

Participation et action hospitalière :
l'exemple
des établissements hospitaliers publics
de Seine-Maritime *

par Olivier MOITTIE

Diplômé d'études supérieures de droit public

Bien que les principes régissant l'organisation et le fonctionnement des établissements hospitaliers soient généralement méconnus, l'idée d'associer participation et hôpital semble provoquer quelque étonnement, y compris, et la réaction est alors plus surprenante, chez certains administrateurs d'établissements. On peut trouver une explication à cette attitude dans le fait que la participation, en tant qu'elle réalise une ouverture de l'administration sur l'extérieur, a toujours existé dans les établissements hospitaliers ; les divers groupes concernés par leur activité et leur fonctionnement ont été depuis longtemps, voire depuis toujours, admis à participer à la prise des décisions, selon des modalités différentes et dans des proportions variables. Toutefois, la double évolution que l'hôpital a connue au cours des dernières décennies, caractérisée d'une part par l'accroissement de ses missions et des intérêts qu'il met en jeu, d'autre part par le progrès médical et le développement de la médecine hospitalière, a rendu la participation plus saisissable parce que plus étendue.

Cette évolution a eu notamment pour effet de multiplier le nombre des intéressés, personnes ou groupes, intervenant dans les décisions. L'hôpital est demeuré longtemps strictement limité au cadre communal et la municipalité en assumait seule la gestion. Mais le développement même de l'hôpital et son financement d'origine nationale l'ont progressivement soustrait à l'influence de la commune ; de 1851 à 1970, toutes les lois et ordonnances ont eu pour objet d'accroître le contrôle de l'Etat sur les établissements et la commission administrative, organe de décision de l'hôpital, a vu le nombre de ses membres augmenter régulièrement. Aujourd'hui, des représentants de l'Etat et des organismes payeurs siègent au conseil d'administration et les représentants de la commune sont désormais minoritaires. La représentation des intérêts politiques et sociaux au sein de l'hôpital n'a pas été le seul facteur de changement. Les progrès accomplis par la médecine ont en effet entraîné indirectement une ouverture plus large des struc-

* Cette étude reprend les principaux éléments d'un mémoire pour le D.E.S. de Droit public soutenu en octobre 1974 devant un jury composé des professeurs Chevallier (président), Harichaux et Loschak.

tures de décision non plus cette fois aux groupes extérieurs à l'hôpital, mais à ceux qui y travaillent. Les progrès réalisés par la médecine, qui a « plus changé en trente ans qu'en trente siècles »¹ ont été si importants qu'ils ont modifié le rôle des praticiens et bouleversé leurs rapports avec l'hôpital, pour aboutir finalement à l'institution du plein-temps hospitalier en 1958. Les médecins concernés par la médecine hospitalière ne sont plus aujourd'hui des collaborateurs plus ou moins occasionnels de l'hôpital, mais des agents à son service, leurs obligations ayant été définies par le décret 60-1030 du 24 septembre 1960 ; ils ont le « monopole » de l'activité médicale et des fonctions importantes dans la gestion des services. Le bon fonctionnement de l'hôpital impliquait, et implique encore, que les médecins participent aux décisions. C'est pourquoi, dès avant l'institution du plein-temps, la loi du 21 décembre 1941, modifiée par une ordonnance du 15 juin 1945, assurait la représentation du corps médical au sein de la commission administrative ; dans le même sens, un décret du 17 avril 1943 créait la commission médicale consultative groupant les médecins exerçant dans un même établissement. En raison de l'essor considérable de la médecine hospitalière, la loi du 31 décembre 1970² portant réforme hospitalière allait renforcer la collaboration des praticiens d'une part en élargissant leur représentation au sein du conseil d'administration, d'autre part en augmentant les attributions de la commission médicale consultative.

Les progrès médicaux ont par ailleurs provoqué un accroissement du nombre de personnes employées par l'hôpital. A côté des fonctions traditionnelles se sont développées des activités para-médicales nouvelles, tandis que les équipes soignantes voyaient leurs effectifs augmenter pour faire face aux besoins. L'hôpital est devenu en quelques années un centre de soins nécessitant une main-d'œuvre nombreuse, diversifiée et souvent très qualifiée. Or, plus que partout ailleurs en raison de la spécificité de l'activité hospitalière, il apparaissait indispensable d'associer le personnel à la marche de l'établissement, à tout le moins de lui permettre d'exprimer son opinion quant aux conditions d'un travail particulièrement astreignant. C'est dans cette optique qu'une circulaire en date du 11 décembre 1958 préconisait l'institution de comités techniques paritaires comprenant des représentants du personnel et consultés sur l'organisation du travail à l'hôpital. Le système devait être généralisé par la loi du 31 décembre 1970 qui assurait également, pour la première fois, la représentation du personnel au niveau du conseil d'administration.

On est ainsi amené à constater que la participation, appréhendée comme phénomène ou comme technique juridique tendant à ouvrir les structures de décision à tous les intéressés, n'a pas été introduite à l'hôpital de façon brusque comme elle l'a été, par exemple, à l'Université en 1968. Si l'importante réforme hospitalière de 1970, basée en partie sur cette notion de participation, en a développé et modifié les modalités d'exercice, la participation semble être davantage le fruit d'une évolution régulière et continue, progressant en même temps que l'hôpital croissait, associant toujours plus d'individus au fur et à mesure que les établissements devenaient complexes.

Il n'en demeure pas moins que la participation a une mission à remplir, un objectif à atteindre que l'on peut définir comme étant la recherche d'un équilibre, d'une certaine harmonie tendant à faire de l'hôpital une collectivité

1. Pr Jean Bernard : *L'express*, n° 1125 du 29 janvier 1974, page 102.

2. Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970. *Journal Officiel* du 3 janvier 1971.

unie, une institution fonctionnant dans les meilleures conditions, avec un minimum de conflits. L'hôpital met en rapport une multitude de groupes et d'intérêts ; l'importance et la diversité de ses missions en font une organisation de premier plan, tant au niveau local qu'au niveau national. Il importe donc que l'hôpital soit le plus possible perméable au milieu dans lequel son action doit s'exercer. D'autre part, son fonctionnement interne fait apparaître certains mécanismes ambigus qui tiennent pour l'essentiel à la séparation fondamentale établie entre l'activité médicale et l'activité administrative. La participation semble être destinée à supprimer ces facteurs de tension en associant à l'élaboration des décisions ceux qui auront à les exécuter et ceux qui seront, à un titre ou à un autre, concernés par elles.

La solution retenue, en partie dictée par l'empirisme, a consisté à lier deux modalités d'exercice de la participation : la consultation et la prise de décision en commun. Dans le premier cas, les participants ne sont que des donneurs d'avis et le rôle des organes consultatifs dépend donc entièrement de la façon dont ces avis sont suivis. Dans la deuxième hypothèse, les participants sont en quelque sorte fondus dans un même creuset, à savoir le conseil d'administration, organe de décision autonome mais partiel puisqu'il partage ce pouvoir de décision avec le directeur de l'établissement.

L'observation de la pratique de la participation, menée dans trois hôpitaux différents, fait apparaître certaines insuffisances et de nombreuses déformations. La participation se heurte en effet à des habitudes, à un réseau de relations préétablies, à des obstacles d'ordre technique dont la conjonction a pour résultat de limiter sensiblement sa portée. Elle donne lieu à des perceptions différentes selon les individus et les groupes ; certains l'acceptent comme une nécessité, d'autres la perçoivent comme étant un pis-aller. La participation peut alors, suivant les cas, modifier les rapports de pouvoir ou n'être qu'un moyen de négociation. Et dans cette dernière hypothèse, encore faudrait-il que la négociation soit possible, c'est-à-dire que de nombreux domaines n'échappent pas à la décision de l'hôpital, prisonnier d'une lourde réglementation et d'une politique générale déterminées à un tout autre niveau qui lui ne connaît pas la participation, ou du moins ne l'a jamais pratiquée. La participation appliquée à l'hôpital répond à certaines données originales (I). Elle est organisée selon un schéma relativement complexe, dont la caractéristique est qu'il regroupe les acteurs de la participation tout en les maintenant séparés (II). Elle se heurte à des facteurs humains et à un fait administratif, à savoir l'absence d'autonomie de l'établissement hospitalier, qui limitent sa portée et viennent contredire sa finalité (III).

I/ LE CADRE DE LA PARTICIPATION

Le cadre juridique est sensiblement le même pour tous les établissements d'hospitalisation publics ; les différences sont pour la plupart secondaires. Cependant il est apparu nécessaire de ne pas limiter cette étude à un seul hôpital, mais de l'étendre à un échantillon qui soit le plus possible représentatif. On peut à cet effet retenir divers critères de distinction, dont l'importance de l'établissement quant à ses activités et quant à ses moyens. Ce premier critère peut être complété par d'autres clivages tenant à la nature de l'activité principale et au rattachement de cet établissement public local à telle collectivité territoriale. Tenant compte de l'interpénétration de ces critères, notre choix s'est porté sur trois hôpitaux du département qui recourent une ou plusieurs de ces différenciations :

— le Centre Hospitalier Régional de Rouen, établissement public communal, qui constitue l'établissement le mieux équipé de Seine-Maritime, voire de la région de Haute-Normandie ;

— le Centre Psychiatrique du Rouvray, établissement public départemental, qui représente pratiquement le seul instrument de la politique de santé mentale dans le département ;

— l'Hôpital-Hospice de Gournay-en-Bray, établissement public communal appartenant à la catégorie des hôpitaux ruraux.

Il ne peut s'agir ici d'étudier, ni même de décrire, le fonctionnement de ces établissements. Il est par contre indispensable de prendre en considération certains éléments qui expliquent et conditionnent la participation.

L'hôpital public fonctionne dans un certain environnement fait de missions ou de contraintes, avec des structures internes qui lui confèrent un caractère original et soulignent l'utilité, sinon la nécessité, de la participation en tant que telle.

A) L'HOPITAL ET SON ENVIRONNEMENT

La loi hospitalière du 31 décembre 1970 a pour objet de donner un cadre juridique nouveau au système hospitalier. Outre une révision des structures des hôpitaux publics, cette réforme comprend une nouvelle définition de ce service public, de ses moyens et de ses missions. Elle prévoit notamment la création de groupements et syndicats inter-hospitaliers, l'association étroite de certains établissements privés au service public, une normalisation des rapports entre les deux secteurs à travers l'instauration d'une carte sanitaire et d'une tarification unifiée. Il est cependant trop tôt pour pouvoir étudier ces nouvelles structures qui commencent à peine à se mettre en place. L'environnement de l'hôpital, au moment de cette étude, est celui que la tradition et les textes antérieurs à 1970 ont forgé. Toutefois certains aspects récents, perceptibles dès maintenant, trouveront leur place dans cette présentation des éléments qui cernent l'hôpital et conditionnent son fonctionnement.

L'hôpital, en tant qu'établissement public, est soumis au respect du principe de spécialité. Celui-ci n'implique cependant nullement une limitation absolue de ses activités³. En fait l'hôpital assume des missions très

3. Voir sur ce point J. Chevallier : *La place de l'établissement public en droit administratif français*, publications de la Faculté de Droit d'Amiens, n° 3, page 47.

diverses dont le nombre varie selon l'importance de l'établissement. L'objectif global est que la politique sanitaire soit prise en charge et que les obligations, même les plus lourdes, du service public hospitalier soient supportées par l'ensemble des hôpitaux aux niveaux régional, départemental et communal. En ce sens, les établissements hospitaliers constituent un moyen d'action privilégié dont l'importance et le coût ont provoqué la création de liens étroits avec l'extérieur ; ces liens se concrétisent par un triple rattachement.

1) LA DIVERSITÉ DES MISSIONS

L'hôpital a été pendant longtemps confiné dans une mission d'hébergement ; il ne dispensait que des traitements relativement simples et n'assumait pas de rôle particulier dans la lutte contre les fléaux sociaux. Depuis quelques années, il tend à être considéré comme le maillon essentiel d'une politique de la santé ; de simples motifs d'efficacité et d'économie ont conduit à accroître ses tâches et à lui faire prendre en charge des actions nouvelles, notamment dans le domaine de l'enseignement et de la recherche.

Par ailleurs on a toujours conservé une certaine spécialisation des établissements, bien que les classifications aient été pour le moins mouvantes. Les exemples étudiés sont basés sur la nature des tâches en même temps que sur l'importance des activités.

a) *Le centre hospitalier régional et universitaire*

Comme les autres centres hospitaliers du département, le Centre Hospitalier Régional de Rouen a pour mission essentielle le traitement des malades. Etablissement à compétence régionale, il est doté des moyens techniques propres à répondre aux besoins de la région de Haute-Normandie, quels qu'ils soient. Enfin, faisant partie du Centre Hospitalier Universitaire il assume des fonctions d'enseignement et de recherche en liaison avec l'Unité d'enseignement et de recherche médicale de l'Université de Rouen.

1° *Les missions de soins*

La fonction de soins est le fondement même de l'hôpital moderne ; elle est aujourd'hui sa raison d'être. En même temps que se développaient les autres activités, les soins ont connu une évolution allant dans le sens d'une spécialisation toujours plus poussée. La structure architecturale du C.H.R. de Rouen souligne cette idée ; les cinq établissements qui le composent présentent un aspect hybride, des bâtiments vétustes y côtoient des immeubles neufs abritant blocs opératoires et services de radiologie des plus modernes.

Le C.H.R. est par excellence un centre distribuant des soins ; toute personne malade est à même d'y recevoir les soins que son état réclame. La gamme des spécialités concentrées dans cet hôpital permet de répondre pratiquement à tous les besoins de la population, y compris dans les secteurs de pointe. Le C.H.R. joue un double rôle ; il est l'hôpital de la ville, destiné à satisfaire les besoins d'une population représentant environ 200 000 habitants ; il est aussi l'établissement coiffant les autres hôpitaux de la région, tenant en quelque sorte le rôle qui est celui de la cour d'appel dans l'organisation judiciaire.

Le C.H.R. exerce une autre fonction, plus ou moins rattachée à sa mission de soins, qui est l'hébergement. Nombre de services sont encore occupés par des malades chroniques ou des personnes âgées qui ne bénéficient pas de soins suffisamment importants pour justifier leur hospitalisation. Cette

catégorie d'usagers, généralement bénéficiaires de l'aide sociale, représente en fait la clientèle potentielle des centres de convalescence, de cure et de réadaptation destinés, aux termes de la réforme hospitalière de 1970, à assumer les hospitalisations prolongées. Cette fonction d'hospice est encore relativement importante dans l'exemple étudié, puisque sur un total de 2 542 lits environ 500 sont occupés par des malades chroniques ou âgés, valides et invalides. L'administration hospitalière a en partie résolu ce problème en réservant un établissement annexe pour assumer cette fonction traditionnelle certes, mais difficilement compatible avec la technicité des soins que prodigue le C.H.R.

2° *L'enseignement et la recherche*

Parce qu'il est le mieux équipé le C.H.R. est à même de participer à l'action de formation des futurs médecins et du personnel para-médical. Il représente également un lieu particulièrement favorable au développement de la recherche médicale.

L'ordonnance du 30 décembre 1958⁴ relative à la création de Centres Hospitaliers Universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale a rendu obligatoire l'association des facultés de médecine et des Centres Hospitaliers Régionaux implantés dans les mêmes villes. En application de cette ordonnance une convention a été conclue entre le C.H.R. de Rouen et l'École de Médecine devenue U.E.R. médicale. Comme les autres C.H.R. faisant partie d'un C.H.U., le C.H.R. de Rouen participe à la formation des étudiants en mettant à leur disposition ses services et ses laboratoires. Les étudiants y suivent des cours et des stages tout au long de leurs études ; d'autre part l'enseignement théorique et pratique est dispensé par des médecins ayant une double appartenance, hospitalière et universitaire, ce qui permet d'assurer une homogénéité et une continuité indispensables.

Seize ans après la réforme de 1958 personne ne songe à contester le bien-fondé d'un tel système. L'hôpital est nécessaire à l'enseignement médical ; on ne concevrait plus aujourd'hui qu'un étudiant obtienne le diplôme de docteur en médecine sans avoir effectué de stage hospitalier. D'autre part, à travers cette participation à l'enseignement médical, le C.H.R. prépare son propre avenir. Cependant, cette identité d'intérêts n'implique pas toujours une concordance des besoins. Rouen se trouvant être une ville de tradition universitaire récente, le problème du nombre d'étudiants par rapport au nombre de lits ne se pose pas en termes cruciaux comme dans d'autres C.H.U. Mais l'adéquation des besoins universitaires aux besoins hospitaliers n'est pas pour autant réalisée. Le nombre de postes d'enseignants dépend en effet de l'enveloppe budgétaire dont dispose le Ministère de l'Éducation Nationale ; or l'effectif se révèle souvent insuffisant pour correspondre aux besoins purement hospitaliers. Par ailleurs, cette mission entraîne un problème financier important. En principe les frais d'enseignement exposés par l'hôpital devraient lui être remboursés intégralement. Si les dépenses isolables le sont, celles qui ne peuvent donner lieu à la tenue d'une comptabilité séparée sont remboursées sur la base d'un forfait que tout le monde s'accorde à juger insuffisant mais qui n'a pas encore fait l'objet d'une réévaluation adéquate.

4. Ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958. *Journal Officiel* du 31 décembre 1958, page 12070.

Des inconvénients moindres découlent de la mission de recherche. Celle-ci constitue pour le personnel hospitalier un moteur d'activité très puissant ; autour de la recherche se créent des équipes dynamiques qui font la réputation de l'hôpital et assurent son rayonnement comme celui de la médecine française en général. Le C.H.R. est à cet égard un terrain privilégié ; lui seul possède les instruments nécessaires et permet l'accumulation d'observations d'ordre clinique ou biologique sur de nombreux malades. Comme en matière d'enseignement le C.H.R. et l'Université ont un intérêt commun dans la recherche. Cependant, à la différence d'une entreprise de production « classique », l'établissement hospitalier ne récupère pas les coûts initiaux de cette recherche qui représente une charge très lourde. L'hôpital prête ses laboratoires, son personnel pour des travaux non directement rentables et dont les liens avec sa mission essentielle, qui est de soigner, sont parfois inexistantes. Il existe certes une subvention accordée par les Ministères de l'Éducation nationale et de la Santé publique, mais qui est loin de couvrir les charges financières réelles occasionnées par la recherche. Celles-ci se trouvent donc souvent répercutées sur les prix de journée, ce qui explique l'écart que l'on constate entre les prix de journée du C.H.R. et ceux d'autres établissements.

Le C.H.R. assure enfin la formation du personnel soignant et paramédical ; il n'a d'ailleurs pas le monopole de cet enseignement. Cependant il occupe en ce domaine une place prépondérante ; en raison de son armature technique il est à même d'organiser des cours et des stages dans toutes les disciplines touchant à la santé ; d'autre part, il est lui-même le plus gros employeur de la structure hospitalière. Dans le même sens il joue un rôle considérable dans le domaine de la promotion professionnelle. Cette action de formation revêt d'ailleurs à l'heure actuelle une importance capitale en raison de la pénurie de personnels que connaissent la plupart des établissements.

b) Le centre psychiatrique et la santé mentale

Les hôpitaux psychiatriques ont longtemps été considérés comme différents des autres établissements hospitaliers. Depuis 1968 leur régime juridique est semblable à celui des centres hospitaliers ; ils ont conservé malgré cela un caractère spécifique en raison de la nature de la maladie qu'ils ont pour mission de soigner. D'autre part c'est à l'hôpital psychiatrique qu'a été introduite une politique sanitaire nouvelle, dite de sectorisation, qui bouleverse l'image traditionnelle de l'institution asilaire.

1° Le rôle spécifique du Centre psychiatrique

Le malade mental ne se coupe de la société que du fait de sa maladie ; traiter cette dernière consiste à le relier à nouveau à la société dans laquelle il vit. On peut résumer ainsi le but que poursuit l'hôpital psychiatrique et qui lui donne sa spécificité. La guérison du malade résultant de sa resocialisation, c'est en fait toute l'organisation de son séjour qui se trouve mise en question. Les soins physiques n'occupent qu'une place réduite dans le traitement des malades ; par contre leur rétablissement psychique passe par chaque moment de la journée. On pourrait dire à la limite que l'hôpital tout entier prodigue des soins. La conception architecturale du Centre Psychiatrique souligne cette idée : la disposition des locaux a pour but de permettre une réinsertion progressive, le malade passant de la chambre au foyer du service et du service au foyer de l'établissement.

La fonction soignante ainsi définie n'est toutefois pas la seule qu'assume l'hôpital psychiatrique. Sur les 1 500 lits qu'il comprend, un certain nombre

est occupé par des personnes dont la situation familiale ou sociale justifie le maintien au sein de l'institution, bien que le traitement psychiatrique soit terminé. C'est en quelque sorte une fonction d'hébergement que remplit l'établissement, venant pallier le manque de maisons de retraite ou d'hospices.

Le Centre psychiatrique tient enfin un troisième rôle que viennent rappeler les murs qui l'entourent : la protection du public. Cette fonction carcérale exercée au profit de la commune, du département et de la société dans son ensemble tend de plus en plus à disparaître. La nouvelle orientation de la psychiatrie et les progrès considérables qu'elle a accomplis cantonnent ce rôle, peu prestigieux mais indispensable, aux cas limites. Et surtout la politique de sectorisation est à même d'entraîner une diminution du nombre de maladies mentales aiguës en permettant de mener des actions de prévention efficaces.

