

# **Ecole Nationale de la Santé Publique**

**Mémoire d'Elève-Directeur.**

**Promotion 1998-2000.**

## **CONTRACTUALISATION INTERNE ET OUTILS DE GESTION AU C.H.U. DE RENNES: ENJEUX TECHNIQUES ET STRATEGIQUES.**

**REFLEXIONS SUR LA PRATIQUE DU CHANGEMENT A L'HOPITAL.**

**Hélène GILARDI.**

### Remerciements.

*Je tiens à remercier tout particulièrement mon maître de stage, Mme Hubert, ainsi que toute l'équipe de la Direction Financière et du contrôle de gestion pour leurs explications, leurs conseils et leur disponibilité.*

*Mon stage à l'Hôpital-Sud aura été l'occasion de participer concrètement à la mise en oeuvre de la contractualisation interne en lien direct avec les acteurs des centres de responsabilité et en association avec Monsieur Tirel que je tiens également à remercier.*

*Le groupe de travail dirigé par M.Brémond m'a permis de donner une dimension plus problématique à ce mémoire et l'enrichissement personnel que j'ai pu retirer des séances de travail est considérable.*

*Je tiens enfin à remercier tout particulièrement M. Peyret pour les conseils qu'il m'a donné tout au long de la réalisation de ce travail.*

*Que toutes les personnes qui ont bien voulu me recevoir pour un entretien soient également remerciées pour m'avoir consacré une partie de leur temps ainsi que pour la richesse de leurs analyses.*

|                  |          |
|------------------|----------|
| REMERCIEMENTS.   | 2        |
| <b>SOMMAIRE.</b> | <b>3</b> |

## **INTRODUCTION.**

|                                                             |           |
|-------------------------------------------------------------|-----------|
| Historique de la réforme : la démarche rennaise.            | 6         |
| Le fonctionnement opérationnel : les acteurs et le contrat. | 9         |
| Le bilan de la campagne 1998.                               | 12        |
| <b>Problématique du mémoire.</b>                            | <b>14</b> |

## **I. LE TABLEAU DE BORD, OUTIL DE LA CONTRACTUALISATION INTERNE : ENVIRONNEMENT, PRINCIPES ET REALISATION, AUTRES EXPERIENCES.**

### **A. ENVIRONNEMENT INFORMATIF ET GRANDS PRINCIPES.**

|                                                                              |    |
|------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Le système d'information hospitalier (SIH) : analyse des enjeux.          | 18 |
| 2. Le rôle et la place de la Direction Financière et du contrôle de gestion. | 19 |
| a) Les missions et le positionnement du contrôle de gestion.                 | 20 |
| b) La situation rennaise.                                                    | 22 |
| 3. Le système de pilotage.                                                   | 22 |
| 4. Les tableaux de bord : éléments théoriques.                               | 22 |
| a) Les caractéristiques principales d'un tableau de bord.                    | 23 |
| b) Les principes de construction d'un tableau de bord.                       | 24 |
| c) Les étapes d'implantation d'un tableau de bord.                           | 25 |

### **B. LA REALISATION DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE RENNES.**

|                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Le nouveau système d'information.                                     | 26 |
| 2. Historique et missions du contrôle de gestion au CHU de Rennes.       | 28 |
| 3. La gestion par centres de responsabilité au CHU de Rennes.            | 30 |
| 4. Le tableau de bord du CHU de Rennes.                                  | 32 |
| a) Conception, élaboration, difficultés rencontrées.                     | 32 |
| b) Le tableau de bord, un outil de suivi et de description.              | 34 |
| (1) page 1 du tableau de bord : structure et activité.                   | 35 |
| (2) page 2 du tableau de bord : le référentiel financier.                | 36 |
| (3) page 3 du tableau de bord : les informations relatives au personnel. | 38 |
| (4) page 4 du tableau de bord : les indicateurs de synthèse.             | 40 |

**C. ANALYSE COMPAREE.****40**

- 1. Exemples d'autres tableaux de bord. 40
  - a) Le Centre Hospitalier du pays d'Aix : « Une nouvelle génération de tableaux d'activité de service ». 40
  - b) Les budgets de service, l'expérience du Centre Hospitalier d'Avignon. 44

**II. LES ENJEUX TECHNIQUES ET POLITIQUES DE LA DEMARCHE DE CONTRACTUALISATION INTERNE AU CHU DE RENNES.****48****A. LA MISE EN OEUVRE DES TABLEAUX DE BORD ET LES LIMITES RENCONTREES.****48**

- 1. La mise en oeuvre de la démarche de contractualisation interne. 48
  - a) La définition des bases budgétaires. 48
  - b) Solutions envisagées. 49
  - c) Enchaînement des opérations de contractualisation. 50
  - d) Modalités de calcul par groupe. 50
- 2. Les difficultés techniques de mise en oeuvre 51
  - a) Restructurations et ajustement des bases. 51
  - b) Gestion des ressources humaines. 52
  - c) Délégation de la gestion de nouvelles dépenses. 53
  - d) Indicateurs. 53
  - e) Evolution du système d'information. 54
  - f) Analyse des résultats en fin d'exercice. 54
- 3. Quatre points nécessitent une prise de position politique. 55
  - a) Les crédits d'investissement. 55
  - b) La remise en cause de la pertinence des bases historiques. 55
  - c) Les 1%. 55
  - d) Le développement du rôle et des missions de contrôle de gestion institutionnellement et dans l'action. 56
- 4. Les difficultés rencontrées dans d'autres établissements de taille comparable. 58
  - a) L'exemple de Nantes. 58
  - b) L'exemple de Montpellier. 59
  - c) L'exemple de Toulouse. 59

**B. LES PERSPECTIVES D'EVOLUTION AU CHU DE RENNES.****60**

- 1. De l'usage interne des points ISA. 60
  - a) Un axe de recherche au niveau ministériel. 60
  - b) Un axe d'évolution technique concernant le contenu du tableau de bord du CHU de Rennes. 62

|                                                                                                                                              |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2. Le PMSI comme outil de gestion interne ou comment passer des budgets de centres de responsabilité historiques aux budgets par activités ? | 63 |
| a) Groupes Homogènes de Malades et Base Nationale des Coûts.                                                                                 | 63 |
| b) Retraitement comptable.                                                                                                                   | 63 |
| 3. L'annexe du tableau de bord : les données PMSI du service.                                                                                | 64 |
| 4. L'introduction de la qualité.                                                                                                             | 67 |

### **III. REFLEXIONS SUR LA MISE EN OEUVRE DU CHANGEMENT A L'HOPITAL : VERS UN VERITABLE OUTIL DE GESTION PARTAGEE, OUTIL DE MOBILISATION DES ACTEURS.**

**69**

#### **A. ROLE ET PLACE DE LA DIRECTION DES HOPITAUX DANS LA MISE EN OEUVRE DE LA DEMARCHE.**

**70**

#### **B. LIEN ENTRE CONTRACTUALISATION INTERNE ET CONTRAT D'OBJECTIFS ET DE MOYENS.**

**71**

#### **C. LES CONDITIONS DE REUSSITE D'UNE DECONCENTRATION DE LA GESTION.**

**73**

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| 1. La loi commune.               | 73 |
| 2. La communication.             | 74 |
| 3. Ambiguïté du tableau de bord. | 74 |

#### **D. LA DECONCENTRATION DES RESPONSABILITES DE GESTION PASSE PAR UN MINIMUM D'EVOLUTION CULTURELLE POUR CREER UNE APPETENCE A LA PRISE DE RESPONSABILITE.**

**75**

|                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Les enjeux en terme de savoirs.                                | 75 |
| 2. Arbitrage entre logique de gestion et logique professionnelle. | 76 |

### **CONCLUSION.**

**79**

### **BIBLIOGRAPHIE.**

**83**

### **ENTRETIENS.**

**85**

### **GLOSSAIRE.**

**86**

### **ANNEXES.**

**87**

## **INTRODUCTION.**

### **Historique de la réforme : la problématique rennaise.**

A la fin de l'exercice 1995, le C.H.U. de Rennes a commencé à connaître des difficultés financières alors que de nombreux efforts d'économie avaient déjà été consentis dans les domaines de la gestion et de la logistique. Désormais, on considère que les économies ne peuvent épargner le domaine des soins, préservé jusque là. De plus, la diminution des crédits accordés au titre de l'innovation médicale devenant préoccupante, une réaction semblait nécessaire.

Une double problématique financière et stratégique est donc à l'origine de la réflexion rennaise. Menée sous la forme d'une action concertée entre le corps médical et la direction, le slogan de la réflexion engagée était « Une réforme au service de l'ambition ».

Un groupe de travail semi-institutionnel a vu le jour, composé à parité de médecins, membres de la sous-commission de la Commission Médicale d'Etablissement en charge des finances, et de directeurs avec, comme objectif, l'élaboration d'un projet capable de satisfaire aux exigences de cette double problématique : relancer l'innovation médicale et redresser la situation financière.

Le redressement de la situation financière passait par la mise en oeuvre d'une réforme de la gestion budgétaire. Le redressement de la capacité d'innovation médicale du CHU, en forte baisse depuis le début des années 1990, nécessitait une réaction concertée. La création d'un fond d'innovation visait à pallier ce manque de crédits d'innovation médicale.

Le rapport final du groupe de travail est intitulé « Projet de réforme de la gestion budgétaire ».

Le projet est présenté devant les instances au mois de décembre 1996 : la Commission Médicale d'Etablissement adopte le projet dans ses grands principes, le Comité Technique d'Etablissement retient l'idée de la déconcentration budgétaire mais pas celle d'une contribution financière des centres de responsabilité ni de leur intéressement, et le Conseil d'Administration est informé du projet.

Les grandes lignes du projet et les déclarations d'intention, qui ont fait l'unanimité au sein de la Communauté Médicale, selon le texte même du rapport, sont les suivantes :

1. pour souhaiter une meilleure visibilité et une meilleure connaissance par tous les responsables et cadres des orientations de développement de l'établissement,
2. pour appeler l'explicitation des règles du fonctionnement général, tant médical qu'administratif, ce qui permettrait la perception de cohérence des actions et des activités,
3. pour attirer l'attention sur les risques d'une décentralisation qui conduirait à l'expression des forces centrifuges les plus exacerbées,
4. pour réclamer une meilleure lisibilité des modes de gestion administratifs,
5. pour s'en remettre, chaque fois que possible, au pragmatisme et à la gradation des transformations suggérées.

Les ordonnances d'avril 1996 et la circulaire d'avril 1997 relative à la contractualisation interne dans les hôpitaux sont venues apporter un fondement juridique à cette initiative spontanée du C.H.U. de Rennes.

Le projet est alors rebaptisé : « Projet de contractualisation interne » et un calendrier opérationnel est mis en place.

En avril 1997, un groupe projet voit le jour au sein de l'équipe de direction piloté par le Directeur Général-Adjoint dont la mission était l'élaboration des règles du jeu, la mise au point des outils techniques nécessaires -les tableaux de bord notamment-, l'engagement d'une réflexion sur la réorganisation des directions (directions de coordination, directions d'établissements et directions fonctionnelles).

En juin 1997, les objectifs et les modalités de la contractualisation interne sont présentés par le groupe projet aux différentes instances : Commission Médicale d'Etablissement, Comité Technique d'Etablissement et Conseil d'Administration.

En septembre 1997, la réforme est officiellement lancée par un courrier du Directeur Général, adressé à tous les chefs de service, qui présente les objectifs de la réforme, les étapes de sa mise en place et le dispositif d'accompagnement.

Le 1er janvier 1998 est annoncé comme la date officielle de mise en oeuvre de la contractualisation interne au CHU de Rennes.

En décembre 1997, les premiers tableaux de bord de gestion sont adressés aux centres de responsabilité, accompagnés d'un guide d'utilisation et d'une fiche d'allocation budgétaire pour 1998.

En janvier 1998 : la réforme est effectivement lancée.

En mars 1998, les membres de l'équipe de direction s'engagent dans la formation des responsables des centres de responsabilité et de leurs collaborateurs directs aux règles de la contractualisation interne et de la gestion déconcentrée. Les contours de la formation accompagnant la réforme de la gestion avaient pour objectifs de permettre la mise en oeuvre de la réforme en facilitant l'appropriation des outils par les acteurs. Les personnes concernées furent, dans un premier temps, les responsables de chaque centre de responsabilité : le chef de centre de responsabilité ou son délégué et un responsable non médical.

L'objectif étant de rendre les acteurs de la réforme responsables de l'enveloppe globale de leur centre de responsabilité : dépenses propres, prestations de services. Il se traduit concrètement par des objectifs opérationnels et des besoins de formation qui sont l'acquisition des connaissances en matière de gestion hospitalière : gestion budgétaire, Système d'Information Hospitalier, compréhension des référentiels du CHU, compréhension des données d'activité et de moyens contenues dans les tableaux de bord.

La durée de la formation était de 2 demi-journées par groupe, elle concernait 130 personnes, formées par groupes de 15 à 20.

L'édition d'un guide de référentiels, à destination de tous les acteurs de la contractualisation interne, a permis de clarifier un grand nombre de positions.

En avril 1998, une formation est dispensée aux cadres administratifs des directions fonctionnelles et des directions de coordination concernés par la négociation et l'élaboration des contrats.

Les principaux points qui font de l'expérience rennaise une expérience intéressante sont au nombre de trois.

L'objectif numéro 1 est un objectif d'économies et de rétablissement de l'équilibre budgétaire. Il est obligatoire, pour tous les centres de responsabilité, de réaliser 1% d'économies.

L'absence de phase expérimentale, par une application du principe d'économie à tous les services, qui débutent donc tous en même temps dans la démarche, est la traduction d'un pari sur la mobilisation des acteurs par l'exemple, même si, a posteriori, seulement 17 centres de responsabilité sont véritablement entrés dans la démarche en 1998, profitant

pour certains d'un effet d'aubaine, notamment en ce qui concerne les recettes subsidiaires. Cependant, l'essaimage espéré semble avoir porté ses fruits sur l'exercice 1999.

Au-delà de ces grands principes, pour certains contestables et contestés, la mobilisation et la motivation des acteurs aura été l'élément moteur de la mise en oeuvre de la réforme de la contractualisation interne au CHU de Rennes.

### **Le fonctionnement opérationnel : les acteurs et le contrat.**

- Les acteurs de la réforme sont nombreux, leur mobilisation est l'un des principaux défi que le CHU doit emporter.

Le Comité de pilotage budgétaire est une émanation de la Commission Médicale d'Établissement, il préexistait à la mise en oeuvre de la contractualisation interne. Il est copiloté par un membre du corps médical et par le directeur financier et il se saisit des questions de fond financières et celles qui concerne désormais la contractualisation interne. Il se réunit à échéance trimestrielle.

Le Comité de suivi administratif de la contractualisation interne est une réunion bi-mensuelle des directeurs concernés par la réforme, directeurs des directions de coordination et directeurs des directions référentes (voir ci-dessous).

Les centres de responsabilité sont au nombre de 88 potentiellement puisque un centre de responsabilité est équivalent à un service. Le responsable du centre de responsabilité est le plus souvent, si ce n'est dans la totalité des cas, le chef de service. Il est accompagné, pour la mise en oeuvre de la contractualisation, du cadre soignant du service. L'absence de reconfiguration des structures de l'établissement, en pôle par exemple, est une des caractéristiques du CHU de Rennes.

Les directions de coordination sont au nombre de 3 et correspondent aux directions de site : direction de l'Hôpital-Sud, direction de l'Hôtel-Dieu-La Massaye-La Tauvrais et direction de Pontchaillou. Les Directeurs de coordination sont les interlocuteurs privilégiés des responsables de centres de responsabilité dans la négociation du contrat, dont ils assurent le suivi et la gestion quotidienne. Ils sont le relais, dans les établissements, du Directeur Général.

Les correspondants de gestion sont au nombre de 5 (dont 1 à l'Hôtel-Dieu, 1 à l'Hôpital-Sud, et 3 à Pontchaillou), ils sont les interlocuteurs directs des centres de responsabilité pour la mise en oeuvre de la contractualisation interne et ont à assurer le lien entre la direction opérationnelle (direction de site) et le centre de responsabilité, ils interrogent les référents

des directions fonctionnelles et informent toujours le contrôle de gestion qui centralise l'information et la valide.

Les référents de gestion sont des « techniciens-experts », placés dans chaque direction fonctionnelle, qui ont pour mission de fournir les renseignements nécessaires aux responsables des centres de responsabilité. Les directions référentes sont la Direction des Affaires Financières et le secteur du contrôle de gestion institué comme « passage obligé », la Direction du Personnel, la Direction des Affaires Médicales, la Filière des Logistiques Médicales et Hôtelières, la Direction de l'Informatique, des Télécommunications et de l'Organisation. Le rôle des Directions Fonctionnelles a très largement évolué au profit d'une certaine reconcentration. Elles se positionnent aujourd'hui en tant que prestataires de services au service des centres de responsabilité et des directions de coordination tout en étant les garantes de la cohérence institutionnelle dans leur domaine de compétence ( droit de la fonction publique hospitalière, droit du travail, droit public, droit des marchés...).

- Le contrat : principes, négociation, suivi et analyse.

