

Ecole Nationale de la Santé Publique

Jury Décembre 1999

Mémoire d'Elève-Directeur d'Hôpital 1998/2000

**L'expérience d'une contractualisation interne à
l'hôpital d'Argenteuil: de la contrainte budgétaire à
l'amélioration du fonctionnement.**

Monsieur CATELAND Renaud

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Monsieur Jean-Marc LEROUX, Directeur de mémoire (ENSP) qui a bien voulu accepter d'encadrer ce travail et m'accorder les éclairages sur la méthode ABC qui m'ont été précieux.

J'exprime également ma reconnaissance à Monsieur CLERY, Maître de Stage, pour ses nombreuses relectures : le travail y a beaucoup gagné en rigueur.

Je dis aussi un grand merci aux équipes concernées par la délégation de gestion, et particulièrement à Monsieur BARRET pour son accueil.

Enfin, je remercie chaleureusement toute l'équipe de Direction et particulièrement Monsieur TOULLALAN et Monsieur PARENT, pour le temps qu'ils ont bien voulu m'accorder sur ce thème.

Sommaire

INTRODUCTION **5**

I/ LA CONTRACTUALISATION INTERNE COMME MODALITÉ DE DÉLÉGATION DE GESTION CONSTITUE UNE OPPORTUNITÉ DE RESPONSABILISATION DE CHACUN DES SERVICES DE L'HÔPITAL, DANS LE RESPECT DE CERTAINES LIMITES. **9**

A/ LA DÉLÉGATION DE GESTION DOIT PERMETTRE DE RÉPONDRE AUX DÉFIS POSÉS À L'HÔPITAL : CONTRAINTE BUDGÉTAIRE ET EXIGENCES DE QUALITÉ. **9**

1- LA DÉLÉGATION DE GESTION A POUR BUT DE RAPPROCHER LES DÉCISIONS DES ACTEURS OPÉRATIONNELS: 9

1-1 Diminuer les coûts de gestion 10

1-2 Faire participer le personnel à la prise de décision 11

1-3 Management participatif et délégation de gestion 12

2- LE CONTRAT D'OBJECTIFS ET DE MOYENS INTERNE EST AUSSI (ET SURTOUT ?) UN MOYEN D'OBTENIR DES ACTEURS HOSPITALIERS UN ENGAGEMENT DANS LA GESTION DES ACTIVITÉS DE L'HÔPITAL. 14

2-1 La liberté contractuelle, gage d'une transformation des relations hospitalières par la négociation. 14

2-2 La responsabilisation des acteurs opérationnels s'appuie sur un système d'intéressement et de sanctions. 16

B/ LA DÉLÉGATION DE GESTION JUSQU'OU? **22**

1- LES DIRECTIONS, GARANTES DE LA COHÉRENCE DE L'INSTITUTION, CRAIGNENT UNE BALKANISATION DE L'HÔPITAL. 22

1-1 Sur le plan du contenu . 22

1-2 Sur le plan des modalités et de la forme : la question de la délégation de signature. 25

2- LES DIRECTIONS FONCTIONNELLES CRAIGNENT UNE DÉPOSSESSION DE LEURS PRÉROGATIVES. 27

2-1 Les ambiguïtés de la délégation de signature. 27

2-2 La nécessaire interrogation sur le rôle des directions fonctionnelles. 29

II/LA DÉLÉGATION DE GESTION NÉCESSITE UN SYSTÈME D'INFORMATION PERFORMANT ET ADAPTÉ DONT LE DÉVELOPPEMENT EST PORTEUR DE BOULEVERSEMENTS QUI MODIFIENT LA GESTION HOSPITALIÈRE ET ENRICHISSENT À LEUR TOUR LA DÉMARCHE DE DÉLÉGATION. **32**

A/ LE DÉVELOPPEMENT DES INSTRUMENTS DE GESTION... **32**

1- D'UN SUIVI BUDGÉTAIRE... 32

2- ... A UN SUIVI PLUS GESTIONNAIRE, SOUCIEUX D'EFFICIENCE. 34

3- DU SIMPLE SUIVI À LA NÉCESSITÉ DE L'ACTION. 35

B/ LES PROGRÈS DE L'INFORMATION MÉDICO-ÉCONOMIQUE AU-DELÀ DE LA MENACE DE BALKANISATION DE L'HÔPITAL PEUVENT CONSTITUER UNE OPPORTUNITÉ UNIQUE POUR LE DÉVELOPPEMENT D'UNE VÉRITABLE COHÉSION. 37

1- LE RISQUE DE BALKANISATION. 37

1-1 La transparence du fonctionnement de l'hôpital peut faire craindre une balkanisation. 37

1-2 La crainte de balkanisation se doit d'être dépassée par la Direction. 38

2- SOUS CERTAINES CONDITIONS, LES PROGRÈS DE L'INFORMATION MÉDICO-ÉCONOMIQUE PEUVENT AU CONTRAIRE CRÉER DES LIENS IMPOSANT DE NOUVELLES COHÉSIONS. 41

2-1 L'affectation aux comptes du CR étudié des charges qu'il fait peser sur les autres acteurs hospitaliers entraîne une prise de conscience des interdépendances existant à l'hôpital. 41

2-2 La logique " client/fournisseur " peut en outre trouver un enrichissement dans les contrats entre sous entités 45

III/ LA MÉTHODE ABC/ABM SEMBLE APPORTER UNE RÉPONSE À BEAUCOUP DES QUESTIONS SOULEVÉES PAR LA DÉLÉGATION DE GESTION ET SES INSTRUMENTS. 48

A/ LA MÉTHODE ABC A ÉTÉ MISE EN ŒUVRE AU CH D'ARGENTEUIL AVEC UNE PRÉOCCUPATION STRICTEMENT BUDGÉTAIRE. 48

1- LE CONTEXTE DE L'ÉTUDE ET LES OBJECTIFS POURSUIVIS 49

1-1 Objectiver la dotation budgétaire du laboratoire en préalable à la contractualisation. 49

1-2 Sensibiliser les prescripteurs. 49

2- LA MÉTHODE ABC SEMBLE AU CONTRAIRE PARFAITEMENT RÉPONDRE AUX EXIGENCES DE LA DIRECTION ET DU LABORATOIRE. 50

2-1 Présentation de la méthode ABC/ABM. 50

2-2 Les principes de la méthode. 51

2-3 La méthode permet de dépasser le stade de l'étude des coûts et du suivi budgétaire pour agir sur les coûts. 53

B/ AU-DELÀ DE LA SEULE MAÎTRISE DES COÛTS, LA MÉTHODE ABC/ABM A DE RÉELS BÉNÉFICES EN MATIÈRE DE FONCTIONNEMENT DE L'HÔPITAL. 55

1- GESTION PAR ACTIVITÉ ET QUALITÉ. 55

2- GESTION PAR ACTIVITÉS ET MANAGEMENT PARTICIPATIF . 56

2-1 Les bénéfices escomptés. 56

2-2 Les difficultés de mise en oeuvre. 57

3- GESTION PAR ACTIVITÉ ET DÉCLOISONNEMENT DE L'HÔPITAL 60

4- MÉTHODE ABC ET RAPPORTS ADMINISTRATION-SOIGNANTS 61

CONCLUSION 63

BIBLIOGRAPHIE 65

ANNEXE 67

Introduction

La nécessité de rapprocher la gestion des unités opérationnelles, autrement dit de déconcentrer les décisions en matière de gestion ainsi que les moyens permettant leur réalisation n'est pas une idée nouvelle. Elle est au centre de bien des dispositifs mis en œuvre dans le cadre de la réforme de l'Etat. A l'hôpital, la responsabilisation des unités opérationnelles était déjà au centre des préoccupations du décret du 11 août 1983¹ qui rendait obligatoire la mise en place de budgets par centres de responsabilités. Pour autant, comme le rappellent MM. DEBROSSE et AUMERAS², " ce principe n'a jamais dépassé le stade de l'exercice intellectuel ou de l'expérimentation frileuse ". Ajoutons que l'individualisation et la présentation de budget par CR n'est pas forcément synonyme d'implication des animateurs des CR dans la gestion de ces budgets. Tout au plus a-t-on bien souvent assisté à une simple sensibilisation. Et Gérard VINCENT, lors d'une rencontre à l'ENSP au printemps 1998, de regretter le peu de résultats obtenus en matière de délégation de gestion au cours des années passées.

Pourtant, la contrainte budgétaire qui pèse de plus en plus fortement sur les établissements de santé du fait des efforts de maîtrise des dépenses de santé incite à rechercher de nouveaux modes de gestion, et redonne tout son intérêt à la délégation de gestion. Ainsi, la délégation de gestion appuyée sur une contractualisation interne apparaît en premier lieu comme un instrument de maîtrise budgétaire. Il est significatif de relever que la circulaire du 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne dans les EPS considère que " le développement de la contractualisation interne constitue une condition de l'amélioration de la qualité du service de santé rendu à la population par une **optimisation des moyens** qui y sont

¹ Décret n° 83.744 du 11.04.83 relatif à la gestion et au financement des établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier.

² Denis Debrosse et Patrick Aumeras. « La délégation de gestion ». Entreprise Santé, n°15 Mai juin 1998 p 16

consacrés ³. En outre, et là encore la circulaire du 21 avril est très explicite, la contractualisation interne doit se concevoir comme le prolongement et le complément de la contractualisation externe qui doit désormais régir les rapports entre les établissements et les Agences Régionales d'Hospitalisation. Dans de telles conditions, on peut supposer que la contractualisation interne obéisse à la même logique et vise les mêmes objectifs que la contractualisation externe. Or à l'expérience il faut bien reconnaître que cette contractualisation externe, au-delà de sa fonction de prévision à moyen terme, a avant tout une ambition de rationalisation budgétaire. En somme, " la contrainte économique place les pouvoirs publics dans une situation où ils essaient de diminuer les dépenses : c'est dans ce contexte que s'inscrit la notion de contrat d'objectifs négociés dont le but est de faciliter le retour à l'équilibre des dépenses de santé de manière rationnelle et contractuelle " ⁴.

De fait, bien qu'encore peu nombreuses, les expériences en matière de contractualisation interne et de délégation de gestion se multiplient au sein des établissements, et les revues professionnelles s'en font souvent l'écho.

La problématique de la délégation de gestion est apparue au Centre Hospitalier Victor Dupouy d'Argenteuil de façon spontanée, à la demande du chef de service, responsable du CR d'imagerie qui entendait contractualiser dans les plus brefs délais.

Face à cette demande, et après un temps d'hésitation, la direction s'est vite montrée favorable à l'instauration d'une démarche de délégation de gestion sous certaines réserves, dans certaines limites, et pour peu que d'autres centres de responsabilités y soient associés. Par conséquent, plusieurs services ont été initialement associés au processus de réflexion : service d'hématologie, service de pneumologie et service de biologie. Pourtant, au fil des réunions d'informations et de préparation, les candidatures se sont étiolées, et finalement seul le Centre de Responsabilité d'imagerie médicale a signé un contrat de délégation de gestion avec la direction, prenant effet le premier janvier 1999. Il demeure le seul à ce jour, même si le service de biologie et la direction conservent l'ambition de contracter pour l'exercice budgétaire 2000.

³ Circulaire DH/AF/AF3/97-304 du 24.04.97 relative à la contractualisation interne des EPS.

⁴ U.H.R.I.F. « Les contrats d'objectif négociés : enjeux et problématiques ». R.H.F. n°6 nov-déc 1996, p 626.

Force est de constater que la démarche de délégation de gestion initiée à l'hôpital d'Argenteuil reste pour l'instant modeste et se veut très pragmatique. Il ne fait aucun doute que la direction avait et a pour motivation principale la maîtrise budgétaire. Ceci est également vrai pour le laboratoire de biologie. Par contre, la motivation budgétaire n'est pas la seule au CR d'imagerie médicale, et des considérations qualitatives sont venues s'intégrer au contrat qui a été signé. Pourtant, un des propos de ce mémoire est de montrer que la négociation et le suivi du contrat avec l'imagerie, par la responsabilisation des parties prenantes, peut déboucher sur une transformation des relations entre les différents acteurs hospitaliers et par conséquent une transformation des modes de fonctionnement de l'hôpital. Bien loin de l'ambition initiale de réformer l'organisation de l'hôpital, la démarche argenteuillaise pourrait y conduire par la force des choses, par la nécessité de compléter et d'améliorer le processus. C'est dans cette mesure que l'expérience de l'hôpital d'Argenteuil se rapproche de l'ambition " organisationnelle " de la réforme hospitalière de 1996.

Or l'évolution des outils de gestion à mettre en œuvre pour mener à bien la délégation de gestion, constitue un facteur primordial d'évolution des mentalités en vue justement de cette réforme des modes de fonctionnement de l'hôpital. En quelque sorte, il s'agit de montrer l'interaction étroite qui existe entre la délégation de gestion et les instruments indispensables à sa mise en œuvre. Chacun s'alimente en fait de l'autre pour in fine faire évoluer les modes de gestion de l'hôpital. C'est là le grand enseignement de l'étude que j'ai pu mener au CH d'Argenteuil en matière de contractualisation et du travail que j'ai réalisé sur la méthode ABC/ABM au laboratoire de biologie. Partie d'une logique purement budgétaire, la Direction des finances a éprouvé ses apports mais aussi ses limites, pour découvrir des potentialités en terme d'organisation. Une des ambitions de ce mémoire sera donc d'étudier la façon dont on passe d'une approche uniquement budgétaire à une approche organisationnelle.

Pour ce qui concerne la contractualisation interne, la délégation de gestion et de façon plus large la gestion de proximité, cette étude se fonde sur les témoignages recueillis à l'hôpital d'Argenteuil auprès du Directeur, de l'équipe de direction, du

responsable du Centre de Responsabilité d'imagerie médicale et du président de la CME, médecin en charge du DIM.

Par ailleurs, le travail mené au laboratoire de biologie pour la mise en œuvre de la méthode ABC/ABM, en préalable à une délégation de gestion a été pour moi l'occasion de réfléchir sur les enjeux de la contractualisation interne, à l'occasion des échanges avec les médecins et le surveillant du service.

La réflexion s'est en outre enrichie de la participation régulière aux diverses instances (Conseil d'Administration, Commission Médicale d'Etablissement, Comité Technique d'Etablissement), et aux négociations budgétaires 1999.

Pour élargir les enseignements tirés de l'expérience argenteuillaise, l'étude des projets menés par l'hôpital de Blois et par le CHRU de Nantes a été précieuse. En outre, l'entretien avec Caroline Humez de la direction des hôpitaux ainsi que la rencontre avec l'équipe de l'hôpital de Lagny-Marne-la-Vallée qui en marge de la délégation de gestion a mis en œuvre une responsabilisation des services par déconcentration budgétaire ont complété ma recherche.

Quant à la problématique liée à la gestion par activités, la réflexion se fonde sur le travail que j'ai personnellement effectué au laboratoire de biologie, pour lequel je me suis aidé des ouvrages consacrés à la question, des expériences menées tant en entreprise qu'en milieu hospitalier, et du logiciel qui a été acquis par l'hôpital.

Enfin, les échanges avec les autres élèves directeurs travaillant sur le même thème ont été l'occasion de confrontations de points de vue intellectuellement très enrichissants.

La contractualisation interne comme modalité de délégation de gestion constitue une opportunité de responsabilisation des acteurs hospitaliers, rendue nécessaire par les restrictions budgétaires et les exigences qualitatives croissantes de la société, pour autant qu'elle reste encadrée par certaines limites. Or les outils de gestion, de contrôle budgétaire et d'information nécessaires à cette responsabilisation ne se contentent pas d'être de simples instruments techniques: leur développement engendre des bouleversements de comportement qui ont un impact direct non seulement sur la gestion mais aussi sur l'organisation hospitalière.

I/ La contractualisation interne comme modalité de délégation de gestion constitue une opportunité de responsabilisation de chacun des services de l'hôpital, dans le respect de certaines limites.

A/ La délégation de gestion doit permettre de répondre aux défis posés à l'hôpital : contrainte budgétaire et exigences de qualité.

1- La délégation de gestion a pour but de rapprocher les décisions des acteurs opérationnels:

On attend de la délégation de gestion une meilleure adéquation des moyens aux besoins et un allègement des lourdeurs institutionnelles.

C'est le principe même de la déconcentration et de la décentralisation: se rapprocher des personnes pour lesquelles les décisions sont prises - patients aussi bien que personnels- afin d'assurer une meilleure adéquation entre les aspirations et besoins de ces personnes et les décisions susceptibles de les satisfaire. Pour MM. ARNAUD et BARSACQ, " la déconcentration de la gestion opérationnelle(...) accélère la prise de décision, la rend plus adaptée au terrain auquel elle va s'appliquer et garantit qu'elle sera réellement appliquée. Elle tient compte du fait qu'une décision est toujours meilleure si celui qui va l'appliquer a participé à son élaboration. Elle conduit à décider sinon au plus bas niveau, du moins au plus près possible du terrain. En outre, elle permet d'éviter que le sommet de la hiérarchie soit engorgé par le règlement d'incidents qu'il est bien souvent mal placé pour régler et qui le détourne de sa véritable vocation "⁵.

⁵ J.O. Arnaud et G. Barsacq. « La dynamisation des ressources humaines à l'hôpital ». ESF-Entreprise moderne d'édition, 1989, p 89.

Or le souci d'amélioration de la gestion est bien au centre de la problématique de la réforme hospitalière au travers de l'ordonnance du 24 avril 1996⁶. Dans cette optique, comme le précise la circulaire du 21 avril 1997⁷, l'esprit de la réforme est l'application du principe de subsidiarité selon lequel seules les décisions qui ne peuvent pas être prises avec une meilleure efficacité à l'échelon décentralisé sont arrêtées par l'échelon central⁸. Pour Claudine ESPER, auteur d'un des rapports qui a contribué à inspirer les ordonnances de 1996, " le second objectif (des ordonnances) tient d'avantage aux nécessités de gestion et à la prise de conscience de mieux adapter les niveaux de décision. Le raisonnement concerne la qualité de l'organisation et son fonctionnement ".

1-1/Diminuer les coûts de gestion

Sur le plan économique donc, le rapprochement du processus décisionnel des unités opérationnelles, permet en supprimant un certain nombre d'intermédiaires, de réduire les délais ce qui devrait avoir pour conséquence de réduire les coûts d'administration, ou plutôt de gestion. De fait, au delà des enjeux de pouvoir et des jeux d'ambition, cet allègement du processus décisionnel apparaît être la première motivation des responsables de CR, et particulièrement des médecins, pour demander la mise en place d'une délégation de gestion. De leur côté, de plus en plus de directeurs s'accordent à reconnaître la nécessité de remédier aux " lourdeurs administratives " et " soutiennent la démarche avec une vigueur qui a pu surprendre " ⁹. Dans des structures hospitalières souvent caractérisées par une taille importante, des effectifs nombreux et une grande diversité d'acteurs aux logiques différentes, la direction ne peut gérer à elle seule l'ensemble, au risque de rester à un niveau beaucoup trop macro-économique. Enfin, notons que ce n'est rien d'autre que cette nécessité de se concentrer sur des unités de production plus petites que mettait en avant au début des années soixante-dix E.F. SCHUMACHER avec son désormais célèbre "small is beautiful " ¹⁰.