2° *La sectorisation*

La circulaire du Ministère de la Santé publique en date du 15 mars 1960 préconisant la sectorisation se fonde sur une critique de l'hôpital psychiatrique traditionnel et de la ségrégation du malade mental vis-à-vis de la société. Le but qu'elle poursuit est d'éviter que le traitement psychiatrique ait à opérer une réinsertion du malade précisément en ne le coupant pas de son milieu social. Désormais la prévention, la cure de jour, la surveillance de post-cure sont essentielles et doivent s'effectuer dans des locaux extérieurs à l'hôpital. Les dispensaires d'hygiène mentale, les foyers, les ateliers protégés, les externats médico-pédagogiques sont autant de structures propres à accueillir les malades ; l'hospitalisation ne doit être décidée que pour les cas graves. Cette nouvelle organisation du service public de lutte contre les maladies mentales, qui trouve son fondement juridique dans la loi n° 68-690 du 31 juillet 1968, ne condamne cependant pas l'établissement psychiatrique : si sa fonction se trouve modifiée, son rôle conserve toute son importance.

En application de cette réforme un règlement départemental pris par arrêté du 2 octobre 1972 a déterminé la division du département en plusieurs zones, chaque zone étant fractionnée en secteurs comptant environ 70 000 habitants et rattachée à une structure hospitalière. Le Centre psychiatrique du Rouvray se trouvant être l'établissement le plus important de la Seine-Maritime, la grande majorité des secteurs lui ont été rattachés. Parallèlement, une réorganisation interne a divisé l'hôpital en 10 services de psychiatrie correspondant chacun à un secteur géographique. Ainsi c'est la même équipe médicale, ayant à sa tête un médecin chef de service et chef de secteur, qui prend en charge la population d'un même secteur, conformément au principe de la continuité des soins.

L'une des conséquences de cette nouvelle organisation est la baisse sensible du nombre de personnes hospitalisées ; les actions de prévention et de dépistage menées au sein du secteur en sont la cause. De plus, les traitements se font le plus possible dans les structures extra-hospitalières tels les dispensaires d'hygiène mentale. Le Centre psychiatrique n'est pas pour autant condamné : si sa clientèle tend à diminuer il devint le pivot de la sectorisation. Base de départ des équipes de secteur, il est également une base de repli lorsque l'hospitalisation s'avère nécessaire. La sectorisation a eu principalement pour effet de provoquer une mutation de l'hôpital psychiatrique, marquant la fin de la conception asilaire, et qui a entraîné une ouverture plus grande sur l'extérieur se concrétisant par des liens privilégiés avec le département.

c) L'HÔPITAL RURAL

La caractéristique essentielle de cet établissement est sa simplicité. Sa mission consiste à répondre aux besoins immédiats d'une circonscription rurale, en l'occurrence celle de Gournay-en-Bray et des environs, qui ne nécessitent pas une thérapeutique spécialisée. L'hôpital ne comporte que 145 lits dont 93 lits d'hospice, 34 lits de médecine essentiellement gériatrique et 18 lits de maternité. Cette armature relativement modeste ne signifie pas pour autant que le rôle joué par cet établissement soit insignifiant ; le taux d'occupation avoisine les 100 % et le service de maternité, avec une moyenne de 400 naissances par an, se situe parmi les plus fréquentées de France dans sa catégorie. L'hôpital ne possède cependant aucun lit de chirurgie, la clinique chirurgicale implantée dans la même ville suffisant aux besoins. La mission de l'hôpital rural consiste à traiter la pathologie courante, c'est-à-dire celle qui ne requiert pas tout un environnement de techniciens médicaux et para-médicaux hautement spécialisés, ni un équipement très coûteux. Il ne dispose d'ailleurs pas d'un corps médical à proprement parler ; il est ouvert à certains praticiens de la circonscription, dont la liste est fixée par arrêté préfectoral, qui viennent quelques heures par jour et utilisent le matériel et le personnel de l'établissement.

Le but d'une telle institution est de constituer une structure d'accueil apte à décharger les centres hospitaliers, et, *a fortiori* le C.H.R. de Rouen, des cas les plus bénins et permettant aux malades d'être soignés près de chez eux, sans être l'objet d'un transfert vers un hôpital lointain qui les isole de leur cadre de vie habituel. L'hôpital rural s'inscrit dans la pyramide hospitalière en tant que premier niveau de prise en charge. La pathologie courante débordant souvent sur la pathologie d'exception, nombre de malades doivent être conduits dans un centre hospitalier qui, lui, dispose des moyens nécessaires. C'est en fait une coopération de tous les instants qui s'instaure entre les différents niveaux de soins à l'intérieur du département.

On ne peut parler de l'hôpital en le considérant comme une organisation univoque. Si tous les établissements ont pour mission de soigner, ils apparaissent relativement différents selon l'importance de leurs tâches. Cependant, du plus modeste au plus grand, chacun contribue à appliquer la politique sanitaire dans le cadre du département, voire de la région pour le C.H.R. De plus, quelle que soit sa dimension, chaque hôpital se trouve être en raison de son statut et de son mode de financement au centre d'intérêts multiples qui se concrétisent par un triple rattachement, prenant souvent l'aspect d'une contrainte.

2) LE TRIPLE RATTACHEMENT

Le mot rattachement ne doit pas être pris uniquement au sens juridique du terme. Certes l'hôpital, établissement public local, est rattaché à une collectivité territoriale, c'est-à-dire pour les exemples étudiés à la commune et au département. Mais l'évolution qu'il a subie a contribué à vider cette notion de rattachement de son contenu, au profit d'une autre collectivité territoriale et d'une autre forme de contrôle. Si certains liens demeurent entre l'hôpital et la commune ou le département, c'est aujourd'hui l'Etat qui pèse de tout son poids sur le fonctionnement des établissements hospitaliers. D'autre part les modalités de financement de l'hôpital ont donné un rôle important, quoique ambigu, aux organismes de Sécurité Sociale qui supportent la quasi-totalité des dépenses hospitalières.

a) *L'hôpital et la collectivité de rattachement*

« Que la tradition politique et administrative de la France ait toujours été favorable à la centralisation, c'est un lieu commun que l'on est parfois obligé de rappeler malgré son évidence. Il trouve une illustration remarquable dans le régime des établissements publics locaux⁵. » Le cas de l'établissement hospitalier public vient corroborer cette opinion. L'évolution a en effet consisté à rendre insignifiants les liens juridiques unissant l'hôpital à la commune ou au département. Si l'hôpital demeure un établissement communal ou départemental, il faut avant tout y voir une survivance ; on peut néanmoins dégager certaines raisons de fait justifiant, aujourd'hui encore, ce qualificatif.

1. *La faiblesse des liens juridiques.*

La réforme hospitalière de 1958 a donné à l'hôpital une autonomie totale à l'égard de la commune. Désormais, mis à part les cas concernant l'aliénation des biens immeubles formant dotation, et aujourd'hui disparus, les délibérations ne sont plus soumises à l'avis du conseil municipal. Cette absence de contrôle sur l'établissement n'empêche pourtant pas que l'article 5 de la loi hospitalière du 31 Décembre 1970 maintienne l'attache territoriale. Par ailleurs, un élément juridique a survécu à cette évolution : le maire, ou le président du conseil général, est président de droit du conseil d'administration, et un certain nombre de sièges reviennent aux élus locaux au sein de l'assemblée délibérante de l'hôpital. Or, cette survivance ne peut trouver sa raison d'être dans l'étroitesse des liens juridiques entre la commune ou le département et l'établissement. Elle ne peut s'expliquer que par l'existence de liens de fait, ou objectifs, et par l'intérêt que représente encore l'hôpital au regard du pouvoir local.

Il convient toutefois de faire une place à part à l'hôpital psychiatrique en ce domaine. Les liens juridiques qui le rattachaient au département ont survécu plus longtemps que pour les autres établissements. Jusqu'en 1968 l'hôpital psychiatrique était dépourvu de la personnalité morale et soumis à la gestion départementale directe : son budget était voté par le conseil général et une commission de surveillance gérait l'établissement aux côtés du directeur. C'est la loi du 31 juillet 1968 qui a prescrit l'érection de ce type d'hôpital en établissement public et l'a soumis au même régime que les autres hôpitaux. Mais parallèlement à cette mutation la définition du service public de lutte contre les maladies mentales créait de nouveaux liens entre le département et l'hôpital psychiatrique en les associant étroitement dans la politique de sectorisation.

2. *Les liens objectifs.*

L'hôpital reste encore profondément lié, dans les faits, à la commune où il a son siège. Les raisons de ce rattachement "de facto" tiennent d'abord à l'importance des missions qu'il assume : l'hôpital prend en charge les besoins de la commune au niveau de la santé. Certes, un établissement comme le C.H.R. dépasse largement le cadre communal ; mais il est également le lieu où les habitants de l'agglomération rouennaise sont soignés et

5. J.C. Douence : *Le rattachement des établissements publics à une collectivité territoriale. Le cas des établissements publics locaux*, Actualité juridique, Droit administratif, janvier 1971, page 10.

où les personnes âgées, quelque peu rejetées de la cité, peuvent trouver refuge. Sur un autre plan l'activité de l'hôpital rejaillit sinon sur le prestige, du moins sur l'importance de la ville. Au même titre que d'autres établissements il contribue à donner une certaine image de marque à la commune qui, parce qu'elle possède un hôpital, devient un pôle d'attraction vis-à-vis des communes avoisinantes ; ce phénomène est d'ailleurs plus perceptible dans un canton rural où la concurrence entre bourgs est demeurée vivace.

De fait, l'hôpital joue un rôle économique non négligeable, notamment dans le domaine de l'emploi. Par les marchés de fournitures ou de travaux qu'il passe il contribue à assurer l'expansion de nombreuses entreprises locales. De même il est un gros employeur, parfois le plus important de la ville ; à titre d'exemple, le C.H.R. de ROUEN compte environ trois mille salariés. Ce rôle joué par l'hôpital, quant à l'emploi, n'est d'ailleurs pas seulement quantitatif : il est aussi un pôle d'attraction pour la main-d'œuvre féminine ou qualifiée.

D'autre part, l'hôpital est par excellence un terrain d'action pour les hommes politiques locaux. L'importance de l'établissement, son prestige ou à l'inverse la pauvreté de son équipement et son mauvais fonctionnement rejaillissent sur la municipalité. Les électeurs étant particulièrement sensibles aux problèmes touchant à leur santé et risquant à tout moment de devenir les usagers de l'hôpital, les élus locaux se doivent de concentrer leurs efforts sur la qualité des soins et de l'accueil. Si l'usager ne se préoccupe pas ou peu du fonctionnement administratif de l'établissement, il ne tolère pas — à juste titre du reste — de ne pas trouver dans sa ville ou à distance raisonnable les moyens de le prendre en charge, pas plus que d'être mal soigné.

Il existe enfin des liens financiers directs et indirects entre l'hôpital et la commune. Bien que le développement de la Sécurité Sociale ait transféré la majorité des charges hospitalières à des organismes nationaux, la commune continue à supporter une partie de ces dépenses au titre de l'aide sociale ; et bien que relativement modeste, cette participation représente souvent une lourde charge au regard des finances locales. D'autre part, la commune participe également à l'équipement hospitalier en accordant des subventions, ou indirectement en se portant garante des emprunts contractés par l'établissement.

Ce sont aujourd'hui des liens étroits de nature financière, économique, sociale et politique qui unissent l'hôpital à la commune ou au département. On ne peut réellement parler de rattachement au sens juridique du terme car sur ce plan l'évolution a tendu à rendre l'établissement autonome vis-à-vis de la collectivité de rattachement. Cependant, l'autonomie de l'hôpital est considérablement réduite par les interventions d'origine étatique.

b) Les interventions de l'Etat

L'Etat intervient à un double titre dans l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital. D'une part l'établissement hospitalier, en tant qu'établissement public, est soumis à la tutelle de l'autorité supérieure. D'autre part, au nom de l'intérêt général, l'Etat use de son pouvoir général d'orientation des services publics et, dans le cas qui nous intéresse ici, veille à ce que les objectifs de la politique sanitaire soient réalisés. Légitimes et fondés en droit, ces deux motifs d'intervention ont connu dans le cas des hôpitaux

comme dans celui de la plupart des établissements publics une dénaturation propre à rendre illusoire l'autonomie de l'hôpital. L'abondance de la réglementation, on le verra, exerce une influence néfaste quant à la réalité du pouvoir au sein des établissements et vient contredire l'idée même de la participation. Dans tous les cas, cette dénaturation de la notion de tutelle se caractérise par un trait fondamental : la dépendance financière de l'hôpital.

L'hôpital dispose d'un patrimoine et d'un budget propres. Cependant l'origine de ses ressources rend pratiquement inexistante son autonomie financière. L'essentiel des recettes, soit 85 % environ, provient du produit des prix de journée. Le prix de journée, basé sur un prix de revient prévisionnel, est en fait un tarif forfaitaire, un "tout-compris" correspondant au coût du séjour d'un malade par jour, exceptés les honoraires médicaux. Or le prix de journée, s'il est proposé par le Conseil d'administration, est fixé soit par le préfet, soit directement par le Ministre de la Santé pour le C.H.U. En réalité la différence est purement formelle, puisque chaque année le Ministère fait parvenir aux préfets ses instructions concernant l'augmentation des prix de journée qu'ils pourront accepter. L'autorité administrative supérieure est donc libre de fixer les taux d'augmentation en fonction de considérations qui ne sont pas nécessairement conformes aux intérêts de l'établissement. Outre la conjoncture politique générale, des critères comme le niveau général des prix viennent finalement influencer sur les ressources du C.H.U. comme de l'hôpital rural. Le budget de l'établissement étant basé sur le prix de journée, c'est pratiquement la totalité des recettes et des dépenses qui dépend de la décision du pouvoir central.

Cette dépendance financière se retrouve au niveau des investissements. En premier lieu toute opération d'équipement, qu'elle soit subventionnée ou non, doit être approuvée par le Ministre ou le préfet. Ensuite et surtout la limitation — plus ou moins arbitraire — des prix de journée empêche les responsables hospitaliers d'avoir une politique d'emprunt, donc d'investissement, dynamique : les annuités d'amortissement sont en effet répercutées sur le prix de journée. De la même façon, bien que l'article 23 de la loi du 31 décembre 1970 prévoie cette possibilité, les établissements ne peuvent réellement financer leurs équipements en recourant à des emprunts au taux normal du marché : ce taux d'intérêt élevé pèserait là encore trop lourdement sur le prix de journée. L'hôpital est en fait tributaire de l'Etat pour ses investissements comme il l'est pour ses moyens de fonctionnement.

c) *Le contrôle des organismes payeurs*

La création de la Sécurité Sociale, et des différents régimes d'assurance-maladie, avait pour but de permettre à chacun de se faire soigner quelles que soient ses ressources. Elle a eu pour effet de transférer la grande majorité des dépenses hospitalières des collectivités locales à la Nation. Mis à part les bénéficiaires de l'aide sociale la quasi-totalité des usagers fait appel aux caisses de la Sécurité Sociale ; celles-ci supportent à la fois le prix de journée et une large partie des honoraires médicaux. On ne peut s'étonner dès lors que la Sécurité Sociale exerce un contrôle sur la gestion des établissements.

Cependant, elle se trouve dans une situation fautive, ou du moins ambiguë : elle n'est maîtresse ni de ses ressources, ni de ses dépenses. Les ressources des divers régimes d'assurance maladie, faites de cotisations, sont déterminées par l'Etat. Il en va de même pour les dépenses : les caisses de

sécurité sociale ne décident pas elles-mêmes du coût des journées d'hospitalisation, le prix de journée étant fixé par l'autorité administrative, ni du nombre de ces hospitalisations. Aussi la seule possibilité d'action des organismes payeurs est d'optimiser l'emploi des sommes qu'ils versent aux établissements par l'intermédiaire du prix de journée. Il importe qu'ils puissent contrôler l'utilisation qui est faite des fonds considérables qu'ils mettent ainsi à la disposition des hôpitaux, comme d'ailleurs des cliniques privées.

Les caisses d'assurance maladie, et leurs administrateurs, apparaissent également comme représentant les usagers, en concurrence avec les élus locaux. Bien que n'étant pas maîtresses de leurs dépenses elles cherchent à garantir aux malades qu'elles représentent le meilleur service sinon au moindre coût, du moins dans les conditions les plus favorables. Toutefois, ici encore, leur marge de manœuvre est des plus réduites. Les domaines où les administrateurs des caisses peuvent avoir une influence sont en effet limités d'une part par le poids des dépenses de personnel sur le budget de l'hôpital, d'autre part en raison de la liberté de prescription des médecins. On voit mal comment la Sécurité Sociale pourrait susciter une réduction des effectifs ou des dépenses pharmaceutiques ; elle risquerait en agissant ainsi de se voir accusée de négligence envers le service public.

Bien que théoriquement protégé par son statut d'établissement public, l'hôpital est largement soumis aux intérêts extérieurs. Le cas des établissements privés mis à part, il constitue le pivot de toute la politique sanitaire comme le prouvent l'importance et la diversité de ses tâches ; ayant la charge d'appliquer cette politique, l'hôpital voit les contrôles de l'Etat se multiplier. En même temps, pour des raisons politiques, économiques ou sociales, il se trouve étroitement lié à la collectivité au sein de laquelle il fonctionne. N'étant pas maître de ses ressources, subissant les contraintes les plus lourdes du service public, l'hôpital, quelle que soit sa dimension, est avant tout le lieu de convergence d'intérêts les plus divers.

B) LES ELEMENTS INTERNES

Ce paragraphe n'a d'autre prétention que d'étudier les éléments humains et les mécanismes de fonctionnement de l'hôpital ayant une influence au regard de la participation, qui expliquent sa raison d'être ou produisent des effets sur son exercice.

Les acteurs de l'hôpital sont aussi des participants ; s'ils ne sont pas les seuls ils sont à priori les plus concernés. Les membres de la direction, les médecins, le personnel voient leurs rapports régis en grande partie par des statuts et un ensemble de règles impersonnelles. L'activité commune à laquelle ils se consacrent occasionne d'autre part un jeu de relations plus ou moins formelles, difficiles à saisir, qui sont dues notamment à l'existence d'un principe général d'organisation de l'hôpital : la distinction entre activité administrative et activité médicale. Bien que capitale, cette séparation est mouvante et imprécise ; elle est aussi source de conflits, ou du moins d'ambiguïtés, quant à l'étendue du pouvoir que détient chaque individu ou plutôt chaque groupe à l'intérieur de l'institution.

1) LES ACTEURS DE L'HOPITAL

Plusieurs classifications sont possibles en ce domaine. Etant admis que toute classification est arbitraire, il semble que l'on puisse répartir les agents de l'hôpital en trois catégories classées selon leur statut et notamment au

regard de l'autorité de nomination. Ce critère n'est d'ailleurs pas purement formel car il donne une idée assez juste du poids et des caractères essentiels de chaque groupe par rapport aux autres groupes, en même temps qu'il explique l'existence ou l'absence de liens de dépendance.

a) *Le directeur*

Les réformes de 1958 et 1970 ont accru son rôle de façon considérable pour en faire le véritable chef de l'établissement. Sans doute pour cette raison il est le seul, mis à part les membres du corps médical du C.H.R. et du Centre Psychiatrique, à relever du pouvoir hiérarchique du Ministre de la Santé publique.

1. *Le statut du directeur*

La fonction de direction est née en 1941 de la transformation du poste de secrétaire de la commission administrative. Le directeur, tout en demeurant l'agent d'exécution des délibérations, est alors doté de pouvoirs propres; dans le but de le soustraire aux contingences locales, il est nommé par le préfet. La réforme de 1958, qui accroît son rôle, le place ensuite sous l'autorité du Ministre; la réforme de 1970 ne remet pas en cause cette situation bien qu'elle confie au directeur la direction générale de l'établissement aux dépens du conseil d'administration. Le directeur est ainsi dans une situation paradoxale: nommé par le Ministre de la Santé, mais autorité décentralisée, il est à la tête d'un établissement public placé sous la tutelle du préfet.

Il eut été plus logique, et plus conforme aux principes du droit administratif, que le directeur fût nommé par le conseil d'administration, d'autant plus qu'il demeure l'agent d'exécution des délibérations. La situation actuelle permet au Ministre d'effectuer un choix; s'il est vrai qu'il doit prendre l'avis du président du conseil d'administration, il demeure libre de suivre cet avis ou à l'inverse de ne pas en tenir compte. Certes, la bonne marche de l'administration, et de l'hôpital, implique que le directeur soit en bons termes avec l'organe délibérant et notamment son président; on conçoit mal que le Ministre puisse nommer un directeur faisant l'objet de l'hostilité déclarée du président qui est aussi, rappelons-le, maire de la commune ou président du conseil général. Encore faut-il que celui-ci connaisse la personnalité du candidat proposé. En réalité, cette emprise du pouvoir central sur le directeur ne peut se justifier que par le désir de conserver un pouvoir de contrôle étroit sur la gestion de l'hôpital, parallèlement à la tutelle qui s'exerce sur les décisions du conseil d'administration.

