



**HAL**  
open science

# La nouvelle gouvernance : une nouvelle sociologie de l'hôpital ?

Gilles Herreros, Bruno Milly

► **To cite this version:**

Gilles Herreros, Bruno Milly. La nouvelle gouvernance : une nouvelle sociologie de l'hôpital ?. *Technologie et Santé*, 2006, n° 58, p. 25-30. halshs-00666366

**HAL Id: halshs-00666366**

**<https://shs.hal.science/halshs-00666366>**

Submitted on 7 Dec 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# La Nouvelle Gouvernance : une nouvelle sociologie de l'hôpital ?

Gilles Herreros et Bruno Milly<sup>1</sup>

Dans le cadre du Plan Hôpital 2007 lancé par Jean-François Mattéi, Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées de mai 2002 à mars 2004, la réforme de la Nouvelle Gouvernance Hospitalière développait des objectifs ambitieux : « Réformer la gouvernance de l'hôpital répond à la nécessité, reconnue de façon consensuelle, de lutter contre les rigidités et les cloisonnements qui pèsent sur le fonctionnement de l'institution. Il s'agit de permettre aux établissements de mieux assumer leurs missions au service du patient en assouplissant leur organisation et en clarifiant les responsabilités »<sup>2</sup>. Cette réforme, censée être généralisée au 1<sup>er</sup> janvier 2007, a fait l'objet d'une anticipation dans plus d'une centaine d'établissements, amenés à expérimenter cette redéfinition des compétences, et notamment les nouvelles instances que sont le conseil exécutif et les pôles d'activité. Que retirer de ces expérimentations ? La Nouvelle Gouvernance (NG) est-elle en train de changer la « sociologie de l'hôpital » ? Contribue-t-elle réellement à « lutter contre les rigidités et les cloisonnements qui pèsent sur le fonctionnement hospitalier », à « mieux assumer leurs missions au service du patient en assouplissant et en clarifiant les responsabilités », selon les objectifs officiels ? Ou bien n'est-elle qu'un « feu de paille », un « jeu de dupes », une « façon déguisée de faire passer la pilule de la T2A (tarification à l'activité) et des restrictions budgétaires », pour emprunter des expressions à nos interlocuteurs ? En termes plus sociologiques, modifie-t-elle ou bouleverse-t-elle les activités de travail, les formes de division technique et morale du travail hospitalier, les ordres négociés de l'hôpital, les équilibres de jeux de pouvoir, les identités professionnelles ?

Analyser un changement organisationnel en cours est un objectif périlleux pour les sociologues qui préfèrent généralement prendre du recul face aux réformes pour en évaluer la nature (est-on en présence d'un changement profond ou superficiel ?) et la réelle portée historique. Cette précaution méthodologique empêche néanmoins de se confronter au « réel en train de se faire » et aux expériences des acteurs de terrain qui, eux, vivent le changement de l'intérieur et au temps présent. C'est donc une précaution que nous avons accepté de ne pas prendre lorsque la MEAH (Mission d'Expertise et d'Audit Hospitaliers) nous a commandé une recherche sur la façon dont les différents acteurs hospitaliers vivaient la réforme de la Nouvelle Gouvernance, dans les établissements où celle-ci était expérimentée. Ce sont quelques-uns des enseignements de cette recherche<sup>3</sup> que nous nous proposons de résumer dans cet article.

Dans les discours des représentants ministériels et des directeurs d'établissement ayant anticipé la réforme de la Nouvelle Gouvernance<sup>4</sup>, les principaux résultats de la réforme sont une redistribution des responsabilités des uns et des autres, une implication plus forte des

---

<sup>1</sup> Maîtres de conférences en sociologie à l'Université Lyon II et à l'Université Paris IV.