⁶ Ordonnance n° 96.346 du 24.04.96 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

⁷ Circulaire précitée.

⁸ Dominique Peljak. « Le management de subsidiarité au service des hôpitaux ». Gestions Hospitalières. Juin juillet 1997, p 421.422.

⁹ Claudine Esper . Dossier Jurisanté. C.N.E.H.

¹⁰ E.F. Schumacher. « Small is beautiful : une société à la mesure de l'homme ». 1973.

1-2/ Faire participer le personnel à la prise de décision

Adapter le niveau de gestion aux unités opérationnelles, outre sa dimension strictement économique, présente un enjeu plus managérial. En effet, cette adaptation sous entend une association des acteurs de terrain à la prise de décision. Dès lors, on peut s'interroger sur les liens entre délégation de gestion et " management participatif ".

Ce concept élaboré dans les années soixante par MAC GREGOR se fonde sur le postulat que les individus ont non seulement psychologiquement besoin de travailler, mais qu'ils aspirent à s'accomplir sur le plan personnel par l'exercice de responsabilités. Ces responsabilités envers certains objectifs existent en fonction des récompenses associées à leur réalisation. Or la plus importante de ces récompenses n'est pas matérielle ou pécuniaire mais psychologique: il s'agit de la satisfaction de l'égo et du besoin de réalisation de soi qui peut s'obtenir directement par l'effort dirigé vers des objectifs. En outre, l'adhésion aux objectifs est d'autant plus forte que les personnels sont associés davantage à leur élaboration. Pour Frederik HERZBERG, il s'agit d'accroître la participation des salariés à la direction de leur travail. Bien plus, PETERS et WATERMAN, parmi leur huit recommandations pour rénover la dynamique de la performance soulignent que les entreprises qui se renouvellent le plus considèrent chaque individu comme une source de créativité. Bien sûr, à mesure que le travail s'enrichit de cette façon, la supervision du travail prend moins de place et le rôle de l'encadrement et de la maîtrise s'en voit renouvelé. On aborde là un des problèmes et des enjeux majeurs de la contractualisation interne : le positionnement de la direction.

Pour SCHUMACHER, ce besoin des gens de participer aux décisions doit être satisfait dans de petites unités. Si l'on se concentre sur le monde hospitalier, il apparaît donc que l'implication des agents doit se faire au niveau des services ou des CR et que ce sont certaines responsabilités qui doivent se rapprocher d'eux.

1-3/ Management participatif et délégation de gestion

Devant cette belle unanimité pour reconnaître les effets dynamisants du management participatif en matière de gestion, il convient de se demander dans quelle mesure la délégation de gestion, fondée sur la contractualisation interne favorise le management participatif.

Pour R. MOSS KANTER, la clé de l'entreprise moderne efficace réside dans le management participatif fondé sur la délégation et la responsabilisation car celles-ci mettent en place des mécanismes permettant aux individus d'apporter leurs idées. Pour désigner ce processus par lequel les individus s'approprient une partie de la prise de décision, MOSS KANTER emploie le terme de " empowerment "¹¹. On peut résumer ce concept par l'idée que le travail considéré n'est plus seulement une exécution, plus ou moins standardisée d'une tâche, comme il pouvait l'être dans la conception taylorienne, mais qu'il reçoit un contenu décisionnel. Or si ce terme recouvre les notions de délégation, de décentralisation et de participation, il les lie de façon indissociable pour créer quelque chose qui ne peut se résumer à la somme des trois.

Pour sa part, P. HERMEL¹² explique que, " le management participatif stricto sensu considère que " la plupart des missions du manager peuvent, dans un cadre négocié, être partagées avec le managé dans une recherche d'amélioration conjointe du contenu du travail de chacun et des résultats " ". Le management participatif se fonde donc bien sur une négociation, ce qui est aussi le cas du contrat de délégation de gestion. Pour autant, P. HERMEL distingue le management participatif de la simple délégation.

De fait, la délégation de gestion est sans doute un préalable au management participatif, pour ne pas dire une condition nécessaire. Car pour arriver à enrichir le travail des salariés, pour les associer à la définition d'objectifs, il faut bien donner du "

¹¹ R. Moss Kanter. « Entreprise en éveil : maîtriser les stratégies du management post-industriel ». InterEditions, 1992.

¹² Phillippe Hermel. « Le management participatif : sens, réalité, actions ». Editions d'Organisation, 1988, p 188.

contenu décisionnel " à l'échelon opérationnel. Même si l'on se situe au niveau de l'individu, celui-ci sera d'autant plus intéressé, se sentira d'autant plus concerné et adhérera d'autant plus volontiers à la démarche de gestion, qu'il sentira le pouvoir décisionnel proche de lui.

Pour autant, la délégation d'un champ de décisions n'est pas suffisante. La délégation est faite au bénéfice du CR, représenté par son responsable. Le contrat est conclu avec ce dernier. A charge pour lui de ne pas se crisper sur cette délégation, c'est-à-dire de ne pas concentrer entre ses seules mains les nouvelles prérogatives que lui confère la délégation, mais au contraire d'associer l'ensemble de ses collaborateurs. Le management participatif ne se réduit pas à une délégation ou à un contrat. Mais il apparaît probable qu'il ne peut commencer à devenir effectif que grâce au contenu que ceux-ci apportent.

Pour illustrer ceci, il convient ici de se référer aux propos tenus par le président de la CME et à l'expérience du CR d'imagerie médicale relatée par son responsable.

Le président de la CME, pour souligner le fait que la délégation de certaines décisions dans les mains du responsable de CR ne suffit pas à la participation du personnel, remarque que si le responsable ne délègue rien à son tour de ce qu'il a reçu, le " dictateur " aura changé, mais il reste un " dictateur ". On pourrait ajouter que cela, en matière de participation peut être pire, dans la mesure où le " dictateur " est plus près. Au-delà de la force des mots sans doute quelque peu excessive, il apparaît dans les propos du président de la CME une forte crainte que l'augmentation des pouvoirs du responsable de CR ne se traduise par un renforcement du pouvoir à tendance féodale que pratiquent encore certains chefs de service.

L'expérience du CR d'imagerie fournit au contraire un exemple de ce que peut apporter la délégation de gestion en matière d'implication des équipes pour peu que le responsable laisse celles-ci se saisir d'un sujet. Grâce au contrat, une enveloppe budgétaire destinée à la formation professionnelle a été attribuée au CR. Pourvu que l'enveloppe soit utilisée à des actions de formation, le CR l'utilise comme il l'entend. Or le responsable du CR ne fait que fixer les grandes lignes de la politique de formation de sa structure. Une réunion en début d'année a par ailleurs été organisée

pour expliquer le principe de cette enveloppe et souligner son caractère limité. On a alors assisté à une concertation spontanée entre les agents pour réguler les demandes de formation. Antérieurement au contrat, la régulation se faisait au niveau de la direction du personnel, sur le critère d'un tour de rôle, nuancé de priorités de politique d'établissement. Les personnels avaient alors tendance à demander massivement de la formation, de façon individuelle: ils tentaient leur chance en quelque sorte, sans avoir le sentiment d'être limités par les demandes de leurs collègues. Aujourd'hui, le fait que l'enveloppe de formation soit gérée au niveau du CR incite chacun à discuter avec ses collègues de ses demandes de formation, sur une base d'intérêt professionnel et de cohérence avec l'activité du service.

2/Le contrat d'objectifs et de moyens interne est aussi (et surtout ?) un moyen d'obtenir des acteurs hospitaliers un engagement dans la gestion des activités de l'hôpital.

De l'ensemble des études sociologiques portant sur l'hôpital, il ressort une séparation très marquée entre monde administratif garant de l'équilibre budgétaire et de la cohésion institutionnelle, et monde soignant, étranger aux préoccupations financières, accaparé par la prise en charge du patient et replié au sein de " territoires ". Ainsi, pour Michel CROZIER " l'hôpital est déchiré entre l'administration et les soignant "¹³. Quant au Professeur Alain Bernadou, il n'hésite pas, non sans humour et avec une grande lucidité, à partager l'hôpital en deux sous-ensembles : le sous-ensemble « administrativo-démocratique-autoritaire » et le sous-ensemble « médico-anarcho-féodal »¹⁴.

2-1/La liberté contractuelle, gage d'une transformation des relations hospitalières par la négociation.

Les matières sur lesquelles va s'exercer la compétence de gestion, déléguée par le Directeur au Responsable du Centre de Responsabilité, ainsi que les objectifs

¹³ Michel Crozier. « L'hôpital est déchiré entre l'administration et les soignants ». Le quotidien du médecin. 17.11.94 .

¹⁴ Pr Alain Bernadou. « Le praticien, le directeur et le président, une éthologie de l'hôpital » . R.H.F. n°5 Sept. Oct. 1998 p 490.

quantitatifs et qualitatifs que devra atteindre cette gestion déléguée doivent faire l'objet d'un " accord " pour ne pas dire un contrat entre le délégant et le délégataire. Or pour arriver à un accord, il convient au préalable de discuter de ces objectifs et des moyens mis en œuvre pour les réaliser, et de concilier les points de vue pour arriver à une position acceptable pour les différents protagonistes intéressés au contrat.

Il y a donc négociation, échange de point de vue. Cette négociation est d'autant plus libre que la contractualisation interne, aux termes de l'article L.714.26.1. du Code de la Santé Publique, est une faculté offerte aux Etablissements Publics de Santé, et non une obligation : " Les EPS **peuvent** mettre en oeuvre des procédures de contractualisation interne ".

Même si l'accord n'est pas un contrat au sens juridique du terme, comme le souligne Jacques HARDY dans la mesure où le CR ne possède pas de personnalité juridique, il peut être qualifié " d'acte unilatéral négocié "¹⁵.

En résumé, rien n'oblige le Chef d'Etablissement à entrer dans une démarche de délégation de gestion et réciproquement, le Responsable du CR a la faculté de refuser de contracter s'il estime inacceptables certaines clauses du contrat.

Certes, les dispositions contenues dans ces clauses pourront être imposées au responsable de CR par la Direction mais cela se fera au vu et su de tous dans un rapport d'autorité et non plus dans un rapport consensuel.

C'est ainsi qu'au CH d'Argenteuil, le CR d'hématologie-sida, initialement intéressé par une délégation de gestion, s'est retiré des négociations après avoir estimé que la contractualisation n'offrait pas suffisamment d'avantages par rapport à la situation existante. Ce refus peut même avoir une dimension stratégique si on considère que le fait de rester en dehors du mouvement de contractualisation permet au CR de rester dans une position critique vis-à-vis de la Direction, sans doute plus facilement qu'en étant dans une relation contractuelle.

De même, le CR de biologie, intéressé lui aussi par une délégation de gestion passant par une contractualisation interne, voit dans ce dispositif un moyen de contenir la pression des prescripteurs et exige de la Direction des garanties dans ce domaine avant tout engagement contractuel.

Au total, de cette négociation, de cette confrontation de points de vue ressortent des objectifs beaucoup plus réalistes que ceux qui résulteraient d'une décision administrative tentant de contenir une logique de moyens réputée corporatiste. Ce processus de négociation est déjà une première étape sur la voie d'une objectivisation des relations entre Direction et unités de soins.

2-2 La responsabilisation des acteurs opérationnels s'appuie sur un système d'intéressement et de sanctions.

La négociation, si elle est fondamentale pour un rapprochement des logiques médicales et gestionnaires, ne saurait suffire à responsabiliser les acteurs. Il faut pour objectiver cette négociation que les services demandeurs ne soient plus tentés par l'attitude démagogique qui consiste à toujours demander plus à l'administration, pour être sûr d'avoir un minimum. De fait, la logique même du contrat est que les CR contractants adhèrent à des objectifs et voudront tout faire, effectivement, pour les respecter, dans la mesure où ils estiment qu'ils peuvent les remplir et dégager des économies dont ils bénéficieront pour partie grâce au système d'intéressement.

C'est ainsi que le contrat interne entre un centre de responsabilité et la direction est apparu de façon pragmatique à l'hôpital d'Argenteuil comme un moyen de rompre avec les pratiques peu responsables et dispendieuses qui ont trop souvent cours à l'hôpital.

2-2-1 Pour mieux comprendre l'apport de la contractualisation et de l'intéressement, il paraît utile de faire un détour par le fonctionnement budgétaire interne de l'hôpital.

L'expérience argenteuillaise...

A l'hôpital d'Argenteuil, les services ont tendance à exagérer leurs besoins et gonflent leurs commandes aux services économiques pour constituer des stocks. Sachant que les budgets de fonctionnement ont une tendance à la diminution d'une année sur l'autre par l'effet de la réduction de la dotation de fonctionnement, la

¹⁵ Jacques Hardy. « Contractualisation interne et délégation de signature ». R.H.F. n°6 nov-déc 1997.

constitution d'un stock en fin d'année permet de " prendre de l'avance " sur le budget du service de l'année suivante qui recevra nécessairement l'impact de la répercussion de la baisse de la dotation de l'hôpital. De son côté, suspectant ces pratiques, la Direction des Services Economiques a tendance à ne pas satisfaire la demande du service dans son intégralité. Réciproquement, les services de soins connaissant la pratique des services économiques n'hésitent pas à demander le plus pour espérer avoir le moins. On entre ainsi dans un cercle vicieux- pour le moins non coopératif- caractérisé par une tendance inflationniste des dépenses, et des protagonistes qui s'affrontent sur des bases qui deviennent de moins en moins rationnelles au fur et à mesure qu'elles s'éloignent des besoins réels.

Le corollaire de cet éloignement du réel est un manque de moyens d'objectivation des besoins réels des services hospitaliers. Dès lors, aucun des protagonistes ne sait ce sur quoi il peut compter pour l'année suivante. Ceci se traduit lors des négociations budgétaires par une affectation d'une fraction de la différence entre le budget prévisionnel et le budget réalisé en plus du budget de l'année à venir, mais dont le montant peut être variable d'un service à l'autre du fait de la multiplicité de critères d'appréciation mis en œuvre par la direction qui entend ainsi conserver une certaine marge d'appréciation.

Ces constats sont également vrais en matière de personnel. La situation en l'absence de contrat est souvent caractérisée par des médecins et des cadres infirmiers qui n'appréhendent l'adaptation à l'évolution de leur activité qu'en terme d'augmentation des moyens en personnel.

...semble largement confirmée dans beaucoup d'hôpitaux.

Ce constat fait à Argenteuil est sans doute à peu de choses près valable pour l'ensemble des hôpitaux français. Ainsi, G. ARBUZ et D. DEBROSSE¹⁶ notent que " l'observation des pratiques comme la lecture des projets de services et des projets médicaux confirment l'idée que les acteurs hospitaliers privilégient avant tout une logique de moyens. Pour résoudre les problèmes de fonctionnement, ils sollicitent

des crédits ou des effectifs supplémentaires ". " Cette démarche ne se réfère à aucune norme. Des inégalités de dotation fortes entre services comparables n'empêchent pas l'expression des mêmes demandes de moyens. A peine ont-elles été satisfaites, une année, qu'on les voit réapparaître l'année suivante ". C'est que si " le vrai décideur financier à l'hôpital est le médecin (...), le cursus médical ne comprend pas de cours sur l'économie de la santé, comme s'il y avait incompatibilité entre l'apprentissage d'une discipline centrée sur la lutte contre la maladie et celui de la gestion des ressources à mettre en œuvre. Tout se passe comme si les médecins ne se considèrent pas d'emblée comme des comptables chargés de veiller au respect des contraintes financières de l'établissement " . On peut ajouter à ce constat, le témoignage du président de la CME pour qui une des raisons du peu de succès de la démarche de contractualisation interne réside dans le fait que pour beaucoup de médecins, le choix de venir exercer à l'hôpital résulte de la volonté de disposer de moyens pour soigner et ne pas avoir à se préoccuper des questions " bassement " financières.

A l'inverse, l'obligation de respecter le budget global, dont elle connaît par avance le montant, est une préoccupation majeure de l'équipe de direction. Cette préoccupation se traduit par un système de " budget administré ", dans lequel les dépenses de personnel, de produits médicaux, d'hôtellerie et d'investissement sont tenues par l'équipe de direction qui en est garante, avec le souci d'éviter tout dérapage. Dans ce système, les dépenses ne peuvent être engagées sans son accord préalable. Il ne faut pas s'étonner que dans ces conditions, avec des acteurs ayant de telles divergences de préoccupations, " des demandes soient satisfaites selon des critères irrationnels, comme par exemple le moment de l'année, la personnalité du demandeur, le climat social ou le fait accompli "¹⁷.

¹⁶ Georges Arbuz et Denis Debrosse. « Réussir le changement de l'hôpital ». InterEditions 1996, p 172.173.

¹⁷ Idem.

2-2-2 Face à ces pratiques, la contractualisation interne apparaît comme une opportunité de responsabilisation des services consommateurs et de réintroduction de rapports coopératifs par la négociation.

Sur le plan financier:

En effet, selon les termes du contrat signé à Argenteuil avec le service d'imagerie, le centre de responsabilité bénéficie d'un système de " préconisation de commande ", complété par une étape de " validation de commande "¹⁸ relevant de la responsabilité de la Direction des Services Economiques. Le CR transmet sa commande aux services économiques qui, dans le respect du budget du CR, commandent automatiquement la fourniture dans la quantité demandée. A charge donc pour le responsable du CR de gérer le budget qu'il a lui-même négocié et approuvé. Une fois ce budget dépassé, le responsable sait qu'il n'aura en principe rien à attendre de plus de la part de la Direction. De plus, le CR n'est plus incité à constituer de stock s'il veut pouvoir dégager des économies qui, à hauteur de 50%, se retrouveront dans l'intéressement du CR.

Au contraire, en cas de résultat négatif, il est prévu que le budget de N+1 du CR soit diminué, par rapport au budget de N du montant du dépassement. En cas de second dépassement consécutif injustifié et ne résultant pas des circonstances exceptionnelles, prévues au contrat, ce dernier est résilié de plein droit. Comme on le remarque, l'appréciation du respect ou non respect de l'enveloppe budgétaire ne fait pas référence à l'évolution de l'activité. Alors qu'une dérive des dépenses dans une moindre mesure que l'augmentation d'activité peut être considérée comme un progrès en terme de productivité. De fait, à l'hôpital de Lagny-Marne-la-Vallée, il est prévu qu'en dehors de l'intéressement, de droit, en cas d'excédent budgétaire, une somme forfaitaire de 2000 francs est accordée lorsqu'il y a un déficit budgétaire, mais qu'il correspond à un dérapage des dépenses moindre que l'augmentation de l'activité du service. A Nantes, les contrats prévoient un intéressement tenant compte de l'évolution de l'activité du pôle. A l'hôpital d'Argenteuil, la direction n'a pas souhaité fixer de règles de prise en compte de l'activité. Elle a estimé que certaines

lignes de dépenses n'étaient pas nécessairement influencées par une variation d'activité et préfère par conséquent analyser l'impact de l'activité au coup par coup, en concertation avec le CR d'imagerie.