2. *La personnalité du directeur*

Le directeur ne souhaite pas être considéré comme un gestionnaire; il se veut être un meneur d'hommes, le coordonnateur des activités, l'arbitre. Cette vision qu'il a de sa fonction est assez conforme à la réalité, du moins sur le plan des intentions. Le directeur a reçu une formation technique à l'École nationale de la Santé ou l'a acquise au cours des nombreuses années passées au service de l'hôpital précédant sa promotion à ce grade; mais il n'apparaît pas comme un technicien de l'administration, de la comptabilité ou de la gestion du personnel. Il est davantage un organe d'impulsion et d'arbitrage. Cela est particulièrement vrai dans les établissements importants dotés d'une équipe de direction comprenant des directeurs adjoints et des attachés de direction spécialisés dans un domaine particulier, comme au C.H.R. de Rouen. Bien qu'aucun texte n'existe en la matière, le directeur délègue une partie de ses pouvoirs aux membres de l'équipe de direction et

peut ainsi se consacrer à la politique générale de l'établissement, encore que ses possibilités d'action, on le verra, soient très limitées. Ce rôle de « manager » apparaît aussi au niveau de l'hôpital rural où, le personnel étant moins nombreux, les contacts directs avec les agents sont beaucoup plus fréquents.

Le directeur tend à s'identifier à l'établissement qu'il dirige : l'hôpital est sa chose. Il faut dire qu'il est à même d'en connaître tous les rouages et tous les locaux, ne serait-ce que par le fait qu'il réside à l'intérieur de l'établissement. De plus, cette fonction particulièrement astreignante nécessite ou fait naître un intérêt très fort pour l'hôpital, une vocation ou un sacerdoce diront les directeurs. Le directeur donne beaucoup à l'hôpital et c'est pourquoi il tient à en être considéré comme le véritable patron.

b) *Le corps médical*

La réforme de 1958 a bouleversé l'image traditionnelle de la médecine en instituant une médecine hospitalière achevée. Auparavant le praticien ne venait à l'hôpital que de façon épisodique et n'en retirait qu'un certain prestige. Désormais le médecin hospitalier est un agent public à part entière soumis à un ensemble de règles statutaires ; il occupe cependant une place originale car il a conservé certains privilèges inhérents à la médecine libérale.

Les rapports entre l'hôpital et les médecins varient suivant les établissements. On peut cependant dégager certaines notions communes qui toutes soulignent l'originalité de ces rapports.

Les médecins à temps-plein et à temps-partiel du C.H.U., de même que les psychiatres du Centre Psychiatrique, sont recrutés par concours avec un système de listes d'aptitude ; ces concours sur épreuves et sur titres laissent une large place à la cooptation. Quant à la nomination de ces médecins elle est faite par arrêtés du Ministre de la Santé publique, ou par arrêtés conjoints des Ministres de la Santé publique et de l'Education nationale pour les médecins du C.H.U. ayant la double appartenance hospitalo-universitaire. Le recrutement échappe donc à l'hôpital qui se borne à déclarer les vacances de postes. Il en va de même pour le déroulement de la carrière : l'administration de l'hôpital ne note pas les médecins dont l'avancement ne se fait qu'à l'ancienneté pour les chefs de service ou par concours, le plus souvent sur titres. Quant à l'activité des médecins, leurs obligations sont définies de façon très souple surtout pour les praticiens ayant opté pour le régime du temps-partiel : ils doivent consacrer six demi-journées par semaine à l'hôpital qu'ils meublent pratiquement à leur guise. Les médecins à temps-plein du C.H.U. doivent pour leur part onze demi-journées de travail réparties entre leurs fonctions de soins, d'enseignement et de recherche ; un tableau de service est établi chaque année en accord avec l'administration, précisant notamment l'organisation des services de garde, et les médecins organisent leur activité librement à l'intérieur de ce cadre général. Cette liberté des médecins vis-à-vis de l'administration est encore plus nette dans l'exemple de l'hôpital rural. Celui-ci ne dispose pas d'un corps médical à proprement parler ; ce sont treize médecins de la circonscription qui viennent quelques heures par jour soigner leurs malades, l'hôpital ne faisant que mettre à leur disposition ses moyens en personnel et ses installations.

Les médecins hospitaliers ont d'autre part conservé certains privilèges inhérents à la médecine libérale. Les psychiatres, qui avant 1968 percevaient

un traitement mensuel versé par le département, sont rémunérés de la même façon aujourd'hui bien que leur statut ait été calqué sur celui des autres praticiens à temps-plein. Il en va différemment des médecins du C.H.U. qui perçoivent des émoluments basés sur la notion d'honoraires. En fait, ces émoluments sont fixes puisque déterminés par arrêté ministériel ; ils sont cependant calculés à partir d'une masse comprenant le montant total des honoraires qui correspondent aux actes effectués. Les médecins touchent les mêmes émoluments quel que soit le montant de cette masse ; lorsqu'il s'avère insuffisant le déficit est comblé par le budget de l'établissement, et lorsqu'il est trop élevé les crédits inutilisés sont affectés à l'achat de matériel. Ce système complexe qui implique la tenue d'une comptabilité importante n'est qu'une survivance marquant la réticence des médecins à être considérés comme étant les salariés de l'hôpital. Dans le même ordre d'idées, les médecins ont la possibilité de consacrer deux demi-journées à des consultations privées ; ils disposent également au sein de leur service d'un nombre de lits égal à 8 % du nombre total réservés à leur propre clientèle. Comme dans le cas de l'hôpital rural l'établissement met alors à leur disposition le matériel et le personnel nécessaires, moyennant une faible redevance. Ce système a pour but de rendre le plein-temps hospitalier plus attractif par les avantages financiers qu'il procure. Il marque aussi la volonté du corps médical de préserver certains aspects de la médecine libérale à l'intérieur de l'hôpital, telle la notion d'entente directe entre le médecin et son client. Il apparaît également comme un facteur ou un symbole de la cohésion du corps médical hospitalier.

c) *Le personnel d'exécution*

Cette catégorie d'acteurs est celle des agents de l'établissement soumis à l'autorité hiérarchique du directeur. Elle représente la très grande majorité des acteurs de l'hôpital dont la caractéristique essentielle est de ne pas détenir de pouvoir sur les autres catégories. Il ne s'agit pourtant pas d'un groupe homogène, mais davantage d'une juxtaposition de groupes faisant preuve de cohésion.

1. *La diversité des groupes.*

Il existe deux grandes lignes de séparation à l'intérieur de cette catégorie. Le personnel d'exécution est en premier lieu divisé en de nombreux groupes suivant l'activité exercée ; le personnel administratif, les agents des services généraux, le personnel soignant remplissent des tâches totalement différentes. En outre chaque groupe est lui-même divisé en un certain nombre de niveaux de qualification ; ainsi la fonction administrative implique-t-elle l'existence d'agents de grades très différents, allant du chef de bureau au commis ; de même, la fonction technique comprend des ouvriers de la plupart des corps de métiers.

D'autre part, un clivage intervient entre l'un des groupes, le personnel soignant et les autres. Le groupe des soignants constitue un groupe très soudé ; la hiérarchie relativement faible est basée sur l'ancienneté et ne s'accompagne pas de différences de traitement importantes. Par ailleurs, la nature même du travail effectué par ces agents les différencie de tous les autres ; ce sont les surveillantes et infirmières qui accomplissent la tâche fondamentale de l'hôpital, à savoir les soins, qui sont au contact direct des malades et des médecins et qui exercent la fonction noble du métier d'agent hospitalier. De la même façon, les horaires contraignants que ne connaissent pas les autres groupes, les astreintes inhérentes à cette tâche, les conditions

de travail particulièrement éprouvantes créent une forte solidarité entre les membres du groupe soignant qui tend ainsi à se différencier des autres. Ce repli sur soi est toutefois atténué par divers éléments tenant à l'organisation du travail ; la dispersion des locaux, voire des établissements comme au C.H.R., le morcellement du personnel en équipes réduites, par services et par tranches horaires, nuisent à cet esprit de groupe et permettent de multiplier les contacts avec les autres groupes. On peut quand même percevoir cette spécificité du groupe soignant, qui se sent directement au service des malades, est en contact journalier avec le corps médical et a tendance à considérer les autres personnels comme exerçant des activités secondaires ou lointaines.

2. La cohésion du personnel

La distinction entre personnel soignant d'un côté, personnel administratif et technique de l'autre, ne permet pas de parler de ségrégation, pas plus que la multiplicité des groupes. Le personnel d'exécution fait preuve de cohésion face aux autres acteurs de l'hôpital et notamment vis-à-vis du directeur, autorité hiérarchique. Le directeur nomme, note et révoque le personnel ; celui-ci est cependant protégé par un statut, faisant l'objet du Livre IX du Code de la Santé publique, qui le préserve d'un pouvoir hiérarchique trop direct. C'est ce qui explique que tous les agents, à quelque groupe qu'ils appartiennent, font front pour conserver cet ensemble de règles et de garanties statutaires et le renforcer, avec pour objectif de limiter le plus possible toute intervention directe et personnelle sur leur personne comme sur les conditions d'exercice de leur activité.

Cette cohésion apparaît dans le taux élevé de syndicalisation ; 30 % en moyenne des agents hospitaliers sont affiliés à un syndicat dans les établissements de Seine-Maritime, et 50 % dans l'exemple du Centre psychiatrique. Ce chiffre global est relativement élevé au regard des entreprises privées ou d'autres administrations. Le taux du Centre psychiatrique, exceptionnel, s'explique par une longue tradition syndicale au sein de cet établissement et sans doute aussi par le fait que la commune sur laquelle est établi l'hôpital, et d'où provient une grande partie du personnel, est politiquement orientée à gauche. Toutefois, l'affiliation à un syndicat semble répondre principalement au désir de défendre ses intérêts professionnels, beaucoup plus qu'à la volonté de s'engager politiquement. Si le Centre psychiatrique compte un syndicat C.G.T. majoritaire et un syndicat C.F.D.T., le C.H.R. comprend en outre un syndicat F.O. majoritaire dans cet établissement ; quant à l'hôpital rural, le seul syndicat représenté est la C.F.T.C. On ne peut donc conclure à une orientation politique déterminée de l'ensemble du personnel hospitalier ; il semble que la tactique adoptée par tel syndicat vis-à-vis des autres à l'intérieur de chaque établissement, le dynamisme de ses délégués et surtout sa capacité à défendre les intérêts professionnels de l'ensemble du personnel face à l'administration soient à la base du choix effectué par les agents hospitaliers. Le nombre élevé des adhésions et la force des syndicats soulignent ainsi la cohésion du personnel d'exécution, groupe cohérent vis-à-vis des autres acteurs de l'hôpital et surtout face au directeur de l'établissement.

Ce sont des groupes plus que des individus qui constituent le cadre humain de l'hôpital. Celui-ci est avant tout un lieu où travaillent des groupes liés par l'identité des préoccupations et un esprit de corps très poussé ; il est un lieu de connivence de groupes hétérogènes.

2) L'ORGANISATION INTERNE : LA DISTINCTION ENTRE ACTIVITÉ ADMINISTRATIVE ET ACTIVITÉ MÉDICALE

Le personnel mis à part, on a vu que deux groupes essentiels à l'intérieur de l'hôpital apparaissent comme fort différents : le directeur ou l'équipe de direction dans son ensemble, et le corps médical. Cette différence de statut et de préoccupations trouve toute son illustration dans la séparation entre activité administrative et activité médicale. Les deux acteurs indépendants l'un de l'autre sur le plan statutaire le sont également sur le plan de leur activité. Une telle situation fait naître de nombreuses ambiguïtés dans l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital qui se retrouvent au niveau de la responsabilité.

a) *L'ambiguïté des rapports entre la direction et le corps médical*

L'activité administrative relève du conseil d'administration et du directeur, l'activité médicale des médecins et d'eux seuls. Cette distinction concerne essentiellement les rapports entre médecins et directeur car c'est dans les relations entre ces deux acteurs qu'elle prend toute sa valeur. Le directeur détient en effet les pouvoirs essentiels au sein de l'hôpital et surtout il est l'organe permanent de cette administration bicéphale, celui qui a la charge de la gestion quotidienne et l'obligation de régler les problèmes journaliers. Il est en outre le chef de l'établissement dont il assure la marche générale. Le directeur se heurte à deux obstacles : la liberté thérapeutique et le service, le second servant de cadre à l'exercice du premier.

1. *La liberté thérapeutique*

Les médecins jouissent d'un quasi-monopole en matière médicale ; eux seuls peuvent établir un diagnostic, effectuer une opération ou prescrire un traitement. Dans l'accomplissement de cette tâche ils jouissent d'une indépendance quasi-totale que l'on peut appeler liberté thérapeutique. Le médecin hospitalier, comme le praticien de clientèle, ne relève que de sa conscience et de ses connaissances. Le directeur, qui n'est pas le supérieur hiérarchique du médecin, ne dispose pas non plus d'un pouvoir de direction sur son activité : il ne peut pas donner de directives quant à l'accomplissement des tâches médicales. Le médecin n'a en fait reçu qu'une injonction globale et tacite de soigner tous les malades qui se présenteront à l'hôpital, à toute heure du jour et de la nuit ; le lien de subordination existe non pas entre le médecin et l'administration hospitalière, représentée par le directeur, mais entre le médecin et le service public hospitalier.

Il résulte de cette indépendance une multitude de situations fausses. Le directeur, qui est à la tête de l'hôpital, ne peut pas contrôler l'activité qui en est le fondement même, c'est-à-dire l'activité médicale. Ce principe de la liberté thérapeutique fait naître de nombreuses incertitudes sur un autre aspect de la gestion hospitalière qui est l'ordonnancement des dépenses. Juridiquement l'ordonnateur est le directeur ; en fait ce sont les médecins. Ils sont les seuls à pouvoir décider de la durée des hospitalisations qui dépendent de leur diagnostic et du traitement appliqué ; de même la consommation pharmaceutique, le nombre d'examens et d'analyses à effectuer relèvent de leur seule appréciation. Les médecins contestent cette qualité d'ordonnateurs de fait en arguant que plus de la moitié des charges d'exploitation provient des dépenses de personnel. Il n'en reste pas moins vrai qu'une grande partie des dépenses est le fait du corps médical, notamment au niveau des produits pharmaceutiques et de l'équipement médical. Le directeur, qui se heurte au principe de la liberté thérapeutique, ne peut

le plus souvent qu'accepter les demandes formulées par les médecins, ou les rejeter en bloc, mais jamais les apprécier.

2. Les services

Le service est le cadre dans lequel s'exerce l'activité médicale et où l'idée de liberté thérapeutique trouve sa meilleure expression. Il est aussi le lieu où le médecin-chef de service dispose d'une entière liberté. On a souvent parlé de féodalisme ; le service est en effet avant tout un territoire sur lequel règne le "patron", le prestige de celui-ci étant proportionnel à l'étendue de celui-là. Le service est une unité nécessaire en raison de la spécialisation de la médecine, mais il a aussi de nombreux inconvénients ; il enlève toute souplesse à l'hôpital en figeant le nombre de lits disponibles et donc la capacité d'accueil ; de la même façon, il empêche que les malades soient répartis suivant la gravité de leur affection, seule la nature de la maladie déterminant leur affectation dans tel ou tel service.

Le directeur se trouve ainsi à la tête d'une féodalité de services médicaux qu'il a la charge de gérer. Il est plus précisément en face de cette féodalité car chaque chef de service a de larges pouvoirs à l'intérieur de son unité de soins. Aux termes de l'article 106 du règlement d'administration publique du 17 avril 1943, le fonctionnement médical de chaque service est placé sous la direction technique du chef de service et l'ensemble du personnel du service est placé sous son autorité pour l'administration des soins aux malades. L'ambiguïté réside dans la définition du fonctionnement médical ; il peut s'agir d'une notion extensive, notamment pour les services de psychiatrie où le traitement est mal défini et où tout revêt un aspect thérapeutique. Or, l'élargissement de cette notion provoque nécessairement une diminution de fait des pouvoirs du directeur. Celui-ci doit veiller à la bonne marche de l'hôpital mais doit laisser aux chefs de service la libre organisation des services médicaux ; de même le directeur nomme et note le personnel, lequel est placé sous l'autorité du médecin pour l'administration des soins aux malades, c'est-à-dire pour l'essentiel de son activité en ce qui concerne le personnel soignant.

La frontière mouvante qui sépare l'activité administrative de l'activité médicale est source d'ambiguïté. L'absence de pouvoir hiérarchique du directeur sur les médecins tend souvent à faire de l'hôpital un lieu où tout le monde commande et où personne n'obéit, ce qui n'est pas sans influence au regard de la responsabilité.

b) Les problèmes de responsabilité

La responsabilité de l'établissement hospitalier nécessite une collaboration permanente entre le directeur et les médecins, une liaison constante entre l'activité administrative et l'activité médicale. Le directeur, en tant que chef de l'établissement, est investi d'un pouvoir propre en vue de prendre sous sa responsabilité les mesures d'urgence qu'il estime nécessaires pour assurer le bon fonctionnement du service ; il est responsable envers les collaborateurs, les tiers et les usagers du service public. Cette responsabilité générale se heurte souvent à l'indépendance du corps médical, du moins au niveau de la responsabilité pénale.

Sur le plan de la responsabilité civile, la jurisprudence judiciaire avait pendant longtemps estimé que les fautes commises dans l'exercice de l'activité médicale entraînant des dommages pour les malades ne pouvaient engager que la responsabilité personnelle du médecin à l'exclusion de toute responsa-

bilité de l'établissement. Le tribunal des conflits a condamné cette attitude en 1957⁶ et a fait application en ce domaine des principes généraux du Droit public. La jurisprudence a d'autre part fait une large application du système élaboré dans l'arrêt "Pelletier" de 1873⁷ distinguant faute personnelle et faute de service ; la faute de service est entendue de façon très extensive, la responsabilité de l'Administration pouvant être engagée en cas de cumul de fautes, de faute personnelle commise à l'occasion du service ou non dépourvue de tout lien avec le service. L'hôpital est responsable pour la faute lourde en matière médicale, pour la faute simple en ce qui concerne l'organisation ou le fonctionnement des services ; les tribunaux judiciaires ne peuvent connaître de la responsabilité personnelle des agents que lorsque leurs actes sont détachables de l'exécution du service public qui leur est confié et comportent les éléments constitutifs d'une faute personnelle. Cet alignement de l'hôpital sur les principes généraux de la responsabilité des agents publics assure une protection presque absolue aux médecins et au directeur, la plupart des dommages mettant en jeu la responsabilité de l'établissement qui couvre ses agents. L'hôpital dispose toutefois de la possibilité de former une action récursoire contre ses agents devant le juge administratif, en application de la jurisprudence "Laruelle"⁸.

Le problème posé par la séparation des activités médicale et administrative est plus perceptible au niveau de la responsabilité pénale du directeur ; plus que tout autre fonctionnaire le directeur d'hôpital risque de voir sa responsabilité pénale mise en jeu à l'occasion de sa fonction. Cela tient aux risques inhérents à l'activité hospitalière, parfois à l'origine de dommages graves, et au fait que les victimes ont souvent tendance à porter leur action contre l'auteur du dommage devant la juridiction pénale, considérée comme plus favorable aux victimes que le juge administratif. Les cas de responsabilité pénale les plus nombreux concernent l'article 63, alinéa 2 du Code Pénal, relatif au refus d'assistance à personne en péril. Le directeur prononce l'admission et doit assurer les traitements d'urgence ; mais seul un médecin peut juger de la nécessité ou de l'urgence d'une admission. Dans un grand établissement, il est évident que le directeur ne peut constater lui-même que l'admission a bien eu lieu ; il ne peut en fait que s'en remettre aux médecins, bien qu'il soit en dernier ressort responsable pénalement d'un éventuel refus d'assistance.

Le monopole de l'activité médicale que détient le corps médical et l'indépendance de celui-ci provoquent ainsi des problèmes complexes, et des solutions parfois injustes.

L'hôpital est un instrument privilégié pour la réalisation de toute politique sanitaire, utilisé à plusieurs fins par des collectivités différentes. Il dépend des intérêts extérieurs qui le dirigent ; il ne choisit pas sa clientèle, il n'est pas maître de ses ressources.

Pour tenir ce rôle social de premier plan, l'hôpital ne dispose pas d'une structure monolithique. Il comprend des groupes cohérents que tout sépare, jaloux de leur indépendance, et une organisation bicéphale séparant l'activité

6. Tribunal des Conflits, 25 mars 1957, Chilloux et Isaad Slimane. Sirey 1957, page 196, conclusions Chardeau.

7. Tribunal des Conflits, 30 juillet 1873, Pelletier. Grands arrêts de la jurisprudence administrative, 5^e édition, page 9.

8. Conseil d'Etat, 28 juillet 1951, Laruelle. *Revue de Droit public* 1951, page 1087, note Waline.

médicale de l'activité administrative, la seconde ayant pour finalité de permettre à la première de remplir ses missions de soins et éventuellement d'enseignement et de recherche.

L'hôpital est un lieu de convergence de groupes de pression tant extérieurs qu'intérieurs ; il apparaît donc nécessaire qu'un équilibre et une harmonie s'établissent entre ces groupes, et les intérêts qui les sous-tendent, pour que l'hôpital puisse fonctionner et accomplir les tâches qui lui ont été confiées.

II. L'EXERCICE DE LA PARTICIPATION

La participation appliquée à l'hôpital doit permettre à tous les groupes, extérieurs ou intérieurs à l'établissement, de jouer un rôle dans l'élaboration ou la prise des décisions. Pour atteindre ce but deux modalités d'exercice de la participation ont été instituées : la consultation et la prise de décision en commun.

Les organes consultatifs sont nombreux, spécialisés et d'importance inégale. Ils ont cependant une caractéristique commune : ils ne donnent que des avis. Leur utilité dépend donc pour beaucoup du sort qui est réservé à ces avis.