Le fondement de la démarche est basé sur deux grands principes : les principes de fongibilité et d'opportunité. Le principe de la fongibilité traduit la possibilité d'utiliser globalement les crédits du centre de responsabilité sans tenir compte de leur rattachement à un groupe de dépenses particulier. L'obligation est celle du respect du budget attribué. Toutefois, si la fongibilité est totale entre les groupes II et III, elle doit être prévue au contrat pour le groupe I. Le principe d'opportunité est la traduction concrète d'une délégation de la décision aux centres de responsabilité.

Le contrat est signé entre le responsable du centre de responsabilité et le directeur d'établissement par délégation du Directeur Général.

Il doit comporter, pour 1998 et 1999, un ou des projets permettant au centre de responsabilité de réaliser une économie de 1%.

Il peut prévoir pour certains services des projets d'accroissement des recettes subsidiaires, qui produisent le même effet que les économies.

Il peut aussi prévoir, pour 1999, des engagements de mise en commun de moyens, des regroupements de services en un seul centre de responsabilité ou encore des restructurations impliquant d'autres services ou nécessitant, par exemple, des étapes intermédiaires de travaux et des projets d'amélioration de la qualité, ou d'engagement dans la préparation de la procédure d'accréditation.

Il doit engager le centre de responsabilité dans une amélioration du recueil de son activité.

Chaque contrat<sup>1</sup> est traduit par un budget détaillé dans la fiche budgétaire annexée au contrat<sup>1</sup>.

Les différentes étapes du contrat, devant permettre de mener à bien la réforme de la contractualisation, avec la concertation la plus large possible sont principalement les suivantes:

1. Le directeur présente une base budgétaire de référence qui fait l'objet d'un premier échange entre le directeur de l'établissement duquel relève le centre de responsabilité. Y participent le responsable du centre de responsabilité et le cadre du service ainsi que toute personne partie prenante dans la démarche sur décision du responsable du centre ou du directeur. Sont ainsi généralement associés les collaborateurs-médecins et l'Infirmière Générale.
2. Le centre de responsabilité élabore son projet, en lien avec la direction d'établissement qui veille à la compatibilité du projet avec le projet médical et les orientations stratégiques de l'établissement.
3. Le contrat est signé entre le chef de centre de responsabilité et le directeur lors d'un second ou troisième échange si nécessaire.
4. S'il n'y a pas d'accord sur les termes du contrat, un recours peut être effectué auprès du Directeur Général qui peut alors saisir le Comité de pilotage budgétaire.
5. L'arbitrage final appartient au Directeur Général après validation par le comité de suivi administratif.

Le suivi du contrat est assuré par la direction d'établissement interlocuteur principal, dans le cadre de la contractualisation interne, entre le centre de responsabilité et la Direction.

Le pilotage global consiste à assurer successivement :

1. Le report des résultats du centre de responsabilité dans les tableaux de bord au niveau de l'entité du centre de responsabilité, c'est-à-dire s'assurer de la bonne saisie des actes. C'est, en théorie, au niveau des directions de coordination que sont réalisés le suivi et l'analyse des tableaux de bord et au niveau de la Direction des Affaires Financières et du secteur contrôle de gestion qu'est assurée la consolidation des budgets déconcentrés.
2. La consolidation des informations relève des missions de contrôle budgétaire de la Direction Financière.
3. Les perspectives de clôture sont élaborées par la Direction Financière.
4. Le rôle du Comité de suivi de la réforme qui réunit, tous les quinze jours, les membres de l'équipe de direction partie prenante dans la réforme, est de permettre le développement

---

<sup>1</sup> cf annexe 1.

et l'appropriation des outils de la contractualisation interne ainsi que le traitement des questions qui surgissent à tous les points de mise en oeuvre de la réforme. Les questions sont traitées de façon collégiale et concertée sous l'autorité du Directeur Général-Adjoint.

Les économies seront réutilisées sous trois formes après retraitement du résultat :

1. Redressement financier de CHU, objectif prioritaire à hauteur de 50% des économies réalisées.
2. Alimentation du fonds pour l'innovation à hauteur de 25%.
3. Réponses aux projets du centre de responsabilité pour 25% également.

Des sanctions négatives sont évoquées, en cas de non réalisation de l'objectif d'économies de 1% mais elles n'ont pas encore été définies à l'heure actuelle.

### **Le bilan de la campagne de contractualisation interne pour l'exercice 1998.**

Le contenu des contrats 1998 révèle l'existence d'un impératif, considéré comme incontournable, qui consistait à dégager un ou des projets d'économie de 1% par rapport aux dépenses 1997 et / ou des projets d'accroissement des recettes subsidiaires pour certains centres de responsabilité. Il révèle aussi des engagements de regroupements de centres de responsabilité, des engagements de mise en commun de moyens, une réorganisation en interne, des choix médicaux d'activité, des projets d'amélioration de la qualité.

En ce qui concerne les centres de responsabilité médicaux et médico-techniques, sur 77 centres de responsabilité et 73 contrats potentiels, 15 contrats ont été signés, soit 20,5% du potentiel.

En ce qui concerne les centres de responsabilité administratifs, sur 11 centres de responsabilité, 1 contrat a été signé par la Direction Financière soit 9%.

Au total, ce sont 19% des centres de responsabilité qui ont signé un contrat en 1998.

Il est intéressant de regarder précisément la typologie des centres de responsabilité ayant passé contrat. Les différentes disciplines sont représentées mais on constate une sur-représentation des centres de responsabilité à vocation médico-technique, cela est lié, en première analyse, à l'effet recettes subsidiaires. On retrouve, en effet, deux centres de responsabilité de médecine, deux centres de responsabilité de chirurgie, un centre de responsabilité de gynécologie-obstétrique et dix centres de responsabilité médico-technique

---

<sup>1</sup> cf annexe 2.

dont 4 centres de responsabilité de laboratoires, 4 centres de responsabilité d'odontologie, 1 centre de responsabilité d'imagerie médicale ainsi qu'un centre de responsabilité correspondant à une pharmacie d'établissement.

Quant au contenu des contrats signés, les économies de dépenses touchent essentiellement le groupe I : réorganisation des gardes et astreintes, réorganisation du programme opératoire, réorganisation du travail en stérilisation, réduction des quotités d'emplois, ainsi que le groupe II : externalisation / internalisation des examens de laboratoires, réduction des dépenses de réactifs, substitution de médicaments. Les contrats ont aussi permis le développement des recettes subsidiaires du groupe III.

Le résultat net à répartir pour 1998 s'élève à 5 845 000 F répartis de la façon suivante :

- 1 240 000 pour le redressement financier du CHU,
- 2 264 000 pour le fond pour l'innovation,
- 2 341 000 d'intéressement des centres de responsabilité.

Les fonds versés au titre du fonds d'innovation, en 1998, ont été provisionnés à hauteur de 2 millions de francs du fait, notamment, de la non contractualisation de l'ensemble des services. L'utilisation de ces crédits ne débutera donc que lors de la clôture de l'exercice 2000, par une procédure d'appel à projets. Leur analyse sera réalisée par le Comité de pilotage budgétaire et un Comité scientifique et stratégique qui n'a pas encore vu le jour.

Le 22 avril 1999, le Directeur Général a adressé une lettre à tous les chefs de service du CHU de Rennes pour lancer la campagne de contractualisation 1999 en appuyant fortement la volonté du CHU de s'engager, de façon très volontariste, sur la voie de la contractualisation interne pronée par l'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996.

Il est clair que les contrats signés en 1998 et, dans une moindre mesure, ceux signés en 1999, sont des contrats de moyens et seulement à la marge des contrats d'objectifs puisque l'on ne peut que noter une difficulté relative des centres de responsabilité et des directions à contractualiser sur autre chose que sur des réductions de moyens par des objectifs d'économies purs.

L'enjeu est désormais de permettre à la contractualisation interne de retrouver un nouveau souffle dans la cadre de véritables contrats d'objectifs en premier lieu et de moyens en forme de soutiens.

## **Problématique du mémoire.**

D'une façon générale, plusieurs facteurs conduisent aujourd'hui les établissements de santé à développer des outils nouveaux de connaissance et d'évaluation des activités réalisées et des moyens qui y sont affectés. La contrainte budgétaire plus lourde implique désormais l'évaluation et l'optimisation systématique des moyens affectés à une activité, la responsabilisation des acteurs, davantage de transparence et de précision quant à la justification de l'utilisation de ces moyens. Par ailleurs l'hôpital doit assurer une approche plus globale de la performance et de la qualité des activités conduites.

Après s'être attaqué aux économies qui relevaient directement de la responsabilité de l'administration, et l'épuisement de ces sources d'économies traditionnelles, on s'attarde aujourd'hui sur le fonctionnement des unités de soins par l'instauration d'une discussion contradictoire autour de la démarche de contractualisation et de ses outils de mise en oeuvre. Tel est le défi que doivent relever la Direction des Affaires Financières et le secteur du contrôle de gestion en lien étroit avec l'ensemble de l'équipe de direction et les centres de responsabilité.

A partir d'un examen attentif des outils de gestion mis en oeuvre dans le cadre de la contractualisation interne au CHU de Rennes, il m'a été possible de dépasser l'expérience rennaise pour la mettre en perspective dans la cadre d'une réflexion sur la pratique et la mise en oeuvre du changement à l'hôpital.

La contractualisation interne au CHU de Rennes est portée par des outils. Le support central de la démarche est le tableau de bord, outil qui est amené à évoluer considérablement au regard des exigences croissantes en émergence. D'un outil aujourd'hui essentiellement budgétaire et financier, on se dirige vers un outil plus élaboré et plus complet intégrant plus largement une dimension médicalisée au centre de laquelle le malade et la qualité des soins qui lui sont offerts occuperaient la place centrale.

Les tableaux de bord doivent pouvoir concilier la fonction de reddition de comptes à la direction (le socle commun) et la fonction d'information et d'aide à la décision des acteurs du centre de responsabilité pour leur permettre d'optimiser leur gestion interne. Jusqu'à aujourd'hui le tableau de bord a été principalement conçu comme un instrument de suivi des dépenses sur lesquelles le responsable engage sa responsabilité en contrepartie d'une certaine autonomie (appelée fongibilité) dans l'usage des montants qui lui sont affectés et des excédents ou déficits constatés à l'issue de l'exercice budgétaire. L'idée d'une base de données, permettant de bâtir des tableaux de bord à géométrie variable pour chaque centre

de responsabilité est en émergence. La complexité de mise en oeuvre due à la consolidation des données et à leur interprétation rend pour le moment illusoire une telle alternative.

D'autre part, avec le PMSI et la comptabilité analytique, l'hôpital public a en sa possession de nouvelles données médico-économiques qui favorisent la mise en oeuvre d'une gestion médicalisée. Cette opportunité devrait permettre une meilleure responsabilisation des acteurs, la mise en place d'une démarche participative et d'intéressement qui constituerait la clé de voûte d'une évolution réussie de l'hôpital public.

Il existe désormais une véritable convergence d'intérêt à agir entre les services de soins et la direction. Chaque activité des centres de responsabilité est abordée, concrètement, à travers le prisme du tableau de bord médico-économique. Cette nouvelle approche permet au directeur de fonder son jugement sur des critères plus fiables et plus pertinents, de prendre des décisions éclairées et en concertation avec le responsable médical sur une base objective.

La réforme de la gestion telle que pensée à l'origine a aussi eu le mérite d'amener les directions à réfléchir sur leurs organisations respectives ainsi que sur le fonctionnement d'ensemble de la fonction directoriale. Il en a résulté une refonte du contour organisationnel de certaines directions et une évolution de leurs rôles. Le mouvement le plus important a consisté en l'organisation d'une filière des logistiques médicales et hôtelières (FLMH). L'autre évolution importante concerne le rapprochement de la Direction Financière et du contrôle de gestion pour des raisons techniques de pilotage budgétaire et financier, de contrôle budgétaire et de reporting. Deux Objectifs étaient recherchés : l'un opérationnel, dans le cadre du lancement de la réforme de contractualisation interne, et l'autre afin d'éviter l'éclatement entre les budgets des centres de responsabilité et le budget global de l'établissement.

La mise en place d'une telle réforme demande, au préalable, un effort considérable sur la mise en cohérence du système d'information (mise à plat et harmonisation des nomenclatures, meilleure récupération de l'information).

La réforme impulse également une évolution profonde des modes de communication. Une nouvelle forme de dialogue et de concertation sont en oeuvre au CHU de Rennes.

La contractualisation doit être un outil de maîtrise, elle doit aussi être un outil de responsabilisation et de gestion concertée entre le corps médical, l'encadrement des services et la Direction. La notion de maîtrise est d'un grand intérêt dans le cadre de cette réforme. Elle suppose, d'une part, la connaissance approfondie de l'activité produite et de ce qui permet de la réaliser, c'est-à-dire qu'elle permet la connaissance des conséquences des

décisions prises, et d'autre part, elle suppose fortement l'idée de maîtrise de l'enveloppe budgétaire attribuée et permet une appropriation de cette idée au niveau de l'entité constituée par le centre de responsabilité, puis de celle de l'établissement.

Cette approche par la maîtrise est d'autant plus forte à Rennes que l'établissement est dans une impasse budgétaire et financière.

Lorsque l'on adopte le terme de contractualisation interne au CHU de Rennes, le contexte est celui des ordonnances dites Juppé d'avril 1996, on passe alors symboliquement d'une réforme de la gestion à la contractualisation interne, par légitimité. L'objectif étant bien de réaliser des économies avec toutes les conséquences induites : la contractualisation à Rennes a pour premier objectif la maîtrise des dépenses à hauteur de 1% pour l'établissement.

Toutefois, la mise en oeuvre de la contractualisation interne reste une politique forte. C'est un revirement de situation au cours de duquel on a souhaité favoriser le sursaut de l'ensemble de l'établissement en jouant sur une mobilisation générale et volontariste. Ce sursaut doit aujourd'hui évoluer vers une démarche de contractualisation interne telle qu'impulsée par les ordonnances de 1996, en s'orientant plus volontairement vers des réorganisations, de nouveaux modes de management et une politique forte de changement à l'hôpital. Cela amène à reconsidérer et à repositionner la démarche rennaise au regard de la circulaire DH/AF/97-304 du 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne dans les établissements publics de santé qui énonce « La contractualisation interne a pour ambition d'être une méthode de gestion qualitative et participative ».

Si le tableau de bord est un outil essentiel de la contractualisation interne **(PREMIERE PARTIE)**, il ne peut et il ne doit en aucun cas en être le noeud.

Les évolutions techniques et politiques à venir doivent permettre de faire de la contractualisation interne un véritable outil de gestion partagée, un outil de mobilisation de l'ensemble des acteurs hospitaliers **(DEUXIEME PARTIE)**.

Mais les enjeux se situent en amont, dans le cadre de prises de positions politiques, stratégiques et managériales dans la conduite du changement et dans la mise en oeuvre d'une telle réforme à l'hôpital **(TROISIEME PARTIE)**.

## **I. LE TABLEAU DE BORD, OUTIL DE LA CONTRACTUALISATION INTERNE : ENVIRONNEMENT, PRINCIPES ET REALISATION, AUTRES EXPERIENCES.**

Le tableau de bord est l'outil central permettant de clarifier sur une base informative et objective les relations entre les services et la direction en vue de la contractualisation interne.

Les acteurs médicaux, soignants et administratifs sont demandeurs d'outils de gestion adaptés et performants.

L'enjeu est de taille : élaborer et suivre de véritables budgets de services à la fois en dépenses, à partir de données de la comptabilité analytique et en recettes, sur la base du PMSI, développer de nouveaux indicateurs de gestion et cela en engageant une concertation étroite entre les médecins, les soignants et les directions (indicateurs de qualité, indicateurs médicaux, de comparaison avec la base nationale des coûts) pour améliorer et atteindre une gestion efficiente de l'hôpital.

Le poids de l'environnement informatif, les enjeux d'une évolution réussie vers un véritable outil de pilotage à destination des directions et des centres de responsabilité n'altèrent en aucune façon la force et la valeur des grands principes concernant la mise en oeuvre des tableaux de bord et leur évolution. Ces évolutions agissent, au contraire, dans le sens d'une amélioration constante de la base informative et décisionnelle.

### **A. ENVIRONNEMENT INFORMATIF ET GRANDS PRINCIPES.**

L'environnement dans lequel s'inscrit la démarche de contractualisation interne est un contexte mouvant, en pleine mutation. En effet, les systèmes d'information sont aujourd'hui en complète refonte autour d'un nouveau noyau « convergence » (structures et nomenclatures). Cette évolution n'est pas sans conséquences sur le bon fonctionnement du recueil des informations et de leur traitement. Les principes de base des tableaux de bord ayant été préalablement posés, la refonte du système d'information constitue un enjeu majeur pour la Direction Financière et la Direction de l'Informatique, des Télécommunications et de l'Organisation pour que le déroulement concret de la démarche ne soit pas trop mis à mal.

## **1. Le système d'information hospitalier (SIH) : analyse des enjeux.**

La place du système d'information relève d'une impulsion forte de la direction. Il doit permettre une évolution des modes de management en permettant une objectivation des décisions. Cette évolution ne sera réussie qu'à condition de disposer de données fiables et exhaustives, qui permettent le développement des outils. C'est une démarche de type « projet » avec un objectif, un responsable, un budget. Son objectif est la pérennité dans le temps. Il nécessite une architecture forte pour être maîtrisé. Dans un même temps, il doit être le gage d'une cohérence générale et devenir un élément très structurant des organisations et des modes de management.