<sup>2</sup> Circulaire DHOS/E1 n° 2004-61 du 13 février 2004 relative à la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière

<sup>3</sup> Herreros Gilles et Milly Bruno, 2005, *La Nouvelle Gouvernance Hospitalière : les voix de l'expérience*, Rapport de recherche pour la MEAH, septembre 2005

<sup>4</sup> L'étude s'est réalisée sous la forme de 58 entretiens conduits auprès d'acteurs de toutes catégories professionnelles dans 4 établissements hospitaliers du secteur public (2 CH et 2 CHU).

personnels et notamment des médecins dans la gestion de l'établissement, une dynamisation des collaborations entre soignants, administratifs et médicaux à l'échelle des pôles, un contournement des blocages mandarinaux et syndicaux... Du point de vue des autres acteurs hospitaliers, les résultats sont moins flagrants et/ou plus négatifs : des médecins critiquent le contournement de la CME, des soignants dénoncent la marginalisation de leur filière dans le pilotage de l'établissement, les syndicats protestent contre leur exclusion. Mais c'est surtout l'indifférence qui pointe chez ceux que la réforme de la NG ne touche pas encore directement. Émergent donc de nouveaux brassages de l'hôpital, à travers les deux nouvelles instances que sont le conseil exécutif et les pôles d'activité, mais ces nouveaux brassages sont loin d'être généralisés (1<sup>ère</sup> partie). Surtout, ils suscitent de nombreuses inquiétudes (2<sup>nde</sup> partie) : si la plupart des professionnels disent manquer de recul pour évaluer les changements en cours, ils manifestent de profondes inquiétudes : primauté donnée à la gestion sur le soin, menace sur l'hôpital public, montée de la polyvalence, ...

### **De nouveaux brassages de l'hôpital mais non généralisés**

Le premier brassage introduit par la Nouvelle Gouvernance touche à la mise en place du conseil exécutif. Rappelons que cette nouvelle instance est présidée par le directeur et associée à parité des directeurs administratifs et des médecins, élus ou désignés par la CME, autour de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet d'établissement et du contrat d'objectif et de moyens. Si la plupart des personnels de l'hôpital (en dehors des directeurs administratifs, des médecins et des organisations syndicales) ne savent pas très précisément ce qu'est cette nouvelle instance de gestion ou de consultation de l'hôpital, ceux qui en sont membres et participent à son fonctionnement se déclarent plutôt agréablement surpris de ce qui s'y déroule. Le sentiment de discuter librement sans pressions excessives, l'impression de découvrir l'autre, la volonté de faire avancer la réflexion sur les orientations de l'hôpital sont autant de points qui font apprécier cette nouvelle instance. Bien sûr, beaucoup de ceux qui – directeurs ou médecins – ont souhaité être membres de ce CE et qui n'ont pu l'être (soit qu'ils n'aient pas été retenus par le directeur général, comme c'est souvent le cas pour les directeurs de soins, soit que leur candidature n'ait pas eu l'aval de la CME) éprouvent une forme de ressentiment, se plaignent de ne pas être suffisamment informés de ce qui peut s'y « tramer » et peuvent être amenés à critiquer la concurrence de cette nouvelle instance avec les structures traditionnelles hospitalières (notamment la CME). De même, les organisations syndicales déplorent de n'y être pas représentées et craignent de voir les institutions habituelles de l'hôpital (Conseil d'Administration, Comité Technique d'Etablissement ...) perdre de leur actuelle vocation pour n'être plus que de simples chambres d'enregistrement de décisions déjà préparées au CE. Ces objections pointées, c'est la grande satisfaction des membres du CE qui est à souligner. Certains médecins ayant été élus par la CME sur des déclarations d'intention hostiles à la mise en place de la NG, déclarant vouloir être membres du CE pour surveiller ce qui s'y fait, reconnaissent même, après quelques mois de fonctionnement, l'intérêt que cette nouvelle instance suscite à leurs yeux, ainsi que la qualité de l'ambiance et des travaux qui y sont conduits. En d'autres termes, l'implication dans la vie de ce nouveau dispositif, même une implication critique, semble participer d'une redéfinition des contours des relations entre médecins et « gestionnaires ».