La participation-décision s'exerce dans le cadre d'un seul organe : le conseil d'administration. Celui-ci est un moule dans lequel sont représentés tous les intérêts, excepté les usagers de l'hôpital. Il est un véritable parlement, l'analogie étant d'autant plus juste qu'il a perdu beaucoup de ses pouvoirs au profit de l'exécutif, représenté par le directeur.

Ce dernier apparaît dans les faits comme étant au centre de la participation. Bien qu'il n'ait que rarement voix délibérative, il est présent dans tous les organes et y tient un rôle prépondérant, parfois même malgré lui.

A) LA PARTICIPATION-CONSULTATION

La participation-consultation est à la limite de la concertation ; si les avis émanant des divers organes sont toujours émis avant que la décision ne soit prise, ils le sont parfois après que celle-ci ait été élaborée. Les organes consultatifs jouent essentiellement le rôle de conseillers de l'organe décideur, à savoir le directeur ou le conseil d'administration suivant la nature de la décision en cause. Il faut cependant établir une distinction entre les deux structures consultatives principales, la commission médicale consultative et le comité technique paritaire. Si la première apparaît réellement comme le conseiller technique de l'organe décideur en raison de sa composition et de ses attributions, le comité technique paritaire constitue d'avantage un lieu où s'expriment les revendications du personnel face à l'Administration.

Il existe également des organismes secondaires en ce sens qu'ils ont un rôle tout à fait limité.

1) LA CONSULTATION DU CORPS MÉDICAL : LA COMMISSION MÉDICALE CONSULTATIVE

La commission médicale consultative est l'organe d'expression du corps médical ; elle est le lieu où se rencontrent les médecins de l'établissement pour discuter et élaborer les modalités d'exercice de l'activité médicale. Sa composition en fait un organe souverain car sans frein, la seule présence étrangère au corps médical étant celle du directeur. Elle est aussi un organe technique donnant l'avis des médecins sur les problèmes administratifs et financiers.

a) *La commission médicale consultative, organe souverain*

La composition de la commission médicale consultative varie selon les établissements ; elle comprend 5 médecins et un pharmacien à l'hôpital rural, 31 membres au C.H.U. Le principe dominant est que tous les médecins exerçant à l'hôpital sont représentés, quel que soit leur grade dans la hiérarchie hospitalière ou universitaire et à quelque spécialité qu'ils appartiennent. La seule distorsion à cette règle concerne les attachés et les internes qui

sont représentés mais n'ont pas voix délibérative. Les attachés sont des médecins de clientèle venant à l'hôpital pour quelques vacances hebdomadaires ; n'étant pas réellement concernés par le fonctionnement de l'établissement au même titre que leurs confrères, il est apparu opportun de ne pas leur conférer les mêmes prérogatives. Quant aux internes qui ne sont pas encore des médecins intégrés dans la hiérarchie hospitalière, ils ne disposent pas non plus de voix délibérative ; étant toutefois plus que des étudiants, ils sont admis à participer, ou plutôt à assister aux séances de la commission.

Pour que la représentation du corps médical soit la plus exacte possible seule l'élection est utilisée pour le choix des membres admis à siéger ; un système collégial assure la représentation des divers échelons de la hiérarchie et des différentes spécialités. De même, les membres de la commission élisent leur président qui doit être nécessairement un chef de service ; les chefs de service sont en effet non seulement les plus élevés dans la hiérarchie, mais encore les médecins disposant des prérogatives les plus larges dans leur service et partant dans l'hôpital tout entier.

La commission médicale consultative est ainsi l'affaire exclusive du corps médical. La seule présence étrangère est celle du directeur qui "assure le secrétariat de la commission". La pratique lui donne un tout autre rôle : le directeur est l'animateur, le point central des séances. On assiste dans tous les établissements à un transfert de pouvoir, les prérogatives du président passant bien souvent aux mains du directeur sans que celui-ci cherche toujours à affirmer son autorité. Ce phénomène s'explique par la complexité des problèmes dont a à débattre la commission ; le directeur a seul la connaissance de tous les dossiers, de toutes les techniques administratives et financières, la permanence dans la gestion. Le président est lui aussi bien informé, ce qui lui permet de lancer le débat ; mais très vite les questions soulevées par le problème général font intervenir le directeur, voire le directeur-adjoint ou l'attaché de direction spécialisés dans tel domaine de la gestion et qui ont pris l'habitude — inéluctable — d'assister aux séances. Cela n'empêche pas que le directeur ait souvent l'impression de comparaître devant les médecins ; cette perception n'est pas contradictoire avec le phénomène précédent. En fait les médecins désireux de connaître tous les aspects du problème évoqué "sommant" le chef de l'établissement de leur fournir les renseignements susceptibles d'éclairer leur décision ; le degré de cette injonction varie selon la personnalité et le comportement de chacun.

Cette fonction d'animateur attribuée par la pratique au directeur se double d'un rôle d'arbitre dans certaines circonstances. La commission médicale consultative étant l'organe représentatif du corps médical, et donc de l'activité médicale au sein de l'établissement, il a semblé conforme à l'esprit de la participation de lui donner pouvoir de décision en ce qui concerne l'équipement médical des services ; seuls les médecins sont à même d'apprécier leurs besoins en ce domaine. La pratique consiste à mettre sur la table de la commission l'enveloppe financière destinée à ces achats, à charge pour les médecins de répartir entre eux les crédits disponibles. Dans la majorité des cas, cette répartition se fait sans difficulté. Cependant, lorsque les appétits des chefs de service se révèlent trop grands au regard du montant de l'enveloppe et que l'accord apparaît impossible, le directeur se voit confier une mission de bons offices pour trouver une solution ménageant la susceptibilité de chacun. Cette hypothèse est toutefois peu fréquente, le corps médical faisant le plus souvent preuve de cohésion. De plus, lorsque des

litiges ou une concurrence trop vive semblent inéluctables, les médecins tentent de trouver un compromis, avant que la commission ne se réunisse, par des contacts individuels, afin de ne pas faire preuve de désunion lors de la séance, ce qui permettrait au directeur de croire à une division du corps médical. Ce rôle d'arbitre occasionnel dévolu au directeur, et qui plus est dans le fief médical, est révélateur de la place qu'il occupe, par la force des choses le plus souvent, au sein de l'hôpital, du moins pour tous les problèmes de gestion.

Ces distorsions mises à part, la commission médicale consultative constitue bien l'organe souverain du corps médical. Seuls les médecins y ont accès et peuvent demander que telle personne soit entendue lorsque cette audition est utile à leurs travaux. Elle est un lieu de rencontre et un facteur de cohésion.

b) *La commission médicale consultative, organe technique*

La commission médicale consultative émet des avis et des vœux dans le domaine propre aux médecins, c'est-à-dire les questions médicales, et sur de nombreux problèmes administratifs et financiers. Son rôle de fait ne se borne pas à cette fonction de donneur de conseils, car elle dispose des moyens de défendre ses avis au moment de la décision ou de connaître la suite qui leur a été réservée.

1. *Les avis et les vœux.*

La commission donne l'avis des médecins sur des questions médicales, que ces avis aient été sollicités par le conseil d'administration ou par le directeur suivant leur sphère de compétence respective, ou émet des vœux de façon spontanée. Il n'est pas utile de citer les questions abordées par cette commission, trop nombreuses pour les citer toutes. La notion de question médicale est appréhendée dans un sens extensif, d'autant plus qu'elle n'a pas de définition précise à la différence de l'acte médical. En fait ce sont toutes les questions relatives à l'organisation et au fonctionnement des services médicaux, et pratiquement de l'ensemble de l'hôpital, qui sont examinées.

L'article 24 de la loi du 31 décembre 1970 a étendu cette compétence déjà large au domaine administratif et financier : la commission médicale consultative doit émettre un avis sur le budget et les comptes. Le budget déterminant en partie, à l'hôpital comme ailleurs, la politique générale de l'établissement, on conçoit l'importance que revêtent les avis du corps médical. Cette attribution n'est pas totalement nouvelle ; les médecins étaient déjà consultés avant 1970, du moins dans l'un des établissements, sur l'usage qui devait être fait des crédits provenant de l'excédent éventuel de la masse des honoraires médicaux après versement des émoluments. Cette consultation, fondée sur la politesse, est aujourd'hui plus large et obligatoire. Au C.H.R. et au Centre Psychiatrique c'est d'ailleurs plus qu'un avis qui est requis, mais une collaboration entre la direction chargée de préparer le budget et les médecins. Les chefs de service expriment leurs désirs quant au matériel et aux effectifs dont ils ont besoin ou pensent avoir besoin ; la direction tient compte le plus souvent de ces données lors de l'élaboration du budget. La limitation des prix de journée implique cependant dans tous les cas que les propositions soient corrigées. C'est alors à la commission qu'il appartient de définir les urgences et les priorités avant que le directeur ne taille et ne tranche. Cette association à la gestion sous forme d'avis transmis à la direction ou au conseil d'administration comporte toutefois une

limite : le médecin n'est pas responsable de la marche administrative et financière de l'établissement. Dès lors, il lui est loisible de demander beaucoup, en arguant de la nécessité médicale, à un directeur prisonnier des contraintes budgétaires et comptables et des tutelles financières. Le faux dialogue tend à ce moment à remplacer la coopération.

2. Le poids de la commission.

Eclairée par les indications du directeur, la commission médicale consultative rédige ses avis et ses vœux qui sont transmis au conseil d'administration ou au directeur. Or, elle dispose de nombreux moyens pour connaître la suite donnée à ses conseils par les organes décideurs. Chaque séance débute par l'approbation du procès-verbal de la séance précédente et par le compte rendu des décisions prises sur avis de la commission. De cette façon les médecins sont à même de juger de l'impact qu'ont pu avoir leurs conseils sur la décision finale. Mais surtout la commission peut s'assurer elle-même du sort qui leur a été réservé au niveau du conseil d'administration, et qui mieux est les défendre : le président de la commission médicale consultative est membre de droit du conseil d'administration, et la commission élit elle-même les représentants du corps médical à ce conseil, sauf à l'hôpital rural où seul le président représente les médecins. Il existe ainsi un lien solide entre l'organe consultatif et l'un des organes de décision, la commission pouvant défendre ses propositions au moment même où la décision doit être prise. Certes, les médecins représentant la commission n'ont pas de mandat impératif ; mais s'il arrive quelquefois qu'ils interviennent à titre individuel, ils s'expriment dans la quasi-totalité des cas au nom de la commission et défendent les avis qu'elle a émis. Dès lors ces avis apparaissent comme constituant le point de vue du corps médical sur un problème donné, donc préparant la décision, et défendus par les médecins qui participent eux-mêmes à la prise de la décision.

2) LA CONSULTATION DU PERSONNEL : LE COMITÉ TECHNIQUE PARITAIRE

On a préservé au niveau de l'exercice de la participation la séparation entre groupes. Le corps médical s'exprimant à travers la commission médicale consultative, le personnel dispose d'un autre organe pour émettre ses avis. la différence est cependant flagrante : le comité technique paritaire comprend des membres de l'Administration aux côtés du personnel et ses attributions sont beaucoup plus réduites. D'autre part la composition du comité technique paritaire, basée en partie et indirectement sur l'élection, en fait l'organe d'expression des syndicats.

a) Le comité technique paritaire, organe paritaire limité

Si la commission médicale consultative ne comprend que des médecins, le comité technique paritaire est composé pour moitié seulement de représentants du personnel, l'autre moitié représentant l'Administration. Une autre limitation provient de l'énumération limitative des problèmes sur lesquels le comité peut donner un avis, encore que la pratique tende à élargir ce champ d'action, du moins dans un établissement.

1. La limitation de la représentativité.

Le comité est un organisme paritaire quel que soit le nombre de ses membres : 6 à l'hôpital rural, 12 au Centre Psychiatrique, 18 au C.H.R. La désignation des représentants du personnel ne pose pas de problème en soi ; ils sont désignés parmi les personnels titulaires par les organisations syndicales les plus représentatives proportionnellement au nombre de voix re-

cueillies par ces syndicats, dans chaque établissement à l'occasion du renouvellement des commissions paritaires départementales, avec répartition des restes à la plus forte moyenne. Ainsi au Centre Psychiatrique siègent 4 C.G.T. et 2 C.F.D.T., la répartition reflétant assez justement le poids respectif de ces deux syndicats. La représentation du personnel repose donc en partie seulement sur l'élection, les organisations syndicales conservant une possibilité de choix dans la désignation des personnes.

Les représentants de l'Administration sont partiellement désignés par le conseil d'administration. Le directeur est membre de droit ainsi que le président du conseil d'administration qui est également président de droit du comité technique paritaire — différence sensible avec la commission médicale consultative où les médecins choisissent leur président. La désignation des membres par le conseil d'administration pose deux problèmes importants : celui de la nomination de médecins et l'impossibilité de désigner le représentant du personnel comme membre du comité technique paritaire.

Encore qu'aucun texte ne l'impose, deux médecins au C.H.R. et un psychiatre au Centre Psychiatrique ont été choisis par le conseil d'administration pour le représenter au comité. Le dilemme vient de la double fonction de ces représentants : sont-ils administrateurs ou médecins lorsqu'ils siègent au comité ? Ce système est une bonne chose en ce sens qu'il établit une liaison entre la commission médicale et le comité technique. Mais il arrive que le médecin refuse de représenter l'Administration ou de la défendre, surtout lorsque celle-ci se dresse contre le personnel. Le médecin appartient à un groupe autonome et spécifique ; or, cette situation l'oblige à apporter son soutien à l'un des deux autres groupes, en mécontentant nécessairement l'un ou l'autre. C'est pourquoi il se sent souvent observé attentivement lorsque l'opposition au sein du comité implique le recours au vote. Dans la réalité des choses le choix opéré dépend le plus souvent de la personnalité, progressiste ou conservatrice, du médecin, ou de son appartenance politique. Mais il arrive également que la conjoncture, c'est-à-dire les rapports entre le corps médical et les syndicats à un moment donné, soit déterminante. Selon ces divers facteurs le personnel peut trouver en la personne du médecin un allié objectif, ce qui a pour effet de supprimer le caractère paritaire du comité : à l'inverse, si le médecin apparaît comme représentant l'administration, la parité est préservée à l'avantage de l'administration, étant entendu que le président a voix prépondérante.

Le second problème tenant à la composition du comité technique paritaire vient de l'impossibilité énoncée par l'article 3 du décret du 3 Mai 1972 de désigner comme représentant à ce comité un représentant du personnel au conseil d'administration. La raison officielle invoquée est qu'une telle désignation serait contraire à la règle de la parité ; il est vrai que le représentant du personnel siégeant au conseil d'administration serait davantage enclin à partager l'opinion des autres représentants du personnel au comité que celle de l'Administration incarnée par le directeur et, dans une moindre mesure, par le président du conseil d'administration. La conséquence de fait est que la liaison directe établie entre la commission médicale consultative et le conseil d'administration n'existe pas entre ce dernier et le comité technique paritaire, c'est-à-dire entre l'un des organes décideurs et l'un des organes consultatifs de l'hôpital.

Cet inconvénient est cependant atténué par deux facteurs. Le système de désignation du ou des représentants du personnel au conseil d'administration étant le même que pour le comité, il en résulte que c'est la même

organisation syndicale la plus représentative qui désigne les représentants du personnel dans les deux cas. Si ce n'est pas la même personne qui peut assurer la liaison entre les deux organes, du moins le syndicat peut-il jouer ce rôle et ne s'en prive généralement pas. Un autre facteur, spécifique à un établissement, vient diminuer les conséquences de cette incompatibilité. Le comité peut faire venir aux séances à titre consultatif toute personne qu'il souhaite entendre ; il a donc été convenu au comité technique paritaire du Centre Psychiatrique que le représentant du personnel au conseil d'administration serait autorisé à assister à chaque séance, à titre consultatif et exceptionnel, ce qui lui permet de connaître réellement la façon dont tel avis a été élaboré et décidé, voire voté. Cette pratique dénote de plus un fort esprit participationniste dans cet établissement, et notamment de la part de l'Administration.

Il n'en reste pas moins que cette incompatibilité empêche dans la majorité des cas le ou les représentants du personnel au conseil d'administration de défendre avec un maximum d'arguments les avis et les vœux du comité, à la différence de la commission médicale consultative. Dans le même sens, alors que les avis de cette commission émanent du corps médical et de lui seul, ceux du comité technique paritaire sont en quelque sorte freinés par la présence de l'Administration qui en l'occurrence joue le rôle d'un filtre, tant au niveau de l'élaboration des avis qu'à celui de leur adoption.

2. La limitation des attributions.

Si la commission médicale consultative a une compétence quasi-générale et émet des avis sur le plan administratif et financier, le comité technique paritaire ne peut se pencher que sur des problèmes touchant au personnel ou à l'organisation du travail, entendus de façon restrictive. Il est consulté, aux termes du décret de 1972, sur l'organisation du fonctionnement des services et non pas sur l'organisation et le fonctionnement des services. Cette nuance, assez subtile, a été soulignée par une circulaire n° 174/DII/4 du 24 Août 1972 qui précise qu'ainsi la création et la suppression des services, ayant trait à l'organisation, ne font pas l'objet des avis du comité, du moins pas de façon obligatoire. Par ailleurs, les questions touchant à l'organisation du travail sont elles-mêmes limitées ; les actes de gestion courante, les décisions individuelles ou celles qui sont prises après consultation d'organismes spécifiques — à savoir les commissions paritaires et le comité d'hygiène et de sécurité — ne peuvent être soumises au comité technique paritaire. Enfin le comité n'a pas la possibilité d'exprimer son opinion sur les aspects financiers de la gestion.

Il convient de préciser que la pratique effective tend à faire sortir le comité de ce cadre trop étroit ; de nombreuses questions qui, aux termes des textes, ne sont pas de sa compétence sont en fait débattues en séance. Il semble clair pour tout le monde que l'organisation du travail est nécessairement liée aux projets de création ou d'extension des services ; de même la frontière entre "l'emploi des diverses catégories de personnel" — à l'exception naturellement du personnel médical — et l'examen des situations individuelles est pour le moins mouvante. Le comité technique paritaire a de fait une compétence plus large que celle que lui donnent les textes, sans pour autant égaler la compétence étendue de la commission médicale consultative.

b) Le fonctionnement du comité technique paritaire

En raison des modalités de désignation des représentants du personnel,

le comité technique paritaire apparaît dans les faits comme étant un organe d'expression des syndicats. Son caractère paritaire a pour effet de placer l'Administration face aux syndicats, ce qui provoque des oppositions ou des regroupements lors des discussions ou au moment du vote.

1. *Organe d'expression des syndicats.*

Les représentants du personnel parlent fréquemment au nom du syndicat auquel ils appartiennent et agissent pratiquement dans tous les cas suivant les positions adoptées par ce même syndicat. Les séances du comité prennent souvent l'aspect d'une étude des textes, qu'il s'agisse des dispositions statutaires ou des règles innombrables concernant l'emploi des personnels ; les représentants du personnel sont dans la plupart des cas très bien informés, en général aussi au fait de la législation hospitalière que les représentants de l'Administration. Leur attitude est tantôt défensive, lorsqu'ils estiment qu'une catégorie d'agents a été lésée quant à ses conditions de travail, tantôt offensives lorsqu'ils découvrent qu'une possibilité offerte par un texte n'a pas trouvé son application à l'intérieur de l'établissement. Le dialogue est très souvent circonscrit aux représentants du personnel et au directeur, c'est-à-dire à ceux qui connaissent le mieux la législation et son évolution. Le président intervient également pour tenter d'élever le débat vers des considérations plus générales ou proposer une solution qui satisfasse les deux parties. La procédure utilisée permet par ailleurs que de nombreux points soient abordés ; les syndicats font parvenir à la direction les questions dont ils souhaitent débattre lors de la prochaine séance, l'inscription à l'ordre du jour étant en général automatique.

2. *Les attitudes.*

Les représentants du personnel apparaissent surtout comme demandeurs, et non comme conseillers à l'instar des membres de la commission médicale. L'Administration siégeant en face d'eux, le but recherché est de la convaincre de la légitimité et du bien-fondé de leurs revendications. La tactique employée consiste à ne pas se montrer divisés ; les préoccupations des syndicats étant ici essentiellement professionnelles, les clivages politiques ou idéologiques sont le plus souvent imperceptibles. Il convient ensuite de rechercher des alliés parmi les représentants de l'Administration. On a vu le rôle joué par le ou les médecins en ce domaine ; il en va généralement de même pour les autres membres désignés par le conseil d'administration. Certes, il existe des cas où un consensus de détail réunit tous les suffrages sur un avis déterminé. Dans les autres hypothèses le directeur, incarnation de l'Administration mais aussi plus sujet à l'influence des autorités de tutelle, apparaît comme un ennemi irréductible ; le président du conseil d'administration tente quant à lui de préserver tous les intérêts. Aussi c'est parmi les élus locaux ou les autres administrateurs que les représentants du personnel cherchent un appui ou une voix susceptible de mettre fin à la parité, à leur avantage. Dès lors toutes les situations sont possibles ; la tendance des administrateurs et des élus étant la seule déterminante, il est impossible de dégager une ligne directrice générale quant aux différentes coalitions qui peuvent se former. Si on peut avancer qu'un conseiller général communiste approuvera aisément les revendications des représentants C.G.T. du personnel, l'attitude des autres membres est beaucoup plus imprévisible et varie suivant les cas d'espèce et les circonstances.

