes de la population qu'elles s'expriment par la voie des usagers ou encore par la voie des syndicats⁵³ est une source de préoccupation des pouvoirs publics. Le rapport du Sénat de 2010 précité en amont mettait déjà l'accent sur les difficultés d'ordre social que revêt une mutualisation de service, mais qui concernait les mutualisations au sein des CCT;

L'application de ces mécanismes reste parcellaire et assez mal comprise par les pouvoirs publics compétents en la matière. Le rapport de l'IGAS de mars 2012 (précité) fait état d'une présomption d'attractivité des EPS, portée par les pouvoirs publics, en fonction de l'augmentation de la taille de la structure hospitalière. Ainsi, les pouvoirs locaux chargés de la restructuration feraient le lien entre efficience de la structure et taille de celle-ci, répondant à l'idée selon laquelle une structure plus grande conduit à une plus grande qualité de la prise en charge médicale mais aussi des réductions de coût "d'économie d'échelle" au profit notamment des petits établissements publics hospitaliers. Cette présomption n'est pas confirmée dans la réalité. Il souligne qu'en dépit d'une activité de fusion relativement soutenue menée depuis une quinzaine d'années (9% de fusions concernent les EPS concernant pour l'essentiel des petits EPS mené dans les années 1990), les fusions menées par les ES privés de santé et celles menées par les EPS divergent quant au but poursuivi. En effet, les ES privés, bien qu'une étude citée dans le rapport (étude NFT) a présenté les données pour la période 2003-2008 montrant que les établissements privés ont été en proportion plus nombreux que

52 Dernière ligne droite avant la fusion des hôpitaux de Longjumeau et Juvisy, le Parisien du 08 octobre 2015 <http://www.leparisien.fr/orsay-91400/derniere-ligne-droite-avant-la-fusion-des-hopitaux-de-longjumeau-et-juvisy-08-10-2015-5167561.php> - à ce propos ce projet de fusion concerne plusieurs hôpitaux de la banlieue sud parisienne

53 à propos des inquiétudes exprimées par les syndicats : la Fédération Sud Santé, Le GHT ? Une réforme de l'hôpital public au goût du ministère <http://www.sudsantesociaux.org/le-ght-une-reforme-de-l-hopital.html> ; En outre, certains partis politiques expriment leur désaccord quant à ce mouvement de rationalisation sur le secteur de la santé. Le PCF sur les groupements hospitaliers de territoire : outil de la réforme de l'offre globale de santé et du modèle social français <http://www.pcf.fr/89997>

les EPS à avoir été touchés par une fusion ou une fermeture, il n'en demeure pas moins que ces derniers, en optant pour des fusions "offensives" recherchant l'augmentation de leur capacité d'accueil (augmentation du nombre de lits) sont à mettre à l'actif des établissements privés. En revanche, les établissements publics tendent à réaliser des fusions défensives, c'est-à-dire, qui vise la diminution de leur capacité d'accueil (diminution du nombre de lits).

L'absence de véritable logique dans la politique de restructurations hospitalières rend ce mécanisme inopérant et empêche d'avoir une clarification de la pertinence des fusions et des apports de ce mouvement (notamment en terme d'amélioration de la qualité des activités médicales, de la gouvernance etc...). Par ailleurs, le rapport ne contient pas de chiffre, permettant de comparer l'amélioration de la situation économique des EPS, après la mise en oeuvre des fusions (par mutualisation etc.) . Dans son chapitre portant sur les coopérations hospitalières contenu dans le rapport annuel sur le financement de la sécurité sociale de septembre 2011, la Cour des Comptes fait le constat d'une absence d'outils permettant l'évaluation et l'objectivation de la mise en œuvre des coopérations.

Il préconise d'associer au directeur de l'ARS (dont le rôle est de réguler l'offre de soin sur un territoire de santé dont il aura préalablement défini son périmètre) de s'appuyer sur la DGOS et l'Agence Nationale d'Appui pour la Performance (ANAP)

L'amateurisme certain dans l'utilisation des mode de coopération par les autorités compétentes conduit à une situation bancal des fusions hospitalières. En outre, on observe une différence de vitesses dans les restructuration hospitalières se faisant au détriment de certaines spécialités telles que la psychiatrie amené à disparaître des EPS⁵⁴. De même, le rapport de l'IGAS fait état des difficultés posées par les activités de chirurgie. En effet, ces activités entrent dans un champ concurrentiel entre le secteur public et le secteur privé, la régulation de ces activités est une tâche délicate à menée. Les restructurations ne doivent pas entraver la mise en pratique des seuils minimaux d'activité, doivent faire face à l'éparpillement des blocs opératoires . Enfin, bien qu'elle puisse constituer une solution pour surmonter ces difficultés , les rapports met en garde sur la banalisation de la chirurgie ambulatoire. Selon ce rapport, elle ne peut constituer une solution toute "trouvée" pour les petits EPS en manque d'activité et de clientèle et sa mise en œuvre doit se réaliser avec le concert des blocs opératoires (souvent désorganisé comme l'illustre le rapport de l'IGAS de 2011).

⁵⁴ sur ce point la loi du 26 janvier 2016 qui crée les GHT envisage l'intégration des hôpitaux psychiatriques au sein des GHT afin de ralentir la menace de disparition progressive de ce secteur d'activité "Les hôpitaux en fusion" par Eric Favereau — Libération, 30 juin 2016

Comme le rapport de la Cour des Comptes de septembre 2011 le souligne, les restructurations hospitalières ont surtout des conséquences sur les petits EPS (qui sont des survivances des anciens hospices). La question de leur disparition peut être mise en lien avec celle de leur transformation ou conversion en établissement médico - sociaux. Un rapport de l'IGAS de 2011 portant sur les conversions des structures hospitalières en structure médico -sociale (entre dans le champ de compétence de l'ARS depuis la réforme de 2009). Modalité de la recomposition hospitalière, elle se définit comme “le processus de transformation d’une activité et d’un équipement hospitalier en une structure d’hébergement , [destinée] aux personnes âgées.” Le rapport ajoute que son objectif est double : la contribution à l’adaptation de l’offre des deux secteurs aux besoins de la prise en charge et l’amélioration de l’efficacité hospitalière en réduisant la capacité des établissements de santé.

Dès lors, les conversions constituent des leviers d’action en matière de restructuration hospitalière. Malgré le paradoxe quant au bilan limité des conversions et le discours volontariste des autorités publiques (notamment celui s’intéressant au renforcement de l’offre pour personnes âgées) et le contexte économique défavorable grevé de “micro freins économiques”, la mission de l’IGAS conclut que les conversions présentent de réels atouts en matière de recomposition hospitalière. Mais recommande fortement aux pouvoirs publics de s’emparer sérieusement du sujet, afin de convertir les discours politiques volontaristes en véritable stratégie de l’offre de soin à destination des populations de personnes âgées.

Il s’agit à présent d’observer les risques attachés au phénomène de restructuration.

2.2 Les risques attachés au phénomène de restructuration . :

Les risques attachés aux GHT

En matière de droit des autorisations. l’article 27 autorise le transfert d’activités entre établissements de santé membres du GHT. Il est passé après d’une procédure de confirmation extrêmement simplifiée et l’approbation de la convention constitutive du GHT vaut confirmation et autorisation de changement de lieu d’implantation des autorisations. La probabilité d’un risque contentieux constitue dès lors un sérieux risque juridictionnel : Comme le tente de le décrypter le site internet de la société d’avocat Houdard et Associés “le changement de lieu d’implantation pouvant constituer un avantage concurrentiel certain pour l’établissement bénéficiaire. Il convient donc de s’attendre à ce que les conventions constitutives de GHT soient déférées pour vice de forme autant que pour erreur manifeste

d'appréciation." L'avantage concurrentiel est censuré par le droit de la concurrence dans l'ordre interne ou en droit de l'Union européenne (*CJCE, 2003 ALTMARK à propos de l'avantage concurrentiel*)

En outre, en matière de droit de la commande publique, c'est Le I de l'article L. 6132-4 qui autorise le transfert à l'établissement support de plusieurs missions (précitées). Une nouvelle fois on est amené à s'interroger sur le risque que présente un tel transfert, pourrait-il se faire au profit de l'établissement support du GHT?

Suivant le raisonnement de ce même article, il serait acquis qu'un certain nombre de missions "[va] incontestablement se traduire par la réalisation de prestations de service au profit des membres du groupement : gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, gestion d'un département de l'information médicale de territoire, fonction achats"

Les missions dévolues soient à l'établissement support, soit mises en commun entre tous les membres ou bien encore celles qui sont purement facultatives, peuvent toutes entrer dans le domaine concurrentiel couvert par le droit de la commande publique.

Ainsi, "un contrat à titre onéreux conclu par écrit entre un opérateur économique et un pouvoir adjudicateur et ayant pour objet la réalisation des prestations visées par la directive en matière de travaux, de fournitures ou de services constitue un marché public" devra respecter les obligations tenant à la publicité des marchés publics. En revanche, "l'incidence que cet opérateur soit lui-même un pouvoir adjudicateur (*CJCE, 18 novembre 1999, Teckal, C-107/98, Rec. p. I-8121, point 51*)" ne constitue aucune difficulté particulière. C'est l'hypothèse du "in house" qui permet aux activités de sortir du champ concurrentiel, et par conséquent ne peuvent être contrainte par des procédures de mises en concurrence et des mesures de publicité. Le droit de l'union européenne est également indifférent à la finalité poursuivie par l'entité concernée, "qu'elle n'ait pas une structure d'entreprise ou encore qu'elle n'assure pas une présence continue sur le marché (*CJCE, 23 décembre 2009, C-305/08, CoNISMa, Rec. p. I-12129*). La finalité de l'activité n'empêche pas l'application du droit de la commande publique.

En matière de droit de la fonction publique, l'absence de personnalité morale attribuée aux GHT combiner aux missions et transferts dont sera bénéficiaire le groupement peut faire craindre que les recours contre les activités gérées par ce groupement ne pourront avoir lieu, ou pour le moins puissent, se voir strictement limitée.

Les risques attendant aux autres formes de coopération

Bien qu'il s'agisse pas en soi d'un risque, la constitution d'un GIP peut freiner les partenaires privées d'intégrer cette forme de groupement. En effet, ceux - ci sont caractérisable par leur forme juridique qui suppose un contrôle de l'Etat, et par leur durée courte (5 à 15 ans). Toutefois, il est désormais possible pour les partenaires souhaitant se constituer en GIP d'opter pour une durée indéterminée du groupement.

Le rapport de la Cour des Comptes de septembre 2011 fait état en son chapitre 2 des fragilités préjudiciables aux coopérations inter hospitalières. Elle relève le risque d'asymétrie contractuelle ou déséquilibre contractuelle entre les parties avec une répartition inégale des charges et des coûts ainsi que des "retombées médico - économique équitablement partagées"(pouvant conduire à la mésestimation des incidences de la T2A). En outre, l'insuffisance et l'imprécision juridique pouvant être source d'insécurité juridique et par voie de conséquence de contentieux. La Cour a insisté particulièrement sur le cas des GIE exposés au risque fiscal . Ils sont assujettis au paiement de l'impôt sur les sociétés à raison de quote-part des bénéfices, ce qui peut inviter certains à se comporter de manière à détourner les bénéfices réalisées au sein du GIE. Ils sont exposés également aux risques liés au droit du travail et plus généralement au droit social. En effet, il est mis à disposition des GIE du personnel dont le statut diffère (selon qu'ils soient fonctionnaires ou simplement agents publics) faisant courir le risque aux associés d'être confronté, à, titre d'exemple, à des problème d'accident du travail etc. La Cour évoque d'autres risques juridiques : ceux pouvant relever de la construction de bâtiments par le GIE, ou bien encore des conflits rattachées à l'exploitation des équipements partagés entre les partenaires.

Les risques attendant au Directeur d'hôpital dans son rôle en matière de recomposition hospitalière

Le rapport de l'IGAS de 2012 à propos des fusions hospitalières apprécie le rôle du Directeur d'Hôpital (DH) en matière seulement de fusion seulement pour faciliter le pilotage de la phase qui préfigure le projet de fusion. En revanche, lui confier en partie une mission de réorganisation de l'offre publique de santé reviendrait à exposer le DH s'expose à deux risques : d'une part aux risques de conflits d'intérêt et d'autre part, le risque "d'engorgement" , en ce sens où ces missions revêtent un caractère "chronophage", on se risquerait donc, à un empiètement des missions tenant à la fusion hospitalière sur les missions

relevant de l'administration et de la gestion d'un EPS. Le rapport de l'IGAS donne un cas pratique de ce risque d'engorgement “ le manque de disponibilité relevé par l'IGAS du directeur du centre hospitalier intercommunal de Poissy St Germain (CHIPS), qui assumait par ailleurs un intérim avec le CH de Saint-Denis”. Le caractère opérationnel des missions affectés au DH serait ainsi dilué dans des réunions organisées dans le but de répondre aux questions relevant de la fusion hospitalière, et dont le caractère utile, n'est, selon le rapport de la mission de l'IGAS, pas clairement établi.

TITRE 2 : LA CERTIFICATION DES COMPTES, UN OBJECTIF DE LA FIABILISATION DES COMPTES AU SERVICE DE L'AMÉLIORATION DE L'ÉCRITURE COMPTABLE

A. A. L'obligation de tenir des comptes certifiés, la sanction nécessaire du processus de fiabilisation financière dans un contexte de défiance économique

Le contexte est connu. Il a été exposé dans l'introduction. Notre pays, suite à la crise financière de la décennie passée et face au risque de contagion de défiance des marchés financiers, a intégré la logique européenne de soutenabilité des finances publiques, ce qui l'a conduit à revoir les modalités de l'action publique, et notamment hospitalière, à travers un regard de « rentabilité », seul capable d'assurer l'équilibre budgétaire recherché et de maintenir la pérennité de l'action publique, et en ce qui nous concerne : les soins.

Le souci d'assurer la confiance des marchés financiers et de prévenir les dérives de mauvaise gestion a conduit le législateur dans la loi HPST de 2009 à ordonner la certification comptable des Etablissements publics de santé par les commissaires aux comptes. Il convient d'abord de revenir sur les raisons et le processus d'adoption de cette réforme (A) puis d'examiner les réticences et la prudence avec laquelle sa mise en œuvre a été préparée (B).

1. La mise-en-place progressive du principe de certification comptable des Etablissements publics de santé s'est avéré nécessaire dans un contexte de compression financière

Voyons d'abord factuellement ce que recouvre la certification des comptes (1) avant d'étudier les textes établissant et organisant son déploiement dans les EPS (2) pour finalement s'interroger sur le cheminement politique ayant conduit à cette réforme pour y déceler les motivations poursuivies par le législateur (3).

1.1. Ce que recouvre la certification des comptes : les notions de « régularité », de « sincérité » et d'« image fidèle »

La certification comptable est, comme nous l'avons déjà vu, l'examen de la « régularité » et « sincérité » des comptes. Voyons d'abord ce que signifie ces notions avant de nous interroger sur les objectifs et les limites de l'information financière.

Notions de régularité, de sincérité et d'image fidèle

Si la « régularité » des comptes suppose qu'ils soient « conforme aux règles et procédure en vigueur » (Article 120-2 sur le Plan comptable général), la « « sincérité », quant à elle, doit « traduire la connaissance que les responsables de l'établissement des comptes ont de la réalité et de l'importance relative des événements enregistrés ». La notion d' « image fidèle constitue le principe à respecter lorsque la règle n'existe pas ou lorsque la règle est insuffisante pour traduire la réalité⁵⁵ ».

En d'autres termes, l'examen de la régularité des comptes est un mécanisme de contrôle de la légalité comptable, ni plus, ni moins. Au contraire, le principe de « sincérité » a une dimension plus subjective, puisqu'elle exige que le respect de cette régularité des comptes se fasse de façon loyale. L'un et l'autre, la régularité et la sincérité, constituent donc des indicateurs, l'une objective, l'autre subjective, de respect la loi et de l'esprit de la loi comptable⁵⁶.

L'image fidèle, contrairement à la régularité ou la sincérité n'est pas une règle, mais plutôt l'objectif que doit permettre de réaliser l'application de ces règles. En l'absence de règles, et donc d'application du contrôle de régularité et de sincérité, l'objectif demeure et devient un principe applicable comptablement. Pour expliquer les choses autrement, l'exigence d'une image fidèle conduit le comptable « à se demander si la solution adoptée est bien celle qui permet aux lecteurs d'avoir la vue la moins déformée possible de l'entreprise ». Francis Lefebvre ajoute dans son *Mémento* que « l'image fidèle est indissociable de l'annexe », bien que celle-ci ne soit « destinée [qu'] à compléter le bilan et le compte de résultat et non à s'y substituer ou à justifier leurs insuffisances ».

Toutes ces règles et principes veillent au respect de l'exigence d'une bonne information financière. Celle-ci s'avère en effet nécessaire au fonctionnement du monde économique. Cependant un certain nombre de difficultés inhérentes à cet objectif doivent être soulevées ici.

⁵⁵Mémento pratique Francis Lefebvre (p.128).

⁵⁶ Parler de « loi comptable » est un abus de langage destiné à exprimer au mieux l'idée développée.