Le contexte actuel fait de l'information un enjeu essentiel pour le management des Etablissements Publics de Santé. Si l'on considère les évolutions considérables en oeuvre dans l'environnement proche des établissements : accès facilité des usagers à l'information, notion de qualité des établissements de plus en plus prégnante, concurrence public-privé, concurrence entre établissements publics et la force de la contrainte budgétaire, le système d'information est au coeur des problématiques. Les champs à explorer dans le domaine de l'information dans les Etablissements Publics de Santé sont tout autant qualitatifs que quantitatifs.

L'information et la gestion s'imbriquent de façon de plus en plus forte par la nécessité de connaître l'activité et la production, de mesurer l'efficience, d'élaborer des stratégies, de planifier et de budgétiser des actions, d'évaluer les actions et les politiques conduites.

L'actualité de ces problématiques au CHU de Rennes est forte : le péril financier, les notions de choix d'activités, de coûts, de points ISA des activités, la déconcentration de la gestion, le pilotage des responsabilités, l'évaluation des managements, la définition de la stratégie pour l'avenir, autant de champs de décision dans lesquels la qualité de l'information devient essentielle.

Il est donc nécessaire de réintroduire une culture de l'information dans les établissements de santé, culture trop absente aujourd'hui. Cette culture de l'information devra s'appuyer sur les 4 fondamentaux que sont les structures, le patient, l'activité et les nomenclatures.

Au delà du système d'information proprement dit, c'est le système de pilotage qui est en jeu ainsi que des éléments de stratégie et d'aide à la décision. En considérant bien que la stratégie n'est jamais faite par des outils mais qu'elle est portée par les outils.

## **2. Le rôle et la place de la Direction Financière et du contrôle de gestion.**

Les définitions suivantes permettent de préciser le rôle et les missions du contrôle de gestion dans une organisation<sup>1</sup>.

« La mise en place du contrôle de gestion a pour fonction de justifier a priori et a posteriori la répartition et les affectations budgétaires propres à l'unité érigée en centre de responsabilité et d'explicitier les consommations de crédits relativement à des objectifs ».

Il permet de :

« S'assurer que les ressources sont utilisées de manière efficiente et avec efficacité en vue de réaliser les objectifs de l'organisation » R.N.Anthony, 1965.

L'efficience est la façon dont les ressources allouées ont été utilisées pour atteindre les résultats, ou recherche d'un résultat au moindre coût. L'efficacité mesure si les résultats sont atteints conformément aux objectifs.

« Inciter chaque responsable à gérer les facteurs clés de succès dans le sens requis par la stratégie, à comparer le déroulement de son action aux objectifs du plan annuel et en déduire la nature des mesures à mettre en oeuvre » H.Bouquin, 1986.

« Fournir aux dirigeants et aux divers responsables les données chiffrées périodiques caractérisant la marche de l'entreprise ; leur comparaison avec des données passées ou prévues peut, le cas échéant, inciter les responsables à déclencher les mesures appropriées » J.C Einsetler, 1988.

« Comparer le niveau des réalisations à celui des prévisions faites par tous les secteurs de l'entreprise, dégager des écarts, en rechercher les causes et inspirer les mesures correctives jugées souhaitables » Guerny, Guiriec, 1985.

Il existe, à l'hôpital, deux types de contrôle de gestion : en externe, dans les DRASS depuis le décret de mars 1986 et en interne, réalisé par le gestionnaire hospitalier pour atteindre la meilleure adéquation entre les objectifs, les moyens et les ressources.

La circulaire du 29 novembre 1973 portant création des cellules d'analyse de gestion leur donne pour mission d'élaborer des tableaux de bord à destination des Directions Générales et des chefs de service, de déterminer les facteurs explicatifs des écarts constatés, de réaliser une analyse fonctionnelle des secteurs, de sensibiliser le corps médical aux problèmes de gestion. On évoque alors « un processus permanent d'auto-contrôle basé notamment sur la comptabilité analytique et les statistiques, visant à développer la rationalité de la décision ».

---

<sup>1</sup> Introduction à la notion de système de pilotage, édition d'organisation, 1997.

Il s'agissait alors de privilégier un des axes du contrôle de gestion : l'efficacité, c'est-à-dire le respect d'objectifs assignés en terme d'activité médicale et médico-technique.

La circulaire de mars 1979 définit la notion de centre de responsabilité sur lesquels les tableaux de bord doivent s'ancrer. Elle définit également la notion de budget de service.

Le décret du 11 août 1983 donne obligation de créer des centres de responsabilité, des budgets de programme sur un ou plusieurs exercices par centre de responsabilité.

La circulaire de février 1985 introduit la comptabilité analytique dans les établissements.

Une remarque de taille permet d'affirmer que le contrôle de gestion n'est pas un contrôle budgétaire, la confusion est cependant souvent faite de par l'importance des outils budgétaires et financiers.

#### **a) Les missions et le positionnement du contrôle de gestion.**

« La fonction contrôle de gestion est de concevoir le système d'information ; de contribuer à l'organisation de la structure ; de faire fonctionner le système de gestion et de participer aux études économiques ». Définition Association Nationale des Directeurs Financiers et Contrôleurs de Gestion (ANDFCG).

Le positionnement de la fonction contrôle de gestion et du contrôleur de gestion au sein de l'organisation relèvent d'une décision stratégique de politique générale. Entre gestion stratégique et gestion opérationnelle. Le contrôle de gestion a pour objectif de relayer les objectifs de la direction, d'aider à leur traduction en actions (mise en oeuvre), d'accompagner le suivi de leurs réalisations, d'animer un dialogue permanent.

La place du contrôle de gestion peut être très différente selon les organisations <sup>1</sup>:

| <b>LA PLACE DU CONTROLEUR DE GESTION</b>                                                                         |                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>1. Absence de fonction</u><br><br>DIRECTION GENERALE<br><br>Direction Financière<br>contrôle de gestion       | <u>2. Origine de la fonction</u><br><br>DIRECTION GENERALE<br><br>Direction Financière<br><br>Contrôle de gestion                                                                                             |
| <u>3. Tendance plus récente</u><br><br>DIRECTION GENERALE<br><br>Contrôle de gestion<br><br>Direction Financière | <u>4. Organisation plus complexe</u><br><br>DIRECTION GENERALE<br><br>Contrôle de gestion<br><br>établissement1                      établissement2<br>C de gestion                              C de gestion |

cf tableaux tirés du cours de contrôle de gestion de J-M Le Roux, ENSP.

Elle dépend aussi des personnes qui sont en charge de cette fonction : directeurs ou techniciens.

Mais l'évolution la plus développée aujourd'hui consiste à faire un lien entre stratégie et contrôle de gestion en lien direct avec la Direction Générale. Les rapports de la stratégie et du contrôle de gestion étant fondés sur la mise en oeuvre des plans d'actions déterminés par la stratégie, leur analyse, leur suivi et la production des résultats. L'évolution naturelle du contrôle de gestion, souvent souhaitée par les acteurs de terrain, est sa déconcentration vers les structures hospitalières.

<sup>1</sup> Cours de contrôle de gestion, J-M Le Roux, ENSP.

### **b) La situation rennaise.**

A Rennes, la position actuelle du contrôle de gestion a répondu à un mouvement précis dans le temps, celui du lancement de la réforme de la contractualisation interne, c'est une position qui sera sans aucun doute amenée à évoluer.

## **3. Le système de pilotage<sup>1</sup>.**

Il y a un processus d'enrichissement mutuel entre pilotage et stratégie. Les outils d'analyse de production sont les éléments de base, sur un domaine précis, ils supposent une granularité fine, mais ne demande que peu d'historique. Les outils de pilotage se fondent sur la sélection des informations extraites, leur traitement, les calculs sur ces données, l'introduction de données historisées, structurées, cohérentes, multi-domaine, et le croisement des domaines.

L'enjeu est de faire le lien entre le pilotage et l'analyse de production pour permettre une relation avec celui qui produit.

La stratégie s'appuie sur des informations internes et externes ; elle est propre à un individu et elle subit, tout à la fois, les tendances générales.

Le système de pilotage est l'ensemble des éléments qui permettent à une organisation de tendre en permanence vers les objectifs qu'elle poursuit. C'est l'ensemble des informations nécessaires à la prise de décision. Tout dispositif de pilotage renvoie inévitablement au management de l'organisation c'est-à-dire au management stratégique, à la mise en perspective de l'organisation, de l'activité et du fonctionnement par rapport à des orientations et à des objectifs à court, moyen et long terme. Tout dispositif renvoie également au management opérationnel, c'est-à-dire à la mise en oeuvre des outils, des méthodes et des moyens requis pour l'action, en fonction des objectifs résultant de ses choix stratégiques.

## **4. Les tableaux de bord : éléments théoriques.**

Un tableau de bord est un système d'information permettant de connaître en permanence et le plus rapidement possible les données indispensables pour contrôler (au sens de maîtriser) la bonne marche d'une entité ou d'une structure à court terme, et faciliter l'exercice des responsabilités. Il doit permettre de maîtriser l'action. Le tableau de bord se compose

---

<sup>1</sup> cf annexe 5, les systèmes de pilotage dans les services publics, les éditions d'organisation, 1997.

d'indicateurs de pilotage, c'est-à-dire de « concentrés d'information particulièrement signifiants qui ont un sens immédiat pour celui qui les regarde »<sup>1</sup>.

Pour les gestionnaires, il doit contenir des informations sur les performances, les écarts par rapport aux objectifs fixés, diagnostiquer les points forts et les points faibles, il doit permettre de se motiver et de motiver le personnel, de faciliter le dialogue en uniformisant le langage.

#### **a) Les caractéristiques principales d'un tableau de bord.**

Dans l'élaboration, les informations sélectionnées sont seulement celles qui correspondent aux besoins des décideurs concernés et qui leur permettent de s'acquitter de leurs responsabilités. Ce qui n'est finalement pas le cas à l'hôpital puisque le tableau de bord est un outil au service non seulement du responsable du centre de responsabilité mais également au service de la direction de l'établissement qui pilote. La contradiction n'est pas aujourd'hui complètement résolue. Il doit permettre d'apporter une réponse aux questions posées, de décider des actions pertinentes à mettre en oeuvre. Les informations nécessaires au tableau de bord doivent cheminer dans l'organisation de façon à alimenter les indicateurs retenus par les décideurs concernés.

- Dans la présentation, le format doit être simple et facilement adaptable à l'ensemble de l'organisation, le cadre de référence doit être identique pour toute l'organisation (présentation visuelle), son contenu doit être spécifique à l'utilisateur. Il doit fournir une quantité optimale d'informations utiles pour gérer : sous forme d'indicateurs-clés essentiellement.
- Dans l'utilisation, ce doit être un outil dynamique de dialogue et d'échange. Il permet la transparence. Il semble effectivement que le tableau de bord ait permis de mettre « en appétit » les principaux acteurs concernés de l'établissement. En effet, la démarche de contractualisation bénéficie, en 1999, d'un plus large écho que lors de la précédente et première campagne 1998. Toutefois, il sera nécessaire d'attendre les résultats de la contractualisation et le nombre de contrats signés en 1999, bien que cet indicateur soit relativement insignifiant ne reflétant pas le contenu de ces mêmes contrats.

Le tableau de bord est un outil pour agir : son utilité est largement fonction d'un accès rapide à de l'information « enrichie », les délais de collecte de l'information doivent être suffisamment courts pour être utiles aux décideurs et les informations doivent être enrichies

---

<sup>1</sup> Henri Savall, Véronique Zardet. Le nouveau contrôle de gestion, méthode des coûts performances cachés, Eyrolles, 1992, p.176

afin de les faire parler « plus et mieux » : l'objectif des tableaux de bord est de permettre une réaction en temps opportun lorsqu'il y a écart entre les résultats réels et les objectifs fixés. Cette question des délais est au coeur des problématiques actuelles au CHU de Rennes, en effet, il existe des décalages relativement importants entre l'édition des tableaux de bord et le recueil de l'information et par la suite son analyse.

### **b) Les principes de construction d'un tableau de bord.**

Les grands principes qui président à l'élaboration d'un tableau de bord sont l'uniformisation et la systématisation du langage utilisé à l'échelle de l'organisation et la détermination d'objectifs, réalistes, réalisables et mesurables. Les critères sont les principaux paramètres de gestion ou caractéristiques mesurables qui conditionnent la réalisation des objectifs pré-établis. Les indicateurs doivent constituer des mesures suffisamment sensibles des critères qui permettent de quantifier le degré de réalisation des objectifs fixés : en termes absolus, en moyenne, en taux, en ratios, ils doivent être significatifs, clairs et simples, sensibles et spécifiques, comparables (traduction d'une évolution, tendance sur une période définie).

La typologie des indicateurs revêt deux formes. Il existe des indicateurs d'information qui n'entrent pas directement dans le champ d'action du responsable mais qui lui sont nécessaires à la vision de son activité et des indicateurs d'action sur lesquels le responsable dispose d'un levier d'action : quantitatifs (nbre de journées, volume d'actes produits, nombre d'interventions...), qualitatifs (taux d'exhaustivité PMSI, délai de codage, taux d'occupation moyen, taux d'absentéisme, taux d'infections nosocomiales, satisfaction des patients...), financiers (niveau des dépenses médicales, écarts en valeur...).

La sélection des indicateurs les plus significatifs doit être réalisée en collaboration étroite avec les services concernés pour définir les expressions ou formules qui témoignent le mieux du résultat ou de la performance souhaitée.

Les critères de choix des indicateurs sont la fiabilité (collecte sûre manuelle ou informatique, difficulté en ce qui concerne les indicateurs de qualité), la disponibilité (mensuelle, trimestrielle), l'objectivité (pas d'ambiguïté quant à l'interprétation), la simplicité et la complémentarité (relation entre les indicateurs).

Les sources d'information sont les personnes formellement identifiées comme responsables dans les différents services et les personnes responsables de la production et de la gestion des différents systèmes d'information : qualité, fiabilité, vérifiabilité de l'information. La fréquence de l'information doit être régulière.

Le suivi et les actions, les remises en questions sur la valeur des indicateurs, leur méthodologie de mesure ou les causes des résultats déviants et la mise en oeuvre d'actions correctives sont aux mains des acteurs du contrôle de gestion, des acteurs du recueil de l'information et des acteurs décisionnels.

### **c) Les étapes d'implantation d'un tableau de bord.**

Elles doivent relever d'une démarche structurée au niveau stratégique, il faut que la Direction soit en mesure de préciser ses besoins d'information et que les autres gestionnaires soient également intéressés par un outil d'aide à la décision et acceptent de collaborer à son implantation ou à son évolution mais il faut également qu'au niveau opérationnel des règles de délégation connues et acceptées existent, que l'on forme et mobilise les décideurs à l'utilisation des tableaux de bord.

Il est nécessaire d'identifier des responsables et de définir leurs mandats avec une fonction d'animation identifiée pour le secteur du contrôle de gestion, pour les correspondants de gestion et les directeurs des directions de coordination, de déterminer les cibles et les critères les plus déterminants en fonction des missions, mandats, objectifs et priorités.

L'inventaire des informations disponibles en interne et en externe, les délais de mobilisation de l'information, le cheminement de l'information, le calendrier de la cueillette, la transmission et le traitement de l'information dans des délais impératifs sont pris en compte.

Le format de présentation du tableau de bord est important. Il doit être clair (graphiques, tableaux aérés...), de dimension limitée (3 à 4 pages maximum), sa périodicité est définie en fonction de l'usage des informations, une zone de commentaires est prévue (mesures prises).

Le temps nécessaire à l'appropriation d'outils nouveaux, à la collecte des informations, aux ajustements réguliers nécessaires doit être pris en compte.

Les précautions essentielles sont de ne pas essayer d'atteindre la perfection du premier coup, de choisir un nombre restreint d'indicateurs en considérant que l'information a un coût notamment en temps. L'implication des gestionnaires dans le suivi est essentielle, l'utilisation de l'information doit être possible dans les meilleurs délais. L'évaluation de sa pertinence, de son utilisation, de l'information disponible, son suivi et son adaptation au regard des attentes sont essentielles.

Ce doit être un outil évolutif. Un tableau de bord n'a de sens que s'il vit.

Ces considérations concernant l'environnement et les éléments de théorie des tableaux de bord ont pour objectif de resituer la démarche rennaise dans un contexte global bien que de

nombreuses particularités locales pèsent sur l'historique de la démarche de mise en oeuvre des tableaux de bord et de la contractualisation interne.

## **B. LA REALISATION DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE RENNES.**

Le contexte financier, le poids des hommes et de l'histoire du CHU de Rennes en matière de contrôle de gestion notamment ont considérablement pesé sur la réalisation concrète et opérationnelle de la contractualisation interne au CHU de Rennes. Le nouveau système d'information, la structuration des centres de responsabilité et la gestion qui en découle, autant de contraintes qui ont pesé et pèsent sur la mise en oeuvre des tableaux de bord et de la contractualisation interne.

### **1. Le nouveau système d'information.**

Le CHU de Rennes est aujourd'hui engagé dans une phase de refonte complète de son système d'information.

Le logiciel Sextant<sup>1</sup>, outil de pilotage, sera mis en place à partir de 1999. L'objectif est d'assurer son effectivité en 2000. Sextant prend appui sur les applicatifs de gestion, il réalise l'extraction dans les applicatifs amonts ainsi que le chargement de l'information. Il y a très peu de traitement planifié dans sextant ce qui demande, pour les utilisateurs initiaux du système de développer des programmes de traitement.