Les pôles d'activité, constitués d'un ou plusieurs services et unités fonctionnelles, représentent l'autre nouveauté institutionnelle de la réforme, dont chacun soupçonne qu'elle aura des effets profonds et durables sur la vie de l'hôpital, les pôles étant amenés à devenir le quotidien de nombreux personnels en tant que nouvel environnement de travail et étant amenés par ailleurs à obtenir une réelle délégation de gestion dans une démarche de

contractualisation interne à l'établissement (chaque responsable de pôle contractualise avec l'établissement les objectifs du pôle et les moyens dont il dispose à cet effet). Comme le conseil exécutif, ils inaugurent d'autres modes de relations entre les acteurs hospitaliers, et notamment entre les trois grandes filières administrative, médicale et soignante. Si leur pilotage est toujours collégial (tout au moins en théorie), il n'en prend pas moins des configurations diverses. Ici, l'on trouve une direction de pôle avec un tandem médecin chef de pôle / directeur administratif ; là, un trio avec l'adjonction d'un cadre supérieur de santé ; ailleurs, un quatuor où s'ajoute un attaché administratif ; ailleurs encore, un quintet avec un médecin adjoint au directeur médical de pôle. Dans ce choix de la configuration du pilotage de pôles, jouent évidemment des facteurs de taille (notamment en termes d'effectifs de personnels qui peuvent varier considérablement selon que l'on se trouve dans un CH ou un CHU), mais aussi et surtout priment des décisions stratégiques (appartenant à des directions d'établissement et/ou au conseil exécutif). Qui sera ou non dans les équipes de pilotage des pôles ? Ce genre de question n'est jamais secondaire.

À ces directions de pôle sont généralement adjoints des collectifs – par exemple des « conseils de pôle », des « comités de pôle » – lesquels sont censés se réunir (selon une périodicité variable), pour débattre des orientations du pôle ou, à tout le moins, être informés des directions prises. Les contours de ces collectifs sont, là encore, des plus variables. Dans certains cas, seuls les médecins et / ou les chefs de service sont présents ; dans d'autres, tous les personnels y ont au moins un représentant ; dans d'autres cas, c'est presque le principe de l'assemblée générale qui est mis en œuvre. En parallèle de la diversité des formes prises par les fonctionnements de pôles, on constate d'ailleurs une grande variété des dénominations retenues pour qualifier les organisations choisies – « comités », « conseils », « assemblées », ... – ainsi que pour nommer les responsables – « responsable de pôle », « directeur de pôle », « directeur délégué de pôle », « référent de pôle », « coordonnateur de pôle », « coordinateur de pôle », « chef de pôle »... –. L'imagination sémantique ne manque pas. Avec les débats terminologiques, ce sont des controverses stratégiques qui se dessinent. Qui nomme-t-on par exemple « directeur de pôle » lorsque l'on choisit cette dénomination : le directeur administratif, le directeur médical, les deux ? Les terminologies ne sont pas neutres et font souvent l'objet de minutieux calculs et dosages.

Au delà de nouvelles entités institutionnelles, l'organisation par pôles de l'hôpital conduit à des brassages multiples des activités de travail et à l'émergence progressive de nouvelles identités professionnelles. Ainsi des professionnels qui jusque-là se rencontraient peu – voire pas du tout – se retrouvent dans des nouvelles formes de coopération au sein des instances de pôles ou d'unités mutualisées. Par exemple, un médecin ou un cadre supérieur de santé peuvent être amenés à travailler régulièrement avec un directeur administratif et un attaché d'administration, les uns et les autres n'étant pas coutumiers de ce genre de collaboration. Certaines configurations peuvent même être totalement inusitées où l'on voit le directeur médical et le directeur administratif du même pôle négocier côte à côte le financement de leur « projet de pôle » avec l'administration centrale de l'hôpital (donc avec les collègues du directeur administratif). Parfois, dans les expérimentations les plus avancées, les pôles deviennent de véritables nouvelles unités « comptables d'exploitation », des entités intermédiaires de gestion. Là où l'hôpital constituait un grand ensemble qu'il s'agissait de gérer au mieux, les pôles peuvent alors être appréhendés comme autant d'entités décentralisées de gestion qui permettent de piloter de plus près, et avec une réactivité plus grande, la totalité de l'établissement. Mais bien sûr, ces évolutions sont encore loin de concerner une majorité de pôles.