Limites de l'information financière

Deux limites principales peuvent être retenues sur l'objectif d'information comptable :

D'abord, le fait que la comptabilité « s'adapte mal à traduire des opérations commencées et dont l'évolution peut avoir un caractère aléatoire » (Francis Lefebvre). Cela concerne donc la bonne transcription des « opérations de nature conditionnelle », le « traitement de l'inflation », la « comptabilisation des dépenses d'innovations commerciales », etc.

Ensuite il convient de noter que la comptabilité est une grille de lecture qui permet d'apprécier les comptes. La vision, et l'opinion, qui en résulte est juste dans la mesure où elle se fonde sur une grille de lecture pertinente, la comptabilité, mais elle n'en demeure pas moins fonction de cette grille de lecture particulière. Francis Lefebvre dit à ce sujet qu'« il faut bien comprendre que l'on parle d'une « image fidèle » compte-tenu des principes et méthodes comptables retenus ».

1.2. Les textes établissant et organisant le déploiement de la certification des comptes des établissements de santé

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi « HPST », modifie par son article 17, le code de la santé publique. L'article L.6145-16 dispose désormais :

« Les comptes des établissements publics de santé définis par décret sont certifiés.

Les modalités de certification, par un commissaire aux comptes ou par la Cour des comptes ; sont fixées par voie réglementaire. »

Le décret n°2013-1238 du 23 décembre 2013 relatif aux modalités de certification des comptes des établissements publics de santé précise un certain nombre de modalités d'application de ce dispositif, notamment la procédure et le calendrier applicable. La certification par la Cour des comptes n'est possible que pour les structures dont le budget dépasse un certain montant. Pour les établissements recourant à l'aide des commissaires des comptes, le document de certification et la délibération sur les comptes doit être notifié à la Cour des comptes au plus tard le 15 juillet de l'exercice suivant l'année de certification en question.

Un second décret en date du 23 décembre 2013(décret n°2013-1239) définissant les établissements publics de santé soumis à la certification des comptes fixe à 100 millions d'euros de produits les trois dernières années le montant au-delà duquel les EPS sont soumis à obligation de certification. La certification des structures remplissant ce critère se fera progressivement, en « trois vagues », sur les exercices 2014, 2015 et 2016.

Trois arrêtés sont enfin venu précisés les EPS concernés par chacune des trois vagues de certification. Un arrêté du 23 décembre 2013 (lui aussi) établit dans son article 1 les établissements dont les comptes pour l'exercice 2014 seront certifiés. 31 établissements (dont 3 en Ile-de-France) seront concernés par cette première vague. La deuxième vague est organisée par un arrêté du 1^{er} août 2014 fixant la liste des établissements publics de santé soumis à la certification des comptes à compter de l'exercice 2015. 94 établissements (dont 16 en Ile-de-France) ont été concernés par cette deuxième vague. L'arrêté du 21 octobre 2015 fixant la liste des établissements publics de santé soumis à la certification des comptes à compter de l'exercice 2016 déclenche la troisième et dernière vague de certification. 39 établissements seront soumis à certifier (dont 6 volontaires et 5 en Ile-de-France).

Au-delà du déploiement temporel et géographique de l'obligation de certification, d'autres textes viennent organiser les modalités de certification stricto-sensu : l'arrêté du 21 février 2014 portant cahier des charges relatif à l'attribution du mandat de commissaire aux comptes des établissements publics de santé, l'arrêté du 17 avril 2014 fixant les modalités de comptabilisation et de transfert des droits au titre du compte épargne-temps des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques des établissements publics de santé, etc. Il n'est cependant pas nécessaire de détailler ici leurs dispositions, notre propos n'étant pas de détailler le processus de certification comptable mais d'avantage de démontrer en quoi il s'inscrit dans une logique de performance. Pour cela, revenons sur le cheminement politique ayant conduit à son adoption. Les débats qu'elle occasionna sont révélateurs de la perception politique de cet objet.

1.3. Le cheminement politique ayant conduit à cette réforme révèle l'intérêt pour les pouvoirs publics de la certification des comptes des établissements publics de santé

Pourquoi certifier les comptes des établissements publics de santé ? C'est là question à laquelle nous allons répondre en étudiant le processus d'adoption de ce dispositif jusqu'à la

loi HPST de 2009 et notamment les débats qu'il a suscité, révélateurs de la compréhension politique qui en est faite.

La Loi organique sur les lois de finances

Depuis l'entrée en vigueur de la Loi organique sur les lois de finances (LOLF) en 2005 la Cour des comptes était chargée de la certification des comptes de l'Etat. L'article 47-2 de la Constitution dispose en effet que « La Cour des comptes (...) assiste le Parlement et le Gouvernement dans le contrôle de l'exécution des lois de finances » et qu'à ce titre « les comptes des administrations publiques sont réguliers et sincères ». Ce choix est apparu nécessaire pour fiabiliser les comptes de l'Etat. Son succès a conduit les pouvoirs publics à examiner la possibilité de son extension aux autres collectivités publiques, et notamment les établissements publics de santé.

Un contexte favorable à l'émergence d'une obligation de certification des comptes

Dans son rapport public annuel de 2005, la Cour des comptes consacre en effet un chapitre à la « fiabilité des comptes des collectivités territoriales » où elle montre les problèmes que rencontrent les personnes publiques décentralisées (collectivités locales ou établissements publics) à évaluer justement leurs dépenses, leurs recettes et leur patrimoine. Elle reproche également la dépendance des agents comptables vis-à-vis des ordonnateurs pour effectuer leur travail avec professionnalisme : « la bonne application des règles comptables essentielle à une correcte appréciation de la situation financière et patrimoniale repose en grande partie sur les ordonnateurs et sur la qualité des dispositifs de contrôle interne mis en place sous leur responsabilité ». La Cour préconise, pour faire face à ces difficultés, « la mise en œuvre par les chambres régionales des comptes d'un contrôle étendu de la fiabilité des informations financières » ; en d'autres termes, elle recommande que les collectivités décentralisées face l'objet d'une certification comptable par les juridictions financières.

Dans son discours « sur les défis et priorités de l'hôpital de demain », le 16 octobre 2007 à Bordeaux, Nicolas Sarkozy, alors Président de la République exprime l'importance de la certification dans un contexte de compression financière. Après avoir rappelé qu'on ne peut « se satisfaire d'une situation où la moitié [des hôpitaux publics] sont en déséquilibre », il développe l'idée selon laquelle « la certification, c'est un service rendu à la population. Ses

résultats doivent être largement publiés et donner lieu à sanction, positive ou négative ». Bien que ce ne soit pas explicitement dit dans son argumentation, le chef de l'Etat semblait lier la logique de rentabilité (exprimée à travers ses développements sur la T2A) comme un moyen de « retour à l'équilibre des comptes ». Pour s'assurer que « l'équilibre [soit bien] la norme respectée par tous », la certification comptable apparaît comme une preuve pour sanctionner le respect de cet objectif d'équilibre financier.

Depuis l'entrée en vigueur de la Loi organique sur les lois de finances (LOLF) en 2005, la Cour des comptes était chargée de la certification des comptes de l'Etat. Face au souhait de la juridiction de l'étendre aux collectivités décentralisées et la volonté politique du Chef de l'Etat d'inscrire le dispositif dans sa réforme de modernisation de l'hôpital, sa transcription dans la loi HPST a été décidée. Son adoption par le législateur ne s'est pourtant pas fait sans difficultés.

Les débats parlementaires portant sur la certification des comptes (loi HPST)

Le projet de loi, déposé par le Gouvernement, a été rédigé à partir du Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidé par M. Gérard Larcher. Dans ce rapport, la certification est présentée comme un enjeu « de responsabilisation et de transparence » comme en témoigne cet extrait :

« Les principes de responsabilisation accrue des gestionnaires et les mesures de simplification doivent avoir pour corollaire une exigence accrue en matière de sincérité des comptes. Il est indispensable de pouvoir discuter d'une assurance de disposer d'une comptabilité fiable, conforme aux référentiels comptables et sincère.

Ce sont ces préoccupations qui ont conduit au principe de certification des comptes, pour l'Etat, puis, plus récemment, pour les universités. La mise en place d'une certification des comptes pour les hôpitaux publics apparaît comme une nécessité dans ce cadre (...).

C'est pourquoi il est nécessaire de mettre en place une certification des comptes des hôpitaux publics. »

Il apparaît clairement ici que dans l'esprit de la commission la certification comptable est la rançon de l'autonomie de gestion. Puisque les EPS sont désormais libres de se développer comme ils l'entendent, l'Etat s'assure simplement, en leur donnant un outil qui n'est finalement rien d'autre qu'un miroir de leur réelle situation financière, que la structure

agira en connaissance de cause, avec responsabilité. La transparence, comme moyen d'auto-normativité plutôt qu'un contrôle hiérarchique étouffant, tel est le choix proposé par la commission. Il révèle un des motifs de la certification : faire adopter par les hôpitaux publics une logique d'auto-contrôle et de réalisme financier.

Les travaux en commission ont révélé d'autres points de tensions intéressants car ils ont pu faire évoluer la lettre de la loi. Le sens du dispositif a pu en être impacté.

Lors de la 2^e séance du 19 février 2009, le député J. Mallot rapporte une partie des propos tenu par le chef de l'Etat, en septembre 2008, à Bletterans : « Les libertés nouvelles de gestion des hôpitaux auront pour nécessaire contrepartie une plus grande responsabilité. Je veux que les comptes fassent l'objet d'une certification. (...) Je veux que les situations de déficit ne soient plus tolérées ». Le député s'étonne alors : « Comme si la certification résorbait les déficits ! » avant d'ajouter : « Elle atteste la rigueur des procédures budgétaires et comptables, la traçabilité des flux financiers, bref, la régularité de la gestion, de sorte qu'on dispose d'éléments de comparaison, mais elle ne fait pas disparaître les déficits ! ». Il ajoute encore, à titre d'illustration, « les comptes de la sécurité sociale sont certifiés par la Cour des comptes (...) mais le « trou de la sécu » est toujours là ! ».

Quelques semaines plus tard, la ministre de la santé, devant le Sénat (séance du 18 mai) lui donne raison en expliquant que « la certification n'est en rien un outil de réduction des déficits. Elle permet de poser un diagnostic fiable de la situation, mais la résolution des situations dégradées passe par d'autres mesures ».

Il est intéressant de constater que les raisons politiques avancées (par la commission et le chef de l'Etat) pour justifier l'adoption d'un dispositif de certification (auto-contrôle, réalisme financier et donc réduction des déficits) ne semblent donc pas tout à fait correspondre, selon le député (et plus tard la ministre elle-même !), à l'objet *intrasec* de la certification comptable. Pour trancher leur divergence, il convient de rappeler que si la certification *est* (et ne sera jamais) qu'un point de vue sur la sincérité et la régularité des comptes, elle *peut* cependant conduire les dirigeants à une réaction en faveur d'une meilleure gestion pour, d'une part éviter les gaspillages que suppose les lacunes du contrôle interne, et d'autre part adapter les charges à la réalité des produits perçus et ainsi, à terme, permettre le rééquilibrage budgétaire de la structure en fonction de son activité réelle.

Un autre sujet de ces débats a été l'identification de l'autorité à qui on attribuerait la certification comptable des établissements publics de santé. On a vu précédemment que celle-

ci a été finalement confiée aux commissaires aux comptes, sous le contrôle de la Cour des comptes ; pourtant cette décision n'a pas fait l'unanimité. La ministre, Madame Roselyne Bachelot-Narquin, et le Gouvernement à travers elle, ne semblait pas favorable à cette délégation au secteur privée : « Aux termes de l'article 47-2 de la Constitution, la coordination de la certification des comptes revient à la Cour des comptes. Dès lors, prévoir que seul un commissaire aux comptes peut certifier les comptes des hôpitaux serait contraire aux dispositions de la Constitution » (Sénat – Séance du 14 mai 2009).

Elle n'a cependant pas été suivie sur ce point puisque la commission mixte paritaire « a jugé utile de préciser explicitement que la certification est réalisée par un commissaire aux compte et de supprimer (...) la notion de liste ».

Plusieurs remarques peuvent être faites sur ce choix finalement retenu par la loi HPST. D'abord, le recours aux commissaires aux comptes (CAC) souligne l'alignement de l'EPS sur l'hôpital privé qui, lui aussi, à recours aux CAC pour la certification de leur propre compte. Ensuite, la certification des comptes par un tiers privé engendre un coût qui est assumé par la structure et qui peut se révéler parfois assez lourd, notamment quand les structures sont elles-mêmes en difficulté. Enfin, le lien qui unie le certifié au certificateur puisque contrairement aux membres de la cour des comptes qui sont des magistrats financiers indépendants et inamovibles, les CAC sont employés par l'EPS qui signe un contrat sur 5 ou 6 exercices avec lui. Ce lien interroge même s'il ne peut pas dire que les CAC vont se montrer plus conciliants que ne l'aurait été la Cour des comptes.

2. La mise en place de la fiabilisation des comptes par la certification comptable des établissements publics de santé ne s'est pas faite sans susciter les interrogations

2.1. La délicate préparation de la mise en place de la certification comptable : une communication optimiste

La préparation de la certification comptable par les EPS s'est manifestée de deux façons différentes. D'abord par la communication et l'accompagnement que les diverses structures de l'Etat et les ARS ont menées pour faciliter l'adoption du dispositif. Ensuite, par le recours aux « audits blancs » dont nous diront quelques mots.

Une communication du service des collectivités locales de la DGFIP en date du 24 avril 2015 explique le rôle que ces différents organes ont pu jouer dans la préparation de la mise en œuvre de la certification des comptes des établissements publics de santé. En voici un extrait :

« la DGOS et la DGFIP travaillent depuis 2009 pour aider activement les EPS à préparer leurs comptes à cette échéance. Ce travail a consisté à actualiser et consolider les textes réglementaires (instruction M21) et à procéder à la rédaction de guides et circulaires d'accompagnement, notamment le guide de fiabilisation des comptes des EPS (...).

Ces travaux ont permis de diffuser une documentation riche en matière de fiabilisation des comptes et des états financiers. A titre d'exemple, 16 fiches de fiabilisation comptable ont été diffusées sur des thématiques précises afin d'aider les ordonnateurs et les comptables à améliorer la qualité de leurs comptes : imputation comptable des financements, modalités d'utilisation des comptes de provisions. »

La note poursuit plus loin :

« Un dispositif d'accompagnement reposant sur un partenariat fort entre le directeur de l'établissement et le comptable a été mis en œuvre pour aider les établissements à progresser dans les travaux de fiabilisation de leurs comptes.

Il s'appuie notamment sur un réseau des correspondants « fiabilisation des comptes » dans les directions régionales des finances publiques ainsi que dans les agences régionales de santé (ARS).

Les correspondants ont joué un rôle essentiel au niveau régional : ils ont permis de relayer les informations communiquées par les deux directions générales, tout en s'assurant d'une homogénéité des pratiques dans le secteur public hospitalier et en signalant aux administrations centrales les difficultés rencontrées par les EPS et leurs comptables sur le terrain. »

Ces deux extraits montrent l'effort qui a été fait par les différents services de l'Etat pour faciliter la mise en place d'une réforme nécessaire mais ambitieuse.

Le recours aux « audits blancs » a été fait par un certain nombre de structures l'exercice précédent leur première certification comptable. Il a permis d'une part à celles-ci d'avoir un « entraînement » susceptible de rassurer les personnels et de les conseiller sur les sujets à traiter prioritairement pour assurer la certification lors du premier examen par le

commissaire aux comptes. Le deuxième apport a été de faire rentrer véritablement les EPS dans le processus, en leur fournissant une première échéance, pour confronter leurs efforts à ce qui était attendu.

2.2. L'examen des comptes par le commissaire aux comptes

La certification comptable se fait à partir de l'examen des comptes définitifs de l'exercice passé. L'audit de certification se déroule lui-même en deux temps. D'abord, avec une phase exploratoire qui permet au CAC de comprendre le fonctionnement global de la structure, le « marché » dans lequel elle s'insère, les risques professionnels qu'elle peut être amenée à rencontrer. Puis, suit un second temps durant lequel le CAC va chercher à confronter les comptes établis à la réalité matérielle et financière par le biais d'une série de tests et l'étude de plusieurs documents. Pour effectuer à bien cette mission, le code de commerce autorise « le commissaire aux comptes, soit personnellement, soit par l'intermédiaire de ses collaborateurs ou experts qu'il a désignés, à demander communication de tous les documents concernant la vie de l'entreprise⁵⁷ ».

Parmi les documents importants que le certificateur peut mobiliser dans son travail, l'examen d'éventuels travaux d'audit interne constituent une étape essentielle. Elle permet au certificateur de procéder à une évaluation liminaire. Le commissaire aux comptes va également examiner les travaux qu'aurait pu produire l'expert-comptable. La présence systématique d'un expert-comptable dans les établissements publics de santé « car elle est de nature à contribuer à la réduction du risque⁵⁸ » lors d'un audit. En effet, les travaux réalisés par l'expert-comptable sont de nature probante et permettent donc de fonder le travail réalisé par le CAC.