Le système fonctionne comme un système de pilotage par objectifs, objectifs qui évoluent en fonction des responsabilités.

La maîtrise d'ouvrage du système est assurée par le Syndicat Interhospitalier de Bretagne (SIHB).

A la différence de PICPUS (Plan d'Information Consolidé Pour Usage Statistique), auquel on reprochait son manque de convivialité et d'ouverture aux utilisateurs, le logiciel Sextant affiche une stratégie d'ouverture aux utilisateurs grâce à un outil d'interrogation intégré : Business Object.

Les aspects pratiques de Sextant sont en effet nombreux puisqu'en ce qui concerne l'utilisation, il peut être utilisé sous-forme de presse-bouton pour les utilisateurs, et de façon inopinée par la formulation d'une requête qui permet de construire une analyse. De plus, des outils intégrés tels que la consultation de tableaux pré-établis via intranet, la formulation

---

<sup>1</sup> cf annexe 5.

de requêtes simples, l'utilisation d'outils statistiques, la mise en place d'un dictionnaire des données doivent permettre une utilisation simple et en direct de la base de données.

Une question demeure centrale cependant, c'est celle de l'appropriation de l'information. Ce fut un des reproches non négligeable adressé au logiciel Picpus. On souhaite aujourd'hui pouvoir développer une approche utilisateur plus conviviale. La question de l'usage est centrale, cela suppose de la formation et une organisation précise pour les individus ainsi que des facilités d'usage technique, des postes de travail adaptés et une définition précise des responsabilités : qui collecte, qui administre, qui a accès ?

Les fonctionnalités nouvelles de Sextant au regard des capacités de Picpus sont multiples :

- Les mêmes informations sont toujours présentes, sous forme élémentaire et synthétique. L'activité d'hospitalisation : fichier séjour, fichier historique des lits, statistiques de clientèle au niveau du patient (hospitalisé et externe), activités de prestataires (actes élémentaires), ainsi que les moyens en ressources humaines (information au niveau de l'agent) et les moyens budgétaires (consommations à l'individu pour les produits coûteux).
- Des informations supplémentaires sur les ressources humaines sont disponibles : informations actualisées sur la carrière de l'agent, absentéisme, gestion des notions de prévision, d'objectif et de perspective.
- Des informations en moins sont à déplorer concernant la gestion des nomenclatures et la gestion de l'historique des lits qui seront compensées par l'introduction du noyau convergence (structures et nomenclatures).
- Un module de comptabilité analytique par activité (dont le retraitement comptable), par séjour, et un outil de simulation est intégré au logiciel.
- Un outil d'interrogation intégré, déjà mentionné, Business Objets, comportant un dictionnaire de données, une bibliothèque des requêtes, une interrogation en temps réel de la base sextant, une élaboration de rapports, de tableaux de bord électroniques, une diffusion automatisée avec des planifications de tâches et une diffusion sous intranet et internet.

La montée en puissance de Sextant s'effectuera sur 1999. Le logiciel doit permettre de mettre en relation contrôle de gestion et comptabilité analytique, par séjour et groupes homogènes de malades, par activité. A terme Sextant doit permettre de faire des simulations (non réalisé) et de l'analyse stratégique.

L'évolution du système d'information est un point extrêmement important pour l'évolution à venir du tableau de bord, ses performances seront les garantes du contenu du tableau de

bord, de la qualité et de la fiabilité de l'information. Un enjeu nouveau semble également se dessiner quant à la saisie de l'information : il existe désormais des mouvements de grève ou de protestations se traduisant par du chantage à la non-saisie des actes dans le système informatique. Ces actions pèsent d'un poids non négligeable sur le système d'information, sa cohérence et son efficacité.

Qu'est ce qui doit structurer l'hôpital du XXIème siècle ?

Sont-ce les organisations, les systèmes d'information, ou bien la communication ?

Aujourd'hui, c'est de plus en plus le système d'information qui conditionne la structure de l'organisation de l'hôpital mais on est encore loin du « système total ».

L'information nécessaire est différente selon le niveau de décision. Il faut pouvoir déterminer quelle est la bonne information pour prendre telle ou telle décision, pour justifier une décision politique, ou une décision technique. C'est là que se situe tout l'enjeu du système d'information.

## **2. Historique et missions du contrôle de gestion au CHU de Rennes.**

La création de la première cellule de contrôle de gestion au CHU de Rennes, dans les années 1972-1973, était à usage quasi exclusif de la tutelle et son rattachement était auprès de la Direction Financière. La création des Services d'Analyse de Gestion et d'Organisation hospitalière (SAGOH) en 1979 a eu pour conséquence une évolution fonctionnelle, le SAGOH était rattaché à la Direction Générale. Puis la création des Centre Régionaux de d'Information Hospitalière (CRIH), structures à vocation régionale, dépendantes des CHU (budget annexe), qui s'est concrétisée en Bretagne par la création du Syndicat InterHospitalier de Bretagne (SIHB) ont encouragé le développement du contrôle de gestion.

En 1985, la formation, par détachement d'un an à l'ENSP, des Responsables des Services Informatique et Organisation (RSIO), et la création des DSIO (Direction du Système d'Information et de l'Organisation) dont les compétences s'étendent sur l'informatique, l'organisation et le contrôle de gestion sont un pas de plus en direction d'une émergence des techniques de contrôle de gestion.

Mais c'est un élément externe à la Direction de Système d'Information et de l'Organisation qui a remis en cause l'attachement du contrôle de gestion à celle-ci et son rattachement à la Direction Financière. Ce qui a déclenché ce rapprochement est le problème financier, les perspectives de clôture de la DSIO différaient de celles de la Direction Financière. Dès 1996,

la définition d'une réforme de la gestion avec comme objectif principal le respect du budget, favorise le rapprochement du contrôle de gestion de la Direction Financière.

C'est donc sur un point très technique de contrôle budgétaire et de reporting ainsi que dans un but opérationnel de pilotage de la réforme que le contrôle de gestion a été rattaché à la Direction Financière.

En théorie, on remarque que l'évolution du contrôle de gestion tend vers une déconcentration vers les structures au niveau de chaque établissement ou d'éventuels pôles et son rattachement central au niveau de la Direction Générale pour la mise en oeuvre d'un pilotage stratégique.<sup>1</sup>

A Rennes le secteur contrôle de gestion est constitué de trois pôles d'activité : le contrôle de gestion, la comptabilité analytique et l'aide à la décision. Un responsable coordonne les trois pôles.

Les missions du contrôle de gestion sont de trois types :

- des missions opérationnelles qui sont la production et la diffusion des tableaux de bord (centres de responsabilité, directions de coordination, Direction Générale), le « SOS-tableaux de bord » auprès des responsables des centres de responsabilité et des directions d'établissements pour les informations techniques, la valorisation des objectifs, le suivi des objectifs (analyse des écarts activité-moyens), synthèses à destination des directions d'établissements, élaboration des perspectives annuelles, contrôle budgétaire et reporting des résultats et validation de la qualité des informations transmises.
- des missions de type « recherche et développement » qui touchent à l'expérimentation et à l'élaboration des tableaux de bord, l'information, la documentation, la formation, l'élaboration du « portefeuille » d'indicateurs, l'aide au choix d'indicateurs pertinents en lien avec les centres de responsabilité.
- des missions de prospective telles que les simulations budgétaires, les simulations d'évolution des structures, l'évolution de la clientèle.

Les missions de la comptabilité analytique sont la mise en oeuvre et la maintenance de la comptabilité analytique, l'élaboration des coûts hospitaliers de structure et de produit (GHM), le retraitement comptable et le PMSI, la participation aux études régionales et nationales (base inter-CHU, BDSF, étude nationale des coûts -neurochirurgie, ORL-).

Plutôt que d'un contrôle de gestion au sens large, on peut parler d'un contrôle budgétaire doublé d'un système de suivi budgétaire et d'activités décentralisées par centres de

---

<sup>1</sup> cf tableau présenté p.22.

responsabilité. Le paramètre financier a en effet pris une place prépondérante jusqu'à aujourd'hui. Le juste équilibre semble aujourd'hui se dessiner, on s'oriente vers une approche plus économique et moins financière.

Mais il reste néanmoins une analyse incontournable qui permet de dire que le contrôle de gestion à l'hôpital est négocié, il est négocié entre la Direction et le corps médical et donc fluctuant. C'est une contradiction fondamentale pour une matière telle que le contrôle de gestion mais ce n'est pas moins que la réalité de l'hôpital public.

### **3. La gestion par centres de responsabilité au CHU de Rennes.**

La réforme de gestion des établissements hospitaliers (Décret 11 août 1983) impose un découpage exhaustif de l'hôpital en centres de responsabilité afin de mettre mieux en évidence que par le passé, les relations entre les activités, les moyens et les coûts, d'associer plus étroitement à leur gestion, tous ceux qui, au travers des responsabilités qu'ils exercent et des décisions qu'ils prennent à ce titre, influencent directement les évolutions de ces coûts et activités.

Le centre de responsabilité est le regroupement d'un ensemble de moyens techniques, matériels, humains ou financiers autour d'un responsable disposant d'une certaine autonomie.

Le découpage de l'établissement est le suivant : il détermine l'entité juridique qui est le CHU de Rennes ; l'établissement géographique et/ou le centre de gestion, appelé également direction de coordination (DCO) ; le centre de responsabilité (CR) ; le service ; l'unité fonctionnelle médicale (UF) ; le segment d'activité (regroupement d'UF).

La contractualisation interne, dans le cadre de la déconcentration budgétaire, se réalise au niveau des centres de responsabilité qui pourrait regrouper plusieurs services. Il existe, par définition et de façon opérationnelle, une taille optimale pour un centre de responsabilité.

La création de centres de responsabilité relève des équipes médicales et para-médicales qui peuvent proposer au directeur de l'établissement de créer des centres de responsabilité. Ces propositions sont soumises, pour avis, à la Commission Médicale d'Etablissement et au Comité Technique d'Etablissement. La décision du directeur est motivée. Le directeur peut décider de créer des centres de responsabilité après avis des instances. Le responsable de chaque centre de responsabilité, désigné par le directeur, est proposé par les structures médicales qui le composent, parmi les personnels médicaux.

Le rôle des directeurs d'établissements, dans le processus de mise en oeuvre de la réforme, est la préparation des entretiens et la conduite de la réforme sur le terrain. Ce sont les interlocuteurs naturels et les véritables pilotes dans la conduite de la réforme. Le contrôle de gestion (Direction Financière) prépare les propositions budgétaires et les soumet pour validation aux directeurs d'établissement. Le directeur doit être en mesure de valoriser les projets d'économies pour atteindre l'objectif de 1%. Quant au suivi des contrats, il est nécessaire que les directeurs d'établissements s'approprient véritablement les tableaux de bord avec l'aide du secteur contrôle de gestion.

Pour réguler les demandes d'information ou d'interprétation des tableaux de bord, une réflexion sur la circulation de l'information entre les centres de responsabilité, le contrôle de gestion central et les directions d'établissement a été menée.

La réorganisation des directions, refonte du contour des directions au regard de l'évolution de leurs rôles respectifs a été l'occasion pour les directeurs de se repositionner dans l'organigramme institutionnel. L'évolution la plus importante a touché la Filière des logistiques médicales et Hôtelières (FLMH), fusion de la Direction des services économiques et de la Direction de la logistique pour ne plus offrir sur l'extérieur qu'un seul interlocuteur et introduire un raisonnement en terme de filière. Une autre évolution de taille a concerné la Direction Financière. Cette évolution a résulté d'une volonté politique forte dans un contexte de lancement de la réforme de la contractualisation interne avec un objectif opérationnel fort et pour contrer l'éclatement entre les budgets des centres de responsabilité et le budget global de l'établissement. C'est aussi pour une question technique de pilotage budgétaire et financier que ce regroupement de la Direction Financière et du contrôle de gestion a eu lieu. D'autres pistes ont été évoquées concernant la fusion de la Direction des Affaires Médicales et de la Direction du Personnel dans une grande Direction des Ressources Humaines.

Les Directions fonctionnelles sont positionnées de deux façons: prestataire de services des Directions d'établissement et des centres de responsabilité d'une part, garante de la cohérence institutionnelle dans leur domaine de compétence d'autre part.

En ce qui concerne les directions de Coordination, leur rôle a été modifié et a conduit à un recentrage de leurs missions. Elles se posent aujourd'hui comme les interlocuteurs des responsables de centres de responsabilité dans la négociation et le suivi des contrats et en assurent la gestion quotidienne. Cette évolution s'est accompagnée d'une recentralisation de certaines fonctions : travaux, ateliers, bureau du personnel. Les Directeurs d'établissements sont les représentants du Directeur général sur le site. Dans la réalité quotidienne, ils sont les garants du bon fonctionnement de l'établissement et doivent par conséquent disposer des moyens de leurs actions...

#### **4. Le tableau de bord du CHU de Rennes.**

##### **a) Conception, élaboration, difficultés rencontrées.**

Dans le cadre de la réforme de 1983, le CHU de Rennes avait procédé à un découpage exhaustif de l'établissement, instauré une concertation entre les responsables des centres de responsabilité et les Directeurs d'établissements pour la préparation budgétaire, partiellement pour le budget 1988 et pour l'ensemble des CR médicaux et médico-techniques pour les budgets 1989 et 1990 et mis en place un tableau trimestriel de suivi de l'activité et des moyens dès le premier trimestre 1987. Les premiers tableaux de bord par services étaient un outil de suivi budgétaire, sans aucun objectif de contrôle de gestion ni de maîtrise des dépenses, c'était l'équivalent actuel de la situation budgétaire. Y figuraient : en dépenses, les consommables, les achats et les frais de personnel, en valeur mensuelle et en valeur cumulée, des données concernant le personnel, les effectifs réels ainsi que le nombre d'entrées comme indicateur d'activité.

La diffusion de ce tableau de bord s'inscrivait dans un contexte de rénovation du système d'information et reposait sur une démarche pragmatique : le tableau de bord avait volontairement été limité à quelques indicateurs afin de valider des procédures de diffusion ainsi que les informations restituées.

En 1990, une première réforme, équivalente à une réforme de gestion, rénove les tableaux de bord version 1 : c'est un document recto-verso, sans d'objectifs ni sur le personnel ni sur l'absentéisme, qui n'a jamais bien fonctionné. Sur le groupe 2 cependant, le suivi est satisfaisant, on entre dans une démarche de contrôle budgétaire, les centres de responsabilité en dérapage sont ciblés, ils font l'objet d'un suivi particulier, de recherches et discussions entre le responsable du centre de responsabilité et le chef d'établissement mais on dénote l'absence de mesures correctives, cela reste de l'ordre du constat uniquement.

En 1992, après deux ans de fonctionnement, les principes d'un nouveau tableau de bord sont posés :

Le premier principe énonce qu'un tableau de bord doit être concis et pertinent, il s'intègre dans le cadre d'un système d'information plus complet qui permettra le cas échéant d'expliquer un écart constaté. Le tableau de bord est constitué de 3 niveaux d'information : le 1er niveau est constitué de 2 pages maximum comprenant les principaux indicateurs d'activité et de moyens; le 2ème niveau ajoute un complément d'information par un document détaillé si un indicateur dépasse un seuil déterminé et le 3ème niveau est celui de

l'analyse du problème par le directeur de l'établissement et par le gestionnaire de cette information.

Le deuxième principe annonce la présence de clignotants permettant de déceler des écarts.

Le troisième principe affirme que les indicateurs ne peuvent être que des informations susceptibles de varier dans la période.

Le quatrième principe est la périodicité mensuelle.

Le cinquième principe signifie que le tableau de bord doit être un document unique et agréable à lire.

Entre 1990 et 1997, la mise en place progressive d'une démarche de contrôle budgétaire, de maîtrise des dépenses, la mise en oeuvre et la fiabilisation des systèmes d'information sont un chantier permanent.

En 1997, on peut faire état d'indicateurs traditionnels déjà établis : sur le groupe 2, depuis 1990 ; sur le groupe 1, des réflexions sur les groupes de grades, les coûts directs et les coûts harmonisés sont engagées. Reste à régler le problème des charges induites à reventiler sur les centres de responsabilité consommateurs, blanchisserie, restauration et sur les services d'anesthésie (K, KCR), d'imagerie (Z), et de laboratoires (B) ; sur le groupe 3, on constate les dépenses directes, qui sont imputées directement une fois constatées sauf exclusion. Sont exclus certains comptes des groupes 2 (dépenses pour hémophiles non prévisibles par définition par exemple) et 3, charges exceptionnelles, entretien et réparation, maintenance comptes 615 et 672.

Des problèmes de gestion et d'élaboration des indicateurs, de leur disponibilité (délais de codage), de leur analyse (comparaisons), de production mensuelle du tableau de bord restent des points d'achoppement majeur.

Toutefois, au 1er janvier 1998, la réforme de la gestion est officiellement lancée sous le terme de contractualisation interne.

Les tableaux de bord sont diffusés en 3 exemplaires par centre de responsabilité : un pour la Direction de Coordination du centre de responsabilité, un pour le responsable du centre de responsabilité et un pour le cadre soignant.

A terme, une diffusion via intranet devrait voir le jour : il n'y a pas, à l'heure actuelle de politique définie en ce qui concerne l'utilisation de l'intranet. On découvre l'outil et le comportement des utilisateurs. Pour l'instant, l'accès reste limité aux trois interlocuteurs initiaux et strictement pour le centre de responsabilité les concernant.