Néanmoins, la distribution des cartes et la nature des jeux d'acteurs sont en renouvellement, la frontière des alliances et solidarités se trouve déplacée, avec la nouvelle organisation polaire. Bien sûr, ces nouvelles formes de coopération nécessitent des repositionnements et des ajustements pas toujours faciles à réaliser et/ou à accepter, mais c'est néanmoins plutôt la satisfaction qui l'emporte quand il s'agit de dresser des premiers bilans des expériences de pôle. De ces brassages multiples surgiraient en effet, selon ceux qui sont les plus concernés par les pôles, de nouvelles compétences, de nouvelles attitudes et généralement un nouveau regard sur l'établissement. Quel que soit le champ des changements qu'occasionnent les brassages de la NG (les gestes techniques, la coopération, le soin, la gestion, l'affectation des personnels, ...), ceux-ci offriraient ainsi l'opportunité à chacun de réinterroger la signification globale de son activité : pour qui travaille-t-on, avec qui, avec quel résultat, pour quelle qualité, avec quels moyens ? Quelle place pour l'esprit de secteur public dans cette activité ? Ces questions préexistaient évidemment à l'introduction de la NG, celle-ci semble néanmoins fournir une occasion de relecture et de réinterrogation des positionnements professionnels dans un contexte de nouvel équilibre médecins-administratifs-soignants, de nouvelle gestion hospitalière, de brassages multiples.

Les premiers brassages introduits par la Nouvelle Gouvernance, s'ils sont incontestables et généralement appréciés par ceux qu'ils concernent, n'en sont pas pour autant généralisés. Une très large partie des personnels hospitaliers (les brancardiers, les ASH, les aides-soignants, les infirmiers et dans une moindre mesure, les cadres de proximité) reste encore en marge de cette réforme et de l'organisation polaire : la plupart (mais pas tous !) savent certes qu'il existe des pôles, qu'ils sont affectés à tel ou tel pôle, mais soulignent que cette organisation n'a rien changé à leur activité quotidienne. On observe ainsi une mésinformation et un désintérêt extrêmement fort pour cette réforme, rarement d'ailleurs clairement identifiée et souvent confondue avec celle de la T2A. Les représentants du personnel soignant, très informés quant à eux sur ce nouveau dispositif, ne s'étonnent pas de cet éloignement des soignants, qu'ils estiment marginalisés et oubliés dans la mise en place, et du conseil exécutif (avec la représentation non obligatoire de la Direction des soins), et des pôles (avec des conseils de pôles sans représentant du personnel). Émergent ainsi un désintérêt et/ou un sentiment de marginalisation, propices à toutes les inquiétudes.

## **Les inquiétudes suscitées**

Qu'ils soient acteurs ou exclus de la NG, qu'ils en soient les promoteurs ou les détracteurs, les bénéficiaires ou les perdants, tous les professionnels rencontrés expriment des interrogations et des inquiétudes au sujet de cette réforme et de ses effets potentiels. Précisons néanmoins que ces inquiétudes ne concernent généralement pas spécifiquement la NG, mais plutôt le contexte global de l'hôpital public et de ses réformes.

### ***Le primat de la gestion et la mort de l'hôpital public ?***

Que ce soit du côté des représentants des organisations syndicales ou bien du côté des médecins ou des personnels soignants, l'inquiétude de voir l'hôpital public définir ses missions à partir de critères de gestion qui valent dans l'univers des établissements privés de santé, est récurrente. Cette inquiétude s'appuie ici généralement sur un rapprochement des intentions des réformes de la NG et de la T2A. D'une gestion décentralisée au niveau des pôles pourrait ainsi découler, selon nos interlocuteurs, une compétition qui, qu'elle soit attendue, souhaitée ou pas, pourrait finir par être fatale aux secteurs, pôles ou activités les moins efficaces, les moins rentables. C'est la globalité de la mission de service public qui paraît alors menacée par ces nouvelles dispositions. Les médecins évoquent fréquemment