En matière de personnel, le même système d'enveloppe limitative est en œuvre. La délégation de gestion porte sur les dépenses de personnel médical et non médical, les remplacements, les gardes et astreintes, les heures supplémentaires et la formation professionnelle. Le CR s'est vu attribué un budget qui représente la masse salariale réelle (constatée, en fonction des grades et de l'ancienneté des agents) de l'effectif considéré comme normal(effectif réel financé l'année précédente). A cette somme vient s'ajouter un financement pour faire face aux besoins de remplacement : il représente une quote-part des mensualités de remplacement de l'établissement, calculée sur l'effectif du CR, et qui s'élève à environ 40000 francs. Au sein de cette enveloppe, le responsable du CR gère ses effectifs comme il l'entend : la Direction des Ressources Humaines n'intervient pas sur le principe ou l'opportunité d'un recrutement ou d'un remplacement. Ainsi, le coût des allocations de perte d'emploi versées à des agents du service à l'issue d'éventuels remplacements est supporté par le budget du CR. De même, le faible montant de l'enveloppe consacrée au remplacement des agents en arrêt, a obligé le CR à redéployer une partie de ses crédits en gelant un poste pour dégager des financements supplémentaires. Il n'y a guère que les crédits destinés à la formation qui fassent l'objet d'une enveloppe spécifique n'étant pas susceptible d'être utilisée à d'autres dépenses du même groupe. Quote-part financière du budget de formation de l'établissement calculée cette fois sur la masse salariale du service, elle ne bénéficie pas en effet de la possibilité d'être reprise d'une année sur l'autre et doit donc être utilisée pour la formation dans l'année .

La direction du personnel se contente dès lors de jouer le rôle d'un conseiller et d'un expert en matière de recrutement, et de contrôleur du respect de l'équilibre budgétaire du CR. En outre, elle conserve sa dimension administrative : pour les recrutements, par exemple, c'est elle qui passe les annonces, gère les lettres de candidature, reçoit les candidats, même s'ils sont également reçus par le CR.

¹⁸ Cf le contrat interne de l'imagerie en annexe.

En dernière analyse, c'est bien toujours le directeur qui recrute.

Outre le fait d'inciter à dégager des économies, le système présente l'avantage pour chacun des protagonistes redevenus partenaires d'offrir une visibilité qui permet de mieux objectiver les choix. Le service sait de combien sera abondée la reconduction de son budget pour l'année suivante ce qui lui permet de faire des projets, tandis que la direction, lors des négociations budgétaires dispose d'une base plus objective car plus proche des besoins réels du CR.

Sur le plan qualitatif:

Mais la responsabilisation ne se limite pas à une dimension économique. La contractualisation interne représente une opportunité d'amélioration de la qualité. La direction ainsi que le CR tenaient à ce que des clauses concernant la qualité soient introduites dans le contrat. Les propositions ont été laissées à l'initiative du CR, qui a souhaité tenir compte du projet d'établissement, de l'évaluation du service rendu au patient, de l'évaluation des relations avec les prescripteurs et de la perspective éventuelle d'une accréditation du CR. Les clauses sont d'une grande variété mais peuvent être regroupées en deux groupes: celles qui concernent la qualité du service directement rendu au patient, et celles qui ont plutôt un rapport à la gestion hospitalière(voir annexe 1 du contrat, en annexe 1 du mémoire). A la première catégorie appartiennent les objectifs de réorganisation de l'accueil et du secrétariat, de réduction des délais d'attente des patients, d'organisation d'un réseau de soin. A la seconde catégorie appartiennent plutôt les objectifs d'optimisation de la procédure de demandes de radios, d'amélioration de la prescription, de rationalisation des radios faites en urgence et d'étude des coûts et des causes de la non qualité en général.

En outre, le résultat de l'évaluation qualitative du contrat donne lieu à un intéressement forfaitaire supplémentaire de 50000 francs utilisés de la même manière que le reste de l'intéressement, dès lors que les objectifs de l'année ont été atteints. On observera tout de même que pour la plupart, ces axes d'amélioration qualitative ont des conséquences directes en terme de maîtrise des coûts.

B/ La délégation de gestion jusqu'où?

Les limites que peuvent poser les directions d'hôpitaux à la démarche de délégation de gestion tiennent à deux craintes.

1- Les Directions, garantes de la cohérence de l'institution, craignent une balkanisation de l'hôpital.

La première limite à la délégation de gestion est le risque d'éclatement de la logique institutionnelle. Les études sociologiques et organisationnelles qui ont porté sur l'hôpital l'ont suffisamment montré : l'hôpital, dans sa dimension soignante est éclaté en services qui répondent à une logique de territorialité très forte. Il n'y a pas ou trop peu et trop rarement de sentiment d'appartenance à la structure " Hôpital ".

Déléguer certaines compétences au sein de ces différents " territoires ", sans plus de précaution, présente donc le risque de voir ces compétences exercées, selon les intérêts particuliers de la sous-structure, au détriment de l'intérêt général. Confrontée à la demande de contractualisation du CR d'imagerie, la direction a dû se poser la question des limites à apporter tant au contenu qu'aux modalités de cette délégation.

1-1 Sur le plan du contenu .

Il existe des compétences qui ne peuvent être déléguées : ceci impose une application rigoureuse du principe de subsidiarité selon lequel seules les décisions qui ne peuvent être exécutées par la base pour des raisons tenant à la cohérence de l'ensemble sont prises au niveau de l'entité juridique.

1-1-1 Ne peuvent être délégués certains aspects de la politique du personnel.

Les limites au contenu de la délégation de gestion concernent tout d'abord la gestion du personnel. Le recrutement peut difficilement être délégué dans la mesure où le pouvoir de nomination appartient juridiquement au Directeur. A Argenteuil, si le CR définit la fiche de poste et reçoit les candidats, la DRH reçoit elle aussi les candidats, apporte une dimension professionnelle à l'entretien de recrutement et prend, en définitive, la décision de recrutement.

Bien plus encore, l'avancement et le pouvoir disciplinaire ne peuvent être laissés à l'appréciation des divers responsables de CR. Non seulement du fait de la nécessité de respecter le principe d'égalité de traitement des fonctionnaires mais aussi celle de respecter la cohérence institutionnelle de la politique de gestion des ressources humaines.

C'est au nom de cette même cohérence qu'il a été décidé au CHA de ne pas déléguer la notation des agents, solution qui a été retenue par exemple, au CHR de Nantes, ou qui prévaut dans les expériences britanniques ou suédoises. Ainsi chaque agent, dans chaque service, reçoit une appréciation du cadre infirmier, une appréciation du chef de service et une appréciation de la direction du personnel. Les responsables des CR sont invités à expliquer leurs appréciations et la note qu'ils souhaiteraient voir attribuée, mais c'est la Direction du personnel qui arrête la note chiffrée, en cohérence avec la structure de la notation de l'ensemble de l'institution.

1-1-2 Pas plus qu'aux yeux des Directions ne peut être délégué l'investissement.

Le second domaine, et sans doute le plus sensible, où la cohésion de la structure hospitalière nécessite une limitation de la délégation de gestion est l'investissement. Celui-ci focalise toutes les revendications et toutes les crispations dans la mesure où sa dimension stratégique est manifeste, pour la direction comme pour la communauté médicale. C'est pourquoi les dépenses correspondantes sont prévues en accord avec le CR mais elles demeurent soumises à l'arbitrage de la direction du Centre Hospitalier. A titre indicatif, un plan pluriannuel de

renouvellement des équipements, d'une durée de 5 ans, est annexé au contrat. Mais il ne possède pas de valeur contraignante.

La seule marge de manœuvre laissée au CR en matière d'investissement réside dans la possibilité qui lui est offerte d'utiliser le montant de l'intéressement à des dépenses d'investissement. Mais il est précisé que le matériel ainsi acquis reste la propriété de l'établissement tandis que leur remplacement est à la charge du centre de responsabilité. De même, les charges induites par ces investissements (consommables, amortissements, maintenance, réparations) sont supportées par le budget du CR.

En matière d'investissements, la liberté de gestion du CR est donc extrêmement limitée, pour ne pas dire inexistante, ce qui n'est pas le cas dans d'autres établissements. A Nantes, la délégation de gestion concerne également les dépenses du groupe IV dans la mesure où du fait de la fongibilité des enveloppes des groupes, des dépenses de GI et GII ou G III peuvent être gelées pour financer les dépenses du groupe IV. Sur le plan théorique, mais cela n'a encore jamais trouvé d'application, un ou plusieurs postes d'infirmières (groupe I) pourrait être gelé et le montant financier correspondant pourrait être utilisé pour l'achat d'une machine (groupe IV).

A ce stade, au-delà du constat des limites apportées à la délégation de gestion en matière d'investissement, il convient de s'interroger sur les raisons de la réticence de la Direction du CHA à déléguer les investissements, alors même qu'il s'agit là d'une des revendications les plus fortes des candidats médicaux à la délégation de gestion. En effet, le responsable du CR d'imagerie, dans sa demande de contractualisation invoquait de façon très ferme la possibilité de gérer directement ses investissements ! Quant au président de CME, il envisage tout à fait, de façon spontanée, un système similaire à celui de Nantes.

La première raison est d'ordre stratégique : du fait des modalités de financement de l'hôpital par la DGF, la politique d'investissement de l'établissement détermine le volume de financement de la section d'investissement par le biais des dotations aux amortissements. Or c'est cette section d'investissement qui conditionne

la richesse propre de l'établissement, et sa capacité à s'adapter au progrès technique. Autrement dit, du point de vue de la direction, l'investissement a une position trop centrale et une dimension trop politique pour en laisser la gestion aux responsables de centres de responsabilité.

La seconde raison est la nécessaire cohérence de la politique d'équipement de l'hôpital, qui n'apparaît pouvoir être garantie que par une centralisation entre les mains de la direction. Au sein d'un montant limité de ressources d'investissement, toutes les demandes d'équipements des services ne peuvent être satisfaites. En outre l'éclatement a priori de l'enveloppe d'investissement entre les différents centres opérationnels déboucherait sur une dilution des moyens d'investissement du fait de la faible surface financière représentée par chaque CR pris isolément. Il y a donc une nécessité de planifier dans le temps les acquisitions, faire porter la capacité d'investissement de l'établissement sur tels ou tels domaines prioritaires en fonction d'une part des besoins objectifs de remplacements d'équipements et d'autre part des priorités définies par les axes de développement de l'activité de l'hôpital contenus dans le projet d'établissement. Qui est mieux placé que la direction pour avoir la vue d'ensemble et à long terme nécessaire ?

1-2 Sur le plan des modalités et de la forme : la question de la délégation de signature.

Le décret n°97.374 du 18 avril 1997 relatif à la délégation de signature des directeurs d'établissements publics de santé précise que le responsable de centre de responsabilité peut bénéficier d'une délégation de signature de la part du directeur de l'établissement. Quant à la circulaire du 21.04.1997¹⁹ relative à la contractualisation interne, dans les EPS, elle considère que " la délégation de signature est la forme la plus achevée de la délégation de gestion ". Or jusque là, la délégation de signature n'était envisageable que pour les directeurs fonctionnels et les pharmaciens chefs.

Pourtant, la délégation de signature comme modalité de délégation de gestion n'est qu'une possibilité offerte aux directeurs : en aucun cas, elle ne saurait être une obligation. Selon le décret du 18 avril 1997, " **l'une des formes** que **peut** revêtir la

contractualisation interne est la possibilité pour le directeur d'établissement de donner une délégation de signature aux praticiens responsables de CR ". De fait, dans les diverses expériences de délégation de gestion menées en France, on constate que la délégation de signature n'a jamais été accordée par un chef d'établissement à un responsable de CR. Cela alors même que les responsables des CR intéressés par la délégation de gestion revendiquent la plupart du temps cette délégation de signature.

Au CHA, la question de la délégation de signature s'est posée. Cette dernière était revendiquée par le responsable du CR d'imagerie. Il convenait donc de s'interroger sur les motivations des uns et des autres pour pouvoir se déterminer.

Du point de vue du médecin, la délégation de signature est appréhendée comme " la forme la plus achevée de la délégation de gestion ", selon les termes repris par le responsable du CR. Elle est donc l'aboutissement " logique " de la démarche de la délégation de gestion. De fait, pourquoi devoir passer par la Direction des Services Economiques ou par celle du Personnel pour la signature, dès lors qu'a été acquis le principe que la Direction, pour les domaines de gestion déléguée, renonçait à un contrôle d'opportunité a priori ? On peut voir là, à la fois le maintien d'une suspicion de " l'administration " par rapport aux unités opérationnelles en même temps qu'une source de lourdeur et de temporisation dans le processus de gestion, ce à quoi la délégation de gestion se proposait de remédier. Pour souligner à quel point la question de la délégation de signature a pu focaliser les attentes des médecins, il est significatif de rappeler que le responsable du CR d'imagerie concluait sa demande de contractualisation par cette phrase : " Il est évident que sans délégation de signature (...) il n'y a plus aucun intérêt à négocier un contrat d'objectifs et de moyens (internes) ".

C'est sans doute que pour un responsable de CR, disposer d'une délégation de signature revient dans une certaine mesure à s'affranchir du contrôle a priori de la direction ou tout au moins du passage incontournable par les Directions fonctionnelles de l'établissement, jusque là seules détentrices de la délégation de

¹⁹ Circulaire précitée.

signature de la part du chef d'établissement. Et c'est sans doute parce que certains services initialement intéressés par la contractualisation n'ont pas suffisamment trouvé dans le contrat ce qu'ils cherchaient - un moyen de contourner l'administration - qu'ils y ont renoncé.

2- Les directions fonctionnelles craignent une dépossession de leurs prérogatives.

C'est ici que l'on retrouve la deuxième explication des réticences de la Direction - et plus particulièrement des Directions fonctionnelles - à pousser la délégation de gestion jusqu'à la délégation de signature. Il n'y a rien d'étonnant à ce que à l'espoir des responsables de CR de s'émanciper de la tutelle des Directions fonctionnelles, fasse écho la crainte de ces dernières d'être dépossédées de leurs prérogatives.

2-1 Les ambiguïtés de la délégation de signature.

Il convient donc, pour apprécier la réalité des dangers de la délégation de signature ou de ses avantages, pour les différents protagonistes, d'analyser plus précisément en quoi consiste cette délégation et ses conséquences.

Comme le rappelle la circulaire du 21/04/97, dans son commentaire du décret du 18 avril 1997, une délégation de signature n'est jamais de droit. Par conséquent, la Direction de l'établissement peut mettre fin à tout moment à la délégation. De plus, la délégation de signature n'étant pas de droit, elle est accordée intuitu personae : le directeur délègue à qui bon lui semble et lorsque le délégataire cesse ses fonctions, la délégation cesse de droit.

En outre, la délégation de signature n'exonère pas la responsabilité du déléguant dans la mesure où ce dernier, dans le champ concerné par la délégation de signature, reste compétent à agir. De même, en matière financière, la délégation de signature ne modifie pas l'ordonnateur juridiquement responsable de la dépense, qui reste le Directeur. Dans ces conditions, il est logique, comme le rappelle la

circulaire, que " toute délégation de signature s'accompagne de l'autorité hiérarchique du déléguant sur le délégué et d'un contrôle de gestion "20.

Pourtant, l'on peut s'interroger sur la portée et l'effectivité de cette autorité hiérarchique. Le Directeur du CH d'Argenteuil affirme ne pas être hostile, sur le principe, à la délégation de signature. Mais il s'y refuse dans la mesure où il considère n'avoir aucun moyen de coercition à l'encontre des médecins. N'ayant pas le pouvoir de nomination de ces derniers, il n'a pas la possibilité de mettre un terme à leurs fonctions dans l'établissement en cas de faute ou de manquement à leurs obligations ce qui représenterait pourtant la plus dissuasive des sanctions. De même, le Directeur ne dispose pas du même pouvoir de notation pour les médecins que de celui dont il dispose pour son équipe de direction. Enfin, il peut difficilement compter sur l'intéressement, qu'il soit positif ou négatif, dans la mesure où celui-ci se limite à un intéressement collectif, le juge n'ayant toujours pas admis l'intéressement individuel. On comprend que devant aussi peu de garanties alors que la responsabilité des acteurs hospitaliers est de plus en plus souvent engagée, les directeurs hésitent à déléguer leur signature.

La délégation de signature bute donc sur le fait que, comme le soulignent F.GRATEAU et M.CREMADEZ²¹, la ligne hiérarchique existant entre le sommet stratégique et les unités opérationnelles, présente dans toutes les organisations de production, est " brisée " dans le cas de l'hôpital, en raison de l'éclatement du pouvoir entre trois catégories professionnelles.

J.M.CLEMENT²² souligne lui aussi cette rupture et propose comme solution un modèle radical où le Directeur serait nommé par le conseil d'administration de l'hôpital et serait responsable de sa gestion devant lui, tandis que les médecins seraient placés, directement ou indirectement sous l'autorité de ce directeur qui détiendrait le pouvoir de leur nomination et par conséquent de leur révocation.

²⁰ Idem.

²¹ Michel Crémadez et François Grateau. « Le management stratégique hospitalier ». InterEditions, 1997.

²² Jean-Marie Clément. « Essai sur l'hôpital ».

2-2 La nécessaire interrogation sur le rôle des directions fonctionnelles.

Mais au-delà de cet aspect juridique, les prérogatives des chefs d'établissements apparaissent largement préservées. En revanche, les directions fonctionnelles ne bénéficient pas des mêmes garanties, et pourraient apparaître plus exposées à la concurrence des CR. En effet, le contrat, passé entre le chef d'établissement et le responsable du CR renforce les liens entre ces deux protagonistes. Le Directeur reste le maître du contrat. Il est incontournable, pour autant que la tutelle a pris la peine de préciser que la contractualisation interne ne saurait avoir pour but la passation de contrat entre responsables de services et tutelle. Dans le même temps, en cas de délégation de signature, les directions fonctionnelles ne sont plus les seules détentrices de la signature du chef d'établissement. Cela alors même que, délégation de signature ou pas, un certain nombre de décisions qui leur appartenaient en propre, sont partagées dans le meilleur des cas, ou purement et simplement transférées au CR.

C'est d'ailleurs au niveau des directions fonctionnelles que la littérature professionnelle consacrée à la délégation de gestion et à la contractualisation interne envisage les plus grandes réorientations. Ainsi revient souvent l'idée selon laquelle ces directions devraient se réorienter dans un rôle d'expertise, de conseil, et de contrôleur a posteriori, par opposition à leur rôle actuel de gestionnaire et de censeur. Claudine ESPER, quant à elle n'hésite pas à estimer qu'une " équipe de direction différente verra probablement le jour à l'avenir, amenée à se répartir dans les différents centres de responsabilité "²³. Dans ce domaine expérimental, il conviendra de suivre l'expérience menée à l'hôpital de Lagny-Marne-la-Vallée, où des co-directions de pôles sont en cours de mise en place, associant un responsable médical et un des directeurs fonctionnels.