Ces fluctuations et ces tactiques ont une importance plus grande qu'il n'y paraît. Dans le cadre du comité technique paritaire, elles n'ont pour but

que d'amener la majorité des membres, sinon la totalité, à émettre un avis. Mais en fait elles préjugent du sort réservé ultérieurement à cet avis qui deviendra éventuellement une décision ou en modifiera une autre. Lorsque l'avis concerne la sphère de compétence du directeur, celui-ci devra tenir compte des alliances réalisées au sein du comité avant de déterminer le sort qu'il réserve à cet avis. Lorsqu'il concerne le conseil d'administration, il est probable que ses membres siégeant au comité adopteront une attitude identique ou semblable au moment de la prise de décision. Toutefois certains facteurs peuvent provoquer des changements dans les comportements ; les caractères propres au fonctionnement du conseil d'administration, la présence des autorités de tutelle, la faiblesse de la représentation du personnel sont à même de modifier la situation au moment de la décision et d'influer de façon défavorable sur le sort réservé aux avis du comité.

3) LES ORGANES CONSULTATIFS SPECIALISÉS

Il existe des organismes d'importance secondaire donnant des avis sur des problèmes très particuliers.

a) *Les commissions paritaires*

Elles existent à l'hôpital comme dans la plupart des Administrations. Ici comme ailleurs, ces commissions se bornent à émettre des avis sur les décisions touchant à la carrière des membres du personnel : les titularisations, les avancements de grades et d'échelons, l'examen des modalités de notation et de façon générale tous les problèmes d'ordre individuel concernant les agents titulaires de l'établissement. Ces commissions jouent de plus le rôle de conseil de discipline lorsqu'il s'agit de proposer une sanction à la suite d'une faute commise par un agent. On peut noter que ces commissions tendent également à maintenir les divisions qui existent entre les membres du personnel d'exécution ; le C.H.R. comporte par exemple quatre commissions — personnel administratif, personnel soignant, personnel secondaire des services médicaux et personnel des services généraux — subdivisées elles-mêmes en quatre ou cinq groupes selon les grades que comprend la catégorie intéressée. Il en résulte un fractionnement des représentants du personnel qui agissent surtout pour le compte des agents de leur groupe et de leur grade et ne représentent pas l'ensemble du personnel. Bien que paritaires comme le comité technique, ces commissions ne peuvent être considérées comme un moyen d'expression syndicale ; par contre elles contribuent à limiter le champ d'action de ce comité technique en se prononçant sur les questions individuelles.

b) *Le comité d'hygiène et de sécurité*

Comme son nom l'indique ce comité, institué par arrêté interministériel du 20 Juin 1960, veille au respect des mesures propres à assurer la sécurité des personnes travaillant à l'hôpital. Il a un caractère particulier par rapport aux autres organismes en ce sens qu'il procède à une inspection pour contrôler l'application des dispositions légales et réglementaires relatives à l'hygiène et à la sécurité, particulièrement nombreuses dans ce type d'établissement. Il émet également des avis sur l'entretien des dispositifs de protection et sur les consignes diffusées ou affichées à l'intérieur de l'hôpital. Composé de représentants de l'Administration et des organisations syndicales, il veille surtout à prévenir les accidents ; en fait les préoccupations de l'Administration et des syndicats sont identiques en ce domaine. Si les syndicats se montrent très vigilants quant aux conditions de travail du personnel, l'Administration et notamment le directeur sont aussi très attachés au bon

fonctionnement de l'hôpital sur le plan de la sécurité, ne serait-ce qu'en raison de l'étendue de la responsabilité en cette matière. Réuni deux fois par an ou lorsqu'un accident grave est survenu, ce comité a surtout pour effet de créer une consultation supplémentaire, ce qui n'est pas pour alléger la procédure d'élaboration des décisions.

c) *Le comité de coordination hospitalo-universitaire*

Ce comité est propre au C.H.U. car il symbolise la liaison établie entre le C.H.R. et l'U.E.R. médicale sur la base d'une convention. On pourrait penser que la participation existante au sein de l'Université a une influence sur l'exercice de la participation au niveau de l'hôpital; en fait il n'en est rien. Le rôle du comité de coordination est d'abord très limité. Il peut émettre des avis sur les projets de convention, le choix des priorités en matière d'équipement hospitalier et universitaire, proposer des mesures destinées à assurer l'équilibre entre les charges d'enseignement et les sujétions hospitalières; il est aussi un lieu d'information réciproque des deux parties sur tous les problèmes communs. Mais ce comité ne se réunit que deux fois par an, et l'une de ces séances est presque exclusivement consacrée à élaborer un avis relatif au nombre d'étudiants susceptibles d'être accueillis dans les services hospitaliers; il reste donc très peu de temps pour exercer les autres fonctions. Par ailleurs la composition de ce comité, qui comprend six représentants du conseil de gestion de l'U.E.R. médicale, et le fait que le président est désigné alternativement parmi les membres siégeant au titre hospitalier et les membres siégeant au titre universitaire ont pour effet de provoquer la recherche du compromis dans la majorité des cas. Chaque groupe expose ses besoins et en cas de discordance seule une négociation peut aboutir à une solution qui ménage les deux parties mais ne satisfait personne. D'autre part la présence des autorités de tutelle et du recteur, ou de son représentant, ne permet pas que la discussion soit totalement libre; la position de chacun est le plus souvent conditionnée par la politique des Ministres de la Santé et de l'Éducation, exposée par leurs représentants au comité et qui finit généralement par s'imposer ne serait-ce qu'en raison des implications financières des options à "choisir". Le C.H.U. n'est pas une entité mais une juxtaposition de deux personnes publiques décentralisées poursuivant un but plus ou moins commun; cela n'empêche pas qu'il constitue l'instrument privilégié de la politique du gouvernement en matière sanitaire et en matière d'enseignement médical. C'est ainsi que les avis du comité de coordination sur les possibilités d'accueil de l'hôpital sont envoyés sans délai aux ministères qui décident ensuite du nombre d'étudiants pouvant être admis, ce au niveau national.

Un autre aspect du rôle limité du comité de coordination hospitalo-universitaire provient de l'absence d'une catégorie d'usagers du C.H.U., à savoir les étudiants. Alors qu'ils sont représentés au conseil de gestion de l'U.E.R., ils ne disposent d'aucun siège au sein du comité. Les étudiants sont seulement consultés sur les possibilités d'accueil des services hospitaliers; ils donnent leur opinion, qui peut avoir une influence ou non, sur un avis conditionné par les directives ministérielles et dont les ministères tiennent ou ne tiennent pas compte. Sans préjuger de la réalité de la participation à l'Université, on constate que les étudiants participent à la prise de décision en siégeant avec voix délibérative dans les différents conseils; ils ne sont que consultés au second degré et sur un seul problème au sein de l'organe consultatif concrétisant la liaison entre l'Université et l'hôpital. On peut en déduire que la participation qui s'exerce à l'Université n'a pas eu d'effet, du

moins favorable, sur la participation au sein de l'hôpital. Précisons que ce sont les textes législatifs et réglementaires, et ceux qui en sont à l'origine, qui ont entraîné cette situation, beaucoup plus que les éventuelles déformations dues au fonctionnement pratique du comité. Les débats parlementaires qui ont précédé le vote de la loi hospitalière du 31 Décembre 1970 en donnent une illustration en même temps qu'ils expliquent cet état de fait. Les députés socialistes avaient proposé que des délégués élus des étudiants siègent au comité; le gouvernement s'y était alors opposé, suivant en cela le rapporteur, M. PEYRET, qui avait expliqué son refus en ces termes: "Les hôpitaux, où l'on soigne des malades, ne doivent pas devenir de petits Nanterre"⁹.

La différence entre les organes consultatifs est flagrante. Si la présence de comités ou commissions spécialisés apparaît logique, il n'en va pas de même quant à la division entre les deux organes représentant les acteurs de l'hôpital. L'exercice de la participation renforce la séparation entre deux groupes essentiels à l'intérieur de l'établissement, que ce soit sur le plan des attributions, des moyens d'action ou des attitudes; il maintient un rapport de forces entre le corps médical et le personnel. La perception de la consultation est dès lors différente dans les deux cas; pour reprendre une formule utilisée par un membre de la direction, s'il faut s'entendre avec les médecins, ce n'est pas indispensable avec le personnel. Le comité technique paritaire apparaît comme le parent pauvre au niveau de la consultation, comme l'est le personnel au regard de la répartition des pouvoirs dans l'hôpital.

B) LA PARTICIPATION DÉCISION

Le conseil d'administration réalise une participation-décision en ce sens que chaque membre de ce conseil est un véritable décideur; plus précisément c'est l'ensemble des participants qui prend les décisions, sous réserve de l'approbation par la tutelle.

Le conseil d'administration est le plus ancien des organes de participation; sous le nom de commission de surveillance ou de commission administrative, il regroupait antérieurement les principaux intéressés à la marche de l'hôpital. Le changement de nom opéré en 1970 a changé peu de choses: le conseil d'administration est toujours un moule dans lequel sont fondus les différents groupes, extérieurs et intérieurs, concernés par le fonctionnement de l'établissement. Cette réforme s'est cependant caractérisée par une diminution des attributions de cet organe représentatif au profit du directeur nommé par l'autorité supérieure.

Par ailleurs, aucun conseil ne constitue à lui seul une particularité; si les attitudes des participants peuvent varier, on retrouve dans les trois établissements les mêmes schémas de fonctionnement et, surtout, les mêmes déformations.

1) LA REPRÉSENTATION DES INTÉRÊTS

Le conseil d'administration regroupe les personnes concernées par le fonctionnement de l'hôpital, qu'il s'agisse de ceux qui y travaillent ou de ceux qui ont pour tâche d'offrir aux usagers les moyens susceptibles de prendre en charge leurs besoins en matière de santé. Cette représentation

⁹. Assemblée nationale, 2^e séance du 4 décembre 1970. *Journal officiel*, débats assemblée, du 5 décembre 1970, page 6197.

des intérêts a pour conséquence d'assurer un équilibre des forces au sein de l'organe délibérant. D'autre part, le conseil est chargé des responsabilités essentielles de gestion, bien qu'il ait perdu beaucoup de ses pouvoirs au profit du directeur ; il est aussi le point de convergence partiel des organes consultatifs, réalisant ainsi la synthèse entre les deux modes d'exercice de la participation.

a) *L'équilibre des forces*

A la différence de la plupart des autres établissements publics la composition de l'organe délibérant échappe à la mainmise du pouvoir central. Le conseil d'administration comprend des membres qui ont un intérêt, le plus souvent direct, dans la gestion de l'établissement. Les élus locaux sont ainsi concernés en raison des liens étroits qui subsistent entre l'hôpital et la collectivité locale de rattachement. Sur un autre plan, les organismes de Sécurité Sociale qui supportent la quasi-totalité des dépenses hospitalières, qu'il s'agisse des prix de journée ou des honoraires médicaux, sont légitimement intéressés par le fonctionnement de l'établissement et notamment par les aspects financiers de sa gestion. Les personnes travaillant à l'hôpital sont également concernées par les décisions qui engagent l'avenir de l'institution et ont un effet direct sur les conditions d'exercice de leur activité, qu'il s'agisse du personnel d'exécution ou du corps médical.

Cette ouverture de l'organe de décision est le fondement même de la participation. Elle ne doit cependant pas être déformée par l'intervention de l'autorité centrale dans la désignation des participants ; l'hôpital étant fondé sur une collectivité humaine, il est nécessaire que celle-ci choisisse elle-même ceux qui doivent la représenter. Ce but est dans une large mesure atteint en ce qui concerne le conseil d'administration. C'est ainsi que les élus locaux sont désignés par les assemblées auxquelles ils appartiennent, c'est-à-dire le conseil général et les conseils municipaux, et les représentants de la Sécurité Sociale par les divers organismes d'assurance maladie ; quant aux acteurs internes, on a vu que leurs choix étaient indirectement fondés sur l'élection. Par ailleurs, s'il existe dans chaque conseil deux personnalités qualifiées, qui constituent habituellement un moyen pour l'autorité supérieure d'infléchir l'orientation d'un organe délibérant, seule l'une d'elles permet au préfet d'effectuer un choix ; l'autre personnalité doit en effet être un médecin de clientèle désigné conjointement par le conseil départemental de l'ordre et le syndicat de médecins le plus représentatif. Ainsi, mis à part un administrateur, la composition du conseil échappe-t-elle à l'autorité de tutelle.

La composition de l'organe délibérant varie quantitativement suivant les établissements : si le conseil comprend neuf membres à l'hôpital rural, il compte vingt-deux administrateurs au C.H.R. Mais le fait important est que l'équilibre des forces est préservé dans tous les cas entre les différents groupes. Si le conseil d'administration du C.H.R. comprend six élus locaux alors que l'hôpital rural n'en comporte que trois, il comprend six représentants de la Sécurité Sociale contre deux à l'hôpital de GOURNAY. Il en va de même quant aux autres rapports, et notamment entre le nombre de médecins et le nombre de représentants du personnel. Quel que soit l'hôpital, aucun groupe ne détient à lui seul la majorité, bien que certains soient beaucoup plus représentés que d'autres. Ce principe dominant d'équilibre des forces est souligné par les nombreuses incompatibilités concernant la fonction d'administrateur qui interdisent qu'une même personne siège à plus d'un titre ; la sanction d'une délibération prise par un conseil irrégulier.

lièrement composé est du reste la nullité pure et simple. Il appartient au préfet de veiller à ce que les normes relatives à la composition du conseil soient respectées ; il peut à cet égard recourir à la procédure de démission d'office.

Le fait qu'aucun groupe ne détienne la majorité a pour conséquence de faire le jeu du directeur ; l'application de la notion de représentation des intérêts a créé au sein du conseil certaines divisions dont le directeur profite, bien que les oppositions ne soient jamais fondamentales. Le pluralisme des groupes représentés a pour effet d'empêcher que le conseil n'apparaisse comme un organe cohérent face à un directeur ou à une équipe de direction soudée ; l'un des organes de l'administration bicéphale ne constitue pas un organe homogène capable de rivaliser avec l'autre. Il s'agit bien ici de rivalité car le directeur n'est pas responsable devant le conseil d'administration qui ne le nomme pas ; et si depuis 1970 la répartition des compétences est clairement définie, ce qui supprime les conflits qui existaient antérieurement, en pratique les deux organes demeurent concurrents au regard de la gestion. Or, l'hétérogénéité du conseil permet au directeur d'influer sur son fonctionnement et, par là, de conditionner ses décisions.

b) *Les moyens d'action*

La nouvelle répartition des compétences opérée par la réforme de 1970 a eu pour effet d'atténuer le pouvoir d'impulsion qui appartenait principalement au conseil d'administration. Désormais c'est au directeur que revient la tâche de déterminer les grandes options et d'assurer la conduite générale de l'établissement ; sous ce terme fort vague se dissimule un pouvoir d'intervention considérable car pratiquement illimité, la seule survenance d'un problème justifiant l'action du directeur. Celui-ci est simplement tenu d'informer le conseil de la marche de l'établissement. Bien que limitativement énumérées par l'article 22 de la loi du 31 Décembre 1970, les attributions du conseil d'administration demeurent relativement importantes. S'il ne délibère que sur certains aspects de la gestion, les points sur lesquels il a à se prononcer déterminent dans une large mesure l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital ; le conseil délibère notamment sur :

- le budget, les crédits supplémentaires et les comptes ;
- les propositions de prix de journée ;
- les emprunts ;
- le plan directeur et les projets de travaux de construction, de grosses réparations et de démolitions ;
- le règlement intérieur ;
- les créations, suppressions et transformations de services ;
- les règles concernant l'emploi des diverses catégories de personnel, pour autant qu'elles n'ont pas été fixées par des dispositions législatives ou réglementaires ;
- les conventions passées en application de l'article 6 de l'ordonnance du 30 Décembre 1958 et de l'article 43 de la loi du 31 Décembre 1970...

Les décisions du conseil sont tempérées par la tutelle car toutes, à l'exception des délibérations portant sur deux points secondaires, sont soumises à l'approbation du préfet du département, sauf les conventions qui demeurent soumises à l'approbation interministérielle prévue par l'ordonnance du 30 Décembre 1958. D'autre part, si l'autorité de tutelle ne dispose plus du

pouvoir de suspendre l'application des délibérations, elle conserve un pouvoir de substitution quant à la décision la plus fondamentale du conseil d'administration, à savoir la proposition des prix de journée ; et surtout la loi de 1970, qui se voulait plus favorable à l'idée d'autonomie que les précédentes réformes, a laissé subsister la notion d'approbation préalable des décisions qui ne sont exécutoires qu'après approbation explicite ou implicite passé un délai de trente jours.

Le conseil d'administration est aussi le lieu de convergence des organes consultatifs, du moins partiellement. Seuls les avis relatifs aux décisions qu'il est habilité à prendre lui sont soumis au début de chaque séance. Cette obligation peut n'être que formelle ; il suffit que l'exposé des avis émanant des divers comités et commissions ait été fait pour qu'il puisse délibérer valablement. En fait, l'influence des avis, et donc de la consultation, dépend entièrement des possibilités, de la conjoncture, de la personnalité des administrateurs et de la manière dont leurs auteurs les défendent ; c'est-à-dire que leur sort est soumis aux mêmes règles et aux mêmes déformations que celles qui président à l'élaboration de la décision elle-même.

2) LE FONCTIONNEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le conseil d'administration est semblable dans les trois établissements ; si le nombre des représentants de chaque groupe d'intérêts varie et si la dimension, la nature de l'activité ou la localisation de l'hôpital peuvent entraîner des différences dans le fonctionnement de cet organe, aucun ne constitue une particularité. On retrouve dans tous les cas des éléments déterminants qui tous ont pour effet de diminuer son rôle en tant qu'organe représentatif. Certains facteurs tiennent aux modalités de fonctionnement de ce conseil, d'autres plus psychologiques proviennent d'une modération naturelle des participants, bien que les attitudes de chacun puissent se révéler différentes.

a) *La technicité des séances*

Le caractère très technique des réunions du conseil d'administration est dû à la conjugaison de plusieurs facteurs qui se trouvent incarnés en la personne du directeur et des représentants de la tutelle. Bien qu'aucun d'entre eux n'ait voix délibérative, ils tiennent en réalité le rôle prépondérant au sein du conseil.

1. *Le rôle du directeur.*

La grande majorité des décisions ont pour origine une intervention du directeur, qui tend souvent à suppléer le président du conseil d'administration dans son rôle d'animateur. Vis-à-vis de l'organe délibérant le directeur est l'agent d'exécution des décisions ; en fait il est aussi celui qui prépare, donc conditionne, la plupart des délibérations. Il suffit pour s'en persuader de regarder les procès-verbaux qui commencent presque tous par les mots "M. le directeur expose..." ou "M. le directeur rappelle..." ; il en va de même lorsque la délibération porte sur un aspect financier de la gestion, auquel cas le directeur "soumet au conseil" tel rapport ou les comptes administratifs.

L'attitude des membres du conseil consiste alors à demander des explications complémentaires, à émettre un doute ou une critique sur un chapitre du budget, rarement à remettre en cause les propositions globales. En fait, on a l'impression que le directeur se présente devant le conseil pour obtenir son aval.

La limite apportée à cette situation provient de l'existence des avis émis par les organes consultatifs ; ce sont alors les médecins ou le personnel qui animent la séance du conseil. Cependant, les avis de la commission médicale consultative tendent le plus souvent à ressembler aux propositions du directeur quant à leur caractère technique ; c'est alors le point de vue des médecins en tant que techniciens qui est donné sur tel problème médical ou administratif. Les avis du comité technique paritaire apparaissent généralement comme constituant des revendications, mais ils peuvent aussi revêtir un aspect technique. Pour ne pas tomber dans la caricature, il convient de préciser que d'autres membres du conseil, et notamment son président, jouent parfois un rôle moteur par des suggestions autonomes. Mais le fonctionnement concret du conseil d'administration ne laisse subsister aucun doute sur la fonction déterminante du directeur. Quelles que soient les attitudes adoptées par les administrateurs, les délibérations sont pour la plupart conditionnées à l'origine, même si le directeur fait preuve, comme c'est le cas le plus fréquent, de la plus grande objectivité.

2. La présence des autorités de tutelle.

Conditionnés au niveau de la préparation des décisions, les participants le sont aussi au moment de la discussion par la présence des autorités de tutelle, qu'il s'agisse du préfet ou plus souvent du directeur de l'action sanitaire et sociale ou de son représentant. La présence des autorités de tutelle aux séances du conseil s'explique par la nécessité de voir la façon dont les délibérations ont été prises ; ne disposant que de trente jours avant que la décision ne devienne exécutoire, la tutelle tient à s'informer sur place des travaux du conseil. Aussi, un représentant de la direction départementale de l'action sanitaire et sociale siège à titre consultatif à chaque réunion. Or, il est loin de se comporter en simple observateur, mais exerce à l'inverse une influence décisive sur le fonctionnement du conseil qui prend même dans quelques cas l'aspect d'un veto de fait. Le représentant de la tutelle intervient le plus souvent pour mettre en garde les membres du conseil quant au respect des textes, il exprime et résume les possibilités d'action du conseil au regard de la légalité. La position hiérarchique du directeur fait qu'il veille lui-même à ne pas dépasser le cadre des attributions du conseil et respecte la réglementation en vigueur lorsqu'il expose les problèmes aux administrateurs ; cette auto-limitation ne nécessite donc pas l'intervention du représentant de la tutelle. Par contre, lorsqu'une suggestion émane d'un participant, ou lorsqu'une demande provenant du comité technique paritaire est sur le point d'être approuvée et de devenir décision, il est fréquent que la tutelle exprime des réserves quant à l'approbation de cette décision. Certes, le conseil peut passer outre ; mais le fait que la délibération soit ensuite envoyée à la préfecture incite les membres du conseil à suivre les avis émis par le représentant de la tutelle. Ce dernier ne recourt jamais à l'ultimatum ni à la menace ; ses interventions ont toujours l'aspect de conseils donnés sur des problèmes techniques qu'une réglementation volumineuse enserme dans des limites strictes. Il n'en reste pas moins que les administrateurs sont conditionnés par cette "épée de Damoclès" suspendue au-dessus de la table du conseil.