L'opinion du commissaire aux comptes se construit à partir des documents cités précédemment. Son opinion de certification peut s'exprimer de plusieurs façons. Voilà l'une des formules possibles :

« Nous certifions que les comptes annuels sont réguliers et sincères et donnent une image fidèle du résultat des opérations de l'exercice écoulé ainsi que de la situation financière et du patrimoine de la structure à la fin de cet exercice. »

⁵⁷ Mémento pratique Francis Lefebvre (p.1462).

⁵⁸ Mémento pratique Francis Lefebvre (p.1462).

Cette opinion s'accompagne d'un certain nombre d'observations. Certaines sont obligatoires, d'autres facultatives. Sont en particulier obligatoire celles portant sur les changements de méthodes comptables, celles exprimant une incertitude sur la pérennité de l'exploitation et, enfin, celles fondant les réserves ou un refus de certification.

Le commissaire aux comptes peut en effet soit « certifier sans réserve », soit « certifier avec réserves », soit encore manifester son « refus de certification ». Ce choix n'est pas autoritaire et dépend d'un certain nombre de critères et d'un contexte que nous allons exposer.

La certification sans réserve est l'objectif non seulement de la structure mais du CAC lui-même. Elle manifeste la qualité des comptes et est gage d'une structure financière optimale. Elle permet à la structure de s'assurer la confiance des établissements de crédits et semble même conduire à une réduction de leurs taux d'emprunts⁵⁹. Pour voir ses comptes certifier sans réserve, la structure satisfaire trois conditions, exposées ici par le Mémento Lefebvre : «

- *le commissaire aux comptes a pu mettre en œuvre, sans restriction, les diligences qu'il a estimées nécessaires et satisfaire, ce faisant aux normes relatives à l'audit des comptes*
- *le résultat de ses contrôles s'est révélé satisfaisant et a permis aux commissaires aux comptes d'obtenir l'assurance raisonnable que les comptes sont établis selon les règles en vigueur et les principes comptables français*
- *l'information donnée dans les comptes, y compris l'annexe, apparaît suffisante pour que ceux-ci donnent une image fidèle de la situation financière, du résultat des opérations et du patrimoine de l'entité concernée (ou de l'ensemble constitué par la consolidation) »*

La certification sans réserve manifeste donc, aux yeux du CAC, non seulement la diligence des personnels sollicités durant l'audit, mais également le respect général de la légalité comptable et la satisfaction de l'objectif d'« image fidèle ».

La certification avec réserve(s) concerne, toujours selon Francis Lefebvre, soit des divergences méthodologiques, notamment sur « l'application des règles (...) comptables », soit sur le manque de diligence dont peut faire preuve la structure à satisfaire les demandes du commissaire. Dans l'un ou l'autre cas, ces difficultés demeurent relativement limitées à des

⁵⁹ Les exemples existent mais les données insuffisamment nombreuses pour en être certain.

points particuliers et ne remettent pas en cause de manière générale l'objectif d'« image fidèle » des comptes de l'hôpital. En d'autres termes, les réserves sont l'indication par le certificateur de sujets sur lesquels il ne peut assurer raisonnablement le respect des règles totales. Il s'agit pour lui de constater et de révéler les limites de son propre contrôle.

Le refus de certification peut se fonder sur un manque de diligence important, des désaccords fondamentaux et, plus généralement, sur « des incertitudes graves et multiples risquant d'affecter de façon très significative les comptes annuels ». Le refus de certification peut même, dans des cas particulièrement grave, entraîner par le CAC l'expression de son incapacité à apprécier si les comptes annuels respectent la légalité comptable. Certains comportements peuvent alors faire l'objet d'une mise en cause pénale même si cela n'est ni systématique ni ordinaire.

Un autre type de sanction est celle des établissements de crédit qui peuvent refuser de prêter à des établissements faisant l'objet d'un refus de certification. On peut le regretter dans la mesure où cela conduit à sanctionner financièrement un établissement ayant des difficultés financières.

A. La mise en œuvre de la certification comptable : une sanction de la fiabilité des comptes mais aussi un moyen de sécurisation financière

Pourquoi les établissements publics de santé devraient se mobiliser pour mettre en place la certification comptable ? A cause de ces effets et notamment ses effets indirects. La défiance d'un certain nombre d'acteurs, notamment médicaux est connue. La certification par le commissaire aux comptes valide et fiabilise les comptes certes. Mais les réserves et les motivations qui l'accompagnent révèlent des défaillances dans la structure de l'hôpital et lui permettent, par le biais du contrôle interne, de réformer la structure en sécurisant la rentabilité financière. Objectif de fiabilisation des comptes (I) et réforme de l'hôpital (II), la certification des comptes est un outil méconnu qui doit être réévalué et qui peut permettre, à condition qu'on accepte de s'en saisir et qu'on parvienne à dépasser un premier aperçu parfois rébarbatif, à l'hôpital de s'inscrire dans une logique de performance et donc, par une organisation plus adaptée, de mieux soigner.

La certification comptable des EPS n'est pas encore achevée. Un examen des deux premières vagues permet cependant de dresser un bilan provisoire de difficultés chroniques que connaissent ces établissements (1). Un examen sur la durée du processus de certification

révèle les effets de ce mécanisme, source de sécurisation financière (2). Pourtant des critiques s'élèvent contre la méthode de la certification des comptes (3).

1. Le bilan provisoire de la certification des comptes des EPS

Les résultats des deux premières vagues ont été, grâce au travail effectué en amont, très positif. Parmi les 31 EPS de la vague 1, 16 ont été certifiés sans réserve (soit la moitié tout de même), 13 EPS avec réserves et seuls 2 n'ont pas vu leurs comptes certifiés. Quand on se penche sur le nombre de réserves pour les EPS en ayant eu lors de la première vague, on se rend compte que celui-ci est très limité : entre une et trois.

Les réserves récurrentes portent sur deux aspects : le cycle des immobilisations, c'est-à-dire les questions d'inventaires, d'amortissements, et le cycle des recettes. Sur ce second point, les CAC ont en effet globalement constatés une absence de maîtrise des interfaces entre les logiciels métiers et les logiciels de facturation, ainsi qu'une dépréciation dommageable des créances clients. Le travail préparatoire mené par les EPS a permis d'éviter un certain nombre de réserves sur l'inventaire.

Le déroulement du processus s'est bien passé puisque un certain nombre d'EPS ont apprécié la bonne collaboration avec le CAC, la plupart ayant pu notamment avoir connaissance des conclusions définitives avant la transmission du rapport.

La mobilisation, notable lors de la première vague, ne doit pas faire oublier un certain nombre de défauts. Un certain nombre d'experts-comptables n'ayant été que très peu sollicité durant cette phase.

2. Un moyen de sécurisation financière des EPS

La prise en compte des réserves et remarques des certificateurs a conduit les EPS à améliorer leur contrôle interne. La fécondité de cet outil, véritable pendant de la certification comptable, lui permet d'assujettir d'avantage les services à la direction, de revoir et sécuriser les processus de recouvrement, etc. et ainsi de sécurisé les rentrées financières de l'Etablissement.

L'ordre des experts comptables (OEC) définit durant le Congrès de 1977 le « contrôle interne » comme « l'ensemble des sécurités contribuant à la maîtrise de l'entreprise ». Autrement dit, le contrôle interne désigne les moyens par lesquels la direction d'une entité

s'assure de la soumission des organes le composant. Classiquement, on distingue deux objectifs à ces dispositifs de soumission : d'abord, celui d'assurer l'exécution des décisions adoptées par la direction, ensuite, celui de favoriser « la protection, la sauvegarde du patrimoine et la qualité de l'information ». Le contrôle interne apparaît donc comme un élément essentiel de fonctionnement de toute entité et un moyen de pérennisation de son activité.

Le Mémento Lefebvre postule l'existence d' « une corrélation étroite entre la qualité du contrôle interne et le programme de contrôle des comptes ». Il semble que l'on puisse aller plus loin en postulant une identification de l'un par rapport à l'autre, non pas en tant qu'objet, mais comme composants d'un même processus d'amélioration de l'écriture comptable. Ce n'est en effet pas simplement une « corrélation étroite » qui relie ces deux éléments mais plutôt une imbrication fondatrice. L'examen des comptes se fonde sur l'évaluation du contrôle interne mis en place, le contrôle interne a vocation à se réformer en fonction de ce que révèle l'examen des comptes.

Ces développements sur la corrélation entre contrôle interne et certification comptable ont pour objectif de montrer comment cette dernière permet (sans pour autant obliger) une réforme de l'organisation des services (ex : réduction du nombre de personnels), des processus (ex : facturation systématique des prestations de santé) et ainsi contribue à l'adoption par l'hôpital d'une logique de rentabilité à même de permettre le rééquilibrage des comptes, sans y suffire pour autant.

La certification repose sur le constat d'une fiabilisation des comptes qui permet à la direction de l'établissement et à ses partenaires d'y voir plus clair sur la situation financière de l'établissement. En interne, il permet à l'établissement de se fixer des pistes de conduites (dégager des marges de manœuvre, développer des activités, réduire ses frais de fonctionnement). En interne, il permet aux partenaires financières d'avoir une vision plus claire de l'établissement qui facilite leur prise de décision dans l'accompagnement financier de celui-ci. Des contacts avec la DRFIP montrent que les établissements certifiés empruntent à des conditions plus avantageuses que les autres (0,4 ou 0,5% d'intérêt en moins dans certains cas).

3. Les limites de la méthode de la certification des comptes

La certification des comptes a notamment été critiquée pour le frais d'entrée qu'elle engendre. Elle contribue donc parfois à réduire d'autant les marges –parfois inexistantes- de structure en difficultés. Le législateur devait en être conscient puisqu'il a fait le choix de ne rendre obligatoire la certification que pour les EPS dont le budget dépasse 100 millions.

Une seconde critique portait sur le manque de sécurité qu'impliquait la certification d'un exercice par rapport à l'exercice suivant. Des EPS de la première vague, certifiés sans réserves, ont ainsi vu leur second exercice certifié avec réserve. La fiabilisation des comptes est un processus qui s'inscrit dans le temps long et nécessite des efforts réguliers. Il apparaît également qu'un certain nombre de CAC ont été bienveillant, face à l'ampleur du travail à mener (notamment sur l'inventaire) lors du premier exercice puis ont progressivement ramené leurs exigences à un niveau normal.

Autre critique récurrente : le « détournement » des personnels administratifs d'autres missions essentielles. Un certain nombre d'EPS en difficulté ont informé l'ARS que les efforts nécessaires à la certification ne seraient pas menés du fait de priorités différentes. On peut comprendre effectivement les contraintes importantes qui pèsent sur l'établissement en cours de certification dont les services sont mobilisés sur autre chose que leur cœur de métier. Il est cependant regrettable d'intégrer un processus ayant prouvé qu'il pouvait contribuer s'il était correctement exploité et au-delà de l'« effet d'aubaine » à une plus grande rentabilité de la structure.

L'effort de fiabilisation des comptes participe de cette logique performative dont les effets sont d'adapter la gouvernance à une logique de résultat.

DEUXIÈME PARTIE

L'ADAPTATION DE LA GOUVERNANCE POUR LA SATISFACTION DE LA LOGIQUE DE RÉSULTAT

TITRE 1 : L'INSTAURATION DU PROCESSUS DE NORMALISATION AU SEIN DES EPS

On retiendra trois définitions proposées par le dictionnaire LAROUSSE pour définir la normalisation. On peut la comprendre dans son acception classique, comme l'action qui consiste à édicter des normes, au fait d'être soumis à des normes ; ou alors, comme l'action de rendre normal, de rétablir dans une situation conformes aux règles habituelles. Enfin, l'action de normaliser peut prendre un sens plus impérialiste, puisqu'elle peut s'entendre comme le fait de rétablir des structures sociales et politiques que des mouvements révolutionnaires avaient déstabilisée.

Pour l'instauration du processus de normalisation au sein des EPS, le Législateur a dû clarifier ses modalités de fonctionnement. Il a présenté une réorganisation de leur pilotage (A). En faisant évoluer la gouvernance politique hospitalière, il permet à l'hôpital de faire face aux défis tenant à la restriction budgétaire, aux changements de modalité de tarification et aux nouvelles formes de contrôle (certification qualité et comptable) auxquelles ils sont assujettis. En outre, les EPS disposent aujourd'hui d'une large palette d'outils visant à la normalisation des comportements de ses agents en vue de l'amélioration de qualité et de l'efficacité de leurs activités (B).

A. Une réorganisation nécessaire du pilotage des EPS

Le paradoxe de la réorganisation hospitalière tient en ce double mouvement qui conduit, d'une part l'établissement de santé à s'autonomiser, en favorisant par exemple la contractualisation pour des fins de gestion des ressources en externe ou en interne et avec des partenaires de toutes nature juridique (supra partie I titre 1 B) ou encore la récente certification des comptes des EPS opérée par des auditeurs externes au secteur hospitalier et dont le choix de leur mandat revient aux établissements de santé supra partie II titre 1) . En

consacrant en son chapitre IV le renforcement du dialogue social (article 194 de la loi du 26 janvier 2016), la loi Touraine invite l'ensemble des acteurs opérant dans le secteur de la santé à participer aux négociations ouvertes par les autorités compétentes. Le pilotage des établissements doit donc nécessairement tenir compte de la pluralité des acteurs qui le compose. Mais d'autre part, la volonté politique, clairement affichée de maîtriser les dépenses publiques conduit le Législateur à adopté une organisation hospitalière fortement inscrite dans un courant dirigiste et administratif. Cela s'illustre par la prédominance du directeur d'ARS en matière de nomination des directeurs d'établissement et ou encore de contrôle de leur actions.

1. L'organisation politique des EPS au niveau déconcentré

1.1 La gouvernance verticale pilotée par l'ARS sur les établissements publics hospitaliers

La loi du 21 juillet 2009 a étendu le champ de compétences des ARS (anciennement ARH issues de Juppé de 1996), l'article L 1413 -1 du CSP prévoit que les ARS ont pour missions "de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional, des objectifs de la politique nationale de santé, des principes de l'action sociale et médico-sociale, des principes fondateurs de l'AM et du respect de l'ONDAM. En outre, leur création a permis de simplifier l'ensemble du secteur social et médico-social. Les ARS ont intégré les anciens organismes relevant de l'Assurance Maladie ou encore de l'Action sociale (DRASS, DDASS, UNCAM etc...)

Relevant toutes de régimes de nature juridiques différentes, en particulier de régime de droit privé et bien qu'exerçant une mission de service public dont le contentieux relève de la compétence du juge administratif (CE, 1938 Caisse primaire "Aide et protection") , les personnels de ces établissements restent des personnes dont les relations de travail sont assujetties aux règles du droit privé. Ces difficultés liées à la gestion des ressources humaines n'ont pas trouvé de résolution. Le législateur a souhaité conserver la nature juridique des organismes et de leurs agents et n'a pas procédé à l'uniformisation de leur statut.

Les ARS sont des établissements publics à caractère administratif (EPA) qui œuvrent en matière de politique publique de santé et d'offre de service de santé. Il faut le distinguer le niveau régional du niveau infrarégional :

- Au niveau régional : elles agissent en matière de veille et de sécurité sanitaires, d'anticipation du pilotage du contrôle du respect des règles d'hygiène, de la préparation des situations d'urgence sanitaire et de crise sanitaire dans le respect des compétences du préfet. Autrement, elle favorisent l'intégration du secteur ambulatoire. Leurs compétences sont étendues au secteur médico-social.
- Au niveau infrarégional : le directeur de l'AARS a des compétences élargies à l'égard des DH des centres hospitaliers non régionaux et non universitaires. L'article L6143 - 7 - 2 du CSP prévoit la nomination du directeur d'établissement par arrêté du directeur général du centre national de gestion sur une liste comportant au moins trois noms de candidats proposés par le directeur de l'ARS après avis du conseil de surveillance.

On peut observer que la loi de 2009 a opéré un tournant plus "dirigiste", en mettant dans les mains du Directeur de l'ARS le pouvoir de prise de décision en matière de gouvernance hospitalière (pour sa plus grande partie). Au regard du mouvement de territorialisation du secteur de la santé, il semble pertinent que le directeur de l'ARS qui est chargé de réguler l'offre de soin sur le territoire de santé qu'il a lui-même défini, dispose pour satisfaire cette exigence, d'une plus grande maîtrise des EPS en matière d'offre de soins.

Le problème se pose quant à l'intégration de nouveaux représentants partenaires comme par exemple, les collectivités territoriales dans l'administration du secteur de la santé (plus spécifiquement du secteur hospitalier). La réduction des inégalités territoriales demeure, à côté de la poursuite de l'efficience et la performance publique, un objectif à atteindre pour les autorités publiques. La loi de 2009 trouve comme remède la promotion de la démocratie sanitaire en ouvrant la composition des conseils de surveillance des ARS aux collectivités territoriales. Elle renforce ainsi, la participation des collectivités dans les instances consultative.

La nouvelle composition du Conseil de surveillance (CS) prévue à l'article D 1432 - 15 du CSP marque son ouverture aux collectivités territoriales et aux usagers. L'instance délibérante comprend quatre collègues, dont trois représentants de l'Etat et dix de l'assurance maladie, quatre représentants des collectivités territoriales, trois représentants des usagers

(patients/personnes âgées/ personnes en situation de handicap) , quatre personnels qualifiés et le Préfet de région.