L'objectif principal à atteindre avec les tableaux de bord est d'adapter, au mieux, les indicateurs en fonction des objectifs ciblés dans le contrat du centre de responsabilité, à

condition que ces objectifs puissent faire l'objet d'un suivi dans un tableau de bord et dans la mesure où ces objectifs sont réalistes et mesurables. On s'oriente vers une personnalisation des tableaux de bord pour les adapter au mieux à ce qui est recherché dans le centre de responsabilité.

En 1998, les contrats signés ne contiennent que très peu d'objectifs ciblés et évalués ce qui rend difficile l'analyse et tout jugement de valeur sur le contenu de ces contrats.

### **b) Le tableau de bord<sup>1</sup>, un outil de suivi et de description.**

Le suivi de l'activité du centre de responsabilité ainsi que les objectifs définis par le contrat s'effectuent à partir d'un tableau de bord. Il existe un tableau par centre de responsabilité. Certains centres de responsabilité, compte-tenu de leur taille, de la diversité et /ou de la spécificité de leurs activités disposent de tableaux de bord complémentaires par segments d'activité.

Le tableau de bord est un document mensuel présenté en 4 pages contenant des informations sur des indicateurs de structure et d'activité, des indicateurs financiers (charges directes et prestations consommées), des indicateurs des moyens en personnel (effectifs et coûts), ainsi que des ratios et des graphiques.

Il est présenté de manière homogène de façon à en faciliter la lecture. Cependant 3 cadres-types de tableaux de bord ont été réalisés pour mieux répondre aux spécificités des services cliniques, chirurgicaux, médico-techniques et des pharmacies.

La présentation de l'information dans les tableaux de bord se fait sous plusieurs angles d'approche :

- la référence : objectif annuel, traduction de l'objectif au mois traité, réalisation cumulée l'an passé au mois traité.
- le constat au cours de l'année : la réalisation cumulée pour l'année au cours du mois traité, la perspective annuelle.
- l'écart perspective-objectif : en valeur et en pourcentage entre l'objectif et la perspective annuelle, un clignotant éventuel, pour les écarts les plus significatifs, subordonné à la détermination et à la vérification de seuils définis en fonction du type d'indicateurs. Un système de clignotant est prévu pour différents indicateurs pour alerter sur les écarts les plus significatifs qui permet au lecteur d'être alerté par un balayage rapide des pages du tableau sur les écarts les plus significatifs.

L'organisation et le contenu des 4 pages du tableau de bord dans sa version 1999 sont décrites dans les pages suivantes.

### **(1) page 1 du tableau de bord : structure et activité.**

L'imputation la plus fine suppose une saisie au niveau de l'Unité Fonctionnelle déterminée selon le Guide de comptabilité analytique hospitalière.

#### Les indicateurs de structure.

Les sources dans le système d'information sont les fichiers HYFI (structures et lits installés, mise à jour hebdomadaire) et Smash (lits exploitables, mise à jour journalière).

#### Deux notions sont distinguées :

- Les lits installés : nombre de lits officiellement reconnu dans une structure (ne tenant pas compte des fermetures temporaires), l'information est celle du mois traité mais elle est stable sur l'année. La distinction lits d'hospitalisation complète, de semaine, et de places est à réaliser à partir du type d'activité des Unités Fonctionnelles de la structure considérée.
- Les lits fonctionnels : potentiel moyen en lits d'une structure, pour une période donnée ; cette distinction permet de tenir compte des fermetures de lits programmées.

mode de calcul : un service de 50 lits ferme 20 lits du 1er au 15 juillet, son nombre de lits fonctionnels est de  $((30 \times 15) + (50 \times 16)) / 31$  soit 40,3 lits pour juillet.

#### Les indicateurs d'activité.

Les sources sont situées dans le fichier : Hyfi (Ficas (clientèle, mise à jour mensuelle), Smash (activité, mise à jour journalière, hebdomadaire et mensuelle)) et Timon (actes).

Les activités sont traduites par des indicateurs spécifiques selon la structure où elles sont réalisées.

On distingue en fonction des centres de responsabilité :

---

<sup>1</sup> cf annexe 3

- Les indicateurs de l'activité clinique qui peuvent être les entrées : entrées normales + mutations, les passages aux urgences, les journées : nombre de malades présents à minuit en hospitalisation complète ou de semaine, lesséances : nombre de venues en hôpital de jour ou les consultations externes et internes. Pour les CR développant une activité de bloc opératoire, le nombre d'interventions, le nombre d'actes et de coefficients K et KC sont définis. Ainsi que 2 ratios spécifiques à l'hospitalisation : taux d'occupation et durée moyenne de séjour.
- Les indicateurs de l'activité médico-technique : en général, c'est une activité prestataire déployée pour un service clinique ( laboratoires, imagerie...), elle est retracée en lettres-clés, en référence à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), évolution à venir vers CDAM : classement des actes médicaux.

L'activité des pharmacies est relevée grâce à un indicateur simple, le nombre total de doses délivrées en distinguant le nombre de doses imputées directement à l'officine.

## **(2) page 2 du tableau de bord : le référentiel financier.**

Il présente l'ensemble des dépenses sur lesquelles le centre de responsabilité peut exercer une maîtrise et que le système d'information de l'établissement peut imputer précisément à une unité fonctionnelle.

Cela concerne le groupe I et les crédits de personnel médical et non médical, le groupe II pour les crédits de dépenses médicales et le groupe III pour les crédits de dépenses hôtelières et générales. Le groupe IV et l'investissement ne sont pas intégrés dans le champs de la contractualisation ni dans le tableau de bord.

Parmi les dépenses imputées au centre de responsabilité, il faut distinguer 2 notions :

### Les dépenses directes traduites par grands groupes fonctionnels :

Ce sont celles que le système d'information permet d'imputer directement au centre de responsabilité consommateur : dépenses médicales, de personnel, certaines dépenses hôtelières et que l'établissement a défini comme entrant dans le champs de la contractualisation.

- les dépenses de personnel pour le personnel médical et non médical selon les modalités suivantes : mensualités en coûts harmonisés pour les médecins et les personnels non médicaux contractuels et titulaires ; mensualités en coûts directs pour les gardes,

astreintes et vacation et les personnels intérimaires. Sont exclues les dépenses relatives aux étudiants hospitaliers, aux internes et aux FFI.

- la totalité des dépenses directes médicales et pharmaceutiques du centre de responsabilité : les produits pharmaceutiques, les produits sanguins (labiles, stables), les fournitures, les produits finis et petits matériels, l'outillage médical, la sous-traitance à caractère médical. La maintenance médicale est exclue (difficulté d'imputation des dépenses du service technique biomédical de l'établissement).
- certaines dépenses directes hôtelières et générales. Sont exclues les charges d'entretien et de réparation mais aussi les charges telles que l'eau, l'électricité, difficilement imputables aujourd'hui.

#### Les dépenses retraitées :

- Les charges induites par l'activité de soins dans les services médicaux.

N'entrent dans le champ des charges induites, que les consommations d'actes de laboratoires et de radiologie. L'indicateur est fourni pour les centres de responsabilité cliniques prescripteurs (consommateurs d'actes de radiologie ou de laboratoire). Les prestations sont exprimées en nombre de coefficients de lettres-clé consommées et valorisées en francs. Les services cliniques sont responsables du volume d'actes consommé puisqu'ils sont à l'initiative de la demande d'actes en tant que prescripteurs. Ils participent de ce fait, avec les services médico-techniques prestataires, à l'effort d'économie sur les dépenses directes.

L'évolution du nombre d'actes demandés (donc à produire), influe assez directement sur les consommables mais pas sur les coûts d'automates ou de personnel (l'effet coût fixe n'est perçu que par pallier), de ce fait, et dans un premier temps, seules les dépenses variables (groupe II) seront intégrées au titre des prestations consommées des CR prescripteurs. Par contre, les variations du « coût de production » du groupe II relèvent plus de la responsabilité du prestataire (négociation sur les coûts des réactifs...) et restent à la charge du prestataire.

La valorisation des consommations est faite au coût de production de chaque laboratoire prestataire : le coût du B ou du Z de référence est donc différent d'un laboratoire ou d'un service d'imagerie à l'autre. Ces consommations sont exprimées en actes (coefficients) et en francs. Elles ne sont pas connues pour tous les centres de responsabilité.

En conclusion, le service demandeur est responsable du coût lié au volume d'actes demandés (coûts variables) et le service prestataire est responsable du coût fixe et des modifications de coûts variables.

- Les recettes subsidiaires pour les centres de responsabilité médico-techniques sont intégrées en correction du résultat du centre pour les services médico-technique et le

centre de soins dentaires. Ce sont des recettes du groupe III du cadre budgétaire, elles sont intéressantes pour l'établissement car elles donnent droit à l'ouverture de crédits complémentaires. Il s'agit de l'écart entre les recettes constatées au mois « m » de l'année « n » et celles du même mois « m » de l'année « n-1 ».

Le résultat du centre de responsabilité est ainsi égal aux économies sur les dépenses abondées des recettes subsidiaires supplémentaires de N.

Des précautions sont toutefois nécessaires : l'activité développée ne doit pas générer de dépenses supplémentaires qui ne s'imputeraient pas au centre de responsabilité concerné, il faut également pouvoir s'assurer que les recettes subsidiaires s'imputent bien sur le centre de responsabilité concerné. Le niveau de pertinence est l'Unité Fonctionnelle mais le niveau de fiabilité dépend du rythme d'intégration dans le système d'information..

### **(3) page 3 du tableau de bord : les informations relatives au personnel.**

Compte tenu de la part des dépenses de personnel dans les budgets de centres de responsabilité, une page spécifique a été dédiée aux personnels médicaux et non médicaux. L'indicateur de base est la mensualité : il se décline dans le tableau de bord en volume, c'est-à-dire en nombre de mensualités, mais aussi en francs, à partir de coûts harmonisés par groupes de grades.

Le mode de calcul est le suivant :

La mensualité correspond au nombre d'agents rémunérés en ETP multipliée par le nombre de mois de la période concernée ; le coût harmonisé est déterminé pour un groupe de grades. Il résulte du rapport entre l'ensemble des coûts salariaux (charges comprises) et les mensualités de ce groupe de grades. Le coût harmonisé permet donc de déterminer le coût moyen d'un agent en fonction de son groupe de grade d'appartenance et de traduire des mensualités en francs.

#### Les informations relatives aux personnels médicaux

Les personnels médicaux décrits dans le tableau de bord sont les médecins, pharmaciens et odontologistes rémunérés par l'établissement hors étudiants.

Les effectifs d'internes et de médecins attachés (vacations), ainsi que les gardes et astreintes sont présentés dans le tableau de bord en dépenses directes uniquement en raison de la variabilité de ces affectations au cours d'un exercice, pour des raisons parfois extérieures au service et qui empêchent de fixer des objectifs ou de dresser des perspectives fiables.

Les dépenses sont décrites en coûts harmonisés par groupe de grades pour le personnel hospitalier et hospitalo-universitaire et en coûts directs pour les gardes et astreintes.

La gestion des personnels médicaux est assurée par l'applicatif ALIENOR pour ce qui concerne les affectations (position des agents sur une unité fonctionnelle), les éléments de dépenses sont gérés par GRAPH. A partir de ces deux applicatifs, la Direction Financière calcule le coût harmonisé par groupe de grades. Le mode de décompte des mensualités : les H&U sont décomptés, par convention, en temps plein (1 mois travaillé=1 mensualité), les PH temps plein ayant une activité réduite sont décomptés en mensualité pondérée par le % de temps effectué, les PH temps partiel le sont au mois travaillé qui est égal à 1 mensualité. Les notions de prorata temporis et de quotité de temps de travail sont utilisées pour la répartition des agents sur des centres de responsabilité différents, cela pose concrètement de très gros problèmes dans l'affectation physique exacte des personnels.

Le centre de responsabilité n'est responsable que de l'écart par rapport à l'effectif.

#### Les informations relatives aux personnels non médicaux

C'est le coût total des personnels non médicaux, affectés à la structure, en volume et en francs par groupe de grades.

Les effectifs sont dénombrés en mensualités pour tous les agents affectés dans le centre de responsabilité, titulaires, stagiaires ou contractuels, permanents ou remplaçants, présents ou absents. Sont intégrés tous les personnels rémunérés, qu'ils soient présents ou non au travail, tels que les agents en congés annuels, en maladie, en formation continue. Ne sont pas intégrés: les titulaires en congé longue durée, promotion professionnelle, les remplacements des agents en formation, les stagiaires des écoles ou universités, les CES, travailleurs d'intérêt général, objecteurs de conscience...les personnels intérimaires

Il existe des marges de manoeuvre pour les services en ce qui concerne les organisations (meilleure coordination des activités médicales et non médicales, profils de postes et fiches de postes pour une optimisation de la qualité du service), les qualifications (définition des compétences nécessaires au centre de responsabilité), le nombre de postes de travail (suppression ou création de postes, passage à temps plein ou temps partiel), le mode de travail sur les postes (par roulement ou avec des repos fixes, de jour ou de nuit, astreinte à domicile ou permanence sur place, le mode de mobilisation de l'équipe), la planification du travail (amplitudes de travail).

Il n'y a aucune marge de liberté possible sur les personnes, les règles professionnelles, le nombre d'internes, les contrats emplois solidarité, le temps de repos, la durée du travail, les départs en formation, les absences maternité et maladie.

**(4) page 4 du tableau de bord : les indicateurs de synthèse.**

Ce sont des indicateurs d'appréciation de l'efficience ou de l'évolution de la structure.

Le contenu de cette page est appelé à s'adapter aux objectifs particuliers de chacun des contrats signé afin d'en suivre la réalisation, à évoluer en fonction des capacités du système d'information de l'établissement pour intégrer notamment des informations médicalisées.

Actuellement, il contient des ratios de productivité : coût par entrée et coût par journée avec part personnel médical et non médical, la cotation en K moyen par intervention et par acte, le coût unitaire de la lettre-clé pour les centres de responsabilité médico-techniques ; des graphiques : évolution de nombre d'entrées ou de coefficients sur 13 derniers mois et des informations PMSI : délai moyen de codage d'un dossier, taux d'exhaustivité pour le centre de responsabilité.

**C. ANALYSE COMPAREE<sup>1</sup>.**

**1. Exemples d'autres tableaux de bord.**

Les informations présentes dans cette partie ont été recueillies lors d'une journée de réflexion sur la gestion budgétaire par centres de responsabilité qui s'est déroulée à l'ENSP en juin 1999, journée organisée par le département MATISS. Le Centre Hospitalier des Pays d'Aix est engagé dans la construction de tableaux de bord médicaux économiques, ceux du Centre Hospitalier d'Avignon se rapprochent plus de ceux mis en place à Rennes.

**a) Le Centre Hospitalier du pays d'Aix : « Une nouvelle génération de tableaux d'activité de service »<sup>2</sup>.**

Nous tenterons dans cette démarche comparée de décrire les spécificités des outils aixois, de décrire le mode de présentation du concept au corps médical et de faire état des problèmes non encore résolus.

Les raisons de mise en oeuvre d'une telle démarche à Aix étaient relativement similaires à celles qui ont engagé le CHU de Rennes à savoir : des problèmes d'allocation budgétaire, des questions d'évaluation des performances et la volonté d'introduire une plus large responsabilisation des services.

<sup>1</sup> Informations recueillies lors d'une journée de formation organisée par le Département MATISS à l'ENSP dont le thème était la gestion budgétaire par centre de responsabilité.

<sup>2</sup> Intervention de Mme Lampis.

Les objectifs sont de trois ordres à Aix : fiabiliser l'information, aider les services à améliorer leur organisation et préparer les contrats internes de gestion.

En ce qui concerne la méthodologie, les principes de l'allocation externe sont appliqués en interne, c'est une reproduction du budget global et de ses incohérences en interne tout comme à Rennes.

Les tableaux de bord sont des tableaux de bord médicalisés dans lesquels sont très largement incluses les données PMSI.

Les règles principales de la démarche aixoise sont les suivantes :

Pour la calcul de l'assiette du budget ne sont retenues, pour chaque centre de responsabilité, que les dépenses médicales (dépenses des services cliniques, consommables, maintenance et entretien du matériel, recours au plateau technique). L'échelle utilisée tient compte de cette spécificité en excluant les dépenses de logistique et les dépenses de structure (points ISAM). L'amortissement est imputé au centre de responsabilité.

La ventilation des points multi-CR est réalisée selon la règle du prorata de la durée de séjour pondérée (durée et intensité des soins).

Les points mono-séjour sont calculés à partir d'un poids moyen journalier sur l'ensemble de l'activité du service pondéré en fonction des multi-séjours.

Les malades hébergés : les pratiques d'hébergement inter-services doivent être évaluées et des règles de ventilation des points équitables recherchées. Aujourd'hui, le service signant le RUM est celui qui reçoit les points, même si un autre service est amené à participer à la prise en charge.

Le problème des urgences n'est pas résolu.

La réanimation est le point noir puisqu'il est impossible aujourd'hui d'utiliser le modèle sans y apporter des correctifs concernant la réanimation. Aucun GHM ne décrit aujourd'hui l'activité de réanimation, il existe des travaux réalisés par les sociétés savantes mais ils ne sont pas validés au plan national. Aix utilise, en interne, les réflexions des sociétés savantes.