L'approbation préalable tend ainsi à être complétée par un contrôle à la source de la décision. L'approbation préalable, exercée seule, laisse une certaine liberté aux administrateurs au moment de l'élaboration des décisions et ne concerne que les actes ; renforcée par ce contrôle, elle devient un obstacle à toute initiative. Le poids de la tutelle, sur les décisions et sur

les personnes est, de plus, particulièrement perceptible à l'hôpital où une abondante réglementation existe sur chaque aspect de la gestion.

b) *Les attitudes des participants*

Le conseil d'administration regroupant des intérêts divers, les participants adoptent des attitudes différentes selon le groupe qu'ils représentent ; on peut, à cet égard, procéder à une classification des comportements basée sur l'appartenance à telle catégorie. Cependant, les oppositions sont relativement rares car l'organe délibérant baigne dans un climat de confiance et repose sur un consensus général qui tend à niveler les attitudes.

1. *Les comportements catégoriels.*

L'ouverture du conseil d'administration à tous les groupes concernés par le fonctionnement de l'hôpital a pour conséquence directe le fait que chaque participant apporte au conseil le point de vue du groupe auquel il appartient. Cette situation est renforcée par le fait que les divers intérêts sont représentés par plusieurs membres, à l'exception des représentants du personnel au Centre Psychiatrique et à l'hôpital rural qui ne disposent que d'un siège. Dès lors les élus locaux, les représentants des organismes d'assurance maladie, les médecins se comportent en tant que membre d'un groupe beaucoup plus que comme participant individuel et autonome, ce qui permet de percevoir des préoccupations propres à chaque catégorie.

Les élus locaux sont en premier lieu les délégués des usagers. Les usagers ne sont membres d'aucune structure de participation ; leur seule possibilité d'expression est le questionnaire de sortie qu'ils peuvent remplir pour faire part de leurs critiques à la direction, et qui concerne essentiellement le problème très actuel de l'humanisation des hôpitaux. Mis à part cette consultation aléatoire les usagers ne peuvent participer que par l'intermédiaire des élus locaux et accessoirement des représentants de la Sécurité Sociale. Cette représentation subit toutefois une légère déformation en ce sens que les conseillers généraux ou municipaux parlent plus au nom des électeurs qu'au nom des usagers. L'hôpital, surtout lorsqu'il est de dimension réduite et localisé en milieu rural, constitue assurément un terrain d'action pour les hommes politiques ; selon les services que l'hôpital peut rendre à la population locale, les électeurs jugeront plus ou moins favorablement l'action de leurs représentants, du moins dans le domaine de la politique sanitaire et sociale. Mais c'est surtout un type de comportement que les élus apportent au conseil d'administration ; habitués aux réunions et aux assemblées, leur attitude est faite en général de prudence complétée par un souci de formalisme. Les élus représentent surtout une garantie morale quant au respect d'une certaine démocratie. Cet aspect est particulièrement perceptible en ce qui concerne le comportement du président du conseil d'administration qui est toujours un élu — un conseiller général au Centre Psychiatrique, le maire de ROUEN au C.H.U., le premier adjoint à l'hôpital de GOURNAY. Si le directeur est l'animateur des séances, le président en est l'autorité morale.

Les représentants des organismes d'assurance maladie parlent aussi au nom des usagers, mais surtout en tant que payeurs. La rationalité qui les anime est relativement simple : supportant la quasi-totalité des dépenses, ils veillent à ce que les décisions du conseil aillent dans le sens d'une gestion optimale. Administrateurs des différentes caisses de Sécurité Sociale, ils ont par conséquent rompus aux techniques administratives et financières et aptes à exercer ce contrôle qui peut devenir impulsion. Ils sont cepen-

dant "court-circuités" dans ce rôle par l'autorité de tutelle qui fixe les prix de journée et détient de ce fait le pouvoir réel en matière financière.

Les médecins sont sans doute les acteurs les plus actifs au sein du conseil ; l'existence de la commission médicale consultative leur donne d'ailleurs un certain avantage par rapport aux autres groupes. Outre les avis émis par la commission, les représentants connaissent la plupart des questions traitées et ont une opinion sur tout, chaque problème abordé étant considéré comme ayant une conséquence directe ou indirecte sur l'activité médicale : "il faut faire attention à ce qu'on dit, car rien ne tombe dans l'oreille d'un sourd" ¹⁰. La présence du doyen de l'U.E.R. médicale au conseil d'administration n'a en ce domaine qu'une influence limitée ; s'il intervient pour exposer l'aspect universitaire lorsque des nominations sont envisagées, il se comporte le plus souvent en tant que médecin.

Les personnalités qualifiées ont un rôle assez effacé. Le médecin de clientèle est à même d'apprécier les questions médicales, mais se heurte en général à la spécificité du groupe des médecins hospitaliers. L'autre personnalité, choisie par le préfet, se révèle être totalement indépendante de celui-ci, ou plus exactement conditionnée par le pouvoir tutélaire au même titre que les autres participants ; son rôle est uniquement fonction de sa personnalité propre.

Enfin, le ou les représentants du personnel occupent une position très particulière qui tend à se définir par opposition aux autres groupes. Bien qu'aucune catégorie ne détienne la majorité, celle du personnel apparaît plus minoritaire que les autres. Quantitativement, on ne compte qu'un seul représentant du personnel au Centre Psychiatrique sur quatorze membres, et deux au C.H.U. pour un total de vingt-deux administrateurs. Sur le plan qualitatif cette sous-représentation est encore plus sensible ; le délégué du personnel étant désigné par les syndicats, son attitude est essentiellement revendicative. Or, il est le seul à adopter cette attitude au sein du conseil. Les participants lui témoignent toujours un certain intérêt, mais davantage fondé sur la politesse que sur un partage des préoccupations. Certes, il arrive que son point de vue influe sur la décision ou qu'une revendication soit adoptée par l'ensemble des membres ; le représentant du personnel peut trouver des alliés, notamment chez les élus ou les médecins. Il n'en demeure pas moins qu'il est souvent tenu à l'écart, cette situation étant parfois due à une certaine agressivité ou au refus d'admettre les contraintes pesant sur l'hôpital.

Chaque groupe reflète une certaine image des intérêts qu'il représente, mis à part la personnalité qualifiée qui n'agit qu'à titre personnel. A la limite, il serait possible de définir la catégorie à laquelle appartient tel participant en observant simplement son comportement. La perception est cependant rendue difficile par le climat général qui préside aux séances du conseil.

2. L'ambiance générale.

S'il arrive que le représentant du personnel fasse preuve d'une certaine agressivité, l'atmosphère générale des séances du conseil est caractérisée par la courtoisie et la bonne entente. Cela est d'abord dû au fait que tous les membres se connaissent : le conseil étant réuni en moyenne huit fois

10. Interview d'un cadre de direction.

par an, les participants ont l'habitude de se rencontrer. Certains se retrouvent d'ailleurs dans divers comités ou commissions extérieures à l'hôpital ; les autres, c'est-à-dire les médecins, les représentants du personnel, se connaissent par la force des choses puisque travaillant dans le même établissement, encore que la dimension du C.H.R. ne facilite guère les contacts. En outre, la plupart restent en fonction pendant assez longtemps : les membres de droit siègent aussi longtemps qu'ils exercent les fonctions qui leur ont valu leur désignation en qualité de membre de droit, les représentants du personnel siègent pour trois ans, les autres administrateurs aussi longtemps que dure le mandat qui leur a été conféré par l'assemblée qui les a désignés. Il se dégage ainsi des réunions un ton dominant fait de politesse et d'attentions envers les autres membres, même s'il existe des divergences, et qui contamine également le représentant du personnel, pourtant considéré comme le plus "extrémiste".

Ces raisons de fait mises à part, cette atmosphère est due en grande partie à la façon dont les participants perçoivent leur fonction : ils se sentent avant tout comme responsables de la bonne marche de l'établissement, siégeant pour régler les problèmes de gestion et non pour bouleverser les principes ou les structures de l'hôpital ; le conseil d'administration est une assemblée de gestionnaires, bien que certains membres refusent cette qualité. Elle est pourtant fondée sur l'absence de remise en cause du système de fonctionnement de l'hôpital ou de son schéma d'organisation, du moins au cours des séances. Tous se comportent comme si ils avaient à résoudre des problèmes particuliers, ou à permettre à l'établissement de fonctionner, par exemple en le dotant d'un budget satisfaisant, et non comme pouvant proposer une autre vision des choses ou d'une finalité différente. Il est vrai que ce consensus, apparemment inébranlable, est dû en grande partie aux attributions limitées du conseil et aux interventions prépondérantes du directeur et de l'autorité de tutelle qui ont pour effet de transformer toute question en problème technique. Mais il trouve aussi son origine dans l'absence de divisions idéologiques ou politiques au niveau du conseil d'administration. Or, les divisions catégorielles ne sont en général pas assez marquées pour provoquer des clivages importants. Si chaque membre se rattache à un groupe déterminé, cette appartenance n'est pas en elle-même suffisante pour provoquer des seissions durables, ce qui explique la rareté du recours au vote et le fait que l'accord soit rapidement obtenu après que chacun ait parlé pour le compte du groupe qu'il représente.

Le conseil d'administration réalise une ouverture indéniable de l'hôpital aux groupes concernés par son fonctionnement ; mis à part les usagers, qui sont indirectement représentés, tous les acteurs extérieurs et intérieurs ont la possibilité de participer aux décisions. Mais cette ouverture provoque une hétérogénéité dans la composition du conseil qui se révèle être doublement néfaste car à la fois trop grande et insuffisante qualitativement. Trop grande, elle implique un équilibre des forces qui permet au directeur d'exercer son influence sur le fonctionnement du conseil et donc sur les décisions. Insuffisante, elle empêche la naissance d'oppositions réelles et durables et devient un facteur d'immobilisme en limitant les discussions à des problèmes techniques de gestion où, là encore, le directeur se trouve être dans une position des plus favorables. Par ailleurs, l'énumération limitative des attributions du conseil enferme les décisions elles-mêmes dans un cadre restreint.

La participation doit s'apprécier dans ses différentes modalités d'exercice car sa pratique au niveau du conseil d'administration ne suffit pas à rendre compte de son fonctionnement effectif. Les attributions limitées de l'organe

délibérant, sa technicité et l'attitude modérée de ses membres en font une assemblée de gestionnaires, en aucun cas un forum. Le conseil d'administration a tendance à donner une image idyllique de la participation, en partie due au sentiment de responsabilité qu'éprouvent les participants.

Les organes consultatifs reflètent une image différente. La commission médicale consultative semble jouer pleinement son rôle parce qu'elle ne subit que très peu d'influences, et le comité technique paritaire en raison des oppositions franches qu'il fait naître ou renferme, plus ou moins marquées selon la virulence des syndicats. Sans doute parce qu'ils ne donnent que des avis, les organes consultatifs apparaissent plus dynamiques, au regard de la participation, que le conseil d'administration responsable. Le comportement général des membres du conseil, ainsi que le rôle et les moyens que les textes lui ont donnés, ont d'ailleurs pour effet d'instaurer une certaine inégalité des instances consultatives quant à leur influence sur les décisions. Parce qu'il se sent responsable du bon fonctionnement de l'hôpital, le conseil d'administration suivra plus aisément les avis du corps médical, qui tiennent lieu de conseils techniques, que les avis du personnel, toujours teintés d'un caractère revendicatif bien que freinés au moment de leur élaboration.

Si la pratique de la participation diffère selon le lieu où elle s'exerce, elle met dans tous les cas le même personnage au cœur de l'action, à savoir le directeur. La fréquence et la diversité des décisions exigent à la fois permanence, rapidité et souplesse ; or, seul le directeur est à même de réunir ces conditions, et il en retire un avantage certain. Par ailleurs, le directeur détient un pouvoir de décision qui lui est propre et constitue ainsi l'interlocuteur des instances consultatives, du moins partiellement. Il s'avère cependant difficile de porter un jugement en ce domaine ; une appréciation nécessiterait un travail exhaustif pour prétendre approcher la réalité, et le calcul du degré d'incidence des avis sur la décision serait aléatoire. Surtout, la pratique de la participation gagne en fait à être appréciée relativement à sa portée.

III. - LA PORTEE DE LA PARTICIPATION

La participation s'exerce dans les trois hôpitaux ; du moins les nombreux organes qui lui servent de cadre fonctionnent. Et, surtout, personne ne refuse la participation, tous les acteurs de l'hôpital, à quelque groupe qu'ils appartiennent, ont accepté d'être aussi les acteurs de la participation, sauf les usagers et les étudiants exclus à priori de toute concertation directe et effective. On a pu percevoir cependant de nombreuses insuffisances au niveau de l'exercice de la consultation comme au niveau de la prise de décision.

Mais quel est l'apport, l'utilité de la participation dans l'hôpital ? Sur le plan du pouvoir, on ne peut pas dire qu'elle ait opéré une répartition entre les participants, et ce pour une raison majeure : le pouvoir dans l'hôpital échappe pour une très large part à ses organes de décision. La participation n'est pas un facteur de décentralisation, ce qui limite sa portée sur le plan administratif ; bien plus, l'absence d'autonomie nuit elle-même à la participation. Sur le plan des comportements, son influence semble également des plus limitées, encore que les situations doivent être différenciées. Lorsque des conflits subsistent au sein de l'hôpital, l'échec de la participation est souligné de façon patente ; lorsqu'ils n'existent pas, il reste à savoir si le bon fonctionnement de l'établissement est dû à la participation et si un nouveau type de rapports en est résulté.

A) LA PORTEE DE LA PARTICIPATION SUR LE PLAN ADMINISTRATIF

Le statut d'établissement public devrait suffire à assurer à l'hôpital son autonomie. La participation doit l'impliquer ; elle est un symbole de décentralisation, car elle suppose que les responsabilités et le pouvoir de décision soient exercés au niveau où le problème qui se pose peut être correctement résolu. Il n'en est rien à l'hôpital où la tutelle et les interventions de l'autorité centrale permettent de peser sur les décisions, de déterminer les objectifs et les moyens de les atteindre, d'assurer la mainmise de l'Etat sur les établissements quelles que soient leur dimension, leur localisation ou leurs activités. Si la participation n'est pas un facteur de décentralisation, la centralisation se révèle être un élément paralysant pour la participation en raison de l'uniformité et de l'impersonnalité qu'elle porte en elle, qui limitent les initiatives et rendent difficiles l'adaptation et l'engagement.

1) L'ABSENCE D'AUTONOMIE

La centralisation est concrétisée par l'association d'un pouvoir de réglementation très poussé et d'une tutelle omniprésente. L'Etat détermine les objectifs de l'hôpital, pivot de la politique sanitaire, et les moyens de les atteindre, les autorités de tutelle veillant à ce qu'ils soient respectés. La mainmise de l'autorité centrale sur les moyens est beaucoup plus perceptible que son rôle dans la détermination des objectifs ; ceux-ci sont en effet directement dépendants de la mission générale de l'hôpital, c'est-à-dire assurer la prise en charge des besoins sanitaires dans une circonscription donnée. L'hôpital doit faire face à tous les besoins qui se présentent, qu'ils aient été prévus ou non. En ce sens, la détermination des objectifs ne peut prendre que l'aspect d'une orientation de l'activité, ce qui n'exclut pas que dans certains domaines la fonction de l'hôpital soit explicitement définie. Il en va ainsi par exemple en matière d'enseignement où les Ministres de la Santé publique et de l'Education déterminent le nombre d'étudiants pouvant être admis dans les services du C.H.U., sur la base d'un avis du comité de coordination hospitalo-universitaire qui ne peut réellement peser au regard de la

politique de formation des médecins déterminée à l'échelon gouvernemental.

La mainmise de l'autorité centrale sur les moyens de l'hôpital est beaucoup plus perceptible car foncièrement incompatible avec le principe d'autonomie. Elle s'illustre en premier lieu par la maîtrise des ressources, la réglementation et la tutelle participant conjointement à instaurer cette dépendance des établissements. Le prix de journée, proposé par le conseil d'administration, est fixé par le Ministre pour le C.H.U. et par le préfet pour les autres établissements ; dans le premier cas il dépend directement de la décision du Ministre, et dans le second le préfet ne fait qu'obéir aux instructions données par le ministère. Les circulaires ne se bornent pas à déterminer la hausse maximale susceptible d'être acceptée, mais entendent décider de la répartition des augmentations de crédits par chapitre budgétaire ; ce n'est pas seulement le montant des ressources de l'établissement qui est fixé au niveau central, mais encore leur utilisation. C'est ainsi que chaque année les circulaires ministérielles prévoient le taux d'augmentation des dépenses de personnel, des dépenses médicales et pharmaceutiques, ou encore la part du budget pouvant être consacrée aux dépenses d'hébergement ou aux travaux d'entretien. D'autre part, toutes les décisions financières de l'hôpital sont soumises à l'approbation préalable. La réforme de 1970 a modifié peu de choses en ce domaine ; seule l'acceptation des dons et des legs a été soustraite au contrôle de la tutelle, et la part qu'ils représentent au regard des recettes hospitalières est de plus en plus dérisoire. Par contre, les emprunts et les aliénations ou acquisitions d'immeubles demeurent soumis à approbation. C'est en réalité la quasi-totalité des ressources, quel que soit leur montant, qui dépend de l'autorité centrale ou de l'autorité de tutelle, c'est-à-dire qui échappe à l'hôpital.

La situation est tout à fait comparable dans les autres domaines de la gestion où, là encore, tutelle et réglementation agissent dans un sens restrictif vis-à-vis de la liberté d'action des administrations hospitalières. En ce qui concerne le personnel, quantité de textes fixent les conditions de recrutement et le déroulement des carrières mais aussi déterminent les conditions d'emploi des diverses catégories, l'amplitude des horaires et les journées de repos. Parallèlement, le préfet approuve le tableau des effectifs proposé par le conseil d'administration. La liberté d'action des responsables hospitaliers n'est pas plus réelle dans le domaine de l'équipement. Outre les multiples procédures qui doivent être suivies, ils sont tenus de respecter les normes établies par le ministère. De la même façon le plan directeur, véritable programme d'investissement s'étendant sur plusieurs années, est réglementé dans les moindres détails, et son financement nécessite le recours à des subventions de l'Etat ; celles-ci sont d'autant plus indispensables que généralement la Sécurité Sociale n'accorde de prêts qu'aux opérations déjà subventionnées.

On pourrait multiplier les exemples soulignant la mainmise de l'autorité centrale sur les moyens de l'hôpital. Il ne s'agit pas d'une tutelle appréciant les résultats de la gestion, mais d'un déplacement du pouvoir de décision ; les décisions ne sont pas seulement soumises à l'approbation préalable de la tutelle, mais encore et surtout au bon vouloir de l'Administration centrale. La réforme hospitalière du 31 Décembre 1970, qui se voulait axée sur la notion de participation, a généralisé l'institution des comités techniques paritaires, augmenté les attributions de la commission médicale consultative et offert un ou deux sièges au personnel à la table du conseil d'administration ; mais elle a laissé subsister la dépendance de l'hôpital. Certes, la loi

a limité le nombre des délibérations soumises à l'approbation préalable ; mais elle a repris d'une main ce qu'elle donnait de l'autre en confiant davantage d'attribution au directeur nommé par le Ministre et relevant de son autorité. Le fait est d'autant plus grave que le directeur se trouve être au centre de la participation. Par son intermédiaire, la centralisation, loin d'être détruite par la participation, parvient à la combattre.

2) LES CONSÉQUENCES DE L'ABSENCE D'AUTONOMIE

Nommé par le pouvoir central, le directeur est le représentant de l'Etat au sein de l'hôpital. Mais il est aussi le chef de cet établissement, celui qui en assume la gestion quotidienne et la responsabilité. Le directeur se trouve ainsi pris entre deux exigences contradictoires : l'exécution de la volonté supérieure et la gestion d'une institution qui permet à ceux qui la font vivre de s'exprimer. Par ailleurs, l'absence d'autonomie a pour conséquence de faire de l'hôpital le terrain d'application d'une réglementation abondante qui implique l'uniformité et contredit la notion d'initiative.

a) *Le directeur prisonnier de son rôle*

Pour le directeur, la participation est une contrainte. S'il se trouve que les autres membres de l'institution acceptent de participer, ils conservent tous la possibilité d'y renoncer. Seul le directeur n'a pas la faculté de choisir, alors qu'il n'a que rarement voix délibérative dans les divers organes de consultation et de décision. Et pourtant, les trois chefs d'établissement que nous avons rencontrés adhèrent à la participation et la considèrent comme nécessaire. Cette contrainte et cette adhésion symbolisent la situation pour le moins ambiguë dans laquelle se trouvent placés les directeurs d'hôpitaux. Désireux de voir l'hôpital fonctionner le mieux possible, parce qu'il a tendance à s'identifier à lui, le directeur souhaite voir disparaître les tensions ou les conflits en jouant le jeu de la participation, c'est-à-dire en associant réellement à la prise des décisions les personnes qui travaillent sous ses ordres ou à ses côtés ; c'est du reste le rôle de la commission médicale consultative et du comité technique paritaire. Mais à ce stade intervient l'autre aspect du personnage, c'est-à-dire l'agent soumis au pouvoir hiérarchique du Ministre et chargé d'appliquer ses directives. Cette contradiction est d'autant plus vive que le directeur est au centre de l'exercice de la participation.