Le directeur de l'ARS et les représentants du personnel détiennent un voix consultative. Le directeur de l'ARS (nommé par décret pris en conseil des ministres) collabore avec le préfet de région au nom de l'Etat. In extenso, la présence du préfet de région s'impose puisqu'il est l'acteur disposant d'une autorité légitime pour échanger avec les élus des collectivités territoriales et ainsi établir des rapports dans le cadre d'une bonne politique de déconcentration.

La répartition des compétences entre de l'ARS entre le CS et le directeur de l'ARS est codifiée à l'article L 1432-3 du CSP : le directeur de l'ARS a une compétence de principe tandis que le CS a des compétences d'attributions énumérées de façon limitative dans le CSP. Il possède des compétences décisionnelles, il approuve le budget et du compte financier (décret du 31 mars 2010 relatif au régime financier des ARS) . Le directeur de l'ARS exerce au nom de l'Etat (CSP L 1432 - 2) relèvent de sa compétence, celles qui ne sont pas attribuées à une autre autorité. Il dispose de compétences comme un l'exécutif d'un établissement public (préparation et exécution, ès qualité d'ordonnateur, budget de l'agence, représentation de l'agence en justice et dans les actes de la vie courante) ; il exerce à titre de chef d'un service public placé sous son autorité procédant ainsi au recrutement d'agents contractuels, aux délégation de signature (*CE, 2012 , Syndicat des médecins inspecteurs de santé publique*) ; il œuvre en matière de santé publique et de police administrative sanitaire ou de mission d'inspection de manière concurrente avec le préfet de région (L.5312 -1, L 5112-2 et L5312-3 du CSP). A cette fin, l'article L 5311 -1 du CSP prévoit qu'il peut suspendre ou procéder au retrait de produits à finalité sanitaire.

Mais sa mission la plus importante reste sans doute la délivrance et le renouvellement des autorisations sanitaires (CSP article L 6122 - 2 précise les conditions impératives de sa délivrance). Elles doivent être compatibles avec les objectifs fixé par le schéma régional d'organisation de soin (SROS), elles peuvent se voir ajouter des conditions supplémentaires, pour être délivrées (CSP article L 6122 -7). En revanche, bien que les conditions supplémentaires ne soient pas précisées par le Législateur, le juge administratif ne s'octroie pas la possibilité, pour autant, d'étendre le champ des conditions supplémentaires. Ainsi jugé par la CAA de Douai, le 30 mars 2000 dans une décision *Commune de Bully - les- Mines*. En l'espèce, le juge administratif n'a pas admis l'absence de surcoût de fonctionnement ou l'absence de surcoût d'exploitation comme condition particulières. Les autorisations

sanitaires donnent lieu à des décisions d'autorisation administratives qui doivent respecter les procédures de publicité et de motivation. Cela suppose qu'en l'absence de ces formalités, un recours contentieux contre les autorisations ou les refus d'autorisation du directeur est possible (CSP article L 6122 dernier alinéa).

1.2 La gouvernance horizontale comme appui de l'autorité de l'ARS sur les établissements publics hospitaliers

Deux outils permettent la mise en œuvre d'une organisation horizontale des EPS le dialogue avec les organes consultatifs et la contractualisation pluriannuel d'objectifs et de moyens;

Les acteurs du dialogue au sein des ARS

La conférence régionale de santé (CRS) et deux autres organes consultatifs appelés commissions de coordination des politiques publiques réunissent une pluralité d'acteurs aux profils très divers. D'une part, la CRS incarne l'idée même de démocratie sanitaire. Elle est composée d'une centaine de membres : usagers, associations, conférences de territoire, partenaires sociaux, acteurs de la cohésion et de la protection sociale etc... Elle est chargée de trois types d'attributions consultatives : "le pouvoir de proposition sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé dans la région. A cette fin, elle rend un avis obligatoire sur le plan stratégique régional de santé, sur l'évaluation sur le respect du droit des malades"⁶⁰. Elles peuvent également organiser des débats publics sur les questions de santé de leur choix. D'autre part, les commissions de coordinations provenant des anciennes URCAM sont présentes au sein du CS de l'ARS. L'article L 1432-1 du CSP place auprès de chaque ARS, deux commissions de coordination de politiques publiques de santé, afin d'assurer la cohérence et la complémentarité des actions (telles que la prévention en matière de santé scolaire etc...) La participation des élus locaux est, une nouvelle fois, à l'honneur au sein du CS. En effet, les articles D 1432 -1 et D 1432 -6 portant sur la composition des commissions de coordination traduisent la participation réelle des élus locaux.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

Créés l'ordonnance Juppé de 1996 la loi HPST du 21 juillet 2009 les confortent en renforçant l'intérêt de ce mécanisme de contractualisation, présenté sur le site internet de 60 M.- L. MOQUET - ANGER Manuel DROIT HOSPITALIER, 3e édition, L.G.D.J, 2014, p.49

l'ARS comme “[la traduction] de la volonté de renforcer la dimension stratégique de la tutelle ministérielle, en s’orientant vers une démarche de contrat et d’évaluation de la performance”⁶¹ .

L'article L 6114 - 1 du CSP dispose que les établissements de santé ou titulaire d'une autorisation sanitaire ont l'obligation de conclure un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec le directeur général de l'ARS pour une durée maximale de cinq ans (CSP article 1433 -2). Il peut être assorti de clauses portant sur l'exécution d'un service public, ce qui le cas échéant, oblige les contractants à respecter les missions de service public (continuité, égalité, mutabilité, neutralité). Le CPOM n'est pas un contrat intangible, puisqu'il demeure qu'il fasse l'objet d'une révision par avenant. Le directeur de l'ARS est compétent pour la signature des CPOM. Il n'est pas exclu que les GCS prenant la forme d'un établissement public puissent également conclure avec l'ARS des CPOM. La loi de 2009 a renforcé l'obligation de conclure des CPOM. Le défaut de signature du CPOM dans les conditions prévues à l'article L 6114-2 du CSP peut entraîner sanctions et des pénalités financières (article L 6114 - 1 CSP) .

S'agissant de l'objet des CPOM, ils sont articulés autour de trois axes prioritaires :

- l'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé,
- la promotion de l'égalité devant la santé
- et le développement d'un système de santé de qualité, accessible et efficient.

Ces contrats administratifs que constituent les CPOM (même pour les contrats passés entre les établissements privés TA, Lille 2006 Clinique Saint-Roch) sont la déclinaison des objectifs régionaux et territoriaux à niveau des établissements sous contrôle des ARS. Les éléments devant figurer dans les CPOM, tels que les services de soins palliatifs et le nombre de lits à identifier, ou encore “les objectifs tenant à la maîtrise médicalisée des dépenses et d'évolution et d'amélioration des pratiques” sont étayés dans les articles D.6114 - 1 et D 6114 -7 du CSP.

L'ARS doit veiller à la bonne exécution du contrat. Ainsi le législateur a prévu un mode de résiliation unilatérale du contrat à l'article L.6114-1 dans sa rédaction issue de l'ordonnance du 4 septembre 2003, une résiliation en cas de manquement grave titulaires aux obligations contenue dans le CPOM. Ce point constitue un classique du droit

61 <https://www.ars.sante.fr/les-contrats-pluriannuels-dobjectifs-et-de-moyens-1>

administratif français. En effet, l'Administration dispose d'un pouvoir de résiliation du contrat unilatérale depuis l'arrêt *CE, 17 mars 1864, Paul Dupont* moyennant indemnisation du cocontractant. Depuis l'arrêt du *CE, 2 mai 1958, Distillerie de Magnac-Laval*, il procède aujourd'hui d'une « règle générale applicable aux contrats administratifs ». De même, l'Administration dispose d'un pouvoir de modification unilatérale du contrat, comme le montre la décision rendue par le *CE de 1983, Union des transports publics urbains et régionaux* qui confirme l'arrêt *CE, 11 mars 1910, Compagnie générale française des tramways*, à condition de l'indemnisation du cocontractant pour le préjudice résultant de la modification unilatérale. La loi Bachelot n'a permis pas aux autorités compétentes d'adresser des pénalités financières aux titulaires des contrats. En effet, c'est l'ordonnance du 4 septembre 2003 et le décret de 2006 qui ont organisé un régime de pénalité. Toutefois, la loi Bachelot a innové en fixant le montant des pénalité qui sont adressées de manière proportionnelle à la gravité du manquement. Elles sont plafonnées et “[...]ne peuvent excéder 5% des produits reçus par l'établissement de santé ou par les titulaires de l'autorisation [...]” (CSP article L. 6114-1)

La loi du 21 juillet 2009 en supprimant le conseil d'administration et en répartissant ses missions entre le CS et le directoire présidé par le directeur de l'établissement, a accru le contrôle et la tutelle des ARS sur les établissements hospitaliers. Parallèlement, l'instauration du directoire qui reprend pour partie les missions dévolues à l'origine au conseil d'administration, a renforcé le pouvoir du directoire d'hôpital. Il s'agit de voir à présent, l'organisation interne aux établissements publics hospitaliers.

2. L'organisation politique interne aux établissements publics hospitaliers

De la même manière que pour la gouvernance piloté par l'ARS sur l'ensemble des établissements de santé relevant de son territoire de santé, les EPS ont une organisation à double dimension : verticale et horizontale.

2.1 La gouvernance verticale interne aux établissements publics hospitaliers

De la même manière que pour la gouvernance piloté par l'ARS sur l'ensemble des établissements de santé relevant de son territoire de santé, les EPS ont une organisation à double dimension : verticale et horizontale.

Pour accompagner ce changement, une politique de communication a été mise en place afin d'expliquer les évolutions attenantes à la loi HPST en matière d'organisation interne. Ainsi, le vademecum de la loi HPST présente le schéma de nouvelle organisation de l'hôpital

Tableau 2 - Ci - dessous, le tableau de comparaison entre l'architecture avant la loi HPST et celle existant depuis la loi HPST sur les éléments d'information donnés dans le vademecum de la loi HPST

Architecture antérieure	Architecture nouvelle
Conseil d'administration	Conseil de surveillance (CSP article L.6142 -5). Il se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de l'établissement. Ces compétences peuvent être réparties en trois catégories : • délibérations (sur le projet d'établissement, convention constitutive des CHU en application de l'art. L 6142 - 5 du CSP, sur le compte financier et l'affectation des résultats etc.) • avis (sur la politique d'amélioration de la qualité, de la sécurité des soins et de prise en charge des usagers, sur l'acquisition de biens immeubles et autres affectations relevant du domaine de la propriété publique et les contrats de partenariat, art.L 6148-2, du règlement intérieur etc.) • pouvoir de contrôle. Il peut se faire communiquer les documents qu'il juge être nécessaire pour l'accomplissement de sa mission et peut toujours opérer de manière importune des contrôles. En matière de certification comptable, il revient au conseil de surveillance de nommer le commissaire aux comptes (art.L 6145-16). Ses modalités de fonctionnement (nombre des membres qui siègent) varient selon que le ressort des établissements qui sont sous

	sa direction (CSP art R.6142-3 si du ressort communal et R. 6143-pour les autres établissement). On retiendra que des incompatibilités peuvent empêcher les membres de siéger au sein du CS (art. L 6143 -6) ,que ces délibérations peuvent faire l'objet contrôle d'approbation dit contrôle <i>a priori</i> et de légalité <i>a posteriori</i>. A défaut de l'opposition du directeur de l'ARS, ses délibérations sont exécutoires. De même, un contrôle est opéré sur les membres qui composent le CS. C'est un arrêté du directeur de l'ARS qui fixe la liste nominative de ses membres (CSP art.L 6143 -4)
Directeur, Président du conseil exécutif	Directeur, Président du directoire conseil exécutif directoire L'article L6143- 7 fixe les attributions du directeur qui sont de trois ordres : exécutif du CS, il dispose de pouvoirs qui lui sont propres (CSP L. 6143- 7 conduite de la politique de l'établissement, représentation de l'établissement dans tous les actes de la vie civile , il exerce son autorité sur l'ensemble des personnels (à l'exception des personnels médicaux, pour lesquels ils ne disposent que d'un pouvoir d'organisation du service) et de pouvoirs après concertation du directoire (conclusion du cCPOM de l'art. L.6114-1). En outre, il dispose d'une compétence générale. La nomination du directeur s'effectue dans le cadre d'une procédure où interviennent le Centre National de Gestion, le comité de sélection, le président du conseil de surveillance et le directeur général de l'ARS dont le rôle est déterminant. • Des directeurs « contractuels » peuvent être nommés. • Le directeur général de l'ARS procède à l'évaluation des chefs d'établissement relevant de sa compétence. • Le retrait d'emploi dans l'intérêt du service est désormais prévu par la loi. • Une formation spécifique est instituée dans le cadre de la prise de fonction de chef d'établissement⁶².
Conseil exécutif	Directoire

62 vademecum de la loi HPST p.25

(ord.de simplification du 2 mai 2005, CSP art. L6143-6-1)	(textes de référence : CSP art. L6143-7-5,art. l. 6143-7-5, art. d. 6143-35-1 à art. d 6143-35-4 . instruction n°dhoS/e1/2010/75 du 25 février 2010 relative à la mise en place des directoires des établissements publics de santé) Dans les centres hospitaliers, le directoire compte 7 membres dont 3 membres de droit et 4 membres nommés par le président du directoire. • Dans les centres hospitaliers universitaires, le directoire compte 9 membres dont 5 membres de droit et 4 membres nommés par le président du directoire. • Le directoire comprend une majorité de professionnels médicaux, pharmaciens, odontologistes ou maïeuticiens. Ceux-ci sont nommés après proposition du président de CME, et, dans les CHU, du directeur de l’UFR ou du président du comité de coordination de l’enseignement médical. • Les membres nommés par le président du directoire peuvent être dénommés par lui, et leur mandat est lié au sien⁶³. Le directoire approuve le projet médical et prépare le projet d’établissement. • Le directoire conseille le directeur et est obligatoirement concerté sur l’ensemble des compétences octroyées au directeur, président du directoire, par l’article L.6143-7 du CSP. • La composition du directoire, à majorité médicale, pharmaceutique, maïeutique et odontologique, qui comprend également le président de la CSIRMT, est une garantie de prise en compte des préoccupations des professionnels de santé dans toutes les décisions de la vie institutionnelle de l’établissement. Le directoire est donc une instance de dialogue qui éclaire, en amont, la décision du président du directoire, en assure le relais, et en facilite la déclinaison
--	---

63 vademecum de la loi HPST p.21

	au niveau des pôles ⁶⁴ .
Responsable de pôle	Chef de pôle Textes de référence : CSP art. l. 6146-1, art. r. 6146-1 à r 6146-3 (décret n° 2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-technique dans les établissements publics de santé) art. 2 du décret précité du 11 juin 2010 Le chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique est nommé par le directeur, après avis du président de la CME pour les pôles d'activité clinique et médico technique. pour les chu, les chefs de pôles sont nommés après avis, outre le président de la CME, du directeur de l'unité de formation et de recherche ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical⁶⁵. Son mandat dure 4 ans renouvelable Peuvent exercer ces fonctions les praticiens hospitalo universitaires, les praticiens hospitaliers en médecine, odontologie, pharmacie, les praticiens contractuels, les praticiens contractuels associés⁶⁶. • Afin de mettre en œuvre la politique de l'établissement, le chef de pôle d'activité organise avec son équipe le fonctionnement du pôle. • Il affecte les ressources humaines en conséquence. • Il peut bénéficier d'une délégation de signature dans des domaines précis. • Il peut être assisté de collaborateurs dont il propose la nomination au directeur. • Il bénéficie d'une formation. • Il reçoit une indemnité de fonctionnement⁶⁷
Chef de service	Responsable de structure interne

64 vademecum de la loi HPST p.22

65 vademecum de la loi HPST p.40

66 vademecum de la loi HPST p.45

67 vademecum de la loi HPST p.45

	• Les pôles d'activité clinique et médico-technique peuvent comporter des structures internes, mais sans obligation formelle. • Le directeur décide de cette organisation. • Ces structures peuvent être appelées des services. Elles peuvent aussi recevoir une autre dénomination. • La composition du pôle en structures internes est détaillée par le projet de pôle, sur la base du contrat de pôle⁶⁸.
--	---

L'organisation interne : les pôles d'activité

Le principe de libre organisation a été instauré par l'ordonnance du 2 mai 2005. Ainsi les établissements publics de santé définissent librement leur organisation. La mise en œuvre des pôles d'activité, visant à la simplification de l'organisation interne, avait fait préalablement l'objet d'une anticipation dans 103 établissements volontaires. L'objectif de cette réorganisation étant de satisfaire deux aspects : la qualité du service rendu aux patients et l'efficience de l'établissement. Dans son document Les nouvelles organisations et architectures hospitalières⁶⁹ le ministère de la santé énonce que les résultats de son évaluation, se sont avérés positifs. Par conséquent, le dispositif a été généralisé à l'ensemble des établissements du secteur public hospitalier. L'article L 6146-1 CSP dans sa rédaction issue de l'ordonnance du 2 mai 2005 qui octroi le cadre juridique de l'organisation interne des établissements de santé (autres que les hôpitaux locaux). Toutefois, bien qu'issue d'une ordonnance ayant initié le principe de libre organisation au sein des EPS, à l'exception d'un dérogation faite par le directeur générale de l'ARS (quand l'activité et le nombre le justifie), la constitution de l'établissement en pôles d'activité est obligatoire.