Les intervalles de confiance : c'est la prise en compte des incertitudes pour chaque service en fonction de la typologie des GHM. L'Etude Nationale des Coûts donne un intervalle de confiance par GHM. Certains GHM sont très homogènes ou très protocolisés (exemple de l'accouchement).

Les principes d'acceptation du processus sont équivalents à ceux dégagés à Rennes : les informations doivent être claires, concises et imagées (listings proscrits), la majorité des informations doivent être standards et communes aux centres de responsabilité pour permettre des comparaisons inter-CR. Il faut cependant réserver quelques informations

spécifiques à chaque CR. Et veiller à ce que chaque tableau ou graphique réponde à un problème déterminé.

La méthodologie mise en oeuvre a suivi trois phases :

- La réflexion a d'abord été menée conjointement par le secteur d'analyse de gestion et le DIM. Les grandes lignes ont été posées en mars 1998, les 22 services cliniques sont concernés, ils constituent les 22 centres de responsabilité.
- La construction des tableaux et la transmission de l'information sont assurés une fois par an.
- Une analyse conjointe est réalisée pour chaque CR, le rendu se fait au cours d'une réunion d'analyse des anomalies constatées et des spécificités du service selon une durée de 1 ou 2 heures les participants étant les cadres du CR, les codeurs, le DIM et le service d'analyse de gestion.

L'introduction des dépenses est prévue.

Les tableaux contiennent :

En résumé de tête : nombre de points ISA, nombre de journées, nombre de séances, et nombre de points par jour ce qui permet de pondérer les séjours multi-CR.

Suivent :

L'occupation du centre de responsabilité (la journée d'entrée et celle de sortie sont décomptées une demi-journée).

Les points induits : production journalière de points ISA (courbe) et production journalière moyenne de points ISA (diagramme en bâton).

Le descriptif de la population : sexes (camemberts), âge des malades (diagramme en bâton).

Une analyse globale des durées de séjour selon un comparatif standardisé sur les RSS (les multi-séjours sont inclus) et sur la base nationale.

Une analyse de l'organisation : jours d'admission et de sorties, nombre moyen d'admissions et de sorties par jours de la semaine ; nombre d'admissions/nombre de sorties.

La performance induite par jour d'entrée/sortie en durées moyennes de séjour, permet de déceler les modes d'organisation et les problèmes organisationnels.

La description des activités les plus importantes en GHM : les 5 GHM qui expliquent le plus de points ISA (60%), (sur la réanimation, 5 GHM expliquent 80% des points ISA).

L'analyse par regroupements au sein du CR: les « G-GHM », regroupement par grands types d'activités, utilisés au niveau régional (expérimental).

La performance induite par GHM : calcul la participation d'un CR à un GHM particulier.

La richesse du codage est également suivie : nombre de RUM sans diagnostic associé, nombre de RUM avec au moins un diagnostic associé, nombre de RUM sans acte, nombre de RUM avec au moins un acte (sous forme de camemberts).

L'évolution temporelle du volume de diagnostics associés ou d'actes : évolution du nombre moyen d'actes par RUM (courbe).

L'importance du codage des actes et diagnostics associés : influence d'un codage de qualité (démonstration, les pourcentages représentent les parts du nombre de points total).

Eléments de cartographie : notion d'attractivité, recrutement du CR par rapport au recrutement de l'hôpital.

Analyse des diagnostics principaux, des diagnostics associés, des actes.

Nombre de décès.

Flux internes de patients.

Les problèmes non encore résolus au CH du pays d'Aix sont :

Les outliers ou séjours extrêmes (définition, repérage, mode de financement).

La réanimation : des éléments de la Société de réanimation de langue française (SRLF) apportent des précisions mais n'ont pas fait l'objet d'une validation nationale.

Les comparaisons d'une année sur l'autre : crédibilité au regard des évolutions de la grille PMSI.

Les données financières : leur ajout est indispensable pour qualifier les informations. Cette étape nécessite que les informations médicales soient irréprochables, issues d'une comptabilité analytique parfaitement maîtrisée et acceptée, et qu'un consensus sur la méthodologie et une prise de conscience des conséquences organisationnelles sur les services soient assurées.

Les urgences et les services spécifiques tels que la gériatrie ou la pédiatrie ne sont pas actuellement analysés.

La mise en oeuvre :

Les premières analyses ont été réalisées au cours de l'été 1998 sur les données 1996 et 1997, l'accueil des médecins a été très favorable, le Président de la CME a été associé tant à la définition des objectifs que sur les questions de méthodologie, les médecins ont même été demandeurs pour certaines analyses .

Les moyens disponibles font état d'un statisticien affecté au Département d'Informatique Médical qui réalise le traitement et l'exploitation de l'information en interne. L'information médicale est recueillie de façon décentralisée, la sensibilisation des médecins au codage est globalement bonne et les réunions d'analyse sont réalisées avec les médecins-codeurs, la notion de diagnostic associé est de plus en plus précise.

Les conclusions tirées par le Centre Hospitalier du pays d'Aix :

Le PMSI n'a qu'une exactitude virtuelle, il sera difficile d'obtenir une qualité optimale de l'information et il semble nécessaire à un moment d'arrêter le perfectionnement du système, en effet, en interne, une inexactitude doit être acceptée.

L'objectif premier était de donner de l'information aux médecins et aux centres de responsabilité, de travailler sur l'existant rapidement.

Cette démarche a reçu un accueil très favorable à Aix. Cependant; les outils et les règles doivent continuer à être améliorés pour qu'ils puissent être les éléments de base d'une contractualisation. Prudence et pédagogie sont les deux maîtres-mots de la démarche aixoise.

#### **b) Les budgets de service, l'expérience du Centre Hospitalier d'Avignon<sup>1</sup>.**

L'origine des budgets de service à Avignon se trouve dans la volonté de lutter contre les rigidités de fonctionnement, le manque de souplesse, l'absence de valorisation des actions « économiques » ainsi que dans les difficultés budgétaires, l'évolution des dépenses médicales entre 1994 et 1997 étant en augmentation de plus de 20% alors que les moyens budgétaires sont en stagnation.

L'établissement est en situation excédentaire ce qui le différencie de manière considérable de l'expérience rennaise.

La mise en place d'une contractualisation interne avec les services vise 4 objectifs : valoriser les résultats obtenus, introduire de la souplesse dans la gestion interne, maîtriser les dépenses : objectif de maîtrise comptable des dépenses clairement affirmée et augmenter les recettes de groupe III.

La démarche suivie est relativement proche de celle qui a été menée à Rennes : elle se traduit dans la volonté de privilégier une démarche contractualisée : formalisation d'un contrat annuel, relations entre le chef de service, le directeur et le président de la CME formalisées, démarche affirmée dans le projet d'établissement. C'est une démarche volontairement progressive qui s'est déroulée sans obligation de généralisation, sur la base du volontariat. Ici aussi le centre de responsabilité est égal au service : 4 services en 1997, 10 services en 1998 dont 1 médico-technique, 20 services en 1999 dont plusieurs médico-techniques et la pharmacie sont entrés dans la démarche. L'absence de contrat ne se traduit pas par des sanctions mais les conclusions sont cependant tirées (?).

---

<sup>1</sup> Intervention de M.Médez.

La volonté de la Direction financière était d'aller vite même dans un système imparfait et cela dans le but de lutter contre les rigidités. Le DIM et le corps médical étaient dans l'attente d'une méthode d'évaluation de budgets constituées sur les points ISA.

Le tableau de bord contient des informations sur les dépenses médicales : pharmaceutiques, produits sanguins, fournitures médicales, examens à l'extérieur, les charges hôtelières, le recours au plateau technique. Il contient également des objectifs d'activité : nombres d'entrées, nombre d'actes, notion de productivité, des objectifs de consommations d'actes déterminés pour l'année : objectif de consommation pour l'année analysé en fin d'année. Les charges exclues car relevant de la politique générale de l'établissement sont : les travaux d'entretien, les amortissements, les frais financiers, les dépenses de personnel, les charges induites par le recours au plateau technique.

Les principes :

L'évaluation du budget du service est réalisé à partir d'une référence historique des moyens du service (2 années précédentes), limitée à certaines dépenses, sans référence à des recettes théoriques mais à des recettes en terme d'objectifs : convention avec des établissements périphériques, recettes de groupe III, majoration du budget de service (intéressement).

L'objectif est d'être capable de mieux évaluer le budget de chacun avec, comme but de donner un maximum de souplesse à ceux qui jouent le jeu.

La gestion du budget de service dans le cas d'une modification de l'enveloppe attribuée au service : attribution de crédits supplémentaires pour le développement d'une nouvelle activité reconnue au niveau de l'établissement et en cas d'évènements imprévisibles ; diminution de crédits en cas de réduction de l'activité, de diminution des tarifs ou de réduction budgétaire au niveau de l'établissement. La décision est prise par le directeur après avis du chef de service et du Président de la CME.

A l'intérieur de l'enveloppe, les modifications budgétaires sont possibles à l'initiative des services avec accord automatique de la Direction, si la modification est inférieure à 10% de la ligne budgétaire concernée, elle est acquise d'office sous contrainte d'information, elles peuvent également être à l'initiative de la Direction, ou du Président de la CME.

Le suivi budgétaire du recours au plateau technique est réalisé grâce à un tableau de bord, le suivi est assuré par le ratio activité/consommation et l'analyse est réalisées en fin de période.

Le tableau de bord contient les crédits négociés au titre de l'année, les dépenses constatées par mois et en cumul sur l'année ainsi que le coût unitaires.

Les tableaux de bord sont produits en routine, pour chaque service, et sur demandes particulières des services des états de consommation par produit et par compte sont édités.

C'est une gestion décentralisée, il n'y a pas de correspondant de gestion, le correspondant est toujours le chef de service et le plus souvent possible en association avec le cadre infirmier.

L'analyse des résultats est réalisée essentiellement par référence à l'enveloppe attribuée, les pénalisations prennent effet sous deux formes : réduction du budget suivant en proportion du dépassement constaté (pas appliqué), diminution des crédits d'investissements pour le matériel non stratégique (plus facile à mettre en oeuvre).

En fin d'année, les résultats de tous les services sont présentés : dépenses/objectifs et le montant de l'intéressement annoncé.

La base de l'intéressement est exclusivement budgétaire et quantitative, sans prise en compte d'indicateurs de qualité. Toutefois, l'intéressement peut-être majoré si le service est exhaustif au niveau du codage PMSI et si sa qualité est satisfaisante.

L'intéressement est attribué sous la forme de crédits annuels d'investissement, d'acquisition d'équipements ne générant pas de surcoûts d'exploitation autres que l'amortissement : mobilier, matériel de bureau, matériel et équipement hôtelier, entretien du service, équipement médical inférieur à 30000 F. Pour répondre à ces demandes est constitué un fonds d'intéressement alimenté par les excédents d'exploitation et permettant le reversement de crédits à hauteur d'un million de francs.

Les crédits sont répartis selon trois critères sachant qu'un service peut prétendre aux trois enveloppes :

- 30% pour économies par rapport à l'enveloppe attribuée,
- 40% pour respect du budget de service et réalisation de gains de productivité,
- 30% pour respect du budget de service et diminution du recours au plateau technique.

Le bilan de la démarche avignonnaise permet de constater un enrichissement des outils de suivi, le passage à une référence de type « prévision », une large responsabilisation des équipes médicales et paramédicales, un enrichissement du dialogue, en particulier au moment de l'évaluation initiale. L'étape n°1 de la décentralisation de gestion qui était d'atteindre des objectifs en matière de maîtrise des dépenses est réalisée.

La critique majeure est la reproduction, en interne, d'un mode d'allocation de moyens contesté en externe et totalement dépassé puisque bloquant les évolutions.

Ces deux expériences éclairent la démarche rennaise et apportent de possibles éléments d'évolution non seulement quant au contenu des tableaux de bord mais aussi quant aux principes qui sous-tendent la démarche.

**Les enjeux concernant le système d'information et les enjeux techniques des tableaux de bord sont certes très importants, et ils conditionnent largement la réussite d'une telle démarche.**

**Cependant, ils ne sont et ils ne doivent être que des outils au service d'une politique et d'une démarche stratégique qui vise au changement dans l'hôpital.**

**La place qui leur est consacrée dans ce travail ne doit en aucun cas occulter la dimension organisationnelle d'une telle réforme.**

## **II. LES ENJEUX TECHNIQUES ET POLITIQUES DE LA DEMARCHE DE CONTRACTUALISATION INTERNE AU CHU DE RENNES.**

### **A. LA MISE EN OEUVRE DES TABLEAUX DE BORD ET LES LIMITES RENCONTREES.**

Les limites conceptuelles de l'outil et les difficultés rencontrées dans la mise en oeuvre des tableaux de bord ont été relativement nombreuses. Les expériences d'autres établissements ont permis d'améliorer considérablement et rapidement le dispositif mis en place par un processus d'enrichissement mutuel ; les aménagements et les améliorations apportés aux tableaux de bord sont de différentes formes.

#### **1. La mise en oeuvre de la démarche de contractualisation interne.**

##### **a) La définition des bases budgétaires.**

La production des bases budgétaires est l'exercice initial, indispensable et réalisé en début d'année. Elles sont la base de contractualisation, à partir de laquelle a lieu les négociations menées par les directeurs d'établissements.

La difficulté à déterminer le principe et le mode de calcul les plus pertinents pour définir ces bases budgétaires est révélateur de la complexité de la démarche. L'enjeu étant de produire une fiche budgétaire par centre de responsabilité.

C'est une solution tripartite qui s'est imposée comme la solution la plus adaptée au terrain. Il existe en effet trois possibilités, au regard de la spécificité de chaque centre de responsabilité, pour établir la base de contractualisation d'un centre de responsabilité :

- Le budget 1999 peut être défini sur la base du budget arrêté en 1998 s'il s'agit d'un centre de responsabilité pour lequel la base avait été correctement réajustée en 1998 et pour lequel il n'y a pas de réajustement à réaliser au vue de l'exercice écoulé et en prévision de l'exercice à venir.
- Le budget 1999 peut-être défini sur la base du budget arrêté en 1998 mais réajusté aux vues d'éléments liés à l'exercice passé et/ou d'éléments prévisionnels concernant l'exercice à venir.

- Le budget peut-être l'occasion d'une reconstitution budgétaire sur la base du constaté à fin 12/1998 : centres de responsabilités pour lesquels sont intervenus, entre 1998 et 1999, des changements de structures (créations de département ou de fédération : exemple du département de l'enfant et de l'adolescent) ou centres de responsabilité nouvellement engagés dans la démarche de contractualisation interne (centres de responsabilité administratifs notamment).

Dans la majeure partie des cas les bases de reconduction des centres de responsabilité pour 1998 et 1999 ont été arrêtées à partir des éléments du compte administratif 1997 puis 1998, modulées à la marge des ajustements d'ordre technique et actualisées par une application d'un taux de reconduction. L'objectif d'économie de 1% s'appliquant sur cette base actualisée.

Le choix du taux de reconduction applicable a donné lieu, au début de l'exercice 1998, à une réflexion.

#### **b) Deux solutions envisagées :**

- La base n-1 est reconduite après application d'un taux défini par l'établissement ; l'actualisation permettant la reconduction des moyens existants. L'objectif d'économie de gestion au taux de 1% paraît sur cette base une cible réaliste. Les inconvénients sont de quatre ordres : l'établissement accorde aux centres de responsabilité une actualisation plus favorable que celle qui lui est notifiée sur son budget général ; en cas de non réalisation de l'objectif d'économies de 1%, c'est l'acceptation implicite d'un dérapage budgétaire correspondant au défaut d'actualisation ; les économies peuvent n'être qu'apparentes si le défaut d'actualisation n'est pas compensé ; et cela confronte au risque de distribution d'un résultat fictif au titre de l'intéressement.
- La base n-1 est reconduite après application du taux effectif notifiée par l'ARH s'appliquant au budget général pour l'année n. L'actualisation était de 1% en 1998 et de 1.02% en 1999. Ce taux est censé compenser l'ensemble des évolutions attendues en 1998 et 1999 (GVT, effet-report, inflation) et donc permettre la reconduction des moyens existants. En application de ce postulat, il convient d'appliquer aux bases budgétaires des centres de responsabilité le taux moyen de 1%. Taux qui peut être modulé entre les groupes de la même manière qu'au budget général, soit 1.44% pour le groupe I en 1998 et 0% pour les groupes II et III en 1998. Sur cette base ainsi reconduite, les centres de responsabilité devront s'engager sur un effort d'économie de 1%. Les inconvénients : comme l'établissement, les centres de responsabilité ne se voient pas garantir une totale reconduction de leurs moyens. Les avantages sont que le système est homogène et l'on

ne distribue que ce que l'on possède ; tout effort réalisé par les centres de responsabilité sur la base du budget ainsi défini constitue dès le premier franc une réelle économie pour l'établissement et la part de l'intéressement est calculé sur le résultat réel.

C'est cette solution qui a été retenue : moins incitative pour les centres de responsabilité, elle est plus homogène et plus orthodoxe sur le plan de la gestion budgétaire.

### **c) Enchaînement des opérations de contractualisation.**

Budget autorisé pour n = base de reconduction de n + actualisation + projets pour année n.

Cette équation est constituée des éléments suivants :

1. base de reconduction pour n = budget autorisé n-1.
2. actualisation = taux de progression donné par l'ARH.
3. projets pour année n = projets internes aux cr + projets portés par l'institution.