Il apporte à la participation la technique et la connaissance des dossiers ; sa présence est réellement indispensable dans les différents organismes, ne serait-ce que pour fournir aux participants les informations nécessaires. Il est aussi le seul à pouvoir rendre effectives les décisions puisqu'il dispose de l'autorité sur les agents d'exécution. A la limite, son rôle prépondérant dans les diverses instances est compatible avec la notion de participation. La déformation du système vient de l'absence d'autonomie du directeur qui l'oblige à devenir lui-même l'agent d'exécution des directives de l'Administration centrale. Sa rationalité au niveau du conseil d'administration consiste à maintenir les participants dans un cadre prédéterminé ; dans le cas du budget, par exemple, il lui faut obtenir l'aval des administrateurs sur un projet dont il n'est pas réellement l'auteur, mais qu'il a réussi à élaborer en y incorporant les possibilités fixées par avance et à un autre niveau, tant en ce qui concerne le montant des dépenses que leur répartition. La technicité dont il fait preuve, et qui déteint sur l'ensemble du conseil d'administration, n'est pas celle du gestionnaire, qu'il se refuse à être, mais celle des arrêtés et circulaires qu'il a la charge d'appliquer. La même situation se retrouve au niveau de la consultation ; la liberté

d'action du directeur, lorsqu'il reçoit les avis et les vœux de la commission médicale consultative et surtout du comité technique paritaire, est des plus réduites, car elle consiste à examiner les possibilités offertes par les textes et par le budget avant de se prononcer sur la suite à donner à ces demandes, sans qu'un choix réel soit laissé à son appréciation. Au reste, l'attitude du directeur au sein du comité technique paritaire est caractéristique ; face aux revendications syndicales il apparaît comme le représentant de l'Administration, entendue au sens large et lointain du terme.

Il est cependant des cas où le directeur conserve un pouvoir d'appréciation, à savoir les problèmes pour lesquels la réglementation est insuffisante ou peu explicite. Dans de telles hypothèses le directeur agit pour le mieux, c'est-à-dire dans le sens de ce qu'il estime être meilleur pour son établissement, plus équitable pour le personnel ou plus diplomate envers les médecins. Mais il doit ensuite rendre compte à l'autorité de tutelle. D'ailleurs, le plus souvent, le directeur demande conseil au directeur de l'action sanitaire et sociale ; il est symptomatique de constater que dans les trois établissements les contacts téléphoniques avec la préfecture sont pratiquement journaliers et vont en majorité dans le sens hôpital-direction de l'action sanitaire et sociale, c'est-à-dire dans le sens du demandeur au donneur de conseils. Ces relations permettent à la tutelle de ne pas intervenir au conseil d'administration lorsque le directeur mène les débats et propose les décisions, celles-ci étant dès l'origine conformes à la lettre et à l'esprit des textes.

Le directeur est prisonnier de son rôle car les deux personnages qu'il incarne sont contradictoires, l'un finissant toujours par s'imposer à l'autre. Le chef de l'établissement souhaite être un guide, un arbitre au-dessus des acteurs travaillant à l'hôpital, capable de concilier des intérêts divergents et de faire face à tous les problèmes qui se posent. La participation-consultation constitue pour lui un bon moyen de prendre le pouls de l'hôpital, d'apercevoir les difficultés ou les blocages éventuels, de connaître l'établissement et ceux qui s'y consacrent ; en ce sens, tous les directeurs adhèrent à la participation. Aucun ne la refuse malgré la perte de pouvoir et d'autorité qu'elle entraîne à leurs dépens ; les seules réticences viennent d'un surcroît de travail occasionné par la multiplicité des réunions et la préparation qu'elles supposent, et dans l'un des établissements par le sentiment qu'éprouve le directeur à « comparaître » devant la commission médicale consultative. Mais le rôle qu'il doit tenir tend à remplacer cette adhésion par une obligation, le « manager » devant se transformer en autorité chargée de faire triompher la réglementation. Le directeur parvient partiellement à préserver la fonction qu'il préfère, c'est-à-dire celle de meneur d'hommes et d'organe d'impulsion. L'importance de l'équipe de direction, par exemple au C.H.R., permet de diviser la fonction d'exécution entre les membres de l'équipe, chacun ayant pour tâche d'appliquer les textes relatifs au domaine qu'il gère ; le directeur général peut alors consacrer une plus large part de son activité à une gestion autonome dans les secteurs où la réglementation est moins abondante qu'ailleurs, ou assez imprécise. Le directeur de l'hôpital rural a quant à lui de nombreuses relations spontanées avec le personnel, voire avec les malades, en raison de la dimension réduite de l'établissement. Mais quelles que soient les situations, le directeur doit faire place à son rôle le plus important, c'est-à-dire l'application des textes, lorsqu'il est placé au centre des organes de participation ou aux approches de la décision.

En fait, le directeur ne peut pas laisser à d'autres un pouvoir de décision non pas pour le conserver pour lui-même, mais parce qu'il ne l'a pas réellement.

b) *La négation de la participation*

L'absence d'autonomie et le rôle que doit jouer le directeur, alors qu'il se trouve être l'acteur prépondérant de la participation, suffisent à montrer que celle-ci n'a qu'une portée très limitée au regard du pouvoir de décision. On peut cependant esquisser les autres conséquences qu'entraîne la centralisation, toutes contraires à la finalité de la participation, et qui sont particulièrement perceptibles au niveau de l'hôpital en raison du caractère spécifique de son activité.

Le système centralisateur qui préside au fonctionnement des établissements hospitaliers implique en premier lieu l'inadaptation des moyens par rapport aux besoins ; les activités des hôpitaux sont différentes et les situations auxquelles ils ont à faire face le sont encore plus. Le désir de régler un maximum de domaines est si poussé qu'il tend parfois à régir l'imprévisible, ou du moins à prescrire les moyens à mettre en œuvre pour faire face à la survenance de tel problème. Il ne peut en résulter qu'une inadaptation, qui oblige parfois le directeur à choisir entre deux alternatives : l'irrégularité ou la passivité. Dans le même sens, la centralisation implique une uniformité des conditions de fonctionnement de l'hôpital alors qu'il s'avère souvent nécessaire d'adapter celles-ci aux contingences locales ou à la conjoncture du moment ; cette fois c'est la souplesse de l'instrument, de l'outil technique que constitue l'hôpital qui est remise en cause. Cette inadaptation, cette uniformité, contredisent formellement la finalité de la participation, tout comme l'impersonnalité et l'absence d'initiative provoquées par la mainmise du pouvoir central. L'abondance des textes tend en effet à réduire les interventions personnelles, sans parler d'autorité, dans les relations entre individus ou entre groupes, ou à les vider de leur importance affective, tout en nuisant à l'esprit d'initiative. La commission médicale consultative, dont la composition permet un dialogue spontané entre médecins ou avec le directeur, est elle-même atteinte par la centralisation lorsque, par exemple, le directeur procède à la distribution d'une circulaire en début de séance ; la commission n'est alors plus un forum ni une assemblée où peuvent s'exprimer des tensions personnelles, mais un lieu d'étude de textes où apparaissent rapidement les doléances contre l'Administration. Lorsque les divers obstacles ont pu être surmontés et que l'initiative peut s'exercer, elle se heurte là encore à la centralisation. Si le corps médical d'un établissement souhaite une modification de l'appellation de l'hôpital, et si le conseil d'administration transforme ce vœu en décision, celle-ci parvient au ministère qui la refuse. Une telle hypothèse réelle est à même de décourager les initiatives. Il est d'autres cas où celles-ci se voient récompensées par l'acceptation des demandes ; mais ce sont alors la lenteur et le doute qui jalonnent le chemin entre le souhait et sa réalisation. A titre d'exemple, on peut citer le désir exprimé par le comité technique paritaire d'un établissement de ne plus voir la prime de service amputée trop fortement par l'incidence de l'absentéisme dans le calcul de cette prime ; le conseil d'administration n'a pu que constater le caractère « particulièrement injuste » et même « choquant » de cette réduction, et prier le préfet de bien vouloir intervenir auprès du Ministre de la Santé pour qu'une modification de la réglementation soit publiée. Il faudra attendre plusieurs mois pour que l'initiative du comité technique paritaire débouche sur une réalité.

Il serait inexact d'affirmer que la participation à l'hôpital n'a aucune portée sur le plan de la répartition du pouvoir. Il existe des cas où le personnel, le corps médical ou les administrateurs peuvent faire prévaloir

leur opinion et être à l'origine de certaines décisions, en influant sur la décision que va prendre le directeur ou en adoptant une proposition émanant d'un membre du conseil d'administration, sans que l'autorité de tutelle nuise à cette prise de décision au niveau de l'hôpital, et sans que la réglementation la rende dépendante du bon vouloir de l'autorité centrale. Mais la règle générale, qui donne à la participation une portée des plus limitées, est que la décision appartient la plupart du temps à l'autorité supérieure, soit par des interventions en amont de la procédure fixant le cadre et les moyens qui sous-tendent et limitent la décision, soit en aval en rendant inefficace la solution adoptée par les organes consultatifs ou de décision au sein de l'hôpital. Il en résulte que la participation est dépourvue de toute valeur sur le plan administratif, car elle ne peut être dans ces conditions un facteur de décentralisation, et qu'elle se heurte constamment à la mainmise d'un pouvoir central non régi par la pratique de la participation, qui prive celle qui existe à l'hôpital de son fondement.

B) L'INFLUENCE DE LA PARTICIPATION SUR LES COMPORTEMENTS

La participation doit avoir une influence positive sur les comportements de ceux qui la pratiquent, indépendamment de sa portée sur le plan de l'autonomie et du pouvoir. De fait, ces deux conséquences sont étroitement liées ; l'absence de pouvoir réel au sein de l'hôpital limite l'effet de la participation sur les attitudes et les relations entre individus et entre groupes, d'autant que la mainmise de l'autorité centrale tend à nier la réalité de la participation.

On peut cependant percevoir quelques différences dans les comportements selon l'hôpital auquel on s'attache ; or, l'exercice de la participation et ses déformations y sont sensiblement analogues. Cela signifierait que cette forme d'association puisse être perçue de diverses manières et avoir une influence plus ou moins grande selon les cas. Les différences sont toutefois assez étroites, et la portée de la participation sur les comportements est en général très limitée. L'absence de conflit ou le bon fonctionnement des établissements ne semblent pas devoir être mis à son actif ; elle prend le plus souvent l'aspect d'une faculté de compromis, elle est un moyen de négocier sans que les positions se trouvent réellement modifiées ni les relations harmonisées.

On ne se penchera ici que sur les comportements des acteurs permanents de l'hôpital, c'est-à-dire de ceux qui y travaillent. Les rapports des administrateurs externes avec l'établissement, et donc avec la participation, sont trop éphémères pour avoir une influence, du moins perceptible, sur les attitudes. Par ailleurs, ces comportements seront appréhendés par rapport à l'Administration, terme générique désignant à la fois le directeur, l'autorité de tutelle et le ministère de la Santé, en raison de la liaison étroite établie entre les attitudes, les relations et le pouvoir.

1) L'INFLUENCE SUR LES RAPPORTS ENTRE L'ADMINISTRATION ET LE CORPS MÉDICAL

La séparation entre l'activité administrative et l'activité médicale est une raison spécifique à l'hôpital justifiant la nécessité de la participation, de même que l'ambiguïté des relations entre la direction et le corps médical qui est le corollaire de cette distinction. Or, la pratique de la participation semble avoir modifié peu de choses à ce niveau ; des conflits subsistent dans un établissement, des tensions existent partout, et la seule influence de la participation a été de faciliter la négociation entre les deux autorités, admi-

nistrative et médicale, sans apporter de changement sur le fond ni dans les attitudes. Si des compromis sont trouvés, l'hôpital conserve son caractère bicéphale, les activités et les personnes qui les exercent demeurant séparées.

a) *Le maintien des tensions*

Malgré l'exercice de la participation, les tensions subsistent dans les relations entre le directeur, représentant l'Administration, et les médecins de l'hôpital. Dans le cas du Centre Psychiatrique on peut même parler de conflit, ce terme devant être pris dans le sens d'une opposition ouverte. En fait, les acteurs de l'hôpital, directeurs et médecins, se refusent à parler de conflit ou de tension ; s'ils reconnaissent qu'ils peuvent exister, ils les localisent en général dans un autre établissement que le leur, sans doute par pudeur ou pour ne pas donner une mauvaise image de l'hôpital dont ils ont la charge. Il est vrai que les oppositions déclarées sont rares. Mais on peut aisément percevoir les obstacles qui demeurent dressés entre les médecins et les directeurs à travers les nombreuses allusions faites à la différence de mentalité entre les deux groupes. Il existe une divergence dans les rationalités, chacun poursuivant un objectif qui lui est propre avec les moyens qu'il estime être les plus adéquats, ce qui a pour effet de rendre le dialogue difficile. C'est ainsi que l'Administration agit pour maintenir l'institution en place et lui permettre de fonctionner dans les meilleures conditions, ce qui l'oblige à privilégier les aspects gestionnaires de l'activité et à rechercher avant tout la stabilité. A l'inverse, le médecin a comme préoccupation première les soins à donner aux malades, la prise en charge des usagers de l'hôpital de la maladie à la guérison ; les incidences administratives et surtout financières de son activité sont considérées comme négligeables ou secondaires, ne pouvant en aucune façon constituer un obstacle à la réussite de sa mission. L'idée selon laquelle le médecin ne relève que de sa conscience et de ses connaissances recouvre cette mentalité, en signifiant que des préoccupations de nature administrative ou financière ne peuvent interférer sur la façon dont il accomplit sa tâche. Cette différence de mentalités explique que les administrateurs accusent les médecins de ne pas parler le même langage qu'eux, de se démarquer par rapport aux autres groupes de l'hôpital. Cette coupure est favorisée par la différence de formation. Le directeur a une formation de gestionnaire, acquise par une longue pratique au sein des établissements hospitaliers ; le médecin n'a qu'une formation médicale, sauf cas très exceptionnels, et les pouvoirs qu'il détient au niveau du service ne sont pas suffisamment étendus pour lui permettre d'acquérir des connaissances complètes dans les domaines aussi divers que la gestion du personnel, les marchés ou les emprunts. Le programme actuel des études médicales, qui ne comprend pas d'enseignement portant sur des matières juridiques ou administratives, ne devrait pas améliorer la situation dans les prochaines années.

Les tensions sont également favorisées par l'attitude quelque peu technocratique des médecins qui apparaissent, dans leurs relations avec la direction, comme se fondant sur des exigences techniques, rationnelles, sans que leur volonté personnelle soit en cause. Le corps médical souhaite imposer ce qu'il sait être bon pour les malades, et qu'il est le seul à pouvoir apprécier ; les mesures qu'il propose sont considérées comme bonnes en soi car reposant sur les connaissances et l'expérience médicales, elles ne reflètent pas le désir de faire prévaloir une vision subjective des choses. Aussi les oppositions éventuelles à leurs demandes sont perçues comme des opposi-

tions à ce qui devrait être, c'est-à-dire comme une résistance au changement ou au progrès, l'Administration privilégiant des domaines secondaires et non indispensables à l'activité première de l'hôpital, à savoir l'activité médicale. L'Administration tend, il est vrai, à donner la priorité aux fonctions qu'elle considère comme primordiales, et avant tout à l'équilibre financier de l'institution ; en fait ce souci s'impose à elle. Il en résulte que ce sont des tensions au niveau des fonctions qui interviennent alors, chaque partie tenant ainsi à donner la préférence à son point de vue, à voir l'hôpital tout entier axé vers la réalisation des objectifs qu'elle entend défendre. Ces distorsions n'apparaissent toutefois qu'au niveau du discours, car il est évident qu'aucune fonction ne peut être négligée. Il n'en demeure pas moins que l'Administration et le corps médical sont constamment en état de tension, souvent dissimulé par des relations apparemment sereines qu'impliquent le bon fonctionnement de l'hôpital et la collaboration nécessaire entre les deux activités.

Ces tensions, sous-jacentes dans deux établissements, prennent l'aspect d'une opposition déclarée au Centre Psychiatrique. Il ne s'agit pas d'un conflit à proprement parler, mais plutôt de l'expression d'une forte divergence de vues entre les deux autorités, administrative et médicale. La nature de l'activité de cet établissement et son régime juridique longtemps différent du régime général expliquent que les tensions communes apparaissent ici plus nettement qu'ailleurs. La spécificité de la maladie mentale, et donc de son traitement, impliquent que l'hôpital tout entier exerce une fonction thérapeutique, ce qui a pour effet de rendre la distinction entre les activités particulièrement mouvante : tout problème présente, du moins aux yeux des psychiatres, un caractère médical, toute décision a une influence sur la prise en charge et le traitement des malades mentaux. D'autre part, les hôpitaux psychiatriques ont été pendant longtemps dirigés par des médecins, lesquels admettent mal d'être remplacés par des directeurs à la tête des établissements. La suppression des douze derniers postes occupés par des psychiatres, en Février 1974, a donné lieu à une polémique assez vive entre psychiatres et directeurs à laquelle a pris part M. le Docteur AUDISIO, médecin-chef de service et de secteur au Centre Psychiatrique et secrétaire général du Syndicat des psychiatres des hôpitaux. Certains directeurs y ont vu une attaque dirigée contre eux-mêmes, les psychiatres désirant leur confier uniquement des tâches de gestion sous le contrôle d'une direction collégiale et médicale. Il semble que ce soit davantage la fonction de direction administrative qui fasse l'objet de critiques de la part des médecins, en raison du fait qu'elle privilégie la notion d'équilibre financier, au détriment de l'aspect fonctionnel, c'est-à-dire la prise en charge des besoins en matière de santé mentale sans obstacle administratif ou financier dressé à priori. Pour la majorité des psychiatres, le directeur gère une administration « mandaté » par la direction des hôpitaux du ministère de la santé, alors qu'eux-mêmes prennent en charge la politique de santé mentale « mandatés » par la direction de la santé. La différence de mentalité se double ainsi d'une divergence dans les finalités. Or, toujours selon les psychiatres, le directeur et surtout l'autorité centrale, à savoir la direction des hôpitaux, conservent le pouvoir de décision à l'intérieur de l'hôpital. Ces sentiments expliquent sans doute que de nombreux psychiatres préfèrent l'activité de secteur, où ils jouissent d'une grande liberté d'action en raison de la faiblesse relative de la réglementation et du caractère assez informel de cette activité, à la direction de leur service où ils doivent se plier aux nécessités administratives.

On ne doit pas en conclure que l'hôpital psychiatrique soit une institution ou une organisation bloquées par ces divergences. Celles-ci s'expriment à maintes reprises dans les relations entre direction et corps médical, mais prennent surtout l'aspect d'un désir de changement global : « Nous nous entendrions beaucoup mieux si les administrateurs étaient eux-mêmes chargés d'administrer la santé en cogestion avec les médecins, et non pas d'administrer une institution qui participe à la prise en charge de la santé du pays »¹¹. Cette opposition, au demeurant fondamentale, n'empêche pas que les psychiatres acceptent d'adhérer à la participation, telle qu'elle existe, ce qui tiendrait néanmoins à souligner son caractère de fragilité et la faiblesse de son influence sur les relations entre Administration et corps médical.

b) *La participation, facteur de compromis*

Bien que souhaitant un changement plus réel, les psychiatres comme les médecins des autres établissements acceptent de jouer le jeu de la participation. Celle-ci n'a pas modifié les rapports entre le corps médical et l'Administration, mais elle constitue un élément favorable aux compromis. On ne peut en effet affirmer que la participation ait permis d'établir des relations harmonieuses entre les deux autorités qui se partagent en fait la direction de l'hôpital ; chaque partie reste sur ses positions, défend ses prérogatives, voire son prestige. La participation a seulement favorisé la recherche du compromis, ne serait-ce que par les divers organes qui permettent un dialogue ouvert, encore qu'elle soit unilatérale ; le directeur étant considéré comme disposant des attributions les plus larges, ce sont les médecins qui, depuis 1970, ont été invités à participer à l'activité administrative en émettant des avis, notamment sur le budget et les comptes. Par contre, ils détiennent toujours le monopole de l'activité médicale ; la commission médicale consultative en est l'illustration, puisqu'elle ne regroupe que les médecins, plus le directeur qui ne peut y jouer un rôle qu'à la demande des praticiens. De même, ces derniers conservent une place prépondérante au niveau du conseil d'administration où leur opinion, lorsqu'elle n'est pas directement contraire aux dispositions réglementaires ou aux instructions ministérielles, fait figure de conseil technique que les autres administrateurs peuvent difficilement apprécier en raison de leur incompétence, toute relative, en matière médicale. En ce sens, la participation n'a qu'une influence très limitée puisqu'elle maintient la distinction entre les activités, sans faire de l'hôpital un bloc uni où la séparation entre gestion et soins aurait disparu.