La loi HPST n'a pas procéder à des modifications substantielles de l'organisation, mais s'est cantonné à des changements de dénomination. Elle s'inscrit dans la continuité de l'ordonnance de 2005 en réaffirmant le mode de constitution des pôles d'activité médico-technique. Toutefois, l'accroissement du rôle du chef d'établissement dans leur constitution traduit une volonté de faire de ce mode organisation, un véritable mode de stratégies médicales. Les pôles d'activité constituant une forme intéressante de concertation et de management des équipes médicales et paramédicale.

⁶⁸ vademecum de la loi HPST p.49

⁶⁹ Nouvelles organisations et architectures hospitalières, Ministère de la Santé et des Solidarités

Ainsi, il revient au chef d'établissement, l'organisation en pôle d'activité. Les pôles d'activité clinique et médico-technique sont définis conformément au projet médical de l'établissement. En raison de leur spécificité les pôles d'activité technique des CHU sont désormais dénommés Les structures internes de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que les structures médico-techniques qui leur sont associées peuvent être constituées par les services et les unités fonctionnelles créés en vertu de la législation antérieure celle issue de l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005.

L'autonomie et la responsabilité des acteurs au sein de ce type d'organisation doit contribuer à "la déconcentration de la gestion". Placés sous la responsabilité d'un praticien assisté d'un cadre gestionnaire et soignant, (ce qui n'est pas sans rappeler l'ancienne pratique des mandarins dans l'hôpital public, c'est-à-dire l'exercice de l'autorité du médecin sur les personnels paramédicaux, dans l'organisation d'un service) ces "pôles s'engagent dans une démarche de contractualisation interne pour simplifier la gestion quotidienne et assurer la mise en œuvre des objectifs stratégiques de l'établissement". Enfin, Les pôles d'activité médico-technique se déclinent en structures internes dont l'appellation est laissée à liberté de l'établissement.

2.2 la gouvernance horizontale interne aux établissements publics hospitaliers

Faisant suite à la partie consacrée au pôle d'activité, il convient d'observer à présent, sa modalité principal de fonctionnement : le contrat de pôle.

Le contrat de pôle est conclu entre le directeur de l'établissement après concertation de son directoire et le chef du pôle d'activité concernée. Il constitue le cadre de l'élaboration du projet de pôle qui doit correspondre aux projets des autres de pôle, ainsi qu'au projet médical et au projet d'établissement. Son contenu porte sur "une série d'éléments essentiels pour la bonne gestion de l'ensemble des pôles : organisation interne, délégations de signature, gestion des ressources humaines, relations avec les autres pôles, développement ou évolution des activités, organisation de la permanence des soins, modalités d'intéressement... Conclu avec chaque pôle, le contrat en précise les objectifs et les moyens. Les objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins sont obligatoirement définis. Le contrat fixe les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs"⁷⁰.

⁷⁰ vademecum de la loi HPST - les clés pour comprendre p.50

La gouvernance hospitalière, telle que promue par les récentes réglementations en matière d'organisation de l'hôpital jusqu'à la loi du 26 janvier 2016 (qui ne remet pas en cause cette orientation organisationnelle), s'appuie sur une théorie contractuelle. En ce sens, elle se fonde sur le principe d'accords passés entre le directeur de l'établissement et les praticiens hospitaliers et adopte une approche inter-individuelle de l'organisation du fonctionnement de l'établissement. .

Toutefois la démarche purement contractuelle reste à relativiser. Si la nouvelle organisation hospitalière épouse la forme contractuelle, le contenu de ces contrats est davantage disciplinaire et est destiné à l'encadrement de l'activité interne aux hôpitaux publics.

Autre tropisme de la gouvernance horizontale : la concertation entre les acteurs exerçant des missions diverses au sein d'une même entités. Mais au regard de l'organisation traditionnelle de l'hôpital et de la disparité de ses acteurs, le dialogue social entre les différentes instances constitue une étape obligatoire avec laquelle le directeur est dans l'obligation de composer.

Le directeur s'appuie sur des organes de concertation pour la gestion de son établissement : les organes de représentation des personnels et le Comité d'hygiène et de Sécurité (CHSCT)

S'agissant des organes de représentation des personnels, le directeur peut et doit prendre les avis des instances représentatives.

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique(CSIRMT) tout d'abord, instituées par la loi Evin de 1991 permet la revalorisation de la parole et des avis des personnels infirmiers autrement qu'au sein du CTE (qui ne tient pas compte des spécificités attachées à chaque groupe de personnels non médicaux) les . La commission est invitée à donner son avis sur les projets de soins infirmiers, l'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, la politique d'amélioration des soins infirmiers (CSP art. R. 6146- 10 dans sa rédaction issue du décret du 30 avril 2010). Ses modalités de son fonctionnement sont définies aux articles CSP R. 6146 - 14 à CSP R,6146 -16.

Le directeur peut également prendre appui sur les conseils des pôles d'activités (CPA) qui ont pris la succession des anciens conseils de service ou de département, instituées par la loi Evin de 1991 comme les CSIRMT. En raison de la transformation de la gouvernance

hospitalière et sa réorganisation en pôle d'activité, les conseils de services sont devenus obsolète. Toutefois ni la loi du 21 juillet 2009, ni celle du 26 janvier 2016 n'en font mention. Il y a lieu de penser que l'organisation des concertations reste de l'appréciation opportune du chef de pôle. A titre d'exemple, les médecins et chef de pôle qui ont pris part à l'étude qualitative menée au sein de l'hôpital St Antoine d'établissement support du groupement hospitalier organisait des réunions avec les personnels du pôle, en vue de sensibiliser leurs équipes à la visite de l'expert de l'HAS (pour la certification qualité)

La commission médicale d'établissement (CME)

Créée en 1943 avec l'adoption du premier statut de médecin hospitalier, elle prend son appellation définitive en 1987 suite à l'évolution de l'organe qui d'un organe purement consultatif, devient un véritable organe de co-gestion. L'ordonnance du 2 mai 2005 simplifie son régime juridique et le décret du 7 juillet 2005 a étendu ses attributions. En matière de composition des CME, il faut retenir qu'elle comprend des membres de droit et des membres élus (décret du 30 avril 2010). sera fixée par le règlement intérieur de chaque établissement qui devra assurer une représentation minimale et équilibrée de l'ensemble des disciplines de l'établissement. Les réunions des CME se tiennent quatre fois par an. La liberté d'organisation prônée dans l'ordonnance du 2 mai 2005, prévaut également en ce qui concerne l'organisation de la CME, elle opère dans le domaine de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, alors même que les résultats de cette politique sont de plus en plus suivis et évalués. Enfin, s'agissant des incompatibilités, les chefs de pôle ne peuvent exercer la fonction de président de la CME, sauf exception soumise à conditions.

En matière de compétence, la loi HPST a renforcé celles rattachées aux CME. Tout d'abord, elle se définit comme un organe consultatif. Consultée et informée, ces attributions en la matière, redéployées par le décret du 20 septembre 2013 portent sur une pluralité de questions portant sur le projet d'établissement, le projet médical, les contrats de pôle, le rapport annuel de l'activité de l'établissement, les CPOM etc. Mais à titre principal, elle demeure une instance qui "contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers"⁷¹ disposant, à cette fin, de pouvoir de proposition

⁷¹ vademecum de la loi HPST - les clés pour comprendre p.35.

puis d'élaboration (article L. 6144-1 du CSP, article R. 6144-2 CSP dans sa rédaction du décret du 30 avril 2010)

La commission technique d'établissement (CTE)

Présentée à l'article L. 6143-1 du CSP (modifié par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 article 9-1) la CTE est une commission consultative comme la CME qui représente les personnels non médicaux de l'établissement. Elles sont placées sous l'égide du directeur d'établissements, les modalités de sa composition sont contenues dans l'article 6144-4 du CSP. Le comité tient des réunions au moins une fois par trimestre. Le décret du 20 septembre 2013 a renforcé les compétences consultatives des CTE. Cela tient notamment à la réorganisation hospitalière et à la suppression du conseil d'administration de l'hôpital. L'article R. 6144-40 du CSP mentionne des questions qui faisaient auparavant partie des projets de délibération du conseil d'administration. Ainsi, les CTE récupèrent les questions tenant au plan de redressement présenté par le président du directoire à l'ARS, à la politique sociale, des modalités de la politique d'intéressement ainsi que du bilan social, à 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, et au règlement intérieur de l'établissement.

La représentation des acteurs, professionnels de santé et usagers du service, ne se limite pas seulement au cadre de l'établissement. Le décret du 27 avril 2016 relative au GHT prévoit en sa section 3 que la convention constitutive doit mettre en place une conférence territoriale de dialogue sociale (CSP art. R. 6132 - 14) dans laquelle se retrouvent les mêmes instances représentatives.

Le CHSCT

Enfin, s'agissant du CHSCT, il doit son existence à la loi 8 juillet 1890 relative à la création des délégués mineurs, premier texte relatif à la représentation du personnel, et dont l'objet principal est de discuter des règles tenant à leur sécurité. Cette instance a été pensée au travers du prisme de la mine en raison de leur dangerosité. La France a pris en compte ce phénomène inhérent à la conduite de ce type d'activités professionnelle depuis l'affaire de la mine de charbon de Courrières du 10 mars 1906 (1100 morts de mineurs dont le tiers étaient

âgés de moins de 18 ans)⁷². La mine constituait dès lors un lieu de référence pour toutes les questions relatives à la sécurité.

Il trouve son origine au sein d'une activité privée, mais le Législateur a souhaité transposer cette instance dans la fonction publique. S'agissant de la transposition du CHSCT dans l'EPS, c'est un décret du 16 août 1985 pris en application de la loi Auroux du 23 décembre 1982 relative aux CHSCT, a transposé une institution fondamentale en droit du travail dans l'hôpital public. Innovation majeur d'autant plus, que la qualification des agents publics fonctionnaires n'est pas donnée par le contrat mais par le statut du corps auquel ils sont rattachés. Il reprend en conséquence les règles du Code du travail (article R. 4615-4 à R.4615-21 du Code du travail) pour fixer les modalités de son fonctionnement et l'objet de son action.

La constitution du CHSCT est obligatoire dans les établissements de moins de cinquante agents. On compte parmi les agents les praticiens hospitaliers Les articles L.4612-1 à L.4612-15 du Code du travail fixe les attributions du CHSCT. Celui - ci assume une triple mission de prévention de contrôle et d'étude dans le domaine de la protection de la santé et de la sécurité de ses agents. Pour satisfaire sa mission, il doit être informé et consulté avant toutes les décisions qui modifie l'aménagement des conditions de travail, ou encore avant tout changement de l'organisation du travail (article L.4612-8). Il peut également réaliser des enquêtes dès lors qu'il est informé d'un accident du travail ou de la survenance de maladies professionnelles. Se muant, ainsi en inspecteur de l'établissement.

Depuis 1985, son président est le directeur d'établissement et ne constitue dès lors plus une organisation paritaire. Il est composé exclusivement des membres représentant du personnel (désignation par scrutin) et des membres consultatifs (article R. 4615-9 du Code du travail). Pour la représentation du personnel médical, le choix de ses représentations appartient à la CME, et pour la représentation des personnels non médicaux, ce sont les organisations syndicales qui se chargent de leur désignation. L'attribution des sièges se fait de manière proportionnelle au nombre de voix recueilli par chacune des organisations syndicales.

A titre d'information, le décret du 27 avril 2016 n'a pas fait entrer le CHSCT comme organisme consultatif participant à la CFTDS au sein des GHT.

⁷² à propos de l'affaire de Courriège, "Courrières : la catastrophe minière la plus meurtrière d'Europe (1906)" article paru dans le journal du Figaro, 10 mars 2016.

La présentation de la gouvernance politique externe puis interne aux EPS, il convient d'observer les outils de gestion dont ils disposent afin de normaliser les comportements des agents travaillant au sein de l'établissement.

A. L'utilisation des méthodes de gouvernance issues du secteur privé

Au fil des années, avec la mise en place de modèles de performance basée sur les prémices du New Public Management (NPM) les établissements publics de santé (EPS) se sont confrontés à un double exigence : le maintien de la qualité des soins et les contrôles budgétaires par la certification. Dans ce contexte, le renouvellement de la gestion hospitalière passe aussi par la structuration d'une normalisation innovatrice et efficace qui sert à assurer le respect des objectifs et des programmes du gouvernement en ce qui concerne les politiques publiques de la modernisation de la gestion publique.

1. Le modèle de gestion du privé : une source d'inspiration

La crise du modèle de l'Etat de bien-être social, qui a été pratiqué du début du XXe siècle jusqu'aux années 1980, était la clé du succès d'un nouveau modèle stratégique inspiré du management privé et qui a pensé avoir trouvé les réponses aux enjeux et aux demandes du processus de la mondialisation en cours. La notion, selon laquelle, l'Administration Publique devrait poursuivre les actions qui contribuent à accroître la compétitivité de l'économie, tels que la mise en accent sur la compétitivité, pour pouvoir permettre une reprise économique, ou même pour attirer les investissements et créer des emplois productifs, ont séduit les gestionnaires publics impatients de répondre à une demande sociale croissante, mais avec moins de ressources.

Le concept de gestion du point de vue de l'Administration Publique est liée à l'ensemble de ressources et d'activités visant à mettre en œuvre l'agir et la gestion. Pour cela, le processus managérial de la gestion publique est un organe essentiel pour la mise en œuvre des politiques publiques souhaitables. Ainsi, pour prouver son efficacité dans l'univers normatif la gestion vise la rencontre entre la planification stratégique et l'administration dans une seule opération⁷³.

⁷³ CHIAVENATO, I. Gestão estratégica. São Paulo: Atlas, 2000. et MINTZBERG. O processo da estratégia, 2001.

Du fait que ce nouveau modèle de gestion ou managérial, en termes généraux, demande la mise en accent sur les résultats, ainsi que propose un agenda de réformes prévues par : la diminution de l'appareil d'Etat; le contrôle budgétaire ; la privatisation des entreprises publiques et, enfin, l'application des techniques autrefois exclusives des entreprises privées, non-Gouvernementales.

Tableau 3. - Deux différents modèles managériaux⁷⁴

L'ancien modèle de gestion publique préconisé, entre autres, le :	La nouvelle gestion publique se caractérise, entre autres, par :
• Un caractère autoritaire ; • Une hiérarchie en fonction de la tâche et de la structure organisationnelle ; • Une prise de décision opérationnelle et centralisé ; • L'absence d'un marché concurrentiel entre les structures ; • Un budget fixe sans une obligation transparente de « redevabilité » ; • La qualité et les résultats n'étaient pas mesurés avec des outils efficaces; • La recherche d'efficacité, l'efficacité et l'efficacité ne étaient pas aussi importants ; • Un manque d'anticipation des problèmes de gestion assez	• Une séparation de la prise de décision stratégique et opérationnelle ; • Une nouvelle orientation des activités administratives ; • La régulation par la décentralisation et l'instauration d'agences ; • La mis en avant de la méritocratie pour la rémunération des agents ; • Les mécanismes de marché insérés dans l'offre de biens et services sociaux; • La transparence des coûts et des dépenses ; • L'efficience maximale dans l'emploi des fonds publics ; • La participation des usagers dans la définition et l'évaluation des

74 Chappoz Yves, Pupion Pierre-Charles, « Le New Public Management », *Gestion et management public*, 2012/2 (Volume 1/n°2), p. 1-3. DOI : 10.3917/gmp.002.0001. URL : <http://www.cairn.info/revue-gestion-et-management-public-2012-2-page-1.htm>

communs;	prestations publiques.
• L'usager n'était pas concerné en tant qu'un élément clé pour aider à mesurer la qualité du service.	

Cependant, les perspectives et les paradigmes liées au New Public Management, celles de créer de gestionnaires bien formés et engagés dans les pratiques de leadership, ou même de porter des résultats qui profitent à la base économique et la qualité de vie de la population, sont des entraves à la culture managériale traditionnel de la gestion publique. Et donc, la question que se pose, vis-à-vis à l'hôpital publique en France, en tant que sujet central de cette recherche, est celle de l'efficacité de la mise en place d'un nouveau mécanisme de gestion, tel que la certification comptable, dans l'univers de l'Administration Publique.

1. Un chantier complexe et innovateur pour le management : la certification comptable dans les EPS

Si l'exercice de la certification comptable mis en place par l'article 17 de la Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, dit Loi loi « HPST », a exprimé en lignes générales, l'aspect légal de la certification des comptes, le côté technique, c'est-à-dire, managériale de la certification peut être construite par les acteurs qui composent la mise en pratique du texte normatif. Pour cela, le résultat de la certification comptable, celui qu'il consiste à émettre une opinion sur la conformité des comptes publics, passe aussi par les rapports des personnels qui sont engagés dans cette démarche.

Article 17 - Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009

Portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

I. — L'article L. 6145-16 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 6145-16.-Les comptes des établissements publics de santé définis par décret sont certifiés.

« Les modalités de certification, par un commissaire aux comptes ou par la Cour des comptes, sont [Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2009-584 DC du 16 juillet 2009] fixées par voie réglementaire.»

