



Textes réglementaires : débats et points de vue

Hôpital 2007 : quelle gouvernance ?

Jean-Pierre MARTIN

*Psychiatre,
Chef de service,
Hôpital Esquirol,
Saint-Maurice.*

L'ordonnance du 2 Mai 2005 modifiant le régime juridique des établissements hospitaliers vient bouleverser en profondeur le cadre d'exercice de la psychiatrie publique. La nouvelle gouvernance préconisée, à la suite du rapport Clery-Melin, Pascal, Kovess et du Plan Santé Mentale, met en place des outils de restructuration dans la perspective du projet Hôpital 2007.

La perspective de gérer l'hôpital comme une entreprise est clairement sous-jacente, mais ce paradigme économiste ne résume pas la gravité de la situation en psychiatrie.

Ce texte repense, en effet, le secteur psychiatrique qui, depuis les lois de 1985, était légalisé et financé comme l'axe du soin en psychiatrie : il devient une activité parmi d'autres, pouvant être un pôle d'activité. Le verbe « peut » et la rupture avec le secteur comme cadre global de toutes les activités annoncent clairement le changement de cap.

La psychiatrie devient donc un assemblage d'activités diverses qui seront évaluées et financées indépendamment d'une stratégie de soins globale. La notion de priorités à financer au niveau de l'établissement, si elle a du sens en termes comptables (on ne peut pas tout faire en même temps !), induit également l'idée que la créativité clinique et institutionnelle est une affaire de stricte technique médico-psychologique, et sans faire de grands procès d'intention, il est évident qu'elle sera de fait minorée à son aspect de gain financier en tant qu'élément budgétaire. Cette remarque prolonge l'expérience que nous avons des procédures d'accréditation où la clinique et ses moyens en personnels qualifiés sont mis de côté au profit de la performance du dispositif. Avec ce nouveau cours la

performance deviendra opposable à la créativité, ce qui n'était pas le cas dans la première vague d'accréditation.

L'ensemble du texte est référé d'ailleurs à d'autres critères : les conditions de gestion de l'établissement et une nouvelle hiérarchie qui la rend opératoire. Ce dernier point nous éloigne de la tendance à vouloir démocratiser l'hôpital ; la création des conseils de service pouvait laisser penser que l'ensemble des personnels prendraient des décisions qui serviraient de base à la discussion budgétaire et d'organisation du travail et, surtout, des projets de soins.

En créant les pôles et une chefferie spécifique, celle-ci fera les recrutements de praticiens pour les services et les unités de soins, la notion de service de secteur perd son homogénéité. La défense de "1 pôle=1 secteur" est une solution de résistance mais suppose que la majorité du corps des psychiatres et des professions du soin se mobilisent dans ce sens. Les premiers échos que nous avons montrent qu'il n'en est rien.

Le service ne fonctionne plus que par délégation du pôle, donc dans une responsabilité surveillée. Ils « peuvent » constituer des structures internes, mais ce n'est pas une obligation (comment mieux dire que la période des conseils de service est finie !), auxquelles sont associés les cadres de santé des services (par ailleurs soumis au cadre de santé général, membre de la direction administrative) et les administrateurs délégués par le directeur. La carotte, si je puis dire, est le comité exécutif. Pour la première fois, des professionnels du soin sont réellement associés à des décisions de gestion par délégations. Mais comment est constitué ce comité ? Le directeur et les membres de l'administration qu'il désigne

(pourquoi cette question ne relève pas du conseil d'administration ?), le président de la CME ainsi que des chefs de pôle et praticiens élus par celle-ci. Ce nouveau dispositif de gestion, avec la participation des médecins traite de toutes les questions de l'organisation du soin. Le premier constat est que les autres catégories de personnels y sont formellement absentes, comme si la psychiatrie était devenue seulement un problème médico-administratif. Le deuxième est le pouvoir d'arbitrage réservé au directeur qui, n'ayant pas de qualification particulière à décider du côté du soin, le fera dans un sens uniquement comptable.

Le cadre limité de cet article ne permet pas de commenter plus avant cette ordonnance, pensée pour médecine/chirurgie/obstétrique (il serait intéressant d'avoir l'avis de praticiens de ces champs !), qui tend à réduire la psychiatrie, dans le même mouvement, à sa médicalisation. Nous constaterons que nous sommes très éloignés du projet défendu dans le livre blanc de 1966 d'associer les médecins à la gestion pour favoriser la créativité clinique et le travail institutionnel de déchronicisation (rôle des clubs thérapeutiques), et encore plus du programme « Psychiatrie et bon gouvernement » des italiens à la fin des années 70 qui intégrait ces questions à la bonne gouvernance démocratique des municipalités et des régions.

Cette ordonnance est un chef d'œuvre de pensée technocratique gestionnaire, centrée sur l'hôpital, qui associe les psychiatres (et les praticiens médicaux en général) à une opération de destruction de la pensée clinique (et de ses techniques) au profit de politiques de distribution maîtrisées des soins. ■