



au projet d'établissement avec une logique hiérarchique caractéristique de l'agence régionale d'hospitalisation porteuse d'une carte sanitaire et d'un schéma régional d'organisation sanitaire ; dans ce contexte, n'est-

ce pas un abus de termes que de parler de *contrat* d'objectifs et de moyens pour caractériser les liens entre l'agence et l'établissement ?

- la figure du projet d'établissement est maintenue

## Mythes et réalités de la contractualisation Aperçu d'un directeur d'hôpital

### Bilan et limites d'une politique de gestion basée sur la contractualisation à l'hôpital Le Vinatier.

**C**omme le dit Yolaine de la Bigue, reprenant le titre d'un livre de Reiser, « on vit une époque formidable ».

- Formidable par le juriste s'il doit prouver la force du droit à l'épaisseur du *Journal officiel* et aux textes toujours multiples qui se surajoutent, mais qui découvre une nouvelle version de la puissance publique sous forme contractuelle.

- Formidable par l'économiste qui, face à la croissance répétée des dépenses de santé, voit dans le contrat, le moyen de régulation conciliant la liberté des acteurs et la contrainte budgétaire.

- Formidable pour l'hospitalier, qui voit dans le contrat à la fois un moyen d'associer le corps médical et soignant, et une réponse à la volonté de déconcentration des équipes médicales.

Les ordonnances de 1996 ont formalisé sur le plan externe et interne les principes créés par la loi de 1991 et la circulaire de juin 1995. A. Juppé ne fait que reprendre la circulaire de novembre 1989 de M. Rocard en plaçant la contractualisation comme intégrée à la dynamique du renouveau du service public.

La contractualisation est souvent présentée comme une solution face à la nécessité de réformer le service public de l'État, qu'en est-il dans la réalité ?

L'expérience menée au centre hospitalier Le Vinatier depuis 1995 en matière de contrat interne permet de dégager un premier bilan et de tirer trois perspectives.

La contractualisation interne bouscule le mode traditionnel d'organisa-

tion hospitalière et crée des espaces de liberté permettant de substituer, à un mode de régulation pyramidal et hiérarchique, un mode plus concentré et transversal. L'absence d'indicateurs d'activité validés rend le débat plus axé sur les moyens que sur les objectifs quantifiés d'activité.

Le recours aux « quatre vieilles » (file active, durée moyenne de séjour, taux d'occupation moyen et nombre d'entrées) n'est pas opérant et la médicalisation du système d'information doit être un des ponts parallèles de la contractualisation, en d'autres termes doit allier à la fois contrat, évaluation, et nouvelles règles du jeu. L'expérience menée au Centre hospitalier pose de réelles questions sur la capacité d'une institution à créer de nouvelles règles du jeu, comme à éclairer les choix réalisés.

En interne, la loi de Gresham selon laquelle « la mauvaise monnaie chasse la bonne » a son application en milieu hospitalier où les mauvaises règles chassent les bons comportements. Il importe de revenir à une des lois que Montesquieu avait décrites dans *De l'esprit des lois*, chapitre II, livre XIII : « la nature est juste envers les hommes, elle les récompense de leurs peines, les rend laborieux parce qu'à de plus grands travaux, elle attache de plus grandes récompenses. Mais si un pouvoir subsidiaire ôte les récompenses de la nature, on reprend le dégoût pour le travail et l'inaction paraît être le seul bien. L'effet de la richesse d'un pays, c'est de mettre de l'ambition dans tous les cœurs, l'effet de la pauvreté est d'y faire mettre le désespoir. La première s'oriente pour le travail, l'autre pour la paresse ».

La contractualisation permettrait donc de mettre du « dynamisme dans les cœurs » et de faire apparaître des

managers cachés, mais sous trois conditions.

- La première est de faire du contrat un outil intégré à une politique plus globale reposant sur la définition d'objectifs et de cahiers des charges. L'expérience n'est pas de mise, et l'incohérence est le danger qui frappe toute contractualisation sans définition d'objectifs préalables.

- La deuxième condition est de « purger » le débat sur l'équité et l'égalité. L'acte unilatéral est égalitaire, le contrat est équitable. La contractualisation porte en elle-même les interrogations sur l'unité de l'action administrative des règles applicables et la prise en compte des réalités et donc des différences. À défaut, le procédé contractuel ne serait qu'un seul habillage juridique de l'acte unilatéral.

- La troisième condition est celle de la responsabilité des acteurs, et donc de l'intéressement positif et négatif. Si les conventions, au sens de l'article 1134 du Code civil, « tiennent lieu de loi à ceux qui les ont faites », il importe de définir au préalable des règles du jeu, et les notions d'autorité et de responsabilité doivent être évoquées.

Le contrat, sous ces trois réserves, permet aux contractants d'être acteurs d'un projet, d'une évolution qu'ils ont voulue, sauf à imaginer comme Bosuet « que ce qui est hasard à l'égard des conseils incertains est en fait un dessein concerté dans un conseil certain ».

Le contrat doit concilier concertation et cohérence, transparence et lisibilité des règles du jeu, décloisonnement et unité. Mais, comme toute innovation, elle suppose pédagogie et expérimentation, et comme toute réforme, elle ne peut prétendre à elle seule réformer un monde hospitalier, complexe par définition. ■

**Jean-Paul Segade**  
Directeur CHS  
Le Vinatier