S'il fallait apprécier la menace pour les directions fonctionnelles, il faudrait nuancer le propos et distinguer entre les directions fonctionnelles. En ce qui concerne la Direction du personnel, il convient de mentionner le fait qu'au CHRU de Nantes, celle-ci semble effectivement avoir été dépossédée d'une partie non

négligeable de ses prérogatives. Ceci n'est pas allé sans l'émergence d'un certain malaise, alors même que la délégation de gestion n'a pas pris la forme d'une délégation de signature. Par contre, la Direction des plans et travaux apparaît à l'abri par la nature même de ses missions, de même que celle des finances ou pour une grande partie celle des services informatiques et de l'organisation.

La véritable question se pose pour la fonction achat, qui traditionnellement est centralisée au niveau de la Direction des services économiques, et pour tout ce qui concerne l'informatique et les réseaux au niveau de la DSIO. C'est dans ce secteur, que la demande de délégation de signature est la plus forte de la part des responsables de CR. Or les règles qui régissent les marchés publics, avec leur système de seuils de mise en concurrence, empêchent tout fractionnement des marchés. L'appréciation du volume financier des marchés se fait au niveau de l'entité juridique, c'est-à-dire de l'établissement, tandis que les CR n'ont pas de personnalité juridique. Dans ces conditions, il n'y a guère que pour les fournitures représentant un faible volume financier que la délégation de signature est envisageable (seuil des 300 000 francs). Par contre, il est vrai que dans le système de préconisation de commande mis en place à Argenteuil, l'économat perd son pouvoir de contrôler a priori et en opportunité les dépenses faites par le CR d'imagerie.

En guise de conclusion partielle sur ce problème de dessaisissement éventuel de prérogatives de certaines directions fonctionnelles, on peut considérer que le risque n'est pas énorme. Certes, la dimension de gestion au jour le jour, dans un processus de délégation aura tendance à être transférée aux CR. Mais est-ce véritablement la dimension la plus intéressante de la fonction de directeur fonctionnel ? Par contre, la dimension stratégique n'est pas contestée par le processus de délégation, bien au contraire, il devrait se trouver renforcé, ne serait-ce que par le temps dégagé par la délégation de certaines tâches. En outre, le métier de directeur fonctionnel devrait parallèlement gagner en degré de technicité grâce au développement de nouveaux instruments de gestion que nécessite la délégation de gestion. Enfin, par la mise en œuvre des contrats internes et des outils de gestion qui les accompagnent, ce sont les relations de travail avec les services de soins elles-

²³ Article précité.

mêmes qui devraient se trouver bouleversées, gage d'un enrichissement de la profession. Ces derniers aspects vont faire l'objet de la seconde partie.

II/La délégation de gestion nécessite un système d'information performant et adapté dont le développement est porteur de bouleversements qui modifient la gestion hospitalière et enrichissent à leur tour la démarche de délégation.

Le décret du 11 août 1983, en instituant les budgets de services et les centres de responsabilité, marque le point de départ d'une logique de gestion par sous entités avec un objectif de responsabilisation de ces acteurs économiques. A partir de cette date, la responsabilisation des centres de responsabilité et l'évolution des instruments de gestion et de suivi budgétaire vont aller de pair, exerçant une interaction mutuelle: la responsabilisation nécessite le développement de nouveaux instruments et ces derniers engendrent des évolutions de mentalités qui ont des conséquences directes sur l'organisation et la gestion hospitalière.

A/ Le développement des instruments de gestion...

1- D'un suivi budgétaire...

Le décret prévoit que le Conseil d'administration organise des centres de responsabilité couvrant la totalité des activités et des moyens de l'établissement. Pour chaque centre de responsabilité, le directeur doit établir un tableau comportant les éléments relatifs à l'activité du centre, aux moyens qui y sont mis en œuvre directement, aux consommations d'actes, de biens et de services médicaux et pharmaceutiques. En outre, il est prévu que lors de la préparation du budget, le directeur établit le tableau prévisionnel des activités et des moyens de chaque centre et le soumet à l'avis du responsable²⁴. Enfin, un tableau établi trimestriellement doit retracer les activités, les charges et les consommations de chaque centre de responsabilité²⁵.

²⁴ Article 26 du décret du 11.08.83.

²⁵ Article 27 du même décret.

A partir du moment où des budgets étaient fixés à des services, il fallait développer les instruments de leur suivi dans le but d'apprécier la réalisation des objectifs budgétaires. De ce point de vue, le tableau de bord économique a été le premier instrument de la responsabilisation budgétaire des responsables de CR. Mais l'approche était, justement très budgétaire. De même qu'au niveau de l'établissement, l'instauration par le décret d'un budget global a pu figer les positions acquises précédemment, les budgets au niveau des services sont calqués sur les moyens qui étaient mis en œuvre précédemment puis reconduits d'une année sur l'autre en fonction de l'anticipation de l'activité. L'activité n'était appréciée qu'avec les instruments quantitatifs traditionnels (nombre d'entrées, de séjours, DMS). Et la référence n'était jamais qu'interne et surtout historique, par rapport à la base budgétaire de l'année précédente. Avec ces instruments, le responsable de CR sait s'il respecte ou pas le budget qui lui a été alloué, il sait quels moyens il met en œuvre pour réaliser son activité mais personne n'a d'éléments sur ce que devrait coûter une telle activité. Nous sommes donc dans une logique de moyens et non pas d'activité. On est encore loin de l'objectivation des coûts, par une approche de coût par activité. Par contre, l'identification d'enveloppes financières distinctes pour chaque centre de responsabilité singularise ces derniers et induit un début de comparaison entre sous entités de l'établissement, avec tous les dangers que cela comporte.

De plus, sur le plan de la mise en pratique, l'apparition de tableaux de bord budgétaires a été très tardive. Ceci est vrai en particulier à l'hôpital d'Argenteuil. Les premiers tableaux, intégrant les dépenses de médicaments, de produits sanguins, de petit matériel médico-chirurgical stérile et non stérile, ainsi que les examens réalisés à l'extérieur ont été diffusés en 1993. En 1995, on rapproche pour la première fois ces consommations avec l'activité, cette dernière restant exprimée uniquement en terme quantitatifs (nombre d'entrées, durée moyenne de séjour). C'est en 1997 que les dépenses de groupe III sont intégrées aux tableaux de bord, tandis que celles de personnel le sont de façon expérimentale en 1998 pour les négociations budgétaires.

2- ... A un suivi plus gestionnaire, soucieux d'efficience.

C'est avec la mise en œuvre du Programme de Médicalisation du Système d'Information et son intégration progressive en gestion interne que se développe une approche davantage fondée sur les coûts et la compétitivité.

A l'hôpital d'Argenteuil, les derniers développements de l'intégration du PMSI dans la gestion interne, ont résulté d'une collaboration avec l'ARH d'Ile de France. La direction de l'hôpital est partie du constat d'un coût du point ISA de 17.80f contre une moyenne nationale à 18f.. Elle a alors demandé à l'ARH de l'aider à diminuer ses coûts et de lui donner un éclairage " ARH " en vue de l'élaboration du projet d'établissement.

Le travail a d'abord consisté à regrouper l'activité en catégories majeures de diagnostics (CMD). Puis a été calculé le budget théorique de l'établissement en fonction de son " Case mix ", c'est-à-dire de son " portefeuille d'activités " valorisé au coût des GHM de l'échelle nationale des coûts. L'exercice a ensuite été décomposé pour chacun des budgets de CR, en distinguant les charges directes, les charges indirectes et les charges induites (issues de la comptabilité analytique).

Dès lors, la direction des finances dispose depuis 1999 d'un coût pour l'activité de chaque CR ce qui peut apparaître comme un indicateur de productivité, pour ne pas dire de performance, car il peut être comparé à la base nationale. Ainsi, certains services ont pu apparaître comme ayant une activité beaucoup plus coûteuse, à " case-mix " égal par rapport à la moyenne nationale représentée par l'échelle nationale des coûts, tandis que d'autres, plus rares, paraissent meilleur marché que la moyenne. Ceci pose le problème de la diffusion de l'information eu égard à la cohésion de l'hôpital.

A partir du développement de ces instruments, l'expérience du Centre hospitalier de Blois pousse la logique jusqu'au bout : elle consiste à mettre en regard les dépenses des services avec leur activité réelle (c'est-à-dire exprimée en " lourdeur pathologique ") puis à considérer que cette dernière détermine leurs

recettes. En effet, ces dernières sont calculées en multipliant le nombre de points ISA produits par la structure considérée par la valeur du point de l'établissement. Dès lors, il convient de s'interroger sur les causes des éventuels écarts entre les recettes et les dépenses, et entre recette théoriques et moyens budgétaires effectivement alloués. Or une telle approche s'inscrit facilement dans une perspective de tarification à la pathologie. A Argenteuil, la référence à la base nationale se rapproche également d'une telle logique, puisque pour une même activité " qualitative ", on compare les moyens mis en œuvre dans l'établissement et ceux mis en œuvre au niveau national.

Ajoutons qu'une telle approche semble d'autant plus naturelle que la rationalisation des dépenses de soins et l'utilisation du PMSI en externe comme instrument de tarification sont largement engagées.

3- Du simple suivi à la nécessité de l'action.

Dès lors qu'on réfléchit à des comparaisons de moyens financiers mis en œuvre pour réaliser une activité, l'information traditionnellement fournie par le système d'information hospitalier apparaît insuffisant. Valoriser sa production de points ISA, comme à Blois, par le prix du point de l'établissement, comparer une activité identique de l'établissement avec une moyenne nationale, comme à Argenteuil, sont autant de premiers pas dans la voie du progrès. Mais cela reste insuffisant. Une fois les écarts constatés il faut pouvoir se poser les bonnes questions. A quoi cela sert-il au responsable d'un CR de savoir que telle activité coûte plus cher que telle autre s'il n'a pas de renseignements sur la formation de ces coûts ? Dès lors que le financement dépend d'un coût normatif, imposé par un groupe d'experts, au niveau national, ou d'une moyenne, ne vaut-il pas mieux connaître les coûts réels constatés dans la structure concernée, et tenter de changer de processus de production pour les faire diminuer que de se contenter de constater a posteriori le dérapage par rapport à l'enveloppe budgétaire.

Preuves de ces nouvelles exigences de gestion, les formations professionnelles à destination des cadres hospitaliers se multiplient sur le thème de la maîtrise des coûts à l'hôpital. De fait, face à ces nouvelles exigences, le contrôle

de gestion doit renforcer sa présence dans les hôpitaux et apporter de nouvelles méthodes et approches. Or parmi les instruments disponibles, la gestion et le management par activité semblent particulièrement adaptés pour faire face aux enjeux décrits précédemment.

B/ Les progrès de l'information médico-économique au-delà de la menace de balkanisation de l'hôpital peuvent constituer une opportunité unique pour le développement d'une véritable cohésion.

1- Le risque de balkanisation.

Le problème du progrès de l'information médico-économique et de l'objectivation des coûts rendus possibles par les progrès de la gestion est que tout le fonctionnement de l'hôpital devient transparent, ce qui peut avoir pour conséquence d'exacerber la concurrence et de développer des comportements purement mercantiles sans aucun égard à la logique d'ensemble de l'hôpital public, chargé d'une mission de service public. Dans ces conditions, il convient de se demander dans quelle mesure le risque de balkanisation de l'hôpital devient avéré et à quelles conditions l'information, bien utilisée, peut renforcer la conscience d'appartenance à l'entité hospitalière.

1-1 La transparence du fonctionnement de l'hôpital peut faire craindre une balkanisation.

Dans les chiffres qui résultent du travail réalisé à la demande de l'ARH, la comparaison de la productivité des CR ne se fait pas au sein de l'hôpital, mais par rapport à une référence nationale. Comparer la production de point ISA et son coût d'un CR d'hématologie avec ceux d'un CR de chirurgie n'aurait pas grand sens. Et à chacune des phases d'intégration des données du PMSI dans les tableaux de bord à des fins de gestion interne, la direction du CH d'Argenteuil a constamment rappelé qu'il n'était pas question de comparer des services de l'hôpital entre eux. On trouve d'ailleurs les mêmes réticences chez certains médecins imprégnés du sens de l'intérêt général comme le président de la CME.

Pourtant, dans les faits la tentation d'une telle comparaison est grande chez les médecins. Le raisonnement est simple : puisque tel CR produit tant de points ISA, son budget doit être ajusté dans la proportion de cette contribution à la production de points ISA de l'établissement. Dans cette logique, à la limite, il ne

devrait pas exister de différence entre la part du CR dans la production de point ISA de l'établissement et sa part dans le budget de ce dernier. A partir de là, la comparaison interne est difficilement évitable. En effet, les CR qui apparaissent comme étant sous dotés par rapport à la moyenne nationale risquent inmanquablement de demander à ce que leur dotation budgétaire soit abondée. Or dans le cadre d'une enveloppe de dotation de fonctionnement limitative au niveau de l'établissement, ce qui est donné aux uns doit nécessairement être repris aux autres. Ainsi, par ce biais de redistribution des moyens budgétaires au sein de l'établissement, les CR sont nécessairement, bien que de façon indirecte, mis en concurrence.

1-2 La crainte de balkanisation se doit d'être dépassée par la Direction.

1-2-1 Le rôle stratégique de la Direction.

C'est face aux tensions qui ne manqueront pas de se développer du fait de cette logique concurrentielle que la direction va devoir exercer tout son art pour maintenir la cohésion de l'établissement, et certaines activités qui au-delà de la stricte logique financière qui pourrait les condamner, présentent un intérêt stratégique soit pour l'établissement soit pour les patients.

Pour illustrer le propos, un très bon exemple est fourni à l'hôpital d'Argenteuil par le service de radiothérapie. Du fait d'une taille critique et d'une activité insuffisantes, le service a des coûts de 300% supérieurs à la base nationale. La logique financière voudrait qu'on reconsidère la pérennité de cette activité au sein de l'établissement. Or le Centre hospitalier d'Argenteuil, sur le plan de son positionnement dans le réseau d'offre de soin ambitionne d'être un centre de référence en matière de cancérologie en raison de son activité actuelle importante en oncologie et en chirurgie carcinologique. Dans ces conditions, la radiothérapie apparaît comme une activité complémentaire indispensable à l'ambition cancérologique de l'hôpital, d'autant plus que la classification par niveau et par discipline des structures d'offre de soins prévoit que le plus haut niveau, le niveau 3, en cancérologie nécessite une activité de radiothérapie.

1-2-2 La communication, encore et toujours.

Confrontée à ce risque d'éclatement de la cohésion de l'hôpital, la direction a pris le parti de ne pas diffuser le résultat du travail mené à la demande de l'ARH. De son côté, le président de la CME se déclare conscient des dangers de la diffusion d'une telle information et insiste sur la nécessité de faire preuve d'une grande pédagogie avant la communication des résultats. Si l'on se réfère aux expériences extérieures menées dans le domaine, on peut noter que le Centre hospitalier de Blois n'a pas souhaité que les tableaux de bord médico-économiques soient diffusés en dehors de la structure qu'il concernent (sauf autorisation expresse des responsables). (document de présentation de l'expérience du CH de Blois). Mais du moins ont-ils été diffusés aux structures qu'ils concernaient.

De fait, on voit mal comment à terme, dans un contexte d'optimisation de l'utilisation des ressources consacrées aux soins, dans une logique de tarification à la pathologie, on pourra faire l'économie de la diffusion de telles informations. En effet, on imagine mal comment on pourrait demander aux CR d'améliorer leurs performances économiques sans leur communiquer l'ensemble des données concernant leur activité et leurs coûts.

Dès lors, c'est effectivement vers un effort de pédagogie qu'il faut se concentrer, afin de bien faire valoir les enjeux stratégiques concernant l'ensemble de l'hôpital, au-delà de la vie " micro-économique " du CR. Il convient par exemple de constamment rappeler que la comparaison permise par l'intégration sans cesse croissante de données médico-économiques issues du PMSI doit être tournée vers l'extérieur et non vers d'autres services exerçant une spécialité différente au sein de l'établissement. A Argenteuil les efforts dans ce domaine ont sans doute été insuffisants : le choix a été fait de différer la communication de certaines informations, triées. Ceci n'apparaît pas être suffisant pour engager les médecins dans une logique de coopération et leur communiquer une vision d'ensemble de la conduite de l'hôpital. Pour évoluer vers une communication de l'information disponible, la coopération avec la CME et singulièrement son président semble incontournable. Or à l'hôpital d'Argenteuil, il existe sans doute une véritable opportunité à saisir dans cette démarche, dans la mesure où le président de la CME

nouvellement élu se trouve être le médecin chargé du Département d'Information Médicale. Il se trouve donc être au centre du dispositif de l'information en même temps que représentant de la communauté médicale de l'établissement. De façon significative, dans la démarche adoptée à Blois, la CME et en particulier son président joue un rôle de premier plan dans l'information relative aux coûts.

1-2-3 Regrouper les structures pour limiter les redistributions.

Au-delà de ces remarques qui vont directement à l'encontre des habitudes culturelles du monde hospitalier et qui par conséquent sont difficiles à mettre en œuvre et nécessitent sans doute du temps et de l'énergie, une solution peut être envisagée pour parer aux revendications des CR en matière d'ajustement budgétaire dans le cadre d'une enveloppe limitative de dépenses de fonctionnement. Sur un plan théorique, cette solution pourrait consister à regrouper un ou des services plus coûteux que la base nationale avec un ou des services moins coûteux. Ainsi, l'ajustement se ferait naturellement au sein d'une enveloppe budgétaire englobant les budgets des services fusionnés au sein de la nouvelle structure. Cette solution présente en outre l'avantage de donner aux structures susceptibles de recevoir une délégation de gestion une masse critique qui leur fait souvent défaut²⁶. Encore faut-il que les services susceptibles de s'équilibrer présentent une complémentarité médicale pouvant justifier une fusion. Or cette cohérence médicale de prise en charge du patient est à la base de la fusion de services comme le montrent les expériences du Whipps Cross Hospital à Londres, de l'hôpital Karolinska de Stockholm, des Hôpitaux Cantonaux de Genève ou en France l'hôpital Jeanne de Flandre ou le CHRU de Nantes. A Argenteuil, cela ne devrait pas concerner plus de trois ou quatre CR. En outre, la création de " pôles " par rapprochement de services est un défi majeur pour l'hôpital et doit donc faire partie du projet d'établissement. Mais il n'en est pas question dans le projet d'établissement du Centre hospitalier d'Argenteuil.

²⁶ « La masse critique est un niveau minimum de ressources financières et de ressources humaines nécessaires pour concevoir, projeter, soutenir et ajuster des activités sans avoir besoin de faire appel à la direction ». Michel Calmon. Contractualisation interne et délégation de gestion. R.H.F. 1997.

2- Sous certaines conditions, les progrès de l'information médico-économique peuvent au contraire créer des liens imposant de nouvelles cohésions.