II.- Le I s'applique au plus tard aux comptes du premier exercice qui commence quatre ans à compter de la publication de la présente loi.

En effet, la normalisation de la certification comptable est, en même temps, le résultat de la promulgation d'une nouvelle obligation juridique pour les EPS, ainsi qu'un lien clé stratégique doté d'un aspect technique par le biais de l'approche de fiabilisation des comptes publics qui indiquera la qualité de la gestion de l'hôpital. De façon que, la Direction Générale des Finances Publiques (DGFIP) et la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) ont défini deux⁷⁵ lignes de route pour aider à la réalisation des impératifs légaux : la préparation du bilan d'ouverture ou l'amélioration de la qualité comptable qui permettra de justifier les comptes et, le cas échéant, de corriger certaines écritures, la définition et la mise en œuvre d'un dispositif de contrôle interne comptable (organisé, documenté et traçable) permettant une maîtrise des risques comptables et financiers.

En France, la transformation du rôle de l'hôpital public est faite par étape à partir de la mise en évidence des lois qui sont prêtes à réglementer ce nouveau système de gestion par résultat inspiré dans la gestion du privé. Malgré les efforts légaux, cette logique managériale économique qui porte le binôme contrôle-résultat n'est pas toujours acceptée à cœur ouvert par l'ensemble des acteurs traditionnels de l'hôpital – le personnel des soins, même si penser l'hôpital autrement c'est une condition *sine qua non* pour leur survie en tant qu'institution de soin de gérer par l'Etat.

Source d'inspiration théorique majeur, les paradigmes du NPM ont séduits non seulement la France, mais aussi plusieurs pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE), selon le résultat de la déclaration ministérielle sur la prochaine génération des réformes de la santé, publiée en 17 janvier de 2017, dont le texte indique parmi d'autres recommandations une refondation du système de santé de pays de l'organisation : « Malgré ces succès, nos systèmes de santé restent confrontés à des problèmes majeurs : c'est pourquoi une nouvelle vision pour l'avenir s'impose. Des inégalités persistent dans l'accès aux soins et en matière de santé au plan national et international⁷⁶. » (Déclaration OCDE, 2017).

En admettant que les successives crises économiques qui ont touché les pays du globe ont été les éléments clés pour la conduite des multiples changements organisationnels de la gestion, avec l'idée d'une constante rationalisation des coûts, toujours liée à une volonté de

⁷⁵ La lettre Finances et Performances Publiques. Edition n°4 Juin 2012 – Etablissements Publics de Santé.

⁷⁶ Déclaration Ministérielle 2017, OCDE. <https://www.oecd.org/fr/sante/declaration-ministerielle-2017.pdf>

répondre aux attentes des citoyens, ces mesures ont enfin résolu les problèmes archaïques du à une gestion bureaucratique. Faux. D'après les recherches récentes⁷⁷ (Claveranne, Pascal et Piovesan, 2009) :

Si le développement de ces outils a certes permis d'éviter de nombreux gaspillages et de réaliser des économies substantielles (grâce au benchmarking ou à l'introduction de mécanismes de compétition), il ne faudrait pas pour autant penser que le nouveau management public a tout résolu. De nombreux problèmes persistent, liés notamment au statut et aux contraintes de recrutement et de gestion des carrières, mais aussi à la difficile mesure de la performance dans les organisations publiques (en raison de la nature même de l'activité et des résultats réalisés).

D'ailleurs, la théorie de l'agence, moins discutée mais non moins importante, développée aux Etats-Unis Michael C. JENSEN et William H. MECKLING⁷⁸ (1976) ont aussi largement influencé les nouvelles pratiques de gestion publique, les réformes de hôpital publique sont aussi insérés dans ce contexte conceptuel-pratique. Selon lequel les parties prenantes (principaux) et les gestionnaires (agents) considèrent les systèmes de contrôle interne et externe à l'organisation en tant que guide pour l'action de la gestion. Car l'objectif est celui de renforcer les mécanismes de la surveillance en appliqué par le « directeur » afin d'assurer leur volonté. C'est pourquoi cette théorie est applicable dans plusieurs domaines de l'Administration Publique, y compris la gestion hospitalière.

The agency theory is a supposition that explains the relationship between principals and agents in business. Agency theory is concerned with resolving problems that can exist in agency relationships due to unaligned goals or different aversion levels to risk. The most common agency relationship in finance occurs between shareholders (principal) and company executives (agents)⁷⁹.

Néanmoins, cette logique de gestion purement économique appliquée à l'hôpital peu générer des conflits entre le rôle premier de l'hôpital, celui de soigner les malades, et la

⁷⁷La gouvernance hospitalière à la croisée des chemins (PDF Download Available). Available from: https://www.researchgate.net/publication/304247064_La_gouvernance_hospitaliere_a_la_croisee_des_chemins [accessed May 23, 2017].

⁷⁸ Michael C. Jensen and William H. Meckling. Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure. Journal of Financial Economics. Volume 3, Issue 4, October 1976, Pages 305-360

⁷⁹ <http://www.investopedia.com/terms/a/agencytheory.asp#ixzz4huARTrFE>

nouvelle gouvernance hospitalière centrée dans les logiques du NPM. Dans l'article « Réforme l'Hôpital comme une entreprise... », Jean-Paul Domin, renforce que la « logique qui tend à affirmer que la théorie de l'agence est applicable au secteur hospitalier parce que les asymétries d'information y existent à plusieurs niveaux est contestable⁸⁰ ». C'est-à-dire, il est probable que la théorie de l'agence largement diffusée et appliquée à une nouvelle gestion hospitalière n'est soit pas compatible ni aux valeurs, ni aux prémices de hôpital publique en France.

En somme, une autre façon d'analyser la nouvelle gestion au sein de l'hôpital public est à partir de la notion de « corporatization », soit, l'application des critères de la bonne gouvernance dans les hôpitaux publics, avancé en 2003 par deux économistes de la Banque Mondiale (Preker et Harding). Dont l'essence de l'application théorique était celle de recodifié les anciennes gestions basé sur la bureaucratie pour de nouveaux outils de gestion qui prévoyait l'autonomie de gestion par les règles de la bonne gouvernance.

The governance arrangements that emerged from hospital devolution themselves were inconsistent and problematic – with local governments struggling to deal with these, and many other, new roles. Some Social insurance funds did take tentative steps toward active, output-base funding, but, owing to the weak governance arrangements, found the hospital generally unresponsive⁸¹. (Innovations in Health Service delivery. The corporatization of public hospitals - pg. 31)

2. Les méthodes d'évaluation dans les hôpitaux publics en France

Dans le contexte de réformes de l'hôpital public en France la mise en place de méthodes d'évaluation de la gestion sont des outils qui servent d'une part à valider une nouvelle vague de changements administratifs en consonance avec les théories du NPM, et d'autre part à souligner les tensions et les limites de ce mode de gestion qui vise, forcément, un nouveau rapport des acteurs concernés avec le travail à l'hôpital public.

⁸⁰ Jean-Paul Domin, « Réformer l'hôpital comme une entreprise. Les errements de trente ans de politique hospitalière (1983-2013) », Revue de la régulation [En ligne], 17 | 1er semestre / Spring 2015, mis en ligne le 30 juin 2015, consulté le 22 mai 2017. URL : <http://regulation.revues.org/11293>

⁸¹ Preker, Alexander S.; Harding, April. 2003. Innovations in Health Service Delivery : The Corporatization of Public Hospitals. Health, Nutrition, and Population;. Washington, DC: World Bank. © World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/15145> License: CC BY 3.0 IGO.

Sebai Jihane (2015) explicite que l'évaluation des systèmes de gestion n'est pas nouvelle en France, mais tout de même «la nouveauté réside toutefois dans la définition même de la performance, acceptée jadis principalement sous l'angle de l'optimisation du service rendu aux usagers⁸². ». En plus de signaler un processus de mesure de la performance en vue de l'amélioration du cadre général de traitement des soins, l'évaluation par les biais des principes de l'efficacité et de l'efficience, «l'objectif premier demeure la responsabilisation des acteurs du système de soins (principe d'accountability) ».

En tant qu'un outil de gestion, la certification est une procédure d'évaluation externe d'un établissement de santé indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle. Si dans la procédure de la certification comptable le rôle d'analyser le *corpus* financier de l'hôpital est celui du Commissaire aux comptes (CAC), dont nous avons déjà évoqué, en matière de certification qualité des professionnels de santé mandatés par la HAS réalisent les visites de certification sur la base d'un manuel. Ces deux référentiels à la fois différents et complémentaires permettent d'évaluer le fonctionnement global de l'établissement de santé.

Il est vrai qu'en ce que concerne les acteurs liés au processus de l'évaluation, la certification et ses méthodes évaluatives par indicateurs est relativement récente et peu admise par les médecins, les questions tendant à la sécurité médicale, relevant de la prise en charge - cœur de l'activité des médecins- est prise au sérieux par les soignants. En effet, quand les médecins se sont organisés en formations qui s'attachent toutes à discuter des axes d'amélioration de leur protocole de soin, et/ou de prise en charge. Au sein de leur pôle, ils se dotent de leur propres structures et outils, afin de remédier aux difficultés qu'ils rencontrent quotidiennement.

En outre, les évaluations menées en interne par l'Administration de l'hôpital et les celles menées par l'HAS peuvent faire double-emploi avec l'objet de ces formations. Alors même, qu'elles sont conçues comme levier d'action - en vue de l'amélioration des processus, elles n'ont, selon les avis des chefs de pôle, que peu d'importance dans l'amélioration des processus de prise en charge.

Il existe encore des contradictions portant notamment sur la pertinence des indicateurs utilisés par l'HAS pour évaluer les services de soin. Les médecins privilégiant une approche plus "médicale" des méthodes d'évaluation, tandis que la gestion administrative centrale favorise une démarche centrée sur des conceptions de ressources et résultats de l'hôpital public.

⁸² Sebai Jihane, « L'évaluation de la performance dans le système de soins. Que disent les théories ? », Santé Publique, 2015/3 (Vol. 27), p. 395-403. URL : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-3-page-395.htm>

En général, l'idée de mesurer la performance par des indicateurs de gestion s'est incorporé à la méthode d'évaluation. « Néanmoins, aucun modèle intégrant les différentes dimensions de la performance hospitalière, n'est aujourd'hui généralisé à l'ensemble du secteur hospitalier français. Ainsi, à côté d'éléments purement financiers comme la maîtrise des dépenses, d'autres éléments sont tournés vers l'efficacité clinique qui inclut la qualité technique des soins et les résultats, en termes d'amélioration de l'état de santé des individus et de la population⁸³. »

Par conséquent, le mouvement tendant à l'évaluation qualité et comptable des hôpitaux semblent cependant être inexorable. En effet, il se veut cohérent avec les nouveaux objectifs tendant à la modernisation des administrations publiques par notamment une plus grande lisibilité et accessibilité des actions entreprises et des informations qu'elles produisent. Pour ce qui relève de la certification qualité, l'objectif est de permettre à l'utilisateur de disposer d'un nombre important d'informations, afin qu'ils puissent se déterminer et s'orienter plus facilement vers les services qui auraient obtenu des résultats satisfaisants à la certification qualité. Quant à la certification comptable, l'objectif est bien celui de pouvoir assurer devant ses investisseurs un bilan comptable satisfaisant, afin d'obtenir des emprunts pour le financement de ses investissements futurs.

3. Les tableaux de bord à l'hôpital : un outil de contrôle de gestion

Les méthodes de gestion inspiré par le NPM ont possibilité un changement de paradigmes de l'administration publique française, c'est-à-dire, des nouveaux concepts et des techniques de gestion ont favorisé la fin du modèle bureaucratique-patrimoniale. Ainsi, dans ce nouveaux contexte administratif, le contrôle de gestion a comme objectif central la surveillance des dépenses publiques. Pour cela, à l'heure actuelle, en plus des principes traditionnels de l'Administration Publique de légalité, d'impersonnalité, de moralité et de la publicité, la nouvelle gestion publique doit être dirigé aussi par le principe de l'efficacité, régit par de procédures et moyens en vu d'un résultat précis.

En ce qui concerne l'administration des hôpitaux publics, le contrôle de gestion est un facteur clé de l'efficacité d'une organisation hospitalière. Par conséquent, il est nécessaire que

⁸³ Le Pogam Marie Annick, Luangsay-Catelin Carine, Notebaert Jean-François, « La performance hospitalière : à la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent », *Management & Avenir*, 2009/5 (n° 25), p. 116-134. DOI : 10.3917/mav.025.0116. URL : <http://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2009-5-page-116.htm>

le corps techniques en consonance avec les équipes de soins promeuvent quotidiennement de l'évaluation de la performance organisationnelle afin de mesurer l'efficacité de la gestion.

Néanmoins, la mise en place d'un système d'un tableau de bord de performance efficace dans les hôpitaux demande le contrôle des coûts et l'analyse des indicateurs de ces performances. Car, il n'est pas possible de créer une procédure d'évaluation sans avoir accès à une fidèle base d'information des coûts. En ce sens, pays tels que les Etats-Unis et le Canada ont appliqué le système Activity-Based Costing – ABC, afin d'établir les coûts en fonction des activités. Pourtant, en France ce choix ne fait pas partie de la prise de décision politique, même si « des acteurs clés, des directeurs d'établissements, des directeurs administratifs et financiers, des contrôleurs de gestion initient ces démarches différentes par rapport aux approches officielles⁸⁴ ». (Nobre, 2015).

En France, l'émergence d'un contrôle de gestion efficace et effectif dans l'ensemble de l'administration hospitalière est validée par la mise en œuvre de mécanismes de contrôle interne qui servent à coordonné le processus de fiabilisation des comptes publics, à partir des diagnostics relatifs non seulement aux finances, mais aussi à propos des informations multiples de la gestion, tels que le patrimoine et les ressources humaines, entre autres. Pour cela, les démarches du contrôle interne dans l'hôpital public doivent être en consonance avec d'autres outils de gestion, comme l'audit interne, avec l'objectif de démontrer, par une pilotage multidisciplinaire, la qualité comptable nécessaire à une gestion transparente, fiable et sincère, selon les principes et les prévisions légaux : l'article 47-2 de la Constitution française de 1958, ainsi que la Loi Organique relative aux Lois de Finances (LOLF) de 2001, la Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) de 2009, et d'autres dispositifs juridiques.

D'ailleurs, si les avantages de la mise ne place d'un système de contrôle interne intégré à une gestion de contrôle sont multiples, ces contrôles ne doivent pas être vu que par le prisme du coût des activités administratives, mais, bien au contraire en tant qu'un moyen important pour assurer une juste utilisation des ressources publics. C'est pourquoi, par exemple, il est essentiel d'assurer l'application du principe de séparation de l'ordonnateur et de l'agent comptable au sein de l'hôpital public. Ainsi, pour garantir le succès du contrôle interne dans le processus de contrôle de gestion de l'hôpital public en France est également nécessaire surmonter les difficultés identifiées et promouvoir les ajustements nécessaires dans la

84 Nobre, Thierry. L'introduction du contrôle de gestion à l'hôpital public : massive par catalyse réglementaire ou spontanée par capillarité ? <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00594041/document>

structure, de façon à favoriser l'engagement du personnel à l'exercice effectif des fonctions de contrôle dans leurs domaines de compétence.

En somme, dans l'hôpital public la structure organisationnelle montre la façon dont l'organisation divise les fonctions et les tâches, des services de soins y compris le personnel de la gestion, ainsi il est possible de démontrer comment ces tâches sont regroupées et coordonnées dans la structure hospitalières, dot les responsabilités et les pouvoirs des personnes et comment la communication et le transfert d'informations se passe à l'intérieur de l'organisation. Par conséquent, la réalisation d'une performance efficace dans les organisations hospitalières exige un contrôle des coûts qui passe, forcément, par le contrôle interne de la gestion.

TITRE 2 : L'HYBRIDATION DE L'ORGANISATION HOSPITALIÈRE ENTRE UNE LOGIQUE MÉDICALE ET UNE LOGIQUE GESTIONNAIRE

A. L'évolution de l'environnement de la gestion à l'hôpital : le rôle des acteurs

Les réformes juridico-administratifs prévues à l'ensemble de l'hôpital public en France ont aussi touché la structure des ressources humaines de ces institutions. De façon que le personnel de soins, ainsi que le corps technique de la gestion hospitalière sont directement concernés par ces réformes structurelles au sein de l'hôpital. Dont, combiner la mise en place des soins non seulement établis selon les règles juridiques et de management, mais aussi insérés dans l'attente des usagers est, au jour d'aujourd'hui, le casse-tête de la gestion hospitalière.

D'ailleurs, Henry Mintzberg dans son ouvrage « Managing the care of health and the cure of disease » (Rev. 2000) fait comprendre que l'organisation des services de santé a une organisation bureaucratie avec des caractéristiques spécifiques, dont il décrit « la structure de l'hôpital comme une bureaucratie professionnelle⁸⁵ ». Ainsi, l'hôpital semble une organisation très particulier vertical et horizontalement, c'est-à-dire, dont le pouvoir central et l'autonomie sont la clé du volet organisationnel hospitalier. De sorte qu'avec un mécanisme central, la coordination des activités peut être assurée par la qualification ou par la professionnalisation, plutôt que par un processus de travail.