qu'ils ne sont pas dans le privé – où ils disent qu'ils pourraient gagner beaucoup plus d'argent – pour des raisons liées à des valeurs qui sont celles de l'égalité de tous face aux soins, de l'« hospitalité » ; la NG, en n'organisant pas précisément les formes de solidarité entre pôles et à l'intérieur des pôles, sonnerait selon eux le glas de ce type de valeurs à plus ou moins court terme. Dans la même perspective, des soignants constatent qu'une gestion resserrée des moyens utilisés – avec un degré de précision permettant de contrôler jusqu'à l'usage mensuel des petits matériels – pourrait conduire à influencer, voire déterminer, les stratégies de soins : ils disent craindre que les patients se trouvent privés de certains soins, dans la seule optique du respect de l'équilibre budgétaire de pôle. De cette logique découlerait une gestion de l'administration du soin par les moyens et non plus en fonction des besoins de santé. Cette crainte se retrouve à tous les niveaux de la stratification professionnelle de l'hôpital avec une forte proportion chez les soignants et les médecins, ceux qui se vivent comme les « praticiens de terrain ». Le passage à la T2A (indissociable de la NG pour certains, ou malencontreuse coïncidence pour d'autres), nourrit fortement cette crainte. L'hôpital deviendrait alors une entreprise avec des impératifs qui à terme pourraient ne plus être en rapport avec les exigences d'une mission de service public.

### *La théorie du mille-feuilles*

Pour d'autres, la réforme de la NG, dans la mesure où elle ne s'accompagne pas d'une disparition des structures anciennes de gouvernance, conduit à une multiplication dommageable des lignes hiérarchiques et des circuits de décision. Il y a ceux qui dénoncent, comme nous l'avons déjà écrit, la coexistence et/ou la concurrence du conseil exécutif avec la CME et le conseil d'administration. Il y a aussi ceux – particulièrement les directeurs – qui regrettent le maintien des services et des chefferies de service : à leurs yeux, sans cette suppression, la réforme de la NG est un coup d'épée dans l'eau. Les pôles apparaissent comme l'objet de rivalités nouvelles entre médecins, notamment entre chefs de service et chefs de pôle, une nouvelle occasion de « combattre » pour des distinctions supplémentaires (ce mécanisme étant renforcé par la liste d'aptitude sur laquelle devront figurer les médecins responsables de pôles). L'organisation polaire n'est alors vue que comme une strate supplémentaire. La crainte du mille-feuilles (on ajouterait un étage à la complexité de l'organisation hospitalière sans rien changer véritablement aux équilibres anciens) est particulièrement développée chez les directeurs d'hôpitaux qui pointent le recul (notamment sur la question de la suppression des chefferies de service) que constituent les ordonnances du 2 mai 2005, au regard des intentions initiales prêtées au précédent Ministre de la Santé Mr Mattei. Mais c'est aussi cette crainte du mille-feuilles que l'on retrouve chez certains directeurs médicaux de pôle, qui avaient espéré bénéficier d'une gestion totalement décentralisée de l'hôpital et qui constatent un recul par rapport aux projets annoncés, avec le maintien de forts pouvoirs aux directions centrales. Si en lieu et place d'une décentralisation des budgets, on se retrouve face à une timide déconcentration de la gestion (les personnels de l'administration centrale de l'hôpital refusant de modifier leurs pratiques), alors l'organisation nouvelle de l'hôpital correspondrait à un « comme si » de plus. On ferait « comme si » tout avait changé alors qu'aucun des principaux fonctionnements n'aurait été réellement affecté.

### *Les déséquilibres de représentation*

Comme évoqué précédemment, certains des personnels de l'hôpital, qu'ils soient syndiqués ou non, redoutent que les actuelles instances de gouvernance et de gestion ne soient contournées par les nouveaux dispositifs, notamment ceux du conseil exécutif et des conseils de pôle. Il ne s'agit plus alors de dénoncer les doublons mais d'interroger – pour généralement les dénoncer – les nouveaux équilibres en gestation.

Certains médecins redoutent que ne leur échappent désormais des choix stratégiques : ils se demandent à quoi serviront les CME ou CCM dès lors que les principales orientations de développement seront arrêtées à partir des pôles, que les choix stratégiques seront définis en Conseil Exécutif. C'est ici la question de leur représentation qui est posée : les médecins membres du CE ou les chefs de pôle sont-ils vraiment représentatifs de la communauté médicale ou des « traîtres à la cause médicale qui auraient accepté de collaborer avec les vieux ennemis administratifs » (sic) ? Ne faut-il pas privilégier l'ancien mode de représentation jugé plus collégial ? Derrière ces questions, se dessine une lecture critique prononcée à l'égard des administratifs gestionnaires qui, pour réussir la « liquidation » de l'hôpital public, contourneraient les instances qui sont censées être les ultimes remparts de l'esprit de secteur public, et des médecins qui leur emboîteraient le pas. La candidature de certains médecins au Conseil Exécutif ou à des chefferies de pôles s'explique ainsi parfois sur la base d'une opposition au projet de NG et reposant sur cette argumentation.