2-1 L'affectation aux comptes du CR étudié des charges qu'il fait peser sur les autres acteurs hospitaliers entraîne une prise de conscience des interdépendances existant à l'hôpital.

Sous l'influence du décret du 11 août 1983, l'intégration progressive - et tardive - de données retraçant la consommation non seulement des médicaments et matériels médicaux, mais aussi la consommation d'actes fournis par d'autres services de l'hôpital a pu contribuer à faire prendre conscience à chaque responsable de CR qu'il s'inscrit dans une chaîne de prise en charge du malade, dans laquelle il est fourni en services divers par les autres CR de l'établissement, et il est prestataire par rapport à d'autres CR en aval de lui.

2-1-1 La matérialisation des interdépendances pour la prise en charge des patients.

C'est le postulat de base sur lequel s'est fondée l'équipe de l'hôpital de Blois lorsqu'elle s'est lancée dans l'élaboration de tableaux de bord médico-économiques, en préalable à la passation de contrats internes. Lors d'une réunion de présentation à l'ARHIF au printemps 1998, et après un recul d'un peu plus d'un an, Patrick EXPERT confirmait la validité de ce postulat à l'hôpital de Blois, en soulignant qu'il n'avait pas été constaté de " balkanisation " de l'hôpital, bien au contraire.

A l'hôpital d'Argenteuil, les choses semblent aller dans le même sens. Après l'intégration aux tableaux de bords des dépenses de médicaments, on se dirige aujourd'hui vers une intégration de la consommation d'actes médico-techniques (dépenses induites), non plus exprimée en lettres-clé mais valorisée en francs comme c'est d'ores et déjà le cas pour les médicaments et les produits sanguins. Il convient de remarquer que cette intégration, proposée par la direction a été vivement souhaitée par plusieurs responsables de CR. A terme, on pourrait même imaginer que cette intégration d'information concerne non pas seulement les actes, mais les

prestations d'ensemble fournies par les services médico-techniques, à partir des données d'ores et déjà disponibles de la comptabilité analytique.

Le premier intérêt de l'intégration des dépenses induites réside dans le fait que l'analyse des seules dépenses directes d'une unité est souvent trompeuse. Par exemple, il peut apparaître que l'un des services de l'hôpital enregistre de bons résultats au plan financier, pour ses coûts directs. Mais en réalité, il s'avère qu'il fait supporter une partie de son activité par ses prestataires ou par ses clients. Un exemple de ceci m'a été donné lors d'une visite de la cuisine du CHR de Rouen : celle-ci présente un ratio de personnel beaucoup plus favorable que celui de la cuisine de l'hôpital d'Argenteuil. En fait, cette " performance " économique trouve pour une grande part son explication dans le fait que contrairement à Argenteuil, les plateaux repas des malades ne sont pas assemblés par le personnel de la cuisine, mais par des agents des services de soin, dans les services.

L'intégration dans les dépenses d'une structure de ses dépenses induites (consommation du plateau technique) et de ses dépenses indirectes (bénéfice de la logistique et de la structure hospitalière) matérialise de façon très concrète les liens de dépendance qui existent entre les services d'un hôpital. La prestation fournie à un patient par un service intègre la totalité des coûts des prestations intermédiaires ayant contribué à la prise en charge globale de ce patient.

2-1-2 La relation client-fournisseur.

Mais cela ne s'arrête pas là. La logique du développement et de la communication de cette information conduit à envisager au sein de l'hôpital un " marché intérieur ". Entre les services, naît une relation de type " client-fournisseur " selon le vocable de l'équipe de Blois. Or cette relation ne manque pas d'être ambiguë. Pour J.P GUSCHING, Directeur de l'hôpital de Blois, il s'agit " d'un vecteur puissant de décloisonnement interne, chaque service prenant conscience d'être simultanément prestataire et consommateur ". Mais, comme le souligne P. EXPERT, le comportement de client implique aussi nécessairement le comportement d'acheteur. Ce comportement est certes un moyen d'inciter les différents services à davantage de qualité dans leurs prestations. Les appréciations sur les prestations

des différents services sont souvent à l'hôpital subjectives. Alors que dans une relation de type " client-fournisseur ", fondée sur une valorisation financière de ces prestations, on peut raisonnablement s'attendre à ce que les appréciations gagnent en objectivité. Pour l'équipe de Blois, " la connaissance des coûts liés aux prestations constitue le complément indispensable pour la mise en oeuvre d'une véritable démarche-qualité entre les prescripteurs (clients) et leurs prestataires (fournisseurs). En effet, par rapport à nombre de démarches entreprises pour rationaliser et harmoniser les relations entre ceux qui demandent et ceux qui réalisent, l'élément manquant est régulièrement le prix des prestations. Or, cet élément marque concrètement les conséquences d'un degré d'exigence. Sans sa connaissance, aucune relation ne peut durablement être établie ²⁷.

2-1-3 Les limites à poser aux conséquences de la relation client-fournisseur.

Mais qui dit comportement d'acheteur dit mise en concurrence des différents prestataires. Dès lors, les services sont prompts à chercher la meilleure offre, y compris à l'extérieur de l'hôpital. De même, le terme de " marché intérieur " fait penser à un développement de structures gérées comme des petites PME et s'appréhendant les unes les autres comme telles. Cette perspective, à Argenteuil semble être envisagée avec sérénité par plusieurs médecins chefs de service.

Face à ces perspectives, il convient à tout le moins de se montrer prudent. Sans doute, des limites à la " libre entreprise " devront être posées pour garantir la mission de service public qui revient à l'hôpital. Car laisser systématiquement les gestionnaires des CR se fournir à l'extérieur de l'établissement dès lors que c'est moins cher ou même de meilleure qualité peut conduire à ce que seules les prestations non rentables pour le privé, celles demandant une technicité très particulière ou celles répondant à l'urgence soient maintenues à l'hôpital. On peut alors s'interroger sur la viabilité de telles prestations, sur le plan économique du fait des problèmes de déséconomies d'échelle, et sur le plan technique du fait d'un manque de volume permettant d'assurer la qualité par l'expérience.

²⁷ J.P. Gusching. Lettre d'Informations Hospitalières. Avril 1997 n°28.

Il convient de plus de souligner que les outils internes de valorisation ne sont pas neutres. C'est ce qui ressort des expériences de développement de marchés intérieurs dans les entreprises du secteur concurrentiel. Si la valorisation permet incontestablement de matérialiser les liens qui existent entre les acteurs de l'entreprise, la comparaison avec les prix du marché extérieur pour juger de la rentabilité des activités de l'entreprise est risquée. En effet, ces prix extérieurs n'intègrent pas nécessairement les mêmes choses que les prix intérieurs. Bien plus, ils sont fixés par le marché et ne représentent pas nécessairement le coût des ressources intégrées au produit.

Pour autant on peut se demander dans quelle mesure ce contrôle, cette régulation susceptibles de garantir l'intérêt général ne se feraient pas spontanément, au sein de ce " marché intérieur ". Le responsable du CR d'imagerie se déclare favorable à une logique concurrentielle - dans certaines limites. Le prescripteur qui est demandeur d'une image peut tout à fait considérer que le cliché produit par le service de radiologie est trop cher et aller le faire faire à l'extérieur de l'établissement. Mais en contrepartie, le responsable du CR d'imagerie veut pouvoir facturer très cher la demande d'image en urgence, ou le cliché particulièrement technique. Une telle évolution des relations au sein de l'hôpital est donc fortement porteuse d'objectivation. Dans l'organisation traditionnelle, un prescripteur est tout à fait fondé à demander des prestations " hors normes " tant qu'il n'en supporte pas les conséquences financières. Dès lors que le coût lié à ses exigences lui est facturé, la négociation devient inévitable entre les clients et leurs fournisseurs.

En outre, le fait d'être mis en concurrence, d'apparaître comme trop cher est le meilleur moyen d'être poussé à faire un effort de réflexion pour diminuer ses coûts et revoir son organisation, comme le fait remarquer le responsable du CR d'imagerie. Pour ce dernier aspect, le choix de la technique d'analyse des coûts va avoir une grande importance. Si l'on veut ne pas avoir que l'aspect négatif d'une mise en concurrence des prestations médico-techniques fournies au sein de l'hôpital avec celles fournies à l'extérieur, il convient de ne pas se satisfaire d'un système de contrôle de gestion se bornant à donner des coûts. Il faudra au contraire que le système d'analyse donne les moyens d'agir sur ces coûts, et par conséquent qu'il détaille le processus de formation de ces coûts. Face à ces exigences la méthode

ABC/ABM qui se fonde sur la gestion par activité paraît apporter une réponse de qualité.

2-2 La logique " client/fournisseur "peut en outre trouver un enrichissement dans les contrats entre sous entités

Les incertitudes et les contradictions qui peuvent résulter de l'objectivation des prestations échangées au sein de l'hôpital peuvent être dépassées en faisant retour sur le mode de gestion contractuel. Pour éviter un comportement strictement concurrentiel de la part des différents CR, tout en profitant du caractère responsabilisant de la valorisation des prestations intra-hospitalières dans le cadre d'un " marché intérieur ", le contrat inter-centres de responsabilité apparaît comme le prolongement naturel de la contractualisation interne. Pour les services médico-techniques, bloqués entre les exigences budgétaires de la direction et les prescriptions des services cliniques prescripteurs, il est même primordial.

C'est dans le cadre d'un contrat entre CR que les limites au recours à la sous-traitance extérieure pourront être posées avec la plus grande efficacité car on retrouve les avantages de la contractualisation entre direction et CR. La décision est prise au plus proche du terrain par les parties concernées, les règles du jeu sont négociées et donc davantage susceptibles d'être appliquées, et surtout cette négociation est l'occasion pour les parties prenantes au contrat inter-CR de confronter leurs points de vues.

Lorsque le laboratoire de biologie demande à contracter, c'est davantage à une contractualisation avec les services prescripteurs que le chef de service pense qu'à un contrat avec la direction. Ou plus exactement, aux yeux du chef de service, un contrat avec la direction lui imposant de tenir dans une enveloppe budgétaire qu'elle ne respecte pas actuellement n'a de sens que si le laboratoire a les moyens de faire diminuer le volume des prescriptions des cliniciens. Le moyen envisagé serait l'instauration contractuelle d'un droit de tirage sur un budget d'analyses médicales pour chaque CR clinique.

Or on peut remarquer que pour l'instauration d'un tel droit de tirage, des contrats entre les CR et la direction suffisent. Point est besoin de contrats inter-CR. En outre, le directeur du Centre hospitalier d'Argenteuil s'est toujours déclaré hostile à un système de quotas. Lors des négociations budgétaires du mois de mai 1999, il a réaffirmé sa préférence pour la sensibilisation et la responsabilisation par l'information. La sensibilisation des prescripteurs-consommateurs que sont les médecins a eu des effets positifs sur les dépenses pour ce qui concernait les coûts directs. Le directeur souligne l'effet pédagogique qu'a pu avoir sur les consommations de médicaments, le seul fait de l'information sur les coûts et la discussion contradictoire. Ainsi, une prescription médicamenteuse particulièrement coûteuse demandée par les chirurgiens a purement et simplement disparu après qu'une réunion d'information sur le coût ait réuni le directeur, le pharmacien-chef et les chirurgiens et que ces derniers n'aient pas été capables de véritablement justifier la nécessité de la dite prescription. On peut également citer cet exemple vécu à Lille où la méthode ABC a permis d'attirer l'attention des prescripteurs sur une analyse particulièrement coûteuse qui à la réflexion s'est révélée tout à fait inutile car supprimée des protocoles de soins. Dès lors, il est probable que les mêmes causes produisent les mêmes effets pour les dépenses induites. Tout en n'excluant pas le recours aux quotas pour le cas où la pédagogie ne suffirait pas à assurer la maîtrise des dépenses induites.

En revanche, des contrats entre les CR médico-techniques et les CR cliniques constituent à nos yeux le meilleur moyen de rationaliser la prescription et donc de contrôler son volume. Et c'est bien grâce à l'objectivation que permet le système d'information que le contrat va pouvoir porter ses fruits. En ce sens, le contrat interne apparaît ici comme le prolongement du système d'information et de contrôle de gestion. Dans l'exemple du CR de radiologie, une fois que le prescripteur aura pris conscience du coût prohibitif de ses demandes d'images en urgence, qui contribuent pour une large part à renchérir le coût moyen de l'ensemble des images produites par le service d'imagerie, les bases d'une réflexion sur les attentes respectives du prescripteur et du prestataire sont posées. Le contrat entre ces deux acteurs est d'abord l'occasion de cette réflexion, puis le cadre qui va fixer les règles qui présideront désormais à leurs relations. Le contrat entre CR prescripteur et CR prestataire va par exemple fixer ce qui véritablement relève de l'urgence, ce pour

quoi le CR prestataire s'engage à limiter strictement les délais, et ce qui manifestement n'en relève pas. Bien sûr, des situations ne sont pas prévisibles ou ne peuvent être classées a priori, et en dernier ressort, c'est la responsabilité du prescripteur qui se trouve engagée. Mais tout au moins, une concertation a eu lieu, des règles de conduites ont été arrêtées et formalisées par le contrat. De même, en cas de recours à la sous-traitance à l'extérieur de certains actes, le contrat peut fixer les règles de recours à cette sous-traitance: cas dans lesquels il peut y avoir sous-traitance, modalités pratiques... Ainsi, à Nantes le guide méthodologique de la gestion de proximité précise que "la sous-traitance à caractère médical ne pourra être réalisée à l'extérieur du CHU que si aucun pôle n'est en mesure de la fournir", et le contrat pose le principe de la centralisation au niveau du pôle de biologie des demandes d'envoi à l'extérieur. Enfin, le contrat peut prévoir une information réciproque des parties au contrat en ce qui concerne les évolutions de leurs techniques respectives, pouvant avoir une influence sur leurs prescriptions ou sur leurs prestations. Les possibilités offertes par le contrat inter-CR sont vastes.

III/ La Méthode ABC/ABM semble apporter une réponse à beaucoup des questions soulevées par la délégation de gestion et ses instruments.

Des besoins d'information suscités par la contractualisation interne et de l'évolution des instruments de gestion qui a accompagné la responsabilisation des unités opérationnelles soignantes, il ressort la nécessité de connaître le coût précis des productions intermédiaires et finales de l'hôpital, et d'avoir une approche transversale de l'hôpital pour appréhender la prise en charge du patient dans sa globalité.

De ce point de vue, l'analyse des coûts par activité (ABC), et son corrolaire le management par activité (ABM), apparaissent comme la dernière évolution logique de l'amélioration des instruments de suivi de la délégation de gestion. En effet, elle permet une connaissance des coûts par produit très fine, et offre l'opportunité d'agir sur ces coûts grâce à la connaissance des processus de production qui conditionnent les processus de formation des coûts. Mais l'expérience en cours à Argenteuil tend à montrer qu'en outre, cette méthode est bien plus qu'un simple instrument de suivi budgétaire: sa mise en oeuvre ouvre des perspectives de bouleversement des modes de fonctionnement de l'hôpital.

A/ La méthode ABC a été mise en œuvre au CH d'Argenteuil avec une préoccupation strictement budgétaire.

Au Centre hospitalier d'Argenteuil, le recours à la méthode ABC a une motivation strictement budgétaire au départ, comme cela a été le cas pour le recours à la contractualisation interne. Plus précisément, l'analyse des coûts par activité est apparue comme un préalable à la contractualisation en interne entre le CR de biologie et la direction.

1- Le contexte de l'étude et les objectifs poursuivis

1-1 Objectiver la dotation budgétaire du laboratoire en préalable à la contractualisation.

La réflexion part du constat que les dépenses de biologie connaissent un très fort dérapage. En 1998, le CR de biologie dispose d'un budget prévisionnel de l'ordre de 3,5 millions alors que le réalisé fait apparaître des dépenses à hauteur de près de 4,5 millions. La question qui se pose alors à la direction est de trouver les moyens de mettre un terme à cette dérive. Le contrat interne apparaît comme un moyen de responsabilisation du laboratoire, comme nous l'avons vu dans la première partie. Mais pour fixer un objectif de dépenses, le laboratoire a fait valoir la nécessité d'une objectivation de ces dépenses, c'est-à-dire des coûts. On se rapproche de la démarche de Blois, dans laquelle une phase préliminaire à la contractualisation a été mise en place afin que soit mieux cernée la situation d'équilibre financier de la structure contractante. Grâce à cette approche, et dans une logique de tarification à la pathologie, on peut envisager que l'enveloppe budgétaire que devra respecter le CR soit calculée sur les besoins réels de ce dernier et non pas sur un budget historique plus ou moins ajusté.

On voit donc que la méthode ABC s'inscrit dans la logique de l'objectivation de la dotation de recettes au CR que poursuit la contractualisation interne et la relation " client-fournisseur ". La gestion par activité offre donc l'opportunité de rompre avec la logique de moyens fondées sur la base budgétaire historique.

1-2 Sensibiliser les prescripteurs.

En outre, le laboratoire de biologie fait partie des services médico-techniques, il est prestataire de services par rapport aux services cliniques. Par conséquent, ces besoins réels vont non seulement dépendre du coût des prestations fournies par le laboratoire, mais aussi du volume des demandes d'actes de biologie. De plus, la dépense du laboratoire va dépendre du moment de la demande d'analyse, qui va faire varier le coût de la prestation. L'argument avancé par le chef de service selon

lequel son service n'est que peu maître de ses dépenses dans la mesure où il est tributaire de la prescription des cliniciens trouve progressivement un écho au sein de la direction. Celle-ci pense que la connaissance précise des coûts des analyses serait de nature à inciter les cliniciens à limiter leurs prescriptions, tandis que le responsable du CR veut aller comme nous l'avons vu, jusqu'à la fixation de quotas d'actes.

Par ailleurs, direction et laboratoire sont d'accord pour considérer que le prix du B est beaucoup trop grossier pour donner un coût suffisamment précis. En effet, le B n'est qu'une moyenne du prix des actes de biologie obtenue par la division des dépenses du laboratoire par le nombre d'analyses produites valorisées en B selon la nomenclature de la sécurité sociale.

2- La méthode ABC semble au contraire parfaitement répondre aux exigences de la direction et du laboratoire.

2-1 Présentation de la méthode ABC/ABM.

La méthode ABC (pour Activity Based Costing) et son corrolaire l'ABM (pour Activity Based Management) est un outil élaboré par G. KAPPLAN dans la seconde moitié des années soixante-dix aux Etats-Unis. Développée dans les laboratoires de l'université d'Harvard pour le compte de la défense américaine confrontée à des choix de programmes d'armements, elle se " commercialise " ou " s'industrialise " sous l'influence notamment du consortium euro-américain de recherche CAM-I regroupant de grands groupes industriels internationaux. Elle fait son apparition en France dans le secteur industriel et commercial dans la seconde moitié des années quatre-vingt. Enfin, ces deux dernières années elle apparaît dans le monde hospitalier. Aujourd'hui son développement semble connaître une forte accélération. Preuve sans doute de sa pertinence et de ses potentialités pour le monde hospitalier. Ainsi, après l'expérience du CHU de Lille puis celle (plus proche de l'esprit de la méthode) du CHU de Strasbourg sur leurs laboratoires d'analyses médicales, on peut citer l'étude du processus de stérilisation au CHI de Toulon-La Seyne, celle du circuit du médicament au Centre hospitalier de Blois, et la dernière en date à notre

connaissance concernant là encore les laboratoires, aux hôpitaux universitaires de Genève.