D'autre part, il n'est pas certain que tous les médecins souhaitent s'engager plus avant dans la gestion de l'établissement. La situation actuelle leur permet de jouir d'une relative liberté, d'autant que l'activité médicale ne peut s'apprécier ni être sanctionnée, sauf quelques hypothèses très rares : conférer un pouvoir de décision autonome aux médecins impliquerait qu'ils soient soumis à de nombreux contrôles quant à leur activité administrative, qu'ils exercent le pouvoir disciplinaire sur le personnel, c'est-à-dire qu'ils soient intégrés dans la hiérarchie et perdent leur liberté. Cette situation d'indépendance a néanmoins pour inconvénient d'obliger les médecins à apparaître comme demandeurs en certaines circonstances, principalement lorsque l'activité médicale nécessite des moyens, en personnel ou en matériel, particuliers. L'effet de la participation est de permettre à ces demandes d'être formulées soit sous forme d'avis de la commission médicale consultative transmis au directeur, soit au niveau du conseil d'administration ; et,

11. Interview de M. le Docteur Audisio.

dans un cas comme dans l'autre, elle n'est qu'un facteur de compromis. Les avis de la commission transmis au directeur avant qu'il ne prenne une décision reflètent le point de vue, ou le désir lorsqu'il s'agit de vœux, du corps médical ; il appartient alors au directeur de trouver un équilibre entre cette volonté et les impératifs administratifs et financiers qu'il ne peut négliger, pour autant qu'une marge d'appréciation lui soit laissée. La même notion de compromis se retrouve au sein du conseil d'administration où les représentants du corps médical tentent de faire prévaloir leurs vues sur celles du directeur, les autres administrateurs se trouvant face à deux exigences techniques, l'une médicale, l'autre administrative. Il leur appartient de ménager les deux opinions, tout en cherchant la solution idéale, c'est-à-dire la plus favorable à l'établissement, encore que la technicité dont fait preuve le directeur et la présence des autorités de tutelle fassent plus aisément pencher la décision à l'avantage de l'autorité administrative. Cette négociation est perçue comme constituant un pis-aller, les décisions finales ne satisfaisant vraiment personne. Par exemple, le fait que la commission médicale consultative puisse répartir elle-même les crédits d'équipement médical ne suffit pas à répondre aux désirs des médecins, le montant de ces crédits étant toujours inférieur aux demandes jugées prioritaires ; ils préfèrent cependant procéder eux-mêmes à cette répartition, bien qu'il ne s'agisse en fait que d'un moindre mal. De la même façon, l'avis de la commission sur le budget ne peut pas modifier beaucoup d'éléments, en raison des dépenses obligatoires et de la limitation du prix de journée ; il peut néanmoins servir à donner satisfaction au corps médical sur quelques points secondaires.

On peut trouver étrange que chacun se contente de cette forme de compromis et que les médecins ne refusent pas la participation, bien qu'ils la jugent insuffisante ou inadéquate. L'explication vient de ce que les oppositions entre directeur et médecins ne peuvent aller trop loin ; si elles sont distinctes, les activités administrative et médicale doivent former un tout pour que l'hôpital puisse fonctionner. On ne saurait renoncer à cette collaboration permanente sans diminuer ou empêcher le bon fonctionnement de l'établissement ; à la limite, ce serait renoncer aux missions de l'hôpital et refuser les soins, ce que personne ne souhaite. L'absence de conflit grave ne peut en fait être mise à l'actif de la participation ; elle trouve son explication dans l'existence d'un consensus général qui repose sur le respect du malade.

L'influence de la participation sur les rapports entre l'Administration et le corps médical est très faible. Elle n'a pas entraîné une mise en commun des mentalités, mais a seulement permis une confrontation plus institutionnelle entre les autorités administrative et médicale ; l'hôpital demeure divisé, la participation n'ayant pu en faire une organisation homogène. Les tensions ou les oppositions n'ont pas été réduites par la pratique de la participation ; celle-ci n'est en fait qu'un facteur de compromis, ce dernier étant rendu possible par le consensus général qui privilégie, aux yeux de tous, le respect du malade et la réalisation des missions fondamentales de l'hôpital.

2) L'INFLUENCE SUR LES RAPPORTS ENTRE L'ADMINISTRATION ET LE PERSONNEL

Il s'agit ici de tenter d'analyser l'influence de la participation sur le comportement du personnel, considéré dans son ensemble, dans ses relations avec l'Administration. L'effet de la participation au niveau individuel n'est pas suffisamment perceptible pour que l'on puisse porter une appréciation, ni même apercevoir un changement dans les attitudes des agents pris

séparément. Comme on l'a vu au niveau de l'exercice, la participation est avant tout un moyen d'expression syndicale, ce qui souligne le fait qu'elle est, là encore, un facteur de négociation. Par ailleurs, les modalités d'exercice de la participation, la tactique des syndicats et l'attitude du personnel font que celui-ci n'est que partiellement engagé dans ce processus de décision.

a) *L'engagement limité*

La participation du personnel aux décisions n'apparaît pas absolument nécessaire, comme l'est celle du corps médical bien qu'elle ne permette le plus souvent qu'un compromis. Le personnel est le seul acteur permanent qui ne dispose d'aucune autorité au sein de l'hôpital, sinon le fait d'être indispensable. Les modalités d'exercice de la participation ayant préservé la séparation entre groupes, le personnel s'est vu doté d'un organe d'expression, le comité technique paritaire, tempéré par la présence de l'Administration. Cet organe de consultation apparaît limité en raison de sa composition et de l'énumération de ses attributions, et ne peut être comparé à l'autre organe consultatif essentiel, à savoir la commission médicale consultative ; tant sur le plan de l'organisation que du fonctionnement, le comité technique paritaire est le parent pauvre de la consultation. Si la commission médicale du C.H.R. compte 31 membres pour un effectif d'environ 150 médecins, le comité technique ne comprend que 9 représentants du personnel pour un effectif global de 3.000 agents. La sous-représentation du personnel est également sensible au niveau de la décision avec un représentant sur 14 administrateurs au Centre Psychiatrique, 2 sur 22 membres au conseil d'administration du C.H.R. La participation des divers groupes semble ainsi être proportionnelle non pas au nombre d'individus que compte chacun de ces groupes, mais à l'autorité dont il jouit au sein de l'hôpital. D'ailleurs, ce n'est que depuis la réforme de 1970 que le personnel dispose d'un siège au conseil d'administration, alors que les médecins y étaient déjà représentés.

L'aménagement institutionnel de la participation a donc laissé une faible place à la représentation du personnel, ce qui ne peut constituer un facteur d'adhésion en lui-même suffisant. Pourtant, dans les trois établissements étudiés, le personnel et surtout les syndicats acceptent la participation et la considèrent même, du moins pour la C.G.T., comme un acquêt syndical issu de la période particulièrement active de 1968. La tactique des syndicats est alors de faire en sorte que la participation joue en leur faveur, que leur engagement serve leurs desseins et qu'ils en tirent une contrepartie. Mais le personnel n'est pas mis en demeure de participer et peut à tout moment refuser de jouer le jeu si le bénéfice qu'il escomptait se révèle insuffisant ou nul ; il est protégé par son statut et les nombreux textes définissant les conditions d'emploi, et son refus de participer n'engendrerait que très peu de conséquences. En fait, la participation ne peut jouer que favorablement pour le personnel, d'autant plus qu'elle est surtout un instrument de revendications ; son échec éventuel serait imputé à l'Administration, les avis et les vœux du personnel se heurtant à la mauvaise volonté du directeur. La participation ne réalise pas un échange et ne constitue pas un pôle de décision commun ; elle n'est qu'une faculté dont le personnel usera s'il estime pouvoir en bénéficier, sans y perdre quoi que ce soit et surtout pas son indépendance. On peut en effet parler d'indépendance du personnel, bien qu'il soit soumis à une double autorité : l'autorité hiérarchique du directeur, l'autorité technique du médecin, du moins en ce qui concerne le personnel soignant. A l'hôpital public, les incitations et les sanctions jouent un rôle négligeable ; l'avancement se fait à l'ancienneté, les procédures disciplinaires sont complexes et rares, et la pénurie de certaines catégories de personnels préserve les agents

de toute menace quant à leur avenir. En acceptant de participer, le personnel ne se met pas réellement en cause ; les syndicats entendent essentiellement utiliser la consultation ou l'association à la prise de décision comme un moyen d'expression, de dialogue et de conquête sans souhaiter s'engager totalement, ce qui leur ferait endosser la responsabilité des décisions et nuirait à leur indépendance. Il semble que le personnel ne trouve pas que des désavantages à demeurer dans la situation de simple exécutant.

b) *La participation, facteur de négociation*

L'engagement limité du personnel dans le jeu de la participation a pour conséquence de faire de celle-ci un simple facteur de négociation. Ce fait est particulièrement perceptible au niveau de la consultation ; isolés au sein du conseil d'administration, le ou les représentants du personnel ne peuvent réellement influencer sur les décisions — mis à part quelques cas —, d'autant qu'ils sont eux aussi conditionnés par la technicité des délibérations, le rôle prépondérant du directeur et la présence des autorités de tutelle. Par contre, le comité technique paritaire constitue un excellent moyen de négocier, à égalité avec l'Administration, sur tous les problèmes concernant l'organisation du travail. La rationalité qui anime les syndicats consiste à influencer sur la décision prise en dernier ressort par le directeur ou le conseil d'administration dans un sens favorable au personnel, à profiter de cette occasion pour exprimer des revendications et obtenir gain de cause. Les représentants du personnel apparaissent presque toujours comme demandeurs, le directeur étant considéré comme détenant le pouvoir. Les syndicats n'ignorent pas cependant que la liberté d'action du directeur est des plus réduites, en raison de la centralisation et notamment de la limitation des prix de journée. C'est pourquoi la négociation se trouve elle-même bloquée dans de nombreuses hypothèses ; ou plus exactement, l'interlocuteur des syndicats n'est plus le directeur mais le ministère, la participation étant remplacée par des moyens d'action syndicale plus "classiques" comme la grève.

De tels conflits n'existent qu'au Centre Psychiatrique, du moins si l'on s'en réfère aux trois dernières années. Dans les deux autres hôpitaux, pourtant très différents quant à leur localisation et leur dimension, le climat baignant les relations entre l'Administration et le personnel est des plus tempérés. Est-ce à dire que la participation a supprimé ou rendu sans fondement les éventuels conflits ? Il faut avouer qu'il est difficile de répondre de façon précise, toute appréciation ne pouvant être que très subjective car dépourvue de base statistique. Il semble qu'en fait l'absence de conflit soit due à des causes extérieures à la participation. L'hôpital rural ne comprend que très peu de personnel, et la dimension de l'établissement permet que les problèmes soient réglés rapidement, le plus souvent par des contacts spontanés entre le directeur et les agents concernés ; ce serait une forme de participation "sauvage" qui expliquerait l'entente réelle et les relations sinon harmonieuses, du moins dépourvues d'obstacle, qui caractérisent cet établissement. Le C.H.R. n'a pas lui non plus connu de conflit récent, l'explication doit être recherchée dans la forme et l'ampleur de l'action syndicale, dans le dynamisme des délégués et dans la mobilisation du personnel. Car, comme le soulignent les conflits du Centre Psychiatrique, les oppositions ou crises obéissent à des règles qui n'ont que peu de rapport avec la notion de participation. Le déclenchement d'une manifestation ou d'une grève dépend essentiellement de la mobilisation des travailleurs hospitaliers, à un moment donné, et de l'importance de la campagne lancée par les syndicats ; du reste, ces grèves portent sur des problèmes que seul le ministère peut résoudre. Les revendications ayant échoué au niveau de l'hôpital, et donc

de la participation, malgré bien souvent une pression syndicale exercée sur les élus locaux, elles sont alors adressées au véritable détenteur du pouvoir, c'est-à-dire le Ministre de la Santé, la manifestation ou la grève permettant d'attirer l'attention sur la nécessité de porter remède à la situation présente et d'empêcher que le personnel ne subisse un préjudice ou une injustice. Parce que le pouvoir réel n'est pas dans l'hôpital, les conflits sortent de ce cadre ; la participation ne pouvant répondre aux exigences ou aux espérances du personnel, seule une action syndicale permettra d'obtenir satisfaction. Or, quel que soit son résultat, le simple fait qu'elle existe tend à souligner l'échec de la participation.

Le personnel n'est pas réellement engagé dans le processus de décision ; il considère la participation comme un moyen et non comme une fin. Elle n'est qu'un moyen d'exprimer des revendications et d'obtenir satisfaction, essentiellement au niveau de la consultation car la représentation du personnel au conseil d'administration est par trop insuffisante pour pouvoir infléchir les décisions. Lorsque la participation n'est plus à même de remplir ce rôle, les syndicats ont recours à des moyens plus classiques pour aboutir à leurs fins, ce qui leur permet par ailleurs de préserver leur indépendance.

Qu'il s'agisse du comportement du corps médical ou du comportement du personnel dans leurs rapports avec l'Administration, l'influence de la participation se révèle être des plus limitées. Dans les deux hypothèses, elle n'est qu'un facteur de compromis ou de négociation, compromis entre les deux autorités administrative et médicale, négociation entre l'autorité hiérarchique détentrice d'une partie du pouvoir et le personnel d'exécution. La participation n'a pas permis d'instaurer l'harmonie nécessaire dans l'hôpital, elle a à l'inverse maintenu les séparations entre groupes. L'intensité des oppositions varie, il est vrai, selon les établissements, mais ce fait n'est pas dû au fonctionnement plus ou moins effectif de la participation ; l'existence de conflits résulte du degré de divergence entre les diverses opinions, ou des rapports de force à un moment donné, et ne fait que refléter les tensions permanentes qui régissent les relations entre les groupes de l'hôpital.

Il est difficile de déterminer à qui incombe l'échec de la participation quant à sa portée sur les plans administratif et psychologique. Certes, parler d'échec suppose que l'on connaisse le but qui était fixé à l'origine à cette forme d'exercice du pouvoir. Il est toutefois possible d'apprécier l'effet de la participation en considérant le changement qu'elle a apporté dans le fonctionnement de l'hôpital et dans les rapports entre les groupes qui le composent. Or, le bilan est ici très maigre. Il n'y a pas de réel partage du pouvoir car celui-ci ne réside pas, ou si peu, dans l'hôpital ; la centralisation et ses manifestations multiples interdisent que l'établissement constitue une cellule de décision autonome et empêchent les individus ou groupes d'influer directement et de façon effective sur le devenir de l'institution ou d'agir sur son fonctionnement. Malgré son statut d'établissement public, l'hôpital ne jouit pas de l'autonomie indispensable à une prise en charge par les individus concernés au niveau local. Il en résulte que ces derniers ne s'engagent pas totalement dans le jeu de la participation, bien qu'ils y adhèrent tous. La participation n'est le plus souvent qu'un facteur de compromis ou de négociation, chacun préservant son autorité ou son indépendance ; elle permet aux groupes de s'exprimer et parvient parfois à éliminer certains blocages lorsque le compromis est possible et accepté par tous, mais en général les oppositions subsistent, surtout entre le corps médical et le personnel d'une part, le directeur d'autre part. Celui-ci apparaît essentiellement comme le représentant du pouvoir central ou de l'Administration au sens général ; il

bénéficie indirectement, et semble-t-il malgré lui, du poids de la réglementation, qui oblige toute décision à passer par son intermédiaire ; il enregistre et sélectionne les demandes en s'appuyant sur les possibilités offertes au niveau de l'hôpital. Le personnel n'apparaît quant à lui qu'en tant que groupe fortement syndiqué, cherchant à défendre ses intérêts, son engagement étant proportionnel aux avantages qu'il peut retirer de la participation. Le corps médical conserve pour sa part son autorité et son indépendance, que lui confère le monopole de l'activité médicale, pesant fortement sur certaines décisions lorsqu'il donne un conseil technique sur une question médicale, mais sans illusion sur ses possibilités d'action sur le plan de l'activité administrative, qu'il ne cherche d'ailleurs pas toujours à prendre en charge, ni à cautionner. Un certain corporatisme, parfois des exclusives, souvent une résistance au changement viennent ainsi compléter le vice fondamental de la participation dans l'hôpital, qui réside dans l'absence d'autonomie, et lui donnent une portée des plus limitées.

CONCLUSION

La prise de conscience de la nécessité d'ouvrir l'administration au milieu dans lequel elle exerce ses activités est relativement ancienne en ce qui concerne l'hôpital. L'évolution récente n'a fait qu'amplifier cette ouverture. La participation des médecins aux décisions, aux différents niveaux de leur élaboration, provient de la structure même de l'établissement hospitalier qui implique une collaboration permanente entre les deux autorités qui, en fait, le dirigent. Il est plus difficile d'expliquer la participation du personnel, qui ne détient aucun pouvoir. On ne peut parler ici de tentative d'intégration, encore moins de récupération ; il semble que cette participation constitue une nécessité en soi, un phénomène inéluctable, encore que le personnel n'ait que peu de possibilités de faire triompher ses vues.

Cette ouverture de l'hôpital aux groupes concernés par son fonctionnement est probablement l'élément le plus positif de la participation. Car, sur le plan de sa valeur politique, la concertation pratiquée au niveau de l'établissement hospitalier, quelles que soient sa dimension et sa localisation, est pratiquement inexistante. Sa portée au regard de la politique sanitaire est nulle ; les problèmes actuels de l'hôpital à savoir la pénurie de personnel, l'humanisation, la concurrence du secteur privé lui échappent totalement. La loi du 31 Décembre 1970 suscite, il est vrai, quelques espérances, encore qu'elle ne révèle pas une politique sanitaire résolument novatrice. Quant à la valeur de la participation sur le plan administratif, elle n'est en l'état actuel que très limitée, en raison principalement de l'absence d'autonomie de l'hôpital. Il est indispensable que soit réalisée une véritable autonomie de gestion et de garantir l'indépendance des dirigeants de l'établissement. La centralisation excessive a pour conséquence de déplacer le pouvoir de décision hors de l'hôpital, rendant ainsi la participation sans fondement dans la plupart des cas ; elle provoque également une certaine forme de bureaucratie, facteur de désengagement qui renforce l'esprit de groupe. En fait, pour que la participation ait une portée véritable, elle doit s'accompagner d'une autonomie réelle, complétée par la fin des exclusives et de la résistance au changement ; car si la participation réalise une ouverture de l'hôpital, elle n'implique pas une ouverture des esprits ni des comportements. Ce n'est qu'à ces conditions qu'elle pourra s'imposer comme phénomène juridique signe de renouveau. Quant à savoir si la participation peut constituer la "troisième voie", il appartient à chacun d'effectuer ce choix politique en fonction de ses propres convictions.

Participation et Urbanisme : *l'exemple de l'élaboration du S.D.A.U. d'Arras **

par Bernadette POULAIN,
Diplômée d'études supérieures de droit public

Dans un monde où 75 % de la population vit dans des zones urbaines, beaucoup s'occupent d'urbanisme : les humanistes qui rêvent de rendre les villes accueillantes, agréables ; les promoteurs qui recherchent, achètent, revendent de nouveaux terrains ; les techniciens qui cherchent et appliquent au sol une pensée logique et rationnelle. Mais l'urbanisme c'est aussi essayer de répondre à la problématique urbaine, comment développer ou construire de façon harmonieuse des villes ? A l'anarchie, au coup par coup, aux improvisations, on a opposé classifications, équipements, et le pragmatisme industriel a réinventé le plan : on a organisé l'espace urbain. Mais l'urbanisme, ce n'est pas seulement un ensemble de mesures techniques, administratives, économiques et sociales qui doivent permettre un développement harmonieux, rationnel et humain des agglomérations. C'est aussi, sous ce couvert, la vie : des hommes travaillent, vivent dans leurs cités. L'urbanisme ne peut être exclusivement l'affaire de techniciens. Il convient d'associer les habitants qui sont les premiers intéressés par l'aménagement de l'espace urbain.

La politique urbaine est effectivement devenue un des domaines privilégiés de l'application des techniques de participation. Déjà des circulaires et instructions de 1960 du ministère à la Construction préconisaient l'association des citoyens. Mais il a fallu attendre la loi du 30 décembre 1967, dite loi d'orientation foncière pour que le concept de participation prenne sa véritable dimension. Cette loi crée des schémas directeurs d'aménagement et d'urbanisme (S.D.A.U.) et des plans d'occupation des sols (P.O.S.) par lesquels s'expriment les règles d'urbanisme. Les premiers « fixent les orientations fondamentales de l'aménagement des territoires intéressés » (art. 12), tandis que les seconds « fixent dans le cadre des orientations des schémas directeurs s'il en existe, les règles générales et les servitudes d'utilisation des sols, qui peuvent notamment comporter l'interdiction de construire » (art. 13). C'est dans la procédure d'élaboration de ces documents que va s'exprimer l'idée de participation.

Ces procédures sont différentes. Toutefois, la première phase est définie de manière identique. L'idée fondamentale est de faire collaborer les services de l'Etat et les élus des communes intéressées. Si le projet initial emploie l'expression « avec le concours », le parlement a estimé préférable et fait admettre celle de « conjointement ». Ce terme est plus explicite et engage beaucoup plus dans la voie de la participation. La première étape

* Cette étude reprend les principaux éléments d'un mémoire pour le D.E.S. de Droit Public soutenu en mars 1974 devant un jury composé des professeurs Chevalier (président) et Loschak.