Les projets sont déclinés de la façon suivante :

1. projets internes aux cr = économies de gestion (intéressement) + projets financés par les recettes subsidiaires (sans limitation de progression).
2. projets portés par l'institution = projets permis par le fond d'innovation + jeu des redéploiements/restructurations internes + mesures financées par des enveloppes ciblées (ARH) + programmes annuels de renouvellement (travaux, équipements, informatisation) + opérations particulières (travaux, équipements, informatisation).

Deux principes fondamentaux viennent s'ajouter à ces équations de base : les bases budgétaires ne se négocient pas même si les différents partenaires s'accordent pour dire que les bases historiques ne sont pas satisfaisantes ; les mesures ciblées (financées par décision de l'ARH) peuvent donner lieu à tout moment à un avenant au contrat.

### **d) Modalités de calcul par groupe.**

Groupe I :

Personnel médical : les dépenses de personnel médical, charges comprises, sont décrites en coûts directs, pour les gardes, atreintes et vacations et en coûts harmonisés pour les personnels Hospitaliers et Universitaires, les Praticiens Hospitaliers et les internes ; sont exclues les dépenses relatives aux étudiants, internes, Faisant Fonction d'Internes.

Personnel non médical : les dépenses de personnel non médical, charges comprises, sont décrites en coûts harmonisés pour l'ensemble des personnels, sont exclues les dépenses relatives aux contractuels ou titulaires de remplacement pour formation (statut 21), les agents relevant d'autres dispositifs que le droit public (Contrat Emploi Solidarité, Travaux d'Intérêt Général, objecteurs de conscience...), les personnels intérimaires.

Groupe II :

Ce sont les dépenses directes moins les comptes : 61562 « maintenance du matériel médical » et 67282 « charges exceptionnelles à caractère médical » et hors dépenses pour hémophiles.

Groupe III :

Ce sont les dépenses directes moins les comptes : 615 « entretiens et réparations » et 67283 « charges exceptionnelles à caractère hôtelier et général ».

Le groupe IV est hors champ de la contractualisation.

Les consommations des centres de responsabilité que sont les actes de laboratoire et les actes de radiologie sont à la charge du prescripteur, responsable du volume de consommation, et leur coût unitaire est calculé selon la formule suivante : dépenses du GII du laboratoire prestataire (consommables...) / nombre de coefficients B (ou Z) réalisés par ce laboratoire. Les consommations sont suivies en valeur et en volume, il n'existe pas d'enveloppe pré-déterminée.

Le contrat<sup>1</sup> est signé entre le Directeur de l'établissement sur délégation du Directeur Général et le responsable du centre de responsabilité.

## **2. Les difficultés techniques de mise en oeuvre**

### **a) Restructurations et ajustement des bases.**

Pour certains centres de responsabilité, pour lesquels on souhaiterait mettre à plat les bases budgétaires en début ou en cours d'exercice, cette action est rendue très difficile notamment dans le cadre des restructurations ainsi que pour certains centres de responsabilité transversaux.

---

<sup>1</sup> cf contrat-type en annexe 1.

Pour les centres de responsabilité ayant modifié leurs structures entre le 31/12/97 et le 31/12/98, un budget base zéro a été reconstitué sur le groupe I avec reprise de l'historique sur les groupes II et III. Cela concerne le centre cardio-pneumologique, le département de médecine de l'enfant et de l'adolescent et la fédération d'anesthésie-réanimation.

Le service de soin doit-il être obligatoirement équivalent à un centre de responsabilité, la question se pose dans tous les établissements. Il semble inimaginable que la démarche n'évolue pas vers des regroupements de centres de responsabilité. Cependant, il ne semble pas que l'on s'oriente, avant plusieurs années vers un redécoupage en pôle de l'ensemble de l'établissement même si d'ores et déjà quelques uns se profilent.

Un problème particulièrement ressenti au CHU de Rennes, est son caractère multi-site et son éclatement géographique qui font que de nombreux centres de responsabilités sont aujourd'hui des centres de responsabilité multi-sites : la médecine gériatrique sur 3 sites et 3 budgets, l'orthopédie également sur 3 sites, la gynécologie-obstétrique sur 2, les services de néonatalogie et de réanimation néonatale sur 2 sites différents et l'imagerie, pour laquelle une solution a été trouvée sous la forme d'une fédération disposant d'antennes.

#### **b) Gestion des ressources humaines.**

La gestion des ressources humaines, affectée par le changement, en cours d'exercice 1998, du mode d'imputation des personnels de remplacement, l'absence d'objectifs de mensualités par groupe de grades au tableau de bord durant l'exercice 1998 et 1999 sont des lacunes importantes pour le bon fonctionnement de la réforme sur le terrain et dans l'utilisation du tableau de bord comme outil de pilotage et de gestion.

D'autre part les questions de formation et de recrutement doivent être abordées, ainsi que le suivi de l'émergence des nouveaux métiers qui se dessine à l'hôpital, dans le domaine du contrôle de gestion notamment.

En ce qui concerne le personnel non médical, le manque de cohérence entre les budgets des centres de responsabilité et les enveloppes de mensualités déléguées aux établissements par la Direction du Personnel est flagrant. La confusion entre le partage des responsabilités de la maîtrise des dépenses de personnel, dans les établissements, et les roulements mis en place dans les services ne sont pas toujours en adéquation avec le tableau des emplois des centres de responsabilité. Cela demande un effort considérable, pour le suivi et le retraitement des résultats, en fin d'exercice.

L'objectif est donc d'établir les budgets de dépenses de personnel des centres de responsabilité pour l'exercice 2000 à partir d'un objectif de mensualités par grades ou

groupes de grades. Les modalités de calcul n'ont pas encore fait l'objet d'une validation institutionnelle.

Dans le même ordre d'idée, la qualité, la fiabilité, la précision et la cohérence doivent aussi concerner les dépenses de personnel médical. A titre d'exemple, aucune dépense de personnel médical n'est actuellement affectée sur les UF de bloc opératoire ou sur les UF de consultations externes. Les praticiens titulaires (PU-PH, MCU-PH, PH) ainsi que les chefs de clinique et assistants hospitalo-universitaires seront invités à renseigner un tableau individuel visant à mieux cerner la répartition de leur temps de travail hospitalier. Cette collecte des données sera conduite conjointement par le Département d'Information Médicale, la Direction Financière et la Direction des Affaires Médicales.

### **c) Délégation de la gestion de nouvelles dépenses.**

La délégation de la gestion de nouvelles dépenses aux centres de responsabilité est à l'étude. Cela concernerait essentiellement les dépenses hôtelières et générales. L'évolution du système d'information devrait permettre, à court terme, d'intégrer automatiquement dans le tableau de bord du centre de responsabilité les dépenses suivantes : les repas consommés, le linge utilisé, les consommations téléphoniques, la maintenance des matériels médicaux. De la même façon, afin d'inciter les centres de responsabilité à réaliser de nouvelles recettes subsidiaires, les recettes suivantes seront intégrées automatiquement dans les tableaux de bord et participeront à la constitution du résultat du service : facturation des chambres particulières, facturation de copies de dossiers médicaux, actes médico-techniques réalisés pour les établissements extérieurs...

### **d) Indicateurs.**

Ne sont présents dans les tableaux de bord que des indicateurs classique d'activité. Il n'y a pas, à l'heure actuelle, de justification des niveaux de consommation, ni de mesure de la charge de travail et de la charge en soins relevant de la prise en charge quotidienne des patients.

Des indicateurs de qualité devront, à terme, être introduits. Les données médicalisées, sur le PMSI, les délais de codage et le taux d'exhaustivité sont insuffisantes pour mesurer la qualité.

Les indicateurs spécifiques relatifs aux dépenses médicales et pharmaceutiques : les propositions d'objectifs de maîtrise des dépenses de groupe II, ciblées sur des efforts de consommation à réaliser sur un ou plusieurs produits sont très intéressantes à suivre à travers le tableau de bord et cela est réalisable techniquement : une réflexion est engagée quant à la définition d'indicateurs d'analyse budgétaire à partir d'un palmarès de

consommation et permettant d'intégrer une liste de produits au tableau de bord pour mener par la suite des actions correctives en cours d'exercice (anticipation d'un dérapage budgétaire).

Des indicateurs médicalisés ont été introduits, durant le mois de juillet, sous forme d'une annexe au tableau de bord<sup>1</sup>.

Les objectifs d'économies arrêtés au contrat sont donc peu précis faute d'indicateurs développés au cas par cas faute de temps disponible essentiellement puisque les médecins sont demandeurs.

#### **e) Evolution du système d'information.**

La fiabilité et la pertinence du système d'information ne sont pas encore complètement assurées. Le schéma du système d'information étant en complète réorganisation, les transferts de base de données (PICPUS vers Sextant) s'étaleront au minimum sur un an. De plus, le circuit de recueil de l'activité prestataire, par centre de responsabilité, n'est pas totalement résolu entre les différents sites hospitaliers et entre les centres de responsabilité d'un même établissement parfois. Le problème du recueil de l'information à la source est également non négligeable, on peut craindre un chantage à la non-saisie entraînant le blocage du système. Les problèmes de fiabilité des données sont nombreux: erreurs d'imputations importantes dans le groupe 1, difficultés et imprécision du recueil de l'information médicale réalisé de façon centralisée par des archivistes spécialisés et non par les médecins. Le problème de la lenteur de la remontée des informations médicales et budgétaires est crucial : on dispose en n+1, des informations de n-1 en ce qui concerne le compte administratif retraité servant de base au calcul de la valeur du point PMSI.

#### **f) Analyse des résultats en fin d'exercice.**

Le retraitement des résultats est nécessaire pour en accentuer la lisibilité. Le principe étant que, dans la majorité des cas, les centres de responsabilité ont la maîtrise du volume des facteurs de production achetés mais qu'ils n'en contrôlent pas le coût d'acquisition. L'écart résultat brut / objectif doit donc être analysé, en distinguant les effets coûts des effets volumes, pour déterminer les surcoûts ou les économies qui sont imputables en propre au centre de responsabilité.

---

<sup>1</sup> cf p.65.

### **3. Quatre points nécessitent une prise de position politique.**

#### **a) Les crédits d'investissement.**

Les crédits d'investissement (amortissement et frais financiers essentiellement) ne figurent pas dans les tableaux de bord des centres de responsabilité tels qu'ils existent aujourd'hui. L'investissement n'est pas pris en compte, la question étant de savoir s'il faut intégrer l'investissement comme élément de négociation du contrat et/ou parmi les crédits dont la gestion est déconcentrée.

Ces crédits pourraient faire l'objet d'un point de négociation important à l'occasion de la passation des contrats comme levier d'économies de gestion. Toutefois, la gestion optimale des crédits de groupe IV nécessite une centralisation et une planification (niveau macroéconomique de l'établissement) peu compatible avec une délégation de gestion à plusieurs dizaines de centres de responsabilité.

Dans le cadre du dispositif d'intéressement des centres de responsabilité, une économie pérenne réalisée par un centre de responsabilité pourrait être affectée à l'achat d'un équipement. Les crédits dégagés par l'économie sont alors redéployés vers le groupe IV des dépenses de la section d'exploitation pour permettre une dépense au-delà de l'enveloppe gérée par la direction responsable. Le problème s'avère plus complexe pour les travaux qui sont considérés dans le cadre pluriannuel du plan directeur.

#### **b) La remise en cause de la pertinence des bases historiques.**

Il serait désormais incohérent de calculer les bases de contractualisation pour 2000 à partir de bases historiques datant de 1997. Les conséquences de l'augmentation ou de la diminution de l'activité doivent être prises en compte, ainsi que les effets du GVT.

On s'oriente donc, pour la constitution des budgets 2000 vers un abandon des bases historiques pour les groupes II et III et le calcul d'objectifs de mensualités valorisés par groupes de grades pour le groupe I et cela à partir d'une méthode en cours de validation au sein de l'établissement.

#### **c) Les 1%.**

L'intérêt du maintien de l'objectif de 1% d'économies pour les centres de responsabilité qui ne l'ont pas atteint en 1998 est actuellement posé. Le 1% n'est désormais plus qu'une étape, réalisée en deux ans, mais ce n'est, en aucun cas, la formule miracle pour réduire le déficit budgétaire. Cet objectif aura eu le mérite de sensibiliser l'ensemble des acteurs hospitaliers, et non des moindres, aux problèmes financiers de l'établissement et de développer une pédagogie du changement.

La limite principale de cet objectif est que les économies escomptées (20 millions) n'ont pas été réalisées. D'une part parce que tous les centres de responsabilité ne sont pas dans des situations équivalentes et parce que appliquer à tous un taux de 1% n'était pas réaliste.

D'autre part, il apparaît rapidement aux acteurs de terrain que lorsque l'on a évoqué le budget, on n'a souvent rien résolu en terme de stratégie, de développement et de qualité des soins. On s'oriente aujourd'hui vers des objectifs plus réalistes, négociés au regard de la situation particulière de chaque centre de responsabilité pour définir, au cas par cas, les moyens nécessaires aux centres de responsabilité pour tenir leurs budgets.

*Les interrogations quant à l'utilisation de la contractualisation interne dans un objectif principal d'économies sont donc toujours d'actualité mais il est clair que ce n'est pas le principal mérite ni le seul objectif que l'on assigne à la réforme engagée par la démarche de contractualisation interne.*

#### **d) Le développement du rôle et des missions de contrôle de gestion institutionnellement et dans l'action.**

L'idée d'origine, développée lors des premières réflexions sur la mise en oeuvre de la contractualisation interne, était de disposer, auprès de chaque responsable de centre de responsabilité, d'un assistant de gestion chargé du suivi des tableaux de bord, des mensualités, des consommations. Une telle perspective s'est trouvée rapidement contrée par le manque de moyens et l'absence des 10 à 15 postes nécessaires (dans une optique où l'on regroupait les services...). Les avis sont très partagés quant à l'opportunité de créer une fonction d'assistant de gestion. En effet, la réforme a pu se mettre en place de façon satisfaisante sans les assistants de gestion...L'analyse actuelle reflète effectivement une autre réalité : celle qui fait dire, « on a pu faire sans » en développant, en interne, avec les moyens existants, une compétence de gestion.

La question étant aujourd'hui de savoir si cette solution est suffisante, si elle demande des évolutions ou si il faut la remettre en cause.

Des évolutions sont cependant incontournables : elles touchent aux besoins de formation des cadres des services aux techniques de contrôle de gestion. Cette dimension est prise en compte dans le cadre des réunions trimestrielles des référents et correspondants de gestion pour les services administratifs, organisées par la Direction Financière. Les acteurs des services de soins et des services médico-techniques, les médecins ne bénéficient pas de formation continue à la gestion alors que se dessine le développement des outils

informatiques et un accès facilité aux données de gestion par l'intermédiaire de Business Objects notamment.

La création de postes d'assistants de gestion n'est donc plus d'actualité aujourd'hui mais peut-être sera t-elle réactivée au moment où émergeront les pôles, dans un avenir encore incertain.

La question essentielle est de savoir si l'on a, ou non, les moyens de déployer la démarche en terme de compétences et de moyens humains et si l'on désire s'organiser de façon efficiente en remettant en cause l'hyper centralisation hospitalière des années 1980 ?

La contradiction essentielle étant de vouloir réaliser des économies par la réforme de la gestion alors qu'il faudrait pouvoir injecter des moyens au moins dans un premier temps.

D'où la nécessité de déconnecter économies et réforme de gestion.

C'est la modification des activités et des prises en charge qui permettront de faire des économies.

Un relais naturel doit pouvoir exister pour déployer la technicité au niveau de gestion le plus pertinent (notion de taille critique). Le problème à Rennes étant celui du dimensionnement du CHU, sur 3 sites et relativement petit (2300 lits).

#### **4. Les difficultés rencontrées dans d'autres établissements de taille comparable<sup>1</sup>.**

##### **a) L'exemple de Nantes.**

Le premier point d'achoppement de la démarche nantaise est que le système avait été pensé à partir de la notion de data warehouse et de liens facilités entre les différents applicatifs. Cela devait permettre aux médecins de construire, eux-mêmes, leurs tableaux de bord avec des requêtes et des clefs d'analyse propres à chaque pôle. Ce fût un échec du fait de l'absence d'un socle commun et d'une base consolidée de données. En effet, l'hôpital a pu produire des tableaux de bord rapidement mais les informations n'étaient pas consolidées. Aujourd'hui, l'établissement est revenu à des tableaux de bord plus synthétiques, diffusés avec deux mois de décalage, à travers l'intranet du CHU, agrémenté d'un forum de discussion qui permet un dialogue direct avec la Direction Financière.

D'autre part, la capacité d'utilisation des tableaux de bord est variable selon les interlocuteurs des 7 pôles. En ce qui concerne les cadres administratifs : ils jouent le rôle du liant au sein du pôle et avec la direction ; ils sont « utilisés » par les uns et les autres et ce sont des intercesseurs plus ou moins doués. On note certaines difficultés à nourrir la réflexion, à aller plus loin dans la démarche analytique : c'est un changement radical du profil de recrutement des adjoints des cadres qui est nécessaire. L'accompagnement, par un cadre administratif, de la mise en place des tableaux de bord est un impératif, sous réserve d'une compétence pointue en contrôle de gestion. D'où la nécessité de disposer de règles claires concernant la mise en oeuvre et les marges de manoeuvre vis à vis de l'usage et de la fongibilité de certaines ressources, des recettes subsidiaires notamment.