L'approche de la gestion par activités s'est développée pour remédier aux insuffisances de la gestion traditionnelle. Le constat de départ est que les outils de contrôle couramment utilisés (indicateurs de productivité, comptabilité industrielle, standards, contrôle budgétaire) ont été mis au point au début du siècle, notamment sous l'impulsion de Frederick TAYLOR. Or ils se fondent sur un modèle économique de l'entreprise complet et cohérent fondé sur quatre principes: les mécanismes de performance sont stable dans le temps; le dirigeant a une information parfaite sur les mécanismes de performance du système qu'il dirige; la performance productive s'identifie à la minimisation des coûts; le coût global est équivalent au coût d'un facteur de production dominant, généralement la main d'oeuvre directe. En outre, le modèle taylorien est fondé sur la célèbre division du travail, qui repose sur l'idée que le travailleur n'est performant que dans des tâches spécialisées qu'il reproduit un très grand nombre de fois. Or beaucoup de ces idées et postulats ne sont plus vrais dans l'entreprise moderne, pas plus qu'à l'hôpital. L'automatisation croissante des processus, en même temps que le développement des services rendent la frontière entre coûts directs et indirects de plus en plus floue, ce qui tend à vider les techniques de " direct costing "de leur substance. Or l'hôpital concentre ces deux évolutions d'augmentation de l'automatisation et de développement de services. Les instruments de comptabilité classique apparaissent comme trop statiques. Il ne sont que des instruments de constatation d'écart entre objectifs et réalisation. La gestion par activité, elle, se propose d'être un instrument de pilotage, dans la mesure où elle raisonne sur les activités, c'est à dire sur la manière dont on fait. De plus, l'étude des coûts s'enrichit de l'analyse des coûts indirects, intégrés à part entière dans les processus de production. Nous retrouvons là les limites de la gestion hospitalière " traditionnelle " et les besoins que la méthode ABC est supposée satisfaire.

2-2 Les principes de la méthode.

Le descriptif de la méthode et l'approche finalement retenue à l'hôpital d'Argenteuil permettent de montrer en quoi l'analyse des coûts par activité est plus qu'un simple instrument de contrôle de gestion.

Le principe fondamental de la méthode ABC est de fournir un prix de produit à partir de l'étude du coût du processus qui a été mis en oeuvre pour le produire. Cette démarche, ne serait-ce qu'en terme de précision présente l'avantage d'intégrer aux coûts l'ensemble des facteurs de production intervenant dans l'élaboration d'un produit ou d'un service. Pour des actes de biologie, il s'agit des dépenses de personnel, des consommables, des immobilisations...

L'approche de la méthode ABC peut être décomposée en deux étages. La première étape de l'analyse consiste à répertorier l'ensemble des ressources utilisées dans un processus. Dans un second temps, il convient d'étudier la façon dont ces ressources sont mobilisées par des activités. Enfin, ces activités sont combinées pour finalement produire le résultat du processus. La décomposition de la logique de l'ABC peut être modélisée comme cela est montré à la page XX.

De plus, cette approche conduit à regarder l'organisation de la structure étudiée comme une collection de processus consommés par des objets de coût²⁸, et non pas comme un ensemble d'organigrammes. La structure est traditionnellement organisée en fonctions (pour un laboratoire, chef de service, secrétariat, cellule de nettoyage, salles d'analyses), pratiquant des activités. Or les processus regroupant les activités en vue de la production des objets de coût sont eux transversaux. La méthode ABC conduit donc à avoir une vision transversale de la structure et non plus verticale, comme cela est schématisé en page XXX. A l'organigramme, arborescence cloisonnée et administrative va se substituer une autre arborescence qui va modéliser le processus de production. (cf. annexe) Cette modélisation va consister à représenter le flux que représente l'enchaînement des tâches et activités, mobilisant à chaque étape des ressources, pour l'élaboration d'un objet de coût.

Vue transversale, processus, modélisation de flux: on le voit, on s'éloigne ici d'une approche strictement comptable et de type contrôle de gestion classique. Il faut dire que la difficulté du traitement de la masse d'informations recueillie au laboratoire de biologie a conduit à l'acquisition d'un logiciel. Or le produit sur lequel le choix s'est

²⁸ « Les objets de coût correspondent à la raison d'être des activités de l'entreprise et à sa vision stratégique ». Manuel de présentation du logiciel ProcessMap.

porté est très axé sur l'analyse de process. Dès lors, les échanges de points de vue avec les formateurs chargés de la formation pour l'utilisation du logiciel, ont permis d'ouvrir des perspectives très variées sur les potentiels de la méthode ABC/ABM allant bien au-delà de la demande initiale d'instrument de maîtrise des coûts.

2-3 La méthode permet de dépasser le stade de l'étude des coûts et du suivi budgétaire pour agir sur les coûts.

La nécessité de passer de la simple contemplation à l'action sur les coûts a été soulignée dans la deuxième partie du présent mémoire. Or là encore, le management par activités apporte une réponse qui vient compléter les approches traditionnelles, et enrichir le contenu de la délégation de gestion en lui fournissant un instrument de pilotage de plus, particulièrement précieux.

Tout l'intérêt de la méthode ABC et de son complément l'ABM est de transformer le système d'information des coûts en outil stratégique pour les maîtriser. Comme cela était souligné dans la première note d'information à destination du personnel du laboratoire de biologie (note bas de page voir annexes), si le premier objectif de l'étude était bien la détermination de coûts en vue de la sensibilisation des prescripteurs, le second objectif était d'amener le laboratoire à s'interroger sur son organisation et ses process, au vu de ces coûts, afin d'agir sur eux.

Là encore, l'exemple du laboratoire de biologie est particulièrement intéressant, dans la mesure où il permet de montrer tout ce que peut apporter la méthode. Le management par activités a pour règle de base la nécessité de manager les activités et non pas les ressources. Or le management des ressources n'est rien d'autre que ce qui était fait traditionnellement à l'hôpital d'Argenteuil, comme sans doute dans beaucoup d'hôpitaux français. Il relève d'une classique logique budgétaire. Il consiste à faire porter l'effort de gestion sur les ressources, par exemple en négociant avec les fournisseurs, en les mettant systématiquement en concurrence, en jouant des effets volumes, pour obtenir les meilleurs prix pour les consommables ou le matériel. Or ce management bien que nécessaire et primordial finit par trouver ses limites. C'est ainsi qu'à Argenteuil, les efforts de gestion qui ont permis de réaliser des économies substantielles sur les réactifs du laboratoire de

biochimie ont trouvé leur limite et n'auraient pas eu la même efficacité pour le laboratoire de biologie. Il est ainsi apparu que si l'on voulait maîtriser les coûts du laboratoire de biologie, c'est à une approche organisationnelle qu'il fallait recourir.

En se concentrant en premier lieu sur la modélisation des flux, la méthode ABC répond à cette ambition. En effet, cette modélisation nécessite la participation des acteurs de terrain qui sont amenés à réfléchir à leur activité pour la théoriser puis la modéliser. La méthode en ne se contentant pas de donner un coût du produit mais s'intéressant au coût du processus permet d'analyser la formation de ce coût du produit final. Le management par activité a alors pour vocation de faire des simulations de modifications tant quantitatives que qualitatives du processus étudié. D'une part, des arbitrages sur les combinaisons de facteurs productifs (de ressources dans le vocable ABC) peuvent être faits. D'autre part, la démarche, en mettant un coût sur certaines activités entrant dans le processus va amener à se poser la question de la nécessité ou de la cohérence de cette activité. En se référant à nouveau à la relation " client-fournisseur " mentionnée plus haut, l'ABM va amener à s'interroger sur la valeur ajoutée et la non valeur ajoutée de cette activité pour le client.

B/ Au-delà de la seule maîtrise des coûts, la méthode ABC/ABM a de réels bénéfices en matière de fonctionnement de l'hôpital.

A l'issue de plusieurs mois de réflexion et de mise en oeuvre de la gestion par activités en vue par la suite d'un management par activités, il ressort de la méthode qu'elle apporte certains éclairages et parfois même certaines réponses aux problèmes auxquels est confrontée la délégation de gestion: la participation des agents à la gestion de leurs activités, le décloisonnement de l'hôpital, la qualité...

1- Gestion par activité et qualité.

Au niveau de l'hôpital, le " client " est le malade. En amenant à se poser des questions sur ce qui est de la valeur-ajoutée ou de la non-valeur- ajoutée pour ce client-malade, le management par activité constitue une façon de mettre le patient au centre de la réflexion managériale, ce qui est depuis longtemps préconisé mais qui au delà des déclarations d'intention n'est pas toujours évident à mettre en oeuvre. En améliorant le processus, on peut augmenter la satisfaction du patient et la qualité de la prestation hospitalière. Il y a fort à parier que c'est en traquant les activités sans valeur ajoutée que la structure améliore sa performance, à de nombreux points de vue. Par exemple, la flexibilité s'améliore: en supprimant les activités sans valeur ajoutée on accélère du même coup la circulation du produit ou du service, ce qui permet de servir rapidement le client. La qualité progresse également, grâce à la disparition d'activités improductives susceptibles elles-mêmes de provoquer de la non-qualité.

En outre, nous avons mentionné plus haut le fait qu'au niveau plus micro-économique, du laboratoire par exemple, l'analyse de process (ABC), puis la mise en place d'un pilotage de process (ABM) pour une amélioration continue, se rapproche des procédures et réflexions mises en oeuvre dans les démarches d'assurance qualité (normes ISO 9000...). Dans ces conditions, l'étude ABC/ABM ne peut manquer d'avoir quelques effets sur la qualité du travail de production. Il est d'ailleurs à noter que d'après l'expérience de la cuisine de l'hôpital d'Argenteuil, certifiée ISO 9002, cette qualité provient autant de l'existence et de la mise en oeuvre de

procédures et protocoles que de l'implication dans leur travail des agents, qui se sont sentis valorisés lorsqu'il s'est agi de réfléchir sur leur métier, de décomposer leur travail, de protocoliser leurs gestes professionnels.

2- Gestion par activités et management participatif .

2-1 Les bénéfices escomptés.

La méthode ABC/ABM apparaît comme un complément à la contractualisation interne en terme de management participatif. D'abord au moment de la récolte des informations et de la modélisation des flux, la participation de tous les acteurs est nécessaire. Pour le responsable de CR et le cadre infirmier, il s'agit bien de motiver les équipes, de les sensibiliser à leur rôle central dans la collecte de l'information et dans la réflexion sur leur travail. En ce qui concerne les agents, la réflexion sur leurs activités, sur la décomposition de leur travail en tâches élémentaires s'apparente au travail demandé dans le cadre d'une démarche qualité. Or les écrits relatant ces expériences font généralement état d'une forte implication des personnels dans la démarche et un sentiment de valorisation de leur activité.

Mais la méthode est encore plus riche en terme de management participatif dans sa phase de management par activité. En fait, ce management par activité s'apparente à un management par objectifs. qui est une composante du management participatif. Lorsqu'il s'agit de réfléchir à des pratiques professionnelles, de proposer des pistes d'amélioration des processus et de l'organisation, et de se fixer des objectifs pour les rendre effectives, c'est toute l'équipe concernée par le processus qui est amenée à proposer des solutions. Par ce biais, chacun à l'opportunité de participer à une partie de la prise de décision. La forme de cette concertation peut être le conseil de service qui trouverait ainsi une nouvelle légitimation en même temps qu'un contenu.

Par ces deux temps de réflexion et de participation à la décision, on peut considérer que la méthode ABC/ABM apporte le contenu pour un "empowerment ",

un enrichissement du travail fourni par les agents du laboratoire. Focaliser l'attention sur leur travail, leur demander de faire des suggestions, cela revient à reconnaître la valeur de leur travail.

2-2 Les difficultés de mise en oeuvre.

La mise en place de la méthode ABC à l'hôpital d'Argenteuil n'est pas allée sans poser problème. Or ces problèmes et la façon dont on a tenté de les résoudre sont étroitement liés à la problématique de la communication entre monde administratif et monde médical. La mise en oeuvre de la méthode ABC va ainsi se trouver être l'occasion de réfléchir à des modifications de comportement relationnel.

Nous avons vu que l'étude des coûts basée sur les activités et les process nécessitait une très forte implication du personnel de la structure concernée par l'étude. Or au commencement de l'étude, cette participation s'est faite de façon relativement passive. L'encadrement, pourtant demandeur de l'étude n'a sans doute pas suffisamment sensibilisé l'équipe à l'intérêt de ce travail d'analyse, en laissant le soin à l'élève directeur. Ceci explique peut-être en partie la teinte de suspicion qui marquait les esprits aux débuts de l'étude. La démarche apparaissait venir de la direction et la présence d'un représentant de la direction pouvait être assimilée à un contrôle.

On peut trouver à cette suspicion deux explications. La première crainte du laboratoire, dans son ensemble, est sans doute que la connaissance précise des coûts des analyses produites à Argenteuil conduise à un abandon de la production des analyses apparaissant trop chères. Cet abandon pouvant provenir soit d'une décision de la direction ou de l'encadrement du laboratoire, soit plus vraisemblablement de façon spontanée par le libre jeu du marché, dès lors que les prescripteurs auraient la possibilité d'aller s'approvisionner à l'extérieur de l'hôpital lorsqu'ils trouvent moins cher. L'autre intérêt de la méthode ABC, outre l'étude des coûts, est la réflexion sur l'organisation du laboratoire en particulier, et du circuit de l'analyse médicale plus généralement. Derrière la gestion par activité vient se greffer le management par activité, permettant des simulations de modifications d'organisations, de combinaisons productives. Or face à ces perspectives de

réorganisation du travail, de changement d'habitudes, il apparaît naturel que des inquiétudes naissent parmi les personnels du laboratoire.

Ainsi, l'aspect motivant, qualifiant de la réflexion sur les gestes professionnels n'est pas apparu naturellement. La première réunion d'information que j'ai eu à mener fut assez pénible face à l'ensemble du personnel du laboratoire qui resta muet sur ses attentes et ses interrogations quant au déroulement de l'étude. Il est donc apparu qu'il convenait de susciter l'intérêt du personnel, de le motiver pour le faire participer à l'étude qui ne pouvait déboucher sans leur collaboration.

Un exemple des difficultés d'implication du personnel du laboratoire et de positionnement du représentant de l'administration peut être fourni par la question de la mesure du temps que passent les agents à réaliser les différentes analyses. Cette question est unanimement présentée par les différentes expérimentations hospitalières comme une des principales difficultés de la mise en œuvre de la méthode. Un des intérêts de celle-ci est d'intégrer aux coûts l'ensemble des ressources mises en œuvre par les différentes activités. La main d'œuvre à l'hôpital, même dans un laboratoire, occupe une place très importante, ce qui rend nécessaire une bonne analyse du temps de travail qui va conditionner la consommation de la ressource "personnel " (on parle d'inducteurs de coûts dans le vocabulaire de la méthode). Une solution, parfois utilisée dans certaines études ABC peut consister à demander aux agents d'estimer les temps qu'ils consacrent à telle ou telle activité. Ceci était difficilement envisageable dans une étude par analyse biologique qui demandait une grande précision. En outre, la méthode est sensée faire ressortir certaines anomalies de fonctionnement qui ne sont pas identifiables a priori : se fier à l'estimation, à la perception c'était prendre le risque de se priver d'une objectivation et de la découverte d'éventuelles surprises. Nous avons donc dû avoir recours à des mesures de temps de travail plus précises. Or cette objectivation du temps de travail, contrôlée par une personne extérieure au laboratoire a pu apparaître comme de l'espionnage à certains agents. De ce point de vue, le chronométrage par quelqu'un d'extérieur nous avait été déconseillé par certains formateurs à la méthode ABC. Pourtant, le chronométrage par les agents eux-mêmes ne pouvait pas non plus être

envisagé de façon systématique dans la mesure où le fait même de mesurer ce temps perturbe le travail et par conséquent influence les délais de production²⁹.

Il a donc fallu trouver un équilibre entre le rejet de l'étude et l'absence de fiabilité. En fait les solutions ont été adoptées de façon assez pragmatique. Dans certains cas un système d'autopointage a été retenu, avec des grilles découpant la journée de travail en tranches de 10 minutes: les agents n'avaient alors plus qu'à griser les plages horaires correspondant à leur travail pour telle ou telle analyse. Dans d'autres cas, nous avons eu recours à un véritable chronométrage, effectué par une personne extérieure au laboratoire. La première raison en est que les techniciens n'arrivaient pas au départ, de façon spontanée, à découper leur activités en tâches élémentaires, ce qui posait de gros problèmes pour le découpage du chronométrage. La seconde raison est que pour certaines analyses complexes il n'était pas possible aux techniciens de s'interrompre à chaque phase pour marquer les temps.

Ce qui est important de retenir c'est que petit à petit, au fur et à mesure du déroulement de l'étude, des techniciens se sont davantage intéressés à la démarche et ont plus volontiers étudié leur temps de travail par eux-mêmes chaque fois que cela leur était techniquement possible. Même l'existence d'un chronométrage extérieur a mieux été accepté. Bien plus, pour les raisons techniques évoquées précédemment, ce sont les techniciens qui parfois demandaient à être chronométrés plutôt que d'avoir à le faire eux-mêmes. A la limite, c'est la méthode de l'autopointage, qui était sensée être la moins contraignante, qui a suscité le plus de protestations. Ceci tendrait à laisser penser que l'acceptation et l'implication dans l'étude n'est pas liée à la charge de travail qu'elle nécessite. Par contre, c'est paradoxalement dans les secteurs où la présence extérieure a finalement été la plus importante que l'implication des agents du laboratoire a été la plus forte. En fait, le paradoxe n'est qu'apparent si on considère que la présence extérieure prononcée dans ces secteurs a permis une meilleure connaissance réciproque et un échange d'informations. Nous allons y revenir.

²⁹ Noelle Biron. « L'utilisation de la méthode ABC pour les activités de support médico-technique et logistique ». Gestions Hospitalières. Juin-juillet 1998, p 425-429.