Néanmoins, depuis quelques décennies, le tournant du management hospitalier provoque la mise en cause des rôles dites traditionnels au sein de l'hôpital des personnels soignants, autant que du corpus technique de la gestion hospitalière. Dans la mesure où l'hôpital doit répondre à ses caractéristiques primaires, une remise en cause des relations professionnelles a lieu entre les acteurs concernés, dont son objectif majeur est celui de créer une dynamique gestionnaire qui s'appuie sur la coopération de tous les acteurs, soit médicaux, soit de la gestion afin de moderniser le quotidien de soins hospitalier tout en répondant aux attentes d'un cote, des usagers qui craignent les difficultés d'accès aux soins, et de l'autre cote, des exigences normatives-légales, en vu de la réussite d'une gestion dite de l'hôpital-entreprise.

85 MINTZBERG, Henry; et al. Safári de estratégias: um roteiro pela selva do planejamento estratégico. Porto Alegre: Bookman, 2000

Enfin, l'un des enjeux clés de l'évolution environnementale de la gestion hospitalière est la mise en place d'une feuille de route pour un projet hospitalier inscrit dans le temps long. Soit un projet destiné à changer la mentalité des acteurs de soin et du personnel technique de l'hôpital, visant à la réduction des conflits d'intérêts pour permettre des améliorations de la gestion interne de l'hôpital public vers un changement culturel en consonance avec les termes de la réforme prévue par le processus normatif en cours.

1. Les professionnels de santé et le corps technique, un conflit des rôles à l'hôpital public

Si d'une part la structure hospitalière est multidisciplinaire, d'autre part les deux principaux rôles institutionnels de l'hôpital sont constamment en conflit. Ainsi, soigner et gérer deviennent le système clé de toutes les articulations des ressources humaines au sein de l'hôpital. Dont la coopération entre ces acteurs est incontournable vis-à-vis le besoin d'utiliser un nombre limité d'allocations et ressources financiers pour bien répondre au double impératif hospitalier : le soin et la gestion.

En effet, l'évolution normative en ce sujet, notamment par la promulgation de la loi HPST, a envisagé trois aspects liés à l'évolution du rôle des ressources humaines (RH) hospitalier : une certaine liberté de la gestion de RH dans l'hôpital ; l'apparition de nouvelles fonctions non médicales au sein de l'hôpital ; e, enfin, la transparence de missions suivi par une plus forte responsabilisations des acteurs concernés⁸⁶. Sans doute, ces trois tendances sont à la fois l'ensemble des actions de changement administratif à l'hôpital et, en même temps, les sources d'inquiétude des personnels soit médical, soit non-médical.

Si d'un cote les équipes médicales sont plus surveillées qu'outrément par un comité interdisciplinaire qui sert à équilibrer le processus décisionnel à l'hôpital, d'autre cote le chef de pôle doit être engagé dans un nouveau rôle gestionnaire pour une gestion plus autonome aux plans organisationnels et aussi financier, vis-à-vis l'administration centrale. Le changement du rôle

En plus, au delà de l'univers législatif il est possible de trouver des divergences quotidiennes encore par rapport aux types de traitements de soins des patients parmi les différents acteurs de soin – infirmiers, médecins, etc. - et même des équipes de la gestion –

⁸⁶ La loi HPST à l'hôpital. Les clés pour comprendre. Publié par le Ministère de la Santé et des Sports. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum_loi_HPST.pdf

financière et qualité. « La frontière n'est ni entre des corps professionnels, ni entre des organisations, mais entre des rôles qui orientent plutôt vers l'un ou l'autre positionnement⁸⁷. » (Dumond, 2003). Ainsi, les outils de gestion, par exemple, d'évaluation de qualité ou de mesure de l'efficacité peuvent servir à guider la gestion de conflits afin de réussir à minimiser le sentiment de perte de pouvoir, surtout des acteurs liés aux soins à l'hôpital.

Néanmoins, même si la loi HPST vise renforcer les mécanismes de consultation entre les commissions et les conseils formé par des acteurs concernés, donc l'idée centrale est celle de la concentration du pouvoir au directeur, c'est-à-dire, « le vrai patron de l'hôpital », selon explique à l'époque l'ancien présidente de la République Française, Monsieur Sarkozy. Le pouvoir médical est celui régit par la Commission Médicale d'Etablissement (CME), qu'en dépit d'une perte de pouvoir pragmatique, s'installe comme une instance consultative incontournable au directeur de l'hôpital pour la mise en place du projet médical de l'établissement. Alors, ce nouveau « *modus operandi* » administratif consolide le flux d'informations des tâches multiples au sein de l'hôpital pour assurer la faisabilité de la gestion par résultat en tant qu'une obligation administrative-légale.

En somme, le pouvoir analogue porté par ces deux catégories d'acteurs doit servir à équilibrer le jeu de forces dans la prise de décision. Donc, même si la décision ne sera pas parfaite le rôle de chaque acteur est essentiel pour intégrer le processus du projet hospitalier. Ainsi, il faut, à tout prix, éviter ce que François-Jérôme appelle - dans sa thèse « La décision à l'hôpital public : quelles relations entre directeur et médecin ? » - des « effets pervers du dialogue » : L'articulation des instances et leur fonctionnement complexe ne conduit pas mécaniquement à des décisions adéquates. Il peut arriver qu'un large consensus en faveur d'une décision n'empêche pas une absence d'action, ou que des intérêts particuliers prévalent sur l'intérêt général dans la décision prise. Il arrive aussi qu'un consensus se forme en faveur d'une décision, prise par le chef d'établissement, et qui se révélera une erreur⁸⁸.

⁸⁷ Dumond Jean-Paul, « Les conflits de pouvoir à l'hôpital », Les Tribunes de la santé, 2003/1 (no 1), p. 71-81.
DOI : 10.3917/seve.001.81. URL : <http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2003-1-page-71.htm>

⁸⁸ François-Jérôme Aubert. La décision à l'hôpital public : quelles relations entre directeur et médecin ?. Science politique. Université de Bordeaux, 2014. Français. <NNT :2014BORD0402>.

2. L'étude qualitative au sein de l'hôpital public en France : une critique constructive

Le changement de paradigme culturel au sein des établissements publics de santé (peu concernés par ces logiques qui avaient initialement cours qu'au sein d'entités privées) souhaité par ces réformes, nous a invité à nous interroger sur les difficultés qu'elles entraînent pour poursuivre ses objectifs définis par les textes. Notamment sur la gestion des personnels de l'hôpital, mais plus encore sur les structures qui composent l'hôpital.

Pour cela, le groupe qui rédige ce mémoire a mené une enquête d'étude qualitative par rapport « L'impact de la certification sur le management de l'Hôpital Public en France ». Le résultat final a été obtenu en utilisant l'analyse des contenus normatifs – les normes liées à l'obligation de certification des hôpitaux publics en France - et, également, la vérification de l'ensemble du matériel d'entretiens effectués avec multiples acteurs concernés aux transformations managériales hospitalières.

De façon que, nous avons constaté que la seule évocation de la certification qualité cristallise un ensemble de critiques très étendues formulées par certains médecins à l'égard de l'Administration de l'hôpital. Mais plus encore, à la nouvelle logique de gouvernance qui semble vouloir être instaurée pour la conduite à venir de l'hôpital public en France.

• L'échantillon des interviewés

L'expérience de la mise en place d'une pré-enquête et d'une analyse du terrain nous a amené à choisir un grand hôpital dans le sein dans grand groupe hospitalier, ainsi que deux médecins liés à d'autres centres hospitaliers de l'Île de France. A savoir, nous parlons des hôpitaux universitaires Est Parisien : hôpital Saint-Antoine ; hôpital Rothschild ; hôpital Armand-Trousseau La Roche-Guyon ; et, hôpital Tenon. Etant l'hôpital saint Antoine celui choisi parmi les options présentes, puisque cette institution comporte un corps médical multidisciplinaire, ainsi qu'une équipe de gestion qui participe de la mise en place de la certification des hôpitaux publics en communication directe avec l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (AP HP).

Par ailleurs, nous avons contacté d'autres acteurs en lien indirect avec la certification, tels que les représentants des syndicats de métiers de la santé et d'autres groupes professionnels (infirmiers et aides soignantes) avec l'objectif d'élargir l'enquête et pouvoir

aborder un champ plus large du sujet en étude. Cependant, nous avons reçu des réponses négatives par des acteurs rencontrés. Les raisons argumentées justifient la certification perçue en tant qu'un sujet sensible dans l'hôpital, dont les obligations existent en forme pyramidale, c'est-à-dire, les ordres arrivent depuis la direction du centre hospitalier. Et pour cela, les acteurs ne voulaient pas exposer leurs avis à ce sujet par peur d'un remonté de l'information vers les chefs de pôle et la direction de l'hôpital.

En définitive, l'échantillon est constitué de quatre médecins, chefs de service et/ou chefs de pôle de l'AP HP; deux gestionnaire de contrôle et qualité de l'AP HP et une membre du Conseil de normalisation des comptes publics (CnoCP). Des sept entretiens menés, un total de cinq interviews ont été enregistrés, tandis que deux ont été faite avec la prise de notes.

- **Résultat de l'étude qualitative : tableaux des synthèses**

Thématiques	Résumé des entretiens
La notion de qualité	La notion de qualité est ambiguë. L'idée de qualité des soins renvoie en effet davantage à celle de sécurité des soins pour le patient comme en témoigne Madame Goldsztejn : "on devrait parler davantage de sécurité que de qualité. Ça parle plus aux gens". La notion est également ambiguë car la recherche de qualité détourne selon M. Yves Menu les personnels soignants de leur vraie mission de soin, qu'ils remplissent fondamentalement avec moins de soin d'où sa critique : "Ce que plusieurs médecins pourront vous dire, c'est qu'ils ne voient plus comment garder du temps pour s'occuper de leurs patients. On en est là pour certains. Moi comme chef de pôle, je peux m'occuper de mes patients deux journées par semaine. Pas plus. Mais je crois que les gens ne s'en rendent pas compte de ça."
La certification qualité	La certification qualité s'inscrit aujourd'hui beaucoup dans une logique, non pas d'aide à l'amélioration des soins stricto-sensu, mais de contrôle de l'accueil et du parcours du soignant. [En effet, c'est à l'Agence Nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) que revient spécifiquement la mission tendant

	à l'amélioration des processus de santé.] Madame Goldsztejn fait remarquer utilement à ce propos que le rôle du chef de service est fondamental pour permettre la mobilisation des personnels : "Si au contraire vous avez le chef de service qui dit « c'est important ce qui va vous être expliqué dans telle réunion » ou « c'est important de mettre en place telle procédure » généralement ça suis. Alors que si vous avez le médecin qui dit « oh, c'est encore une connerie de l'administration », c'est un peu plus dur pour quand on passe derrière. La grande difficulté, c'est qu'on a pas de relais du management médical".
Résistances diverses	Surtout de la part des chefs de services qui ont l'impression d'imposer soit une pression trop grande, soit que ça les détourne d'une vraie prise en charge des soins du patient.
La certification comptable	La certification comptable est inconnue des services médicaux et concernent uniquement les services administratifs (aussi appelés "services supports"). Si sa nécessité est acceptée, notamment au regard des règles d'équilibre budgétaire, la lourdeur du processus rend difficile la mobilisation des personnels administratifs et conduit même Madame Barat-Clerc, responsable du processus, pour l'hôpital a déclaré : "Affaire culturelle oui, affaire aussi de donner du sens. On a du mal je trouve aujourd'hui, même moi". Les enjeux peuvent en effet apparaître comme bien faible à côté de la certification qualité : "Le risque ne se situe pas du tout sur le même niveau de... Dans un cas, on est sur de la gestion, dans l'autre sur de la prise en charge de patients" avec potentiellement un risque vital. Madame Barat-Clerc reconnaît que la certification comptable a une influence réelle sur l'organisation des services puisque ça pousse au "Regroupement des services supports ou à l'inverse c'est tellement gros (par exemple le service facturier des fournisseurs) qu'on a fait le mouvement inverse et qu'on a déconcentré. Ça pourrait être un autre axe de conclusion managériale et de conclusion institutionnelle on va dire".

B. Vers un tournant néolibéral de l'hôpital public?

L'expression "tournant néo - libérale" employée par Frédéric Pierru⁸⁹, bien que quelque peu provocatrice, elle a le mérite d'apporter à la réflexion autour de la transformation de sa conception traditionnelle. La définition de conception classique du libéralisme *'laissez faire'* ne convient pas à la logique de gouvernance hospitalière. En effet, comme il a été démontré plus haut, ce secteur reste fortement administré et encadré. En revanche, les méthodes gouvernementales utilisées (la responsabilisation des acteurs), , logique financière (mode de tarification), la forte présence des considérations économiques pour permettre un cadre juridique assouplis du secteur (l'intégration des règles issues des lois du marché, la possibilité d'intégrer un GIE avec des partenaires privées), jusqu'à la sémantique (offre de soins, régulation) couplés aux droits et libertés contenue dans le bloc de constitutionnalité (alinéa 11 du Préambule de 1946) et accordés tant aux usagers du service public hospitalier qu'aux professionnels du secteur, laissent à penser que loin de se cantonner aux relations marchandes, l'approche néolibérale des hôpitaux publics s'entend plutôt comme une "gouvernementalité néolibérale" selon l'expression employée par Michel FOUCAULT.

La notion d'hôpital entreprise a fait l'objet de nombreuses étude depuis les années 1970 (date de son apparition). De nombreux auteurs, comme le constate Emile Levy ont considéré qu'il fallait transposer le modèle néoclassique de la gouvernance à l'hôpital. cependant, la conception traditionnelle de l'hôpital entreprise suppose que "la production hospitalière reste spécifique en raison de la demande, de la structure de l'offre et du mode de financement de la santé"⁹⁰. Plus encore, il a été étudié l'adaptation de la théorie de l'agence au système de santé. Cette théorie repose sur deux notions : l'incertitude et le risque ; elle suppose l'existence d'une relation d'agence entre une personne, le principal ou mandant qui requiert les services d'un mandataire pour l'exécution d'une tâche en son nom ce qui entraîne, de facto, une délégation du pouvoir de décision. La théorie postule également l'asymétrie d'information qui doit la construction d'un système de surveillance de l'agent du principal et d'incitation à adopter un comportement. Par ailleurs, il doit permettre de tendre vers une concurrence parfaite Sa transposition dans le secteur de la santé, serait selon Michel MOUGEOT le moyen de rendre comptes des dysfonctionnements du systèmes "comme un

89 *Le mandarin, le gestionnaire et le consultant, Le tournant néolibéral de la politique hospitalière* Actes de la recherche en sciences sociales 2012/4 (n° 194) Pages : 96? éd. Le Seuil

90 Jean-Paul DOMIN dispositifs de gestion dans les réformes hospitalières 1980-2009

ensemble d'agents décentralisés poursuivant des objectifs divergents en situation imparfaite"⁹¹.

Sans porter de jugement critique on peut observer que l'approche néolibérale semble être convergente à l'ensemble des administrations publiques. Le tournant a été pris, pour la France dans les années 1970, avec la création de nouvelles institutions qui sont chargées principalement de la défense des droits et libertés individuelles : les autorités administratives indépendantes. Elles sont le rapatriement en droit français des *agencies* américaines chargées de la régulation de secteurs économiques. En France, c'est la loi de 1978 relative à la création de la C.N.I.L qui crée la première autorité administrative les autorités administratives indépendantes (AAI). Puis depuis les années 2000 les AAI doivent accompagner les transformations de secteur stratégique, tels que les télécommunications, transports, jeux en ligne, pour lesquels l'Etat a abandonné son monopole. Plus spécifique au secteur hospitalier, la création de la Haute Autorité de Santé (HAS) par la loi du 13 août 2004⁹² constitue une première AAI œuvrant pour l'évaluation et l'accréditation des activités hospitalières et des professionnels de santé. En jugeant la qualité de la prise en charge au sein des services (améliorant ainsi l'information à destination des usagers), l'HAS contribue elle aussi à la régulation de l'offre de soins.

Toutefois, Le Conseil d'Etat peut tendre à limiter la dimension « privatiste » de la gouvernance publique par la requalification de certaines méthodes de gouvernance en acte réglementaire pouvant, dès lors, faire l'objet d'un recours devant le juge administratif. Un arrêt du CE 2011 *Association pour une formation médicale indépendante*, a reconnu le caractère d'acte réglementaire aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Les différentes réformes hospitalières qui se justifient par la recherche d'efficacité publique et de maîtrise des dépenses, témoignent d'une volonté des pouvoirs publics de responsabiliser les acteurs, professionnels du secteur, et ainsi permettre à l'Etat de se désengager. Pour ce faire, le Législateur, depuis l'installation des ARH devenus ARS depuis la loi HPST, a voulu simplifier les entités de contrôle et concentrer leurs pouvoirs dans les mains d'un petit nombre. Ainsi, le directeur général de l'ARS et le directeur d'hôpital deviennent les principaux bénéficiaires de ces réformes.