Le problème du suivi des pôles, du suivi de la fiabilité des données collectées, de leur bonne interprétation, de leur variabilité d'une part et d'autre part, le travail d'explication des enjeux et des moyens de la déconcentration de gestion nécessitent des compétences accrues non disponibles aujourd'hui à l'hôpital public.

« L'enjeu du savoir de gestion, c'est être capable de dire « vous êtes en mauvaise ou en bonne santé », c'est être capable de techniciser le débat comme à la lecture d'un bilan biologique » affirme M. Le Moign.

---

<sup>1</sup> Eléments recueillis lors du compte-rendu de la Conférence des Directeurs Financiers de CHU de Strasbourg.

### **b) L'exemple de Montpellier.**

Le CHU de Montpellier est engagé dans la démarche de contractualisation interne ainsi que dans le développement de ses outils et cela grâce à un système d'information performant qui permet de décomposer les coûts par séjour ainsi que la structure des GHM et finalement permet d'identifier le coût du séjour par GHM.

Le CHU de Montpellier va même plus loin dans l'analyse grâce à la notion d'agenda du patient qui permet de mettre en exergue les périodes « d'activité » et les périodes « d'inactivité » de chaque patient. Poussée à son terme, la logique voit naître la notion d'agenda complet du patient qui vise à diminuer considérablement la durée moyenne de séjour. En effet, il est évident que l'une des premières armes, pour faire baisser les coûts, est l'optimisation de la durée moyenne de séjour.

En ce qui concerne l'intéressement, la solution retenue à Montpellier est très prometteuse puisque l'intéressement dépend pour 70% du résultat financier du centre de responsabilité et pour 30% du délai de codage PMSI, gage de fiabilité de l'information. L'optimisation de la démarche PMSI est donc intégrée dans l'intéressement du centre de responsabilité.

Toutefois, le CHU de Montpellier est aujourd'hui confronté à la lourdeur de cette réforme et à son suivi qui nécessiterait une équipe de contrôleurs de gestion conséquente et nécessairement une implication politique plus forte. Il semblerait même que la démarche soit abandonnée en 1999 bien qu'elle ait fait ses preuves dans le repérage des dysfonctionnements et poussé en faveur des réorganisations de services.

### **c) L'exemple de Toulouse.**

C'est l'expérience qui se rapproche le plus de l'expérience rennaise mais elle se caractérise par son antériorité. Il existe, à Toulouse, des budgets de service, non médicalisés, une multiplicité de centres de responsabilité.

Le fonds d'innovation est constitué par prélèvements sur les groupes II et III en début d'année afin de favoriser une sélection de projets à hauteur de 4,2 millions de francs pour 3 ans et qui concerne environ 14 projets de taille limitée entre 200 et 300 000 francs. L'intéressement est une somme fixe dégagée exclusivement sur les résultats : 1.5 millions en exploitation et 1.5 millions en investissement.

La mise en oeuvre d'une démarche visant à calculer le coûts de prestations internes telles que le brancardage semble novatrice (variation du coût selon l'utilisation qui en est faite, en urgence ou programmée).

L'expérience toulousaine se caractérise par un pouvoir central puissant. Le système d'information décisionnel ainsi que le management de la déconcentration de la gestion sont gérés au niveau central, pendant que le contrôle de gestion est réalisé au niveau des directions opérationnelles et fonctionnelles.

## **B. LES PERSPECTIVES D'EVOLUTION AU CHU DE RENNES.**

Comme nous l'avons vu précédemment, les perspectives d'amélioration de l'outil, des techniques et des pratiques sont en évolution constante au regard des besoins du terrain. Du terrain remontent les expériences et les demandes d'évolution. L'adaptation doit également être constante au regard de l'évolution des techniques de gestion, du système d'information.

Les choix politiques de l'établissement concerne la comptabilité analytique, le contrôle de gestion, l'analyse financière et le PMSI plus particulièrement sachant que tous ces éléments sont étroitement imbriqués.

L'engagement du corps médical, le positionnement de la Direction et des directeurs seront les facteurs déterminants pour l'aboutissement de ces projets.

### **1. De l'usage interne des points ISA.**

#### **a) Un axe de recherche au niveau ministériel.**

La reconnaissance institutionnelle d'une possible utilisation interne des points ISA trouve sa genèse dans une lettre-circulaire du 22 août 1995, dans laquelle le Ministre de la Santé Publique et de l'Assurance Maladie de l'époque s'adressant aux DRASS et DDASSS, signalait que « *Sur le plan interne, le PMSI doit enrichir les outils de gestion que constituent par exemple les projets d'établissement, ou les systèmes de gestion par centres de responsabilité. Il appelle en complément un développement rapide de la comptabilité analytique qui doit permettre aux établissements de mieux identifier les coûts des activités et les responsabilités propres de chacun des acteurs de l'hôpital dans le processus de formation des coûts* ».

Les travaux du Ministère ont débouché sur un rapport d'étape qui a démontré toutes les difficultés de mettre en oeuvre un tel système.

En interne, différentes approches sont possibles et complémentaires :

- l'analyse globale de la structure des coûts en fonction du case-mix, et en comparaison avec des données de coût nationales ;
- le calcul des coûts de certaines unités d'oeuvre logistique et médico-techniques ;
- le calcul des coûts par séjour et par GHM ;
- le calcul des coûts par centres de responsabilité, pouvant servir de base à une réallocation interne des ressources.

Les écueils techniques et les problèmes méthodologiques sont nombreux :

- le découpage des centres de responsabilité et les activités concernées : notion de taille critique d'un centre de responsabilité (nombre de séjours suffisant, case-mix varié, budget conséquent au regard des marges de manoeuvre, nombre de multi-séjour plus important si le centre de responsabilité est de faible taille) ; isolement des séances correspondant à la production de séjours ce qui suppose une comptabilité analytique fiable et détaillée.
- détermination du champs des dépenses concernées, leur recueil et leur traitement.
- échelle de pondération des séjours : il est préférable d'avoir recours à l'échelle nationale des coûts publiée chaque année (coût moyen observé par GHM), mais il existe d'autres moyens notamment l'échelle de points ISAM qui ne valorise que les dépenses de fonctionnement des activités cliniques et médico-techniques. Si l'établissement souhaite affecter au centre de responsabilité la totalité des dépenses qu'induit son activité, il devra utiliser l'échelle des points ISA.
- problématique des séjours multi-centres de responsabilité : pertinence du découpage, regroupements de services, de centres de responsabilité. Le traitement est lui aussi délicat : ventilation au prorata de la durée de séjour, au prorata du nombre de points d'activité médicaux attribués à chaque RUM, au prorata de la durée de séjour dans les différents centres de responsabilité fréquentés, pondéré par le nombre de points moyen par jour des séjours mono-cr traités dans chacune des unités.
- Le problème des séjours hors-norme : les outliers doivent être repérés et valorisés selon une règle particulière (rémunération basée sur la durée de séjour à partir d'un seuil).
- La réanimation et les lits porte des urgences : services producteurs de séjours mais aussi prestataires de services pour les autres centres de responsabilité.

**b) Un axe d'évolution technique concernant le contenu du tableau de bord du CHU de Rennes.**

Dans quelle mesure le PMSI peut-il contribuer à moduler les budgets de services des différents centres de responsabilité et à apporter des pistes de réflexion dans le cadre du projet d'établissement ?

Cela demande, en préalable, un engagement ferme des directions générales dans la voie du PMSI alors que jusque là, le système en place, à Rennes notamment, était un système fermé dans lequel la Direction était peu intervenue.

La réflexion sur l'introduction des données PMSI dans le tableau de bord est relativement récente au CHU de Rennes : un groupe de travail s'est penché sur la méthode à adopter et sur les étapes de mise en oeuvre. D'ores et déjà, une fiche synthétique avait été distribuée à chaque service de MCO<sup>1</sup>. Cette fiche décrivait la valeur du point ISA produit par chaque unité médicale pour 1997 et 1998 ainsi que la valeur moyenne de la discipline et la valeur moyenne du CHU. Ces données ont été transmises, à titre d'information, à tous les responsables de centres de responsabilité. Leur signification et les possibles utilisations en interne ont été évoquées lors des réunions d'échanges entre les chefs de services, le DIM et la Direction Financière qui ont suivi la diffusion de la fiche. Ces réunions visaient à sensibiliser le corps médical dans son ensemble à la problématique du PMSI.

La Direction Financière et le Département d'Information Médicale se sont donc engagés dans une large campagne de sensibilisation, d'information et de formation de l'ensemble des médecins du CHU. Le bilan de cette démarche est mitigé. Mais on ne peut que se réjouir de la sensibilisation réalisée puisque au moins une personne par service s'est déplacée. Un résultat globalement positif qui devrait, à terme, jouer sur l'exhaustivité et la qualité du codage. Un autre moyen de sensibilisation du corps médical est utilisé, dans le cadre de la négociation des contrats, c'est un objectif d'amélioration du recueil de l'activité et d'optimisation du codage étant systématiquement proposé aux chefs de service.

Mais l'écueil majeur est l'utilisation du PMSI en interne puisque c'est un système qui a été mis en oeuvre pour la tutelle. L'analyse est également rendue plus sensible, elle demande un partage d'information devenu délicat notamment en raison des contraintes de confidentialité.

---

<sup>1</sup> cf annexe 4.

L'évolution principale est aujourd'hui la mise en place d'une base commune DIM-Direction Financière mêlant des informations issues de deux bases : l'une de comptabilité analytique, l'autre d'informations médicalisées.

Les choix du CHU, au regard des points évoqués précédemment, permettent de calculer le point ISA par centre de responsabilité de la façon suivante :

Le calcul des points ISA par services regroupe les RSS mono-unité (valeur du GHM affecté en totalité), les RSS multi-unité affecté au prorata de la durée de séjour dans l'unité, les RSS séances et le nombre de séances multiplié par la valeur de la séance.

Le calcul des points ISA-consultations : le recueil des points ISA de consultations ne constituent que 7% du total des points au CHU de Rennes alors qu'à Nantes ou Brest le pourcentage atteint est de 10,5%.

## **2. Le PMSI comme outil de gestion interne ou comment passer des budgets de centres de responsabilité historiques aux budgets par activités ?**

L'analyse initiale est la suivante : le budget du centre de responsabilité, constitué sur une base historique et comptable, est déconnecté de l'activité reconnue sur la base d'indicateurs traditionnels.

### **a) Groupes Homogènes de Malades et Base Nationale des Coûts.**

Le codage des actes permet de classer l'activité dans les GHM, valorisés au coût du point ISA de l'établissement, et de les mettre en relation avec la structure des coûts de la Base Nationale des Coûts puis de multiplier le nombre de séjours prévus par GHM pour déterminer le budget du centre de responsabilité pour n.

La participation du CHU à la base nationale des coûts pour le service d'ORL, l'amélioration du recueil de l'activité par une saisie directe des actes par nature dans le système d'information (IRIS) et les enjeux liés à la contractualisation interne permettront, en appui aux procédures actuelles, l'élaboration de budgets théoriques en référence aux coûts du CHU et à ceux de l'étude nationale des coûts.

La valorisation des points ISA locaux au regard de la base nationale des coûts permettra de déterminer un budget local.

### **b) Retraitement comptable.**

Si l'on souhaite adapter, en interne, les budgets des centres de responsabilité au nombre de points produits, le problème de lien entre le PMSI, calculé selon la méthode du retraitement

comptable, et le budget de service, construit à partir d'une base historique actualisée chaque année est au coeur des enjeux d'évolution du système tel qu'il a été conçu.

A terme le budget de service devra être construit sur la base du retraitement comptable (compte administratif retraité).

La mise en relation des données médicalisées du DIM et des données financières de la Direction Financière passe par la mise en place d'une base de données communes permettant de croiser l'activité médicale produite par les centres de responsabilité en GHM, en points ISA et les dépenses de ceux-ci. L'objectif étant de calculer le coût du point ISA du centre de responsabilité et de comparer le budget alloué au budget théorique selon la formule : nb de points ISA produit par le centre de responsabilité multiplié par le coût du point ISA de l'établissement. Cela permettant d'identifier, sur des critères objectifs, les services sur ou sous-dotés. Toutefois il sera nécessaire de prendre en compte des reproches habituels qui sont faits à cet outil : valorisation, sous-cotation...

L'introduction de données de la base nationale des coûts qui permet de comparer les GHM d'une même discipline sera un élément important en terme d'analyse.

### **3. L'annexe du tableau de bord : les données PMSI du service.**

Cette annexe au tableau de bord est le fruit des réflexions d'un groupe de travail Département d'Information Médicale-Direction Financière.

Les deux pages seront produites 2 fois par an selon la technique des 12 mois glissants, l'objectif étant, à terme, de synthétiser ces deux pages pour en faire la quatrième page du tableau de bord et d'intégrer des informations complémentaires permettant une définition d'objectifs médicalisés et de qualité.

La première mouture est sortie en juillet 1999 pour des résultats connus à fin décembre 1998.



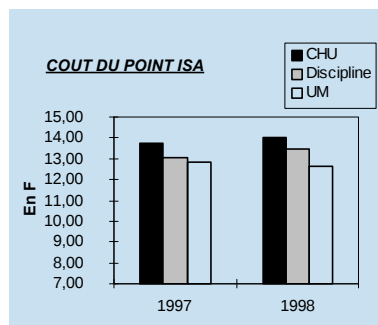
C.H.R.U. DE RENNES

## Données PMSI (résultats à fin décembre) : U.M. 5400 - OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Responsable : Pr BOURDINIÈRE

|                                                                      | 1997         | 1998         | Ecart en val. | Ecart en %   |     |
|----------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|---------------|--------------|-----|
| Nombre de points ISA produits par l'Unité Médicale                   | 3 009 737    | 2 981 811    | -27 926       | -0,9%        | (1) |
| Dont Hospitalisation                                                 | 2 824 837    | 2 796 446    | -28 391       | -1,0%        |     |
| Dont C. externes                                                     | 184 900      | 185 365      | 465           | 0,3%         |     |
| Coût de l'Unité Médicale en F                                        | 38 570 584   | 37 632 089   | -938 495      | -2,4%        | (2) |
| <b>Coût du point ISA de l'UM en F</b>                                | <b>12,82</b> | <b>12,62</b> | <b>-0,19</b>  | <b>-1,5%</b> |     |
| Coût du point ISA Chirurgie en F                                     | 13,02        | 13,45        | 0,43          | 3,3%         |     |
| Coût du point ISA CHU en F                                           | 13,73        | 14,02        | 0,29          | 2,1%         |     |
| Nombre de RSS hors séances                                           | 2 245        | 2 296        | 51            | 2,3%         |     |
| % multi-unité/total RSS hors séances                                 | 25,6%        | 30,5%        | 0,0492        |              |     |
| Nombre de RUM                                                        | 2 273        | 2 338        | 65            | 2,9%         |     |
| Nombre de séances                                                    | -            | -            | 0             |              |     |
| <b>Ratios</b>                                                        |              |              |               |              |     |
|                                                                      | 1997         | 1998         | Ecart en val. | Ecart en %   |     |
| Nombre de points ISA hospitalisation / (RUM + séances)               | 1 243        | 1 196        | -47           | -3,8%        |     |
| % de points ISA hospitalisation / total hospitalisation du CHU       | 2,47%        | 2,50%        | 0,0002        |              |     |
| % de points ISA consult. externes / total consult. externes du CHU   | 2,33%        | 2,18%        | -0,0014       |              |     |
| % de points ISA total / total du CHU                                 | 2,47%        | 2,48%        | 0,0001        |              |     |
| % de coût de l'Unité Médicale / total des coûts des unités médicales | 2,30%        | 2,23%        | -0,0007       |              |     |

(2) Coût calculé selon la méthode du retraitement comptable (voir fiche jointe).  
(Données provisoires en attente de validation par la DRASS)



Unité Médicale **5400 OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE**  
 CR de rattachement **5400 OTO-RHINO-LARYNGO.**  
 Chef de Service **Pr. BOURDINIERE**

#### RESULTATS PMSI 1998 : ANALYSE DE L'ECART 1998 / 1997

|                            | 1998  | Ecart 98/97 |        |                    | Ecart 98/97 |            |
|----------------------------|-------|-------------|--------|--------------------|-------------|------------|
|                            |       | en val      | en %   |                    | en KF       | en pts ISA |
| Valeur du point ISA (en F) | 12,62 | -0,19       | -1,52% | Coût de l'UM en KF | -938        |            |
|                            |       |             |        | Nbre de points ISA |             | -27 926    |
|                            |       |             |        | Dont hospit        |             | -28 391    |
|                            |       |             |        | Dont C. externes   |             | 465        |

#### ANALYSE DE L'EVOLUTION DU NOMBRE DE POINTS ISA

##### Points ISA hospitalisation

L'écart en valeur des points ISA correspond à : **-28 391 points**  
 -131 828 points sont liés à la variation de l'échelle entre les deux années  
 80 781 points sont liés à la variation du nombre de séjours  
 22 656 points sont liés à l'éventail des cas

##### Points ISA Consultations externes

La valorisation en points ISA des consultations externes est faite à partir du nombre de coefficients réalisé en externe multiplié par la valeur en point ISA de la lettre clé correspondante. Cette valorisation varie entre