Confrontés à ces réticences de la part du laboratoire de biologie, il convient de s'interroger sur les moyens de désamorcer la méfiance. La première nécessité qui s'est imposée a été de communiquer. Cette communication a pris la forme de participations à des réunions de service, d'une note d'information et surtout du travail quotidien aux côtés des acteurs de terrains, en s'efforçant d'apporter au maximum des réponses aux interrogations. Le contenu de cette information est relatif aux objectifs de l'étude, sans cesse répétés dans le but d'essayer de clarifier les choses, de rassurer, et aux avantages pour le laboratoire procurés par l'étude(meilleurs rapports avec les prescripteurs, réflexion sur les métiers de la biologie, meilleure connaissance de l'activité du laboratoire...). Pourtant, il faut bien reconnaître que la communication et l'information sont au jour de l'élaboration de ces lignes, restées insuffisantes. Parallèlement aux efforts de communication, il semble que l'octroi d'un certain nombre de garanties serait susceptible de calmer certaines inquiétudes notamment quant à l'abandon de certaines activités trop chères. Ces garanties pourraient prendre la forme de limites posées à la libre concurrence. Ainsi, au CHRU de Nantes, le guide méthodologique de la gestion de proximité prévoit que seules les analyses n'étant pas effectuées par l'hôpital peuvent être envoyées à l'extérieur, avec un passage obligé par le laboratoire de l'hôpital.

3- Gestion par activité et décloisonnement de l'hôpital

Au-delà du laboratoire de biologie, en faisant un peu de prospective, on peut envisager, en restant à un niveau relativement macro-économique, passer par le filtre de la méthode ABC/ABM certains pans de l'activité de l'hôpital. Ainsi, l'activité fondamentale de l'hôpital est de soigner les patients qu'il reçoit. Les activités peuvent donc être considérées comme les différentes prises en charge du patient pour les différentes pathologies traitées. Or la méthode se fonde sur une logique d'analyse transversale. Et l'ABM va avoir pour fonction d'améliorer cette organisation transversale. Dans un monde hospitalier caractérisé par la segmentation entre univers soignant et univers administratif, entre monde médical et monde paramédical, entre services cliniques et services médico-techniques..., on aperçoit certes toutes les difficultés de la méthode, mais aussi toutes ses potentialités dans la perspective d'une plus grande cohésion et coordination. La méthode ABC permet

d'envisager l'étude transversale de la prise en charge du patient, par delà la segmentation des services ou des pathologies.

Dans l'expérience de Blois, nous avons montré que la tarification entre services devait entraîner une modification des relations entre ceux-ci par une prise de conscience des interactions qui les liaient. Avec la mise en oeuvre de la gestion par activité dans son approche " process ", c'est directement le coût de ces interactions qui devrait pouvoir être étudié à Argenteuil. C'est donc sur les coûts des relations qui ont cours au sein de l'hôpital que la méthode ABC/ABM permet de travailler

4- Méthode ABC et rapports administration-soignants

De l'entretien avec Caroline Humez, il ressort nettement que l'objectif du ministère lorsque le mouvement de délégation de gestion a été lancé, outre une meilleure utilisation des ressources financières, était de permettre l'instauration de nouvelles relations entre les directions des établissements et les soignants. Il s'agit de faire en sorte que médecins et administratifs se parlent, c'est-à-dire qu'ils aient un véritable dialogue, renouvelé, car fondé sur de nouvelles bases, plus objectives. Il s'agit de dépasser la simple confrontation de logiques différentes et souvent réputées antinomiques par, sinon un rapprochement de ces logiques, tout au moins une connaissance, voire une compréhension de celle de l'autre.

Sur le plan matériel, ces rapports distants, ces logiques différentes se traduisent par une séparation géographique très nette de l'administration et des services de soins. Bien souvent, de cette séparation géographique, il résulte que le fait pour les médecins de se rendre à l'administration et plus encore le fait pour la direction de se rendre dans les services de soins peut être perçu par l'ensemble des parties comme un acte d'allégeance à l'autre partie.

Or il ressort de la présentation de l'expérience argenteuillaise que la mise en oeuvre de la gestion par les activités est une occasion de rapprochement des services administratifs et des services de soins. Sur le plan physique, l'administration

est présente dans la structure étudiée, pour rappeler les objectifs, veiller à l'application d'une méthodologie, aider à analyser les processus. Vécue au départ comme un " flicage ", la présence de l'administration dans un service s'apparente par la suite à un rôle d'accoucheur. En effet, le représentant de l'administration devient nécessaire aux soignants et médecins pour la modélisation de leur processus de production. C'est une approche gestionnaire qu'il apporte au sein du service par une collaboration régulière. Mais réciproquement, le représentant de l'administration s'imprègne progressivement des logiques et des contraintes du monde soignant. De part et d'autre, il y a donc une familiarisation avec l'autre.

Dans cette mesure, la méthode ABC, outil complémentaire en même temps que préalable de la délégation de gestion apporte en fait beaucoup de réponses aux objectifs initialement dévolus à la contractualisation interne. Nous avons donc une nouvelle manifestation de ce qu'a voulu montré ce mémoire. La délégation de gestion et les instruments de gestion qui lui donnent son effectivité forment un tout, dont les diverses composantes interagissent les unes sur les autres pour répondre globalement aux objectifs initialement dévolus à la délégation de gestion.

Conclusion

Le Centre hospitalier d'Argenteuil s'est engagé dans la démarche de contractualisation interne avec des objectifs budgétaires bien définis. Alors que l'essentiel de la littérature consacrée au sujet insiste au contraire sur l'enjeu organisationnel de la réforme. Cette façon de procéder peut s'expliquer par un contexte budgétaire particulier et surtout par le fait que de façon originale, la demande de contractualisation est venue du monde médical et non pas comme la plupart du temps de la direction.

Pour autant, l'objet de ce mémoire a été de montrer que de cette approche budgétaire et du développement des instruments de gestion qui ont accompagné la déconcentration budgétaire, il découle nécessairement une modification en profondeur des relations au sein de l'hôpital.

L'organisation structurelle de l'hôpital d'Argenteuil n'a certes pas été bouleversée. Il n'y a pas eu de création de structures nouvelles, pas plus que de création d'une fonction de cadre administratif rattachée aux services de soins. Mais un véritable changement d'état d'esprit s'est opéré à la direction comme au CR d'imagerie dans le cadre du contrat entre ces deux acteurs. Il faut dire que le responsable du CR était très demandeur et se montrait de longue date préoccupé des enjeux de gestion de son service.

Une telle évolution n'est pas encore avérée en ce qui concerne le laboratoire de biologie. Pourtant, les perspectives ouvertes par la contractualisation et la méthode ABC paraissent encourageantes. Ainsi, le travail réalisé sur place, de confrontation des logiques gestionnaires et médicales pour l'étude des coûts apparaît comme un premier pas vers une meilleure compréhension et une meilleure intégration réciproques de ces logiques.

Tout ceci conduit à dépasser le débat sur les obstacles et les limites à la contractualisation interne et à la délégation de gestion. Certes, les enjeux

stratégiques que sont la cohésion de l'institution et le positionnement de l'hôpital dans le réseau d'offre de soins peut et doit entraîner une limitation du champs et des modalités de la délégation de gestion. Et c'est dans ce rôle que la Direction trouve sa plus grande légitimité. Le Directeur peut continuer à recruter pour l'ensemble de l'établissement, tout en déléguant largement la gestion des ressources humaines aux CR. De même, il peut continuer à présider l'unique commission d'appel d'offre tout en multipliant le choix des produits et en limitant les contrôles d'opportunité sur les commandes. Dans ce contexte, le débat sur la délégation de signature apparaît comme un faux problème.

Il convient donc de se focaliser sur les apports de la contractualisation interne et de ses instruments et de tirer les enseignements de l'expérience en cours à l'hôpital d'Argenteuil.

En premier lieu, il convient de remarquer que pour que les bénéfices de la délégation de gestion se fassent sentir à l'échelle de l'établissement, il est impératif que de nouveaux centres de responsabilités se lancent dans l'expérience. Il est de plus souhaitable que la démarche motive également des services cliniques et non plus seulement des services médico-techniques. Un moyen pour cela paraît être la mise en valeur des contrats inter-CR.

En second lieu, les efforts de promotion de la contractualisation doivent être renforcés. D'une façon générale, pour que les potentialités contenues dans la délégation de gestion et ses instruments se révèlent, il est impératif de communiquer sans relâche afin d'expliquer les enjeux et les limites des nouveaux modes de gestion. Ceci est vrai en particulier pour que la relation " client fournisseur " apporte tous ses effets positifs en termes de responsabilisation plutôt que de dériver sur une attitude purement concurrentielle.

A ces conditions, la réforme voulue par les pouvoirs publics portera ses fruits en dépassant la stricte logique financière au bénéfice d'une prise en charge efficiente du malade.

Bibliographie

Références réglementaires

- Décret n° 83-744 du 11 août 1983, relatif à la gestion et au financement des établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier.
- Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée, notamment le nouvel article L. 714-26-1 du Code de la Santé Publique.
- Décret n° 97-374 du 18 avril 1997, relatif à la délégation de signature des directeurs d'établissements publics de santé et modifiant le Code de la Santé Publique (troisième partie : décrets).
- Circulaire n° 97-304 du 21 avril 1997, relative à la contractualisation interne dans les établissements publics de santé.

Ouvrages

- ARBUZ Georges et DEBROSSE Denis – Réussir le changement de l'hôpital – Inter Editions – 1996 – 248 pages.
- CLEMENT J.M. – Essai sur l'hôpital – Paris – Berger Levrault – 1994.
- CREMADEZ. M., GRATEAU. F. – Le management stratégique hospitalier – Paris – Inter Editions – 1997 – 2^{ème} édition revue et augmentée.
- LETEURTRE. H. – (Sous la direction de) – Traité de gestion hospitalière – Berger Levrault – Paris – 1998.
- LORINO. Ph. – Le contrôle de gestion stratégique – Dunand.

Méthode ABC

- Le Guide d'utilisation ProcessMap TM 2000.
- COKINS, GARY – Activity based Cost Management Making IT work – CHICAGO – IL – Irwin Professional Publishing – 1996.

- PLAYER, STEVE and David KAYS – Activity based management – Arthur Andersen sessions from the ABM Butterfield – New York.

Articles

- AUMERAS Patrick et DEBROSSE Denis – La délégation de gestion – Entreprise Santé, n°15 – Mai/Juin 1998 – pages 16 et 17.
- CALMON Michel – Contractualisation interne et délégation de gestion – Revue hospitalière de France – n°6 – Novembre/Décembre 1997 – pages 832 à 843.
- HARDY Jacques – Contractualisation interne et délégation de signature – Revue hospitalière de France – n°6 – Novembre/Décembre 1997 – pages 844 à 847.
- MAURY François – L'hôpital change. Médecins et gestionnaires autour d'une nouvelle organisation hospitalière – Gestions hospitalières – n°367 – Juin/Juillet 1997 – pages 414 à 420.
- BIRON. N., FAUJOUR. V. – Les outils du pilotage stratégique, l'ère de la gestion partagée – Gestions hospitalières – Juin/Juillet 1998 – n°377 – pages 439 à 445.
- CROZIER. M. – L'hôpital est déchiré entre l'administration et les soignants – Le quotidien du médecin – n°5516 – Jeudi 17 novembre 1994 – page 8.
- GROSSIER. E., JANCOURT. D., NIZARD. G. – Le déplacement du pouvoir à l'hôpital – Gestions hospitalières – Octobre 1996 – pages 615 à 618.
- PELJAK. D. – Le management de subsidiarité au service des hôpitaux – Gestions hospitalières – Juin/Juillet 1997.
- PENAUD Marc, NISAND Gabriel et SCHOTT Laurent – L'utilisation du PMSI dans l'optique de la mise en place du budget de service – Gestions hospitalières – Juin/Juillet 1998 – pages 408 à 413.
- BONIS. J. – Les rôles managériaux des directeurs, des médecins et des cadres soignants dans les hôpitaux français – Gestions hospitalières – n°333 – Février 1994.

Annexe :

CONTRAT D'OBJECTIFS ET DE MOYENS

Préambule

L'article L714.26.1 du Code de la Santé Publique, résultant de l'ordonnance du 24 Avril 1996 relative à l'hospitalisation publique et privée, dispose que « les établissements publics de santé peuvent mettre en place des procédures de contractualisation interne ».

Conséquence logique des contrats d'objectifs et de moyens conclus entre les établissements et l'Agence Régionale d'Hospitalisation, les contrats passés entre le représentant du Centre de Responsabilité et le Centre Hospitalier ne sont donc que la déclinaison interne des critères d'insertion de l'établissement dans le tissu sanitaire régional.

A ce titre, tout contrat de délégation de gestion conclu en l'absence de contrat passé avec l'Agence Régionale ne peut bénéficier que d'une légitimité conditionnée par la conclusion d'un éventuel contrat externe.

La cohérence inévitable entre la macro et la micro-économie subordonne le présent contrat à la logique d'ensemble qui régit l'allocation des moyens à l'échelon régional.

Les parties signataires du présent contrat ne peuvent en aucun cas se prévaloir de celui-ci pour en maintenir les effets au-delà de la conclusion d'un contrat d'objectifs et de moyens entre le Centre Hospitalier d'Argenteuil et l'Agence Régionale d'Hospitalisation d'Île de France (A.R.H.I.F.).

En cas de contradiction entre les deux contrats, le présent serait modifié par avenant afin de réaliser le prolongement naturel du contrat externe.

Essentiellement destinée à l'optimisation des moyens (circulaire du 21 Avril 1997) et fondée sur une démarche facultative et négociée, la contractualisation interne doit permettre, en rapprochant la gestion de la production d'actes, de définir des objectifs quantitatifs, qualitatifs et économiques sanctionnés par un intéressement aux résultats affecté au Centre de Responsabilité.

La politique d'investissement et d'achat (marchés publics) ne peut être remise en cause par la délégation de gestion qui ne porte que sur le champ d'exécution des dépenses d'exploitation.

Véritable opportunité de responsabilisation et d'intéressement, la contractualisation interne, en favorisant une mutation culturelle, doit permettre d'anticiper les contraintes budgétaires et les objectifs qualitatifs.

Le caractère indiscutablement administratif du contrat conclu entre le représentant du Centre de Responsabilité et le Centre Hospitalier garantit l'adaptabilité du contrat et sa compatibilité progressive avec un environnement économique en pleine évolution.

- Vu l'ordonnance 96.343 du 24 Avril 1996,
- Vu l'article L714.12 et L714.26.1 du Code de la Santé Publique,
- Vu le décret n°97.374 du 18 Avril 1997, relatif à la délégation de signature,
- Vu la circulaire DH/AF/97.304 du 21 Avril 1997 relative à la contractualisation interne dans les établissements publics de santé,

Entre :

Monsieur le Docteur BARRET
Chef du Service d'Imagerie Médicale
Représentant du Centre de Responsabilité

Et :

Le Centre Hospitalier Victor DUPOUY,
Pris en la personne de son directeur, Monsieur Maurice TOULLALAN,

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

Article 1 : Principes généraux

La délégation de gestion, et le contrat qui en résulte, ne peuvent remettre en cause les principes applicables aux établissements publics de santé en matière de recrutement et de gestion des effectifs ni en matière de gestion économique et financière.

La mission de service public incombant aux établissements publics de santé et la qualité des soins dispensés aux usagers ne font pas l'objet d'une négociation dans le cadre du présent contrat.

D'un commun accord, les parties prenantes au présent contrat déclarent qu'il recouvre l'exhaustivité des clauses définies tant dans leur principe que dans leurs effets.

Article 2 : Objet du contrat

La contractualisation interne se propose, par une maîtrise médicalisée des dépenses de santé, de parvenir à une optimisation des coûts de gestion et à une maîtrise des prescriptions d'actes médico-techniques.

Le présent contrat a pour objet de définir, en application des sources juridiques et réglementaires citées, les conditions d'exercice de la délégation de gestion consentie au Centre de Responsabilité.

Les objectifs de qualité sont indissociables de l'objet du présent contrat et doivent être énumérés de façon exhaustive et mesurable.

Article 3 : Etendue du contrat

Le présent contrat porte sur les dépenses de la section d'exploitation. Le respect des règles de la comptabilité publique est une condition substantielle de son application.

La délégation de signature, prévue par les textes régissant le présent contrat, est exclue du champ d'application et remplacée par un système de préconisation de commande, à l'initiative du Centre de Responsabilité, obligatoirement complété d'une étape de validation de commande relevant de la responsabilité de la Direction des Services Economiques.

Pour les dépenses du groupe 1, la délégation de gestion porte sur les dépenses de personnel médical et non médical, les remplacements, les gardes et astreintes, les heures supplémentaires et la formation professionnelle. Les crédits destinés à la formation font l'objet d'une enveloppe spécifique ne pouvant être utilisée à d'autres dépenses du même groupe.

Le coût des allocations de perte d'emploi versées à des agents du service à l'issue d'éventuels remplacements est supporté par le budget du Centre de Responsabilité.

Pour les dépenses du groupe 2 sont essentiellement concernés les médicaments, et produits dérivés du sang (pharmacie), les produits sanguins et petits matériels médico-chirurgicaux et les fournitures destinées à la radiologie (films et produits de développement).

Pour les dépenses de groupe 3 sont essentiellement concernées les dépenses d'entretien et de réparation, la maintenance, les fournitures hôtelières, le petit matériel et l'outillage.

Les dépenses d'investissement sont prévues en accord avec le Centre de Responsabilité mais demeurent soumises à l'arbitrage de la Direction du Centre Hospitalier.

Un plan pluriannuel de renouvellement des équipements pour une durée de cinq ans est annexé à titre indicatif au présent contrat.

Article 4 : Durée du contrat

Le contrat est obligatoirement conclu pour une durée maximale de cinq ans.

Il est en outre modifiable en cours d'année, sur accord des parties et par voie d'avenant, dès lors que des contraintes budgétaires ou réglementaires nouvelles, ou d'importantes modifications de l'activité, compromettent l'exécution ou le respect de l'équilibre économique.

Le contrat est nécessairement rapporté par tout contrat externe générant une contradiction entre les objectifs et moyens fixés à l'échelon régional et les objectifs et moyens internes préalablement définis.

Article 5 : Nature juridique du contrat

Le présent contrat, répondant aux critères jurisprudentiels du contrat administratif, relève de la juridiction administrative.

Il est en conséquence subordonné à la règle d'adaptabilité et de mutabilité des contrats et ne saurait se prévaloir, notamment au plan du contentieux, d'autres règles que celles qui régissent les contrats administratifs.

La continuité du contrat est garantie jusqu'à son échéance normale et tant que ses clauses sont respectées, indépendamment des changements de responsables pouvant affecter la direction du Centre Hospitalier ou le Centre de Responsabilité.

Article 6 : Le Centre de Responsabilité

Composé d'unités fonctionnelles qui peuvent elles-mêmes regrouper des centres d'activité, le Centre de Responsabilité est représenté par un praticien hospitalier désigné par le Directeur après avis de la Commission Médicale d'Etablissement et du conseil de service concerné.

Le Centre de Responsabilité produit des actes et génère des coûts qu'il convient de décrire avec précision.

Dans la recherche d'un seuil d'équilibre entre charges et produits, le Centre de Responsabilité peut poursuivre une démarche tendant à modifier sa masse critique.