Cette approche gestionnaire des hôpitaux est convergente aux pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE). Cet organisme évalue les

91 Michel MOUGEOT le système de santé : centralisation ou décentralisation? 1986 Paris, economica.

92 codifié dans le code de la sécurité sociale article L 161 - 37 et suivant.

système de santé des états membres de l'organisation et les met en rapport, les confronte entre eux⁹³. La presse se basant sur les données statistiques recueillies et les interprétations données par l'OCDE en établit un palmarès, afin de désigner le meilleur système de santé. Ainsi pour l'année 2015, la presse française a relaté que le système de français était le plus performant au regard des éléments apportés par l'OCDE⁹⁴.

Il ne contente pas seulement d'évaluer et de comparer les systèmes de santé, il peut également apporter des propositions visant à l'amélioration de la qualité de ces systèmes. A cette fin, l'OCDE constitue un lieu de rencontre des autorités nationales en charge des questions de santé⁹⁵.

En outre, l'OCDE critique et évalue l'ensemble des administrations publiques et leur mode de fonctionnement. L'inspiration anglo-saxonne de ces propositions semble évidente. En effet, on retrouve à l'initiative de ces changements de gouvernance les pays telles que le Royaume - Uni, les Etats - Unis, la Nouvelle - Zélande et l'Australie, qui malgré des contextes économiques et sociologiques différents partagent tous une vision libérale voire néolibérale de leurs administrations. Ils ont très tôt intégré la logique de coût et la logique rentable pour permettre la transformation de leurs système publics en intervenant “directement sur certaines variables : gestion du personnel, remise en question des statuts, transformation des structures ministérielles verticales en agences plus autonomes et spécialisées, mise en place de mécanismes «de type marché», privatisation et externalisation d'activités”.

Mais la France ne peut notamment en raison de son cadre juridique (en matière de fonction publique, de propriétés publiques...) et pour des considérations sociale procéder en une seule fois à la modification d'une institution autour de laquelle l'ensemble de son système de santé s'est conçu. Les pouvoirs publics français intègrent peu à peu les évolutions présentes déjà à l'étranger, tout en les adaptant au contexte français, en procédant par des lois successives souvent dénommées “lois de modernisation” ;

Cette démarche du législateur français peut se comprendre puisque le droit français accorde une place particulière à la conception des services publics. En effet, ils revêtent un

93 Systèmes de santé efficacité et politiques: efficacité et politiques, par l'OCDE, 2011.

94 “NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ RESTE L'UN DES MEILLEURS DU MONDE” Capital du 15 juin 2016 <http://www.capital.fr/economie-politique/notre-systeme-de-sante-reste-l-un-des-meilleurs-du-monde-1138029>

95 Sur ce point, l'OCDE organise des rencontres thématiques Une réunion des ministres de la santé et un forum de haut niveau sur le thème de l'utilisateur au premier plan se tiendront au siège de l'OCDE à Paris les 16 et 17 janvier 2017.

caractère puisqu'ils assurent la pérennité de l'action publique et la continuité sociale. Naturellement, l'hôpital public est revêtu d'une mission de service public⁹⁶. La loi du 26 janvier 2016 a rétabli la notion de service public hospitalier, abandonné par la loi HPST de 2009.

En matière de droit communautaire, le système de santé reste de la compétence des Etats membres de l'union européenne. L'union ne dispose que d'une compétence d'appui. Cependant, suivant sa logique de marché intérieur, elle vise au rapprochement des systèmes de santé de la définition du marché. La directive 2011 sur les patients transfrontaliers (commentée à la fin du rapport de l'IGAS p.80) apporte un éclairage sur ce point, puisqu'elle incite l'équivalence des prestations de santé offertes dans les systèmes de santé des pays membres en vue de ne pas contrevenir à la liberté de circulation des patients dans l'union européenne.

La notion de service public est inhérente à l'organisation administrative, sociale, et économique française. Elle est synonyme de vecteur d'intégration sociale. Les lois de dite de "Rolland" protègent l'accès aux services publics en édifiant les garde-fous que sont le principe de mutabilité, d'égalité, de continuité du service et de neutralité de ses agents. Plus spécifique au secteur de la santé, afin d'en assurer son accessibilité, les ES chargés ou institués de mission de service public sont également tenus de respecter l'obligation de respecter les tarifs de la sécurité sociale. Cette obligation est une composante du principe de non discrimination, corollaire du principe d'égalité en droit français, et qui connaît son équivalence en droit de l'union européenne

Dans son article « Faut-il réinscrire la notion de service public hospitalier? », Jean-Noël CABANIS⁹⁷ cherche à démontrer l'obsolescence de la notion de service public hospitalier (ré-introduite dans la loi Touraine du 26 janvier 2016, loi de modernisation de notre système de santé et propose une redéfinition de celui-ci "le service public de santé" qui tiendrait compte davantage de la complexité du système de santé. Ainsi, il convient de s'émanciper de l'approche purement organique du système de santé et d'adopter une approche fonctionnelle de celui-ci. Cette approche permettrait de prendre en considération la multiplicité des "offreurs de soin", détaché de l'hôpital (privé et public). Par la même, permettrait de dépasser le conflit entre ES et ESPIC.

⁹⁶ une remarque sur l'importance des services publics en France : Léon DUGUIT juriste français de la première moitié du XXe siècle fonde le courant de pensée "l'école du service public" autour duquel il organise le droit administratif français.

⁹⁷ publié dans la RDSS de 2013 p.58.

En effet, l'article le rappelle, et les chiffres apportés par l'IRDES le confirme : l'hôpital concentre plus de 50% des financements de la sécurité sociale. Situation paradoxale, en ce sens, qu'il est offert la liberté aux usagers d'établir leur parcours de soin sans pour autant avoir besoin de faire le choix de l'hôpital. Quant aux professionnels, la loi leur permet de diversifier leurs activités de choix en leur garantissant la liberté d'installation et autres libertés.

Bien que le juge administratif n'ait pas procédé autrement avec le changement de mention de service public à mission de service public, la redéfinition du service public de santé permet de faire demeurer et de consolider les droits attachés au service public en général. Autant à l'égard des usagers du service public qu'à l'égard des professionnels de santé.

La prise en considération inquiétudes exprimées par les usagers et de leur défiance à l'égard de l'hôpital ont conduit les autorités publiques à renforcer la confiance dans l'hôpital⁹⁸. En outre l'augmentation de la reconnaissance de droits individuels à la santé associé avec la récente introduction de l'action de groupe en santé⁹⁹ participe au renforcement du sentiment d'une transformation de l'hôpital dans sa gestion contentieuse, en entreprise.

Le développement de la reconnaissance des droits individuels accordés aux usagers non plus considérés (non plus seulement des Droits sociaux accordés au patient)additionné à leur participation dans la gouvernance à titre d'organes de consultation (au niveau des établissements comme au niveau des Ght) est symptomatique de l'évolution libérale de l'hôpital. Pour autant, ces évolutions ne permettent pas clairement d'établir une amélioration du niveau de santé des populations (qui se rendent à l'hôpital).

98 Pacte de confiance pour l'hôpital, du 7 septembre 2013.

99 Loi N° 2016-1547 du 18 novembre 2016 dite loi "Justice du XXIème siècle".

CONCLUSION

La confrontation de la notion service public et performance publique tendant toute deux à gommer progressivement les disparités organiques entre établissements publics et établissements privés et de gouvernance entre gouvernance publique et gestion privée, permet d'apprécier l'action de l'Administration hospitalière pour remplir son double objectif : d'une part, l'accès effectif au service public de la santé tel que protégé par l'alinéa 11 du préambule 1946 , et d'autre l'efficience publique telle qu'envisagée depuis la LOLF de 2001

Pour autant l'approche d'une performance publique partant de la gouvernance qu'elle soit institutionnelle ou/et financière ne tend pas nécessairement à améliorer l'accès au soin et de facto l'égalité d'accès au soin. Il ne faut pas seulement considérer les conditions endogènes pour la réalisation de ce double – objectif. En effet les conditions exogènes elles que l'attractivité de l'établissement au regard de sa situation géographique, la réputation de ses personnels, la dimension historique, l'état des locaux sont à observer pour permettre l'effectivité de l'objectif de performance publique.

Le récent rapport annuel de la Cour des Comptes du 8 février 2017¹⁰⁰ faisant état de la gestion coûteuse des hôpitaux de Bastia et d'Ajaccio, illustre les difficultés rencontrées par les EPS . Ainsi, le nombre de personnel non médical employés, le peu d'heure de travail effectif, le poids syndical source de nuisance à une bonne gestion de l'hôpital, et surtout ce sont des cas d'EPS qui doivent leur survie budgétaire que grâce à des contrats de subventions dit «contrat de retour à l'équilibre» passé avec l'Etat. sont autant d'éléments qui grèvent la situation financière des EPS.

Toutefois, les hôpitaux se défendent de la critique de mauvaise gestion et argue que la discontinuité territoriale et quelques autres éléments expliquent en réalité les difficultés de gestion que ces hôpitaux rencontrent. Ainsi les hôpitaux ne font pas seulement face à des difficultés inhérentes à leur établissement mais également aux difficultés extérieures à eux. Pareil à la notion de santé, l'hôpital est une entité à caractère holistique qui s'inscrit dans un cadre territoriale dont les événements d'origine sociale ont impact sur la gestion de l'hôpital.

100 Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/Actualites/A-la-une/Le-rapport-public-annuel-2017>

BIBLIOGRAPHIE

I. OUVRAGES

AUGIER (E.), *Comptabilité hospitalière. Initiation et préparation aux épreuves de concours*, Les Etudes Hospitalières, 2012.

COLASSE (B.), *Dictionnaire de comptabilité*, La Découverte, 2015.

COLASSE (B.) et LESAGE (C.), *Introduction à la comptabilité*, Economica, 11ème édition, 2010.

COLLET (M.), *Finances Publiques*, LGDJ, Collection Précis Domat, 2016.

DALMASSO (R.) et ROMATET (J.), *L'hôpital réformateur de l'hôpital*, Eres, 2000.

DEGOS (J.G.), *Histoire de la comptabilité*, Puf, Collection Que Sais-Je, 1998.

EYRAUD (C.), *Le capitalisme au cœur de l'État. Comptabilité privée et action publique*, Éditions du Croquant, coll. « Dynamiques socio-économiques », 2013.

HARDING (A.) et PREKER (A.), *Innovations in Health Service Delivery, the corporizations of Public Hospital*, éditeur The World Bank, 2003.

HOLCMAN (R.), *Management hospitalier. Manuel de gouvernance et de droit hospitalier*, Dunod/Gazette Santé Social, 3ème édition, 2017.

NIKITIN (M.) et REGENT (M.O.), *Introduction à la comptabilité*, Armand Colin, 2007.

PELJAK (D.), *Traité de finances publiques hospitalières*, Bordeaux, LEH Édition, 2011.

PIKETTY (T.), *Capital au XXIe siècle*, Seuil, 2013.

SAUNIER (P.), *Politique de la Comptabilité Publique*, L'harmattan, 2014.

STUDER (N.), *Economie et statistique « Quelles évolutions récentes de la productivité hospitalière dans le secteur public ? »*, Volume 455, Numéro 1, pp. 175-202, 2012.

HOLCMAN (R.), *Management Public*, Dunod, 2014.

SINNASSAMY (C.), *Management Public*, Berger Levrault, Paris, 2014.

Droit Hospitalier, Marie Laure, Moquet Anger, 3ème édition, éditeur LGDJ, 2014

II. THESES ET MEMOIRES

AUBERT, François-Jérôme. La décision à l'hôpital public : quelles relations entre directeur et médecin ?. Science politique. Université de Bordeaux, 2014. Français. <NNT : 2014BORD0402>.

BACHELET (A.), La Certification des comptes, un processus comptable et managérial. L'introspection d'un hôpital de la première vague. Documentation EHESP, Mémoire, 2014. <http://documentation.ehesp.fr/memoires/2014/edh/bachelet.pdf>

III. RAPPORTS ET ETUDES

COUR DES COMPTES, Sécurité Sociale, Chapitre VII Tarification à l'activité et convergence tarifaire, 2011. https://www.ccomptes.fr/content/download/1689/16835/version/2/file/Rapport_securite_sociale_2011_tarification_a_l_activite_convergence_tarifaire_7.pdf

COUR DES COMPTES, La qualité des comptes des administrations publiques - Exercice 2013. Comptes assujettis à la certification par un commissaire aux comptes, La Documentation française - Octobre 2014. https://www.ccomptes.fr/content/download/74691/1926885/version/2/file/20141009_rapport_qualite_comptes_administrations_publiques.pdf

COUR DES COMPTES, Rapport public thématique : La Comptabilité générale de l'Etat, dix ans après. Une nouvelle étape à engager, La documentation française, février 2016. <https://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/La-comptabilite-generale-de-l-Etat-dixans-apres-une-nouvelle-etape-a-engager>

TOURON (P.), Apports et limites de la Théorie Institutionnelle des Organisations. Etude de trois cas d'adoption des normes comptables internationales en France, 21ème Congrès de l'AFC, 2000. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00587516/document>

VASSELLE (A.), fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale, En attendant la convergence tarifaire, Sénat, Rapport d'information n° 76 (2009-2010), déposé le 3 novembre 2009. http://www.senat.fr/rap/r09-076/r09-076_mono.html

IV. GUIDES ET MANUELS

Guide de Fiabilisation des comptes des hôpitaux, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Ministère du Budget, des Comptes Publics et de la Réforme de L'Etat, 2011.
http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_fiabilisation_comptes-2.pdf

V. ARTICLES

Doctrine

AUBY (J.M.), « Contribution à l'étude du domaine privé de l'administration », EDCE, 1950, n°12 p.35

BENAMOUZIG (D.) et ROBELET (M.), « Les indicateurs qualité et l'intégration bureaucratique de l'hôpital », Quaderni, 85 | 2014, 67-84.

BOURRET (R.), MARTINEZ (E.), VERT (M.), VERNHET (A.) et NARO (G.), « La certification des comptes des hôpitaux publics à l'horizon 2014 : un état de l'art au travers du témoignage du CHRU de Montpellier », Politiques & Management Public, vol.30/4, 2013.

DEL VOLGO (M.J.), « Hôpital d'hier et d'aujourd'hui. Malaise dans le soin ? », Cliniques méditerranéennes 2008/2 (n° 78), p. 165-175.

DOMIN (J.P.), « La réforme de l'hôpital public. Un management sans ménagement », La Vie des idées, 5 avril 2016. ISSN : 2105-3030. URL : <http://www.laviedesidees.fr/La-reforme-de-l-hopital-public.html>

DUGRIP (V.D.) et SAIDJ (L.), « Les établissements publics nationaux », LGDJ, 1992, 114s.

DUHAMEL (C.), «Etablissements : mesurer la performance, les ARH doivent s'impliquer » Horizon n° 169, p.20, juin 2007.

FERRUA (M.), FOURCADE (A.), LALLOUE (B.), GIRAULT (A.), JIANG (S.), LOIRAT (P.), MINIVELLE (E.). Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ) pour les établissements de santé français : Résultats de l'expérimentation (2012-2014), Journal de gestion et d'économie médicales, 2015/4-5 (Vol. 33), Page 277 à 290.

FERMON (B.) et al., Performance et innovation dans les établissements de santé, Dunod « Guides Santé Social », 2015, p. I-XVI.

Les cahiers de la fonction publique n°370, « Fonction publique hospitalière et santé », 2016.

MAZAURIC (V.), « Production des comptes de l'Etat : la valorisation des comptes » Gestion et finances publiques, 2012, n°8-9, p.55.

MOYA-PLANA (X.), « Un directeur funambule. Récit d'un parcours de direction », VST - Vie sociale et traitements 2010/3 (n° 107), p. 25-34.

PELKAK (D.). Traité des Finances Publiques Hospitalières. Les Études hospitalières, 2011

PIERRU (F.), « Le mandarin, le gestionnaire et le consultant. Le tournant néolibéral de la politique hospitalière », Actes de la recherche en sciences sociales 2012/4 (n° 194), p. 32-51.

Revue Gestion et Finances publiques, Numéro spécial : « La LOLF, 10 ans de pratique », n°6-2016.

Revue française des finances publiques, « Le budget 2006 en régime LOLF », n°91, 2005.

VI. DISPOSITIFS NORMATIFS

Loi du 21 décembre 1941 «dite Charte hospitalière » consécration juridique de l'hôpital comme un établissement sanitaire et social et posent les bases de l'institution moderne.

Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, création de la notion de service public hospitalier.

La loi n° 78-11 du 4 janvier 1978 expérimente d'autres modes de tarification en sus du prix de journée (seul mode de tarification depuis 1941), instaure le forfait soins et crée les unités de long séjour.

La loi n° 79-1140 du 29 décembre 1979 met en place la suppression de lits par autorité du ministre chargé de la santé.

La loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 et son décret d'application n° 83-744 du 11 août 1983 mettent en œuvre la dotation globale de financement et instaurent le forfait journalier à la charge de l'assuré.

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991Evin portant réforme hospitalière création de la notion d'établissement de santé.

Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture médicale universelle (JO du 28 juillet).

Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003, articles 22 à 34.

Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Loi n° 2002-202 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système hospitalier.

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

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative modernisation de notre système de santé.

Décret n° 2016-1249 du 26 septembre 2016 relatif à l'action de groupe en matière de santé.

Historique des réformes hospitalières en France. Disponible sur :
<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-reformes-hospitalieres-en-france.pdf>