À leur tour, les directeurs de soins critiquent très fortement les nouveaux équilibres qui sont en train de se mettre en place et qui les marginalisent fortement. Que leurs points de vue se manifestent tout en modération ou avec la virulence du dépit, ceux-ci semblent se vivre comme les grands perdants de la nouvelle sociologie hospitalière. N'étant pas législativement des membres à part entière du CE, n'étant souvent pas présents dans les conseils de pôles, ils ont le sentiment d'être laissés sur la touche. Les lois successives qui avaient permis de créer la Direction des Soins Infirmiers puis la Direction de Soins sont même parfois jugées comme annihilées par les ordonnances du 2 mai 2005. Aucun des discours ne leur semble pouvoir être pris au sérieux, parmi ceux qui sont censés les rassurer sur leur avenir professionnel dans l'hôpital de la Nouvelle Gouvernance : ils ne croient guère aux missions transversales ou à une activité de management stratégique qui leur sont présentées comme pouvant devenir les leurs. Dans la nouvelle architecture hospitalière où seuls les cadres supérieurs sont intégrés à la gestion des pôles, les directeurs de soins se vivent ainsi comme les grands perdants. Les autres professionnels partagent généralement ce diagnostic, mais imputent très souvent cette difficulté des directeurs de soins à trouver leur place, à la seule personnalité de ces derniers. Le constat d'une récurrente éviction des directions de soins laisse pourtant penser qu'il y est beaucoup moins question de personnalité que de difficulté organisationnelle pour cette catégorie professionnelle à (re)trouver sa place. Les cadres supérieurs et les médecins ne s'y trompent pas qui, mi-amusés, mi-compatissants, se demandent ce qu'il va advenir de cette catégorie des directeurs de soins. Dans leur conduite de la Nouvelle Gouvernance, les directions d'établissement, les tutelles, le Ministère, ... se trouveront assurément invités à trouver des réponses à l'interrogation fondamentale que les directeurs de soins se posent sur ce qui est désormais leur rôle au sein de l'hôpital.

Dans cette même perspective d'inquiétude d'un affaiblissement de la représentation soignante, on rappellera ici que les représentants syndicaux du personnel soignant redoutent aussi très fortement une marginalisation de la filière soignante, souvent exclue du CE et très faiblement représentée au niveau des pôles (les cadres supérieurs étant rarement considérés comme des « bons » défenseurs de la cause des infirmiers, aides-soignants et autres « petits » de l'hôpital). La Nouvelle Gouvernance affaiblit selon eux largement les soignants dans le triangle administration-médecins-soignants, en instaurant un duovirat directeurs-médecins, voire un potentat médical. Notons que les médecins et les directeurs récusent rarement cette tendance qu'ils considèrent par contre de façon très positive.

## *La polyvalence*

Avec la polyvalence (rotation des personnels sur plusieurs services), l'on touche sans doute à l'un des effets les plus controversés de la mise en pôles. Dans certaines situations, la nouvelle organisation polaire a modifié les modes d'affectation des personnels, avec généralement un transfert partiel de prérogatives de la direction centrale des personnels et de la direction des soins vers les directions de pôles. Dans bien d'autres situations, aucun changement n'a encore été observé, soit que la mise en pôles soit toute récente et que la polyvalence ne soit donc encore que projetée, soit que l'existence de pools de personnels polyvalents ne nécessite pas une extension du principe de polyvalence. Qu'elle soit effective, projetée ou fantasmée, la polyvalence n'en reste pas moins un sujet particulièrement vif : défendue ou encensée par les équipes de pôles au nom de la souplesse organisationnelle qu'elle permet, elle est très largement crainte et redoutée par les personnels soignants, les médecins et les chefs de service. L'attachement et l'identification au service restent très forts chez ces professionnels qui disent craindre de perdre, avec la polyvalence, en savoir-faire, compétence et efficacité. Pour ceux que les pôles ne concernent guère, la polyvalence en devient même alors parfois le symbole honni de la Nouvelle Gouvernance.