Le Centre de Responsabilité d'Imagerie Médicale, représenté par Monsieur le Docteur BARRET regroupe les U.F. suivantes :

- 6512 : radiologie générale
- 6513 : radiologie vasculaire et interne
- 6514 : radiologie des urgences
- 6516 : unité scanographique
- 6517 : échographie générale
- 6522 : 30% de l'activité du site IRM

Article 7 : Détermination du budget prévisionnel

En application du budget exécutoire autorisé par le Directeur de l'Agence Régionale et en accord avec les objectifs définis par le projet d'établissement, le budget prévisionnel du Centre de Responsabilité détermine le volume global des dépenses d'exploitation pour les groupes fonctionnels n°1, n°2, n°3.

Le budget est revu chaque année, avant le 15 Février, en fonction des résultats, de l'évolution de la dotation globale et des objectifs résultant de l'exécution du projet d'établissement.

Article 8 : Prévision d'activité

Le budget prévisionnel s'assortit d'une prévision d'activité liée aux paramètres d'activité de l'établissement.

L'objectif global de maîtrise des dépenses d'exploitation implique la nécessité de prévoir une diminution progressive des demandes d'examens radiologiques.

Article 9 : Indicateurs de suivi

Sur la base des informations saisies et communiquées par le Centre de Responsabilité, un tableau de bord est établi par la Direction des Services Financiers.

Il décrit, pour les périodes de Janvier à Mars, d'Avril à Août et de Septembre à Décembre, l'ensemble des dépenses d'exploitation constatées et les indicateurs d'activité correspondants.

Les dépenses induites par les investissements (amortissements) sont communiquées au Centre de Responsabilité à la même périodicité.

Le tableau de bord décrit également l'ensemble des recettes subsidiaires dégagées par l'activité du Centre de Responsabilité.

Les dépenses résultant de l'activité IRM sont suivies sur des états distincts.

Article 10 : Objectifs qualitatifs

Les objectifs qualitatifs font l'objet d'une définition annuelle dans le cadre de l'actualisation du contrat.

Pour la première année les objectifs qualitatifs portent sur l'évaluation du service rendu.

Sur la base d'une mesure précise des délais actuels, le Centre de Responsabilité s'engage à réduire les délais d'attente des patients et de production des comptes rendus.

Le Centre de Responsabilité s'engage également à évaluer puis améliorer les relations avec les services prescripteurs.

Enfin, sur la base d'indicateurs chiffrés, le Centre de Responsabilité s'engage à étudier et si possible réduire les coûts de la non-qualité.

Toutes les modalités pratiques du présent article sont détaillées dans l'annexe 1 au présent contrat qui énumère les objectifs qualitatifs à 5 ans.

Article 11 : Evaluation qualitative

Les objectifs qualitatifs doivent faire l'objet d'une évaluation annuelle permettant la mesure des écarts et leur correction l'année suivante.

La définition des indicateurs et des correctifs est proposée par le représentant du Centre de Responsabilité au moment de la détermination des moyens annuels.

Article 12 : Comité de suivi

Pendant la période de montée en charge de la délégation de gestion, le comité de suivi, composé de représentants du Centre de Responsabilité, de la Direction des Ressources Humaines, du Département d'Information Médicale, de la Direction des Services Economiques et de la Direction des Affaires Financières veille à la bonne application du contrat et à la validation méthodologique du recueil d'informations au niveau du Centre de Responsabilité.

A ce titre les parties s'engagent à produire toute l'information nécessaire au suivi de l'exécution du contrat.

Pendant toute la période d'exécution du contrat, le comité de suivi élabore un document de synthèse annuel validé par l'ensemble des acteurs concernés.

Ce compte-rendu explique les résultats constatés et les difficultés rencontrées. Il fait l'objet d'une communication en Commission Médicale d'Etablissement.

Article 13 : Obligations réciproques

La délégation de gestion implique un certain nombre d'obligations pour les parties prenantes au contrat.

Pour le Centre Hospitalier, ces obligations consistent, outre le respect de l'ensemble des clauses du contrat, à :

- Etablir chaque année le programme d'évolution du Centre de Responsabilité et le négocier avec le responsable.
- Assurer les relais entre le Centre de Responsabilité et les différentes directions fonctionnelles dans l'exécution du contrat.
- Promouvoir le développement de la contractualisation interne au sein de l'établissement.

Pour le Centre de Responsabilité, outre le respect de l'ensemble des clauses du contrat, ces obligations consistent à :

- Communiquer les éléments d'activité nécessaires à l'élaboration des tableaux de bord.
- Respecter le budget prévu et négocié.
- Mettre en œuvre un programme précis de réalisation des objectifs.
- Sensibiliser les clients internes (les services prescripteurs) au coût des examens demandés afin d'en maîtriser progressivement le volume.

Article 14 : Modalités d'intéressement

Dès lors que la politique d'intéressement du Centre Hospitalier d'Argenteuil n'est pas modifiée par les dispositions législatives, réglementaires ou l'évolution de la jurisprudence et tant que les instances décisionnelles n'ont pas délibéré sur une éventuelle modification de cette politique, le Centre de Responsabilité bénéficie, en application du présent contrat, d'un intéressement direct au produit de sa gestion.

L'intéressement est affecté de façon collective au Centre de Responsabilité et exclut toute forme d'intéressement individuel.

Résultat positif :

Les économies réalisées par le Centre de Responsabilité s'apprécient à la clôture de l'exercice budgétaire. Elles font l'objet d'une ouverture de crédits à hauteur de 50% du montant constaté dans le groupe fonctionnel et sur la ligne budgétaire choisies par le Centre de Responsabilité. L'utilisation du montant généré par l'intéressement obéit aux règles de la comptabilité publique.

Si le montant de l'intéressement est affecté à des dépenses d'investissement, les charges induites par ces achats (consommables, amortissements, maintenance, réparations), sont supportées par le budget du Centre de Responsabilité.

Chaque direction fonctionnelle concernée par la liquidation des dépenses résultant de l'intéressement s'engage à y procéder dans les meilleurs délais et en tout état de cause avant le 30 Juin de l'année de constatation du résultat.

Les matériels acquis dans le cadre de l'intéressement demeurent la propriété du Centre Hospitalier mais leur remplacement systématique n'est pas à la charge de l'établissement.

Le montant affecté à l'intéressement ne peut être reconduit dans la base budgétaire de l'année suivante.

Le résultat de l'évaluation qualitative du contrat donne lieu à un intéressement forfaitaire supplémentaire de 50 000 francs utilisés de la même façon que le reste de l'intéressement, dès lors que les objectifs de l'année ont été atteints.

Résultat négatif :

En cas de résultat négatif, le budget de l'année N+1 est diminué, par rapport au budget de l'année N, du montant du dépassement.

Le contrat est résilié de plein droit au deuxième résultat négatif injustifié et ne résultant pas des circonstances exceptionnelles prévues à l'article 4.

Article 15 : Contentieux

Avant toute saisine du Tribunal Administratif les parties reconnaissent la nécessité de constituer une commission de conciliation locale composée de trois membres de la Direction et de trois membres de la Commission Médicale d'Etablissement.

Cette Commission devra obligatoirement être saisie d'une demande écrite et des observations écrites de la partie adverse.

La Commission se réunit à deux reprises à dix jours d'intervalle avant que le contentieux ne puisse être porté devant la juridiction compétente.

Le représentant du Centre de Responsabilité ne peut faire partie de la Commission mais doit être entendu par celle-ci.

Le Directeur désigne, en accord avec le Président de la Commission Médicale d'Etablissement, les membres de la commission de conciliation.

Fait à Argenteuil,
Le

**Chef du Service d'Imagerie Médicale
Représentant du Centre de Responsabilité**

Monsieur le Docteur BARRET

**Le Directeur
du Centre Hospitalier Victor DUPOUY**

Monsieur Maurice TOULLALAN

ANNEXE 1 :

OBJECTIFS QUALITATIFS CENTRE DE RESPONSABILITE IMAGERIE MEDICALE

Ces objectifs tiennent compte :

- du projet d'établissement
- du contrat externe liant l'établissement à l'ARH
- de l'évaluation du service rendu au patient
- de l'évaluation des relations avec les prescripteurs
- de l'accréditation éventuelle du Centre de Responsabilité

Le CR s'engage, pendant la durée du contrat, à mettre en œuvre les objectifs qualitatifs suivants au nombre de neuf :

1 - Organisation du secrétariat et de l'accueil.

Le CR s'engage :

- à rédiger toutes les procédures concernant l'organisation du secrétariat et de l'accueil en Imagerie Médicale.
- à mettre en place des outils d'évaluation de la qualité de l'accueil et de la prise de rendez-vous.

2 - Délai d'attente des patients :

Le CR s'engage :

- à la mise en place d'un outil mesurant le délai d'attente des patients, avant et après les examens radiologiques.
- à rechercher les causes de dysfonctionnements et à faire des propositions permettant de les éliminer.

3 –Accélérer et optimiser la procédure de demandes de radios

Le CR s'engage à reprendre le circuit de traitement du bon de radio afin d'accélérer et d'optimiser la procédure de demande.

4 - Etude du ratio du nombre de compte-rendus dictés par rapport au nombre d'examens réalisés :

Le CR s'engage :

- à publier le ratio du nombre de compte-rendus par rapport au nombre d'examens réalisés et à en suivre l'évolution.
- Le ratio de départ sera publié en janvier 1999 avec un calcul portant sur l'ensemble de l'année 1998.

En cas d'évolution négative de ce ratio, le CR s'engage à en rechercher les causes et à les traiter.

5 - Amélioration de la prescription :

Le CR s'engage, afin d'améliorer la prescription des examens radiologiques par les cliniciens :

- à diffuser des guides de bonne pratique des examens d'Imagerie, en accord avec les recommandations de l'ANAES et des Sociétés Savantes.
- à informer les prescripteurs sur leurs prescriptions et leur coût financier.

6 - Rationalisation des radios faites aux Urgences :

Le CR s'engage à résoudre le problème des radios itératives effectuées aux urgences. Les radios itératives sont celles faites chez le même patient pour des raisons d'absence de contrôle médical, à la fois clinique et radiologique.

7 - Avenir de la Radiologie Vasculaire :

Le CR s'engage à modifier le fonctionnement de la Radiologie Vasculaire, à la fois diagnostique et thérapeutique, afin d'arriver à un équilibre satisfaisant de cette unité. Il sera tenu compte des nécessités du service public et de la volonté des cliniciens.

8 - Non qualité :

Le CR s'engage à étudier la non qualité qui affecte le fonctionnement du service d'Imagerie Médicale et les coûts qui en résultent :

- liste de tous les secteurs de non qualité
- étude de leur coût
- plan de réduction.

9 - Réseau de soins :

Le CR s'engage à établir et à soumettre un projet de réseau de soins, dont l'approbation par l'équipe de Direction et la CME pourra précéder la réalisation concrète.

Ces 9 objectifs qualitatifs feront l'objet d'une évaluation chaque année, dont un compte-rendu figurera au rapport de synthèse prévu par ailleurs.

Le renouvellement du contrat s'accompagnera de nouvelles propositions d'objectifs qualitatifs.

ANNEXE 2 :

CONTROLE DE L'ACTIVITE

1) Afin que les moyens alloués soient en adéquation avec l'activité du Centre de Responsabilité, on calcule le prix de revient du Z, qui doit rester dans les limites du prix fixé par la Sécurité Sociale.

Le prix fixé pour la Sécurité Sociale était jusqu'à septembre 1998 de 10,95 francs, et depuis septembre 1998 de 9,47 francs.

Les Dépenses :

- Les dépenses variables sont celles imputées au Centre de Responsabilité dans les dépenses d'exploitation du groupe 1, du groupe 2, et du groupe 3.
- Les dépenses fixes concernent la mise à disposition des locaux et la mise à disposition de la logistique de l'établissement. Ils donnent lieu à une imputation annuelle, avec un indice de révision éventuel d'une année sur l'autre.

Les Recettes :

Les recettes résultent de l'équivalent en Z de l'activité du service, multiplié par le prix de remboursement de la Sécurité Sociale.

L'équivalent Z est calculé à partir de l'activité du service selon le tableau ci-dessous :

CALCUL EN EQUIVALENT Z

Lettre Clé	Prix S.S.	Equivalent Z
Z	9,47	1
K	12,6	1,33
KC	13,7	1,45
CS	150	15,84
D	250	26,4
FT SCAN	705	74,45
FT IRM	1475	155,76

Majorations	Prix S.S.	Equivalent Z
Nuit	165	17,42
Dimanche	125	13,2
Urgence	125	13,2

Ce mode de calcul de l'équivalent Z permet de tenir compte des missions de service public du service d'Imagerie Médicale, puisqu'il prend en compte les différentes majorations admises par la Sécurité Sociale pour les actes effectués en dehors des heures ouvrables ou dans le cadre de l'urgence.

Les recettes générées par le Centre de Responsabilité et qui sont comptabilisées dans le groupe 3 des recettes d'exploitation, viennent en atténuation des dépenses, avant le calcul final du prix de revient en Z.

2) Champ gamma des actes médicaux

Il est à prévoir que dans un proche avenir, la comptabilité analytique en relation avec le DIM prendra en compte l'activité du Centre de Responsabilité Imagerie Médicale dans le cadre du PMSI.

Le Centre de Responsabilité s'engage à rendre des statistiques d'activités calculées en ICR. Cette activité est de deux sortes :

- L'activité des manipulateurs, qui regroupe toute l'activité du Centre de Responsabilité.
- L'activité spécifiquement médicale, qui est celle effectuée par les radiologues du service.

Comparaison à la base nationale des coûts

En accord avec le DIM, on choisira dix GHM, significatifs au Centre Hospitalier d'Argenteuil chez les patients hospitalisés, et représentatifs de l'activité radiologique.

Pour ces dix GHM, le DIM fournira le nom des patients et les dates de séjours, afin que le Centre de Responsabilité puisse comptabiliser les actes réalisés.

A partir du prix de revient calculé en équivalent Z pour un GHM donné, on effectuera une comparaison à la base nationale des coûts.

Cette comparaison permettra de juger de l'efficacité du Centre de Responsabilité et servira au pilotage, en accord avec l'équipe de Direction.

ANNEXE 3 :

CENTRE DE RESPONSABILITE IMAGERIE MEDICALE Projet d'Investissements sur 3 à 5 ans

Ce projet définit des grands axes d'investissements.

Il ne se substitue pas au programme d'investissement qui est établi précisément chaque année en accord avec l'équipe de Direction.

Il ne tient pas compte des nécessités de renouvellement de petits matériels, de l'arrivée à obsolescence des générateurs, de l'arrivée possible de nouvelles technologies.

On définit pour les trois à cinq ans à venir, cinq axes :

1) SAU, service porte et Radiologie des Urgences

Le projet de nouveau bâtiment pour les Urgences, dans le cadre de l'implantation d'un SAU et d'un service porte, entraîne la nécessité de nouveaux matériels.

A l'heure actuelle, on peut compter sur le déménagement :

- de la salle télécommandée Prestige
- de l'ensemble développement plein jour + reprographe laser.

Les nouvelles implantations souhaitables sont :

- un échographe pour la petite salle prévue à cet effet.
- une salle d'os polyvalente, l'actuelle étant déjà arrivée à obsolescence.
- un système de radiologie par plaque photostimulable à mémoire.

La dernière implantation souhaitable dans la nouvelle Radiologie des Urgences serait bien entendu un scanographe.

Indépendamment des arguments qui le justifient, deux types de problèmes se posent :

- l'obtention d'une autorisation pour un deuxième scanner dans l'hôpital.
- la surface nécessaire, qui actuellement n'a pas été prévue dans le projet de renouvellement des urgences.

II) Les équipements informatiques

L'équipement informatique, qu'il soit matériel ou logiciel, interfère à la fois avec le programme d'investissement en matériels, et avec les objectifs qualitatifs du Centre de Responsabilité.

1) Mise à niveau du parc matériel

L'informatisation actuelle du service de Radiologie date de Juin 1994. Tous les matériels implantés entre cette date et le mois de Juin 1997 sont arrivés à obsolescence. Il y a donc une nécessité de renouvellement du parc, pour pouvoir bénéficier de nouvelles versions logicielles et de la liaison avec le système informatique de l'hôpital.

2) Transport de l'image par le réseau

Le réseau actuellement « travaille » à 10 Mo/sec. Il est prévu pour fonctionner à 100 Mo/sec., moyennant une mise à niveau matérielle au niveau des cartes réseaux équipant les postes et de l'achat de commutateurs de répartition.

Ceci entre dans le cadre du déploiement de l'imagerie numérique dans l'hôpital.

3) Numérisation des sources radiologiques

Au fur et à mesure des renouvellements de matériel radio, la numérisation des sources permet d'augmenter l'importance et la quantité d'images numériques, ce qui peut nécessiter la mise à niveau du serveur d'images (voire son renouvellement).

Le système d'archivage sur CD-Rom devra monter en puissance, le juke-box actuel étant limité. La nouvelle technologie du DVD, capable de stocker sur un seul disque l'équivalent de 7 à 28 CD-Rom, est la seule solution capable d'augmenter de façon rationnelle la mise à disposition en ligne des images. Cela nécessite l'investissement d'un graveur et d'un juke-box spécifique.

4) Optimisation de l'infrastructure actuelle

Plusieurs voies sont souhaitables pour continuer à optimiser l'informatique de gestion et l'informatique d'images du service d'Imagerie Médicale :

- mise en place de douchettes de saisie des codes barres pour rentrer l'identité des patients.
- mise en place d'un serveur de voix pour la reconnaissance vocale, permettant d'accélérer la réalisation des comptes-rendus.
- mise en place d'un serveur Intranet, permettant de mettre à la disposition de l'hôpital les comptes-rendus radiologiques (avec éventuellement de l'image), des guides de bonne pratique, des recommandations sur la préparation des patients, la surveillance après les examens, etc.

5) L'hôpital sans film ?

Il est difficile actuellement d'envisager complètement la suppression du film radiologique, remplacé par de l'image numérique. En effet, il est toujours nécessaire de pouvoir fournir un document au patient externe, à des fins d'expertise, etc.

La tendance actuelle est cependant la diminution, autant que faire se peut, de la consommation de surface sensible. L'implantation prévue aux urgences d'un système à plaques photostimulables dont le résultat est directement consultable sur une console informatique pourrait représenter, avec l'accord des cliniciens, un premier pas vers l'hôpital sans film.

III) Mise en conformité avec la réglementation

Nous devons nous conformer rapidement à la réglementation sur les effluents.

La centrale de traitement des bains, implantée en Radiologie Centrale en 1991 en est une première approche.

Nous devons étudier les coûts nécessaires à la mise en conformité avec la réglementation, avec des alternatives éventuelles représentées par les systèmes de développement à sec, qui n'ont aucun effluent.

IV) Renouvellement de matériel

On peut prévoir dans les trois à cinq ans le renouvellement des matériels suivants :

- parc d'échographes, actuellement en cours.
- appareil de radiologie pulmonaire.
- mammographe
- scanographe (échéance 2002)
- transformation ou renouvellement de l'équipement de Radiologie Vasculaire.

V) Coût des implantations nouvelles

Il est rappelé que toute implantation nouvelle s'accompagnera d'une étude de répercussion sur le coût en exploitation.