## *Le manque de lisibilité*

L'un des constats les plus saisissants qu'il nous ait été donné de dresser au travers de notre étude concerne finalement le manque de lisibilité qu'éprouvent les professionnels vis-à-vis de la NG et plus généralement des réformes hospitalières. Certains – y compris chez les directeurs, présidents de CME et chefs de pôle les mieux informés – lient très étroitement les objectifs de la NG et de la T2A, tandis que d'autres y voient au contraire des réformes totalement dissociées ou malheureusement simultanées. Certains y voient un « changement culturel majeur », d'autres une « réformette » (« c'est sûrement moins important que l'électricité, non ? »), sans oublier toutes les catégories de soignants qui, rivés sur leur exercice et pressés par leurs conditions de travail, entendent œuvrer du mieux possible au service d'une mission de santé, mais ne voient absolument pas à quoi peuvent correspondre toutes ces agitations. La seule réforme qui vaille, ce serait une augmentation des moyens, pensent-ils assez solidairement. Tous les brassages occasionnés ne sont, selon eux, que des moyens de faire des économies et donc de ne plus donner un soin de qualité aux patients, ce qui, en période de promotion de l'accréditation et de l'amélioration de la qualité des soins, est perçu comme une injonction intolérable qui traduit l'incompétence des politiques ou leur visée « de démantèlement du service public ». C'est ainsi très souvent un appel à la clarification des intentions de la NG et des autres réformes hospitalières qui est lancé par l'ensemble de nos interlocuteurs à l'adresse de leurs directions de pôles, de leurs directions d'établissements, du Ministère de la Santé.

\*\*\*

Pour conclure, l'on peut dire qu'il est bien sûr trop tôt pour évaluer les changements contenus dans la Nouvelle Gouvernance, d'abord parce que seule une centaine d'établissements a expérimenté cette réforme, ensuite et surtout parce que les changements organisationnels s'évaluent dans la durée. Néanmoins, si l'on se fie aux discours de ceux qui vivent la réforme, l'on sent poindre deux directions possibles ; elles peuvent être exclusives l'une de l'autre ou se mêler selon des alchimies variables en fonction des lieux de mise en œuvre de la NG. D'un côté, on peut faire l'hypothèse que se dessinerait avec la Nouvelle Gouvernance un nouvel équilibre des pouvoirs au sein de l'institution hospitalière. À l'échelle du pilotage de l'établissement, les cloisonnements entre filière administrative et médicale s'estomperaient,



tandis que ces deux composantes mettraient à distance relative l'entité soignante. À l'échelle des pôles, ce seraient aussi de nouveaux équilibres qui se dessineraient, estompant les clivages de services, installant les impératifs de gestion au cœur de l'activité en même temps que le « circuit » du patient deviendrait un référent essentiel de l'articulation des professionnels entre eux.

D'un autre côté, on peut penser que l'ambition du projet, ses incidences hypothétiques en cas de mise en œuvre effective (recomposition des liens entre les différentes activités administratives, médicales, soignantes, implication des médecins dans la gestion, etc...), sont telles qu'il se pourrait fort bien que la réforme soit transformée en « réformette ». Dans ce cas de figure, ce serait la logique bureaucratique habituelle (aux bureaucraties) qui se mettrait en place : les hôpitaux enverraient à l'administration centrale quelques signes apparents de mise en place de la Nouvelle Gouvernance (existence formelle des pôles et du Conseil Exécutif, affichage d'une logique de contractualisation) et dans le même temps, ils s'emploieraient à ne rien modifier des équilibres antérieurs bénéficiant du soutien de tous ceux qui souhaitent le *statu quo*. Dans ce cas de figure, chacun (depuis les établissements jusqu'à la tutelle ministérielle en passant par l'ARH) ferait « comme si » la Nouvelle Gouvernance était mise en œuvre et tous s'emploieraient à ce qu'il n'y ait pas de « vagues » contestataires à gérer. Entre réforme et réformette, rien ne paraît donc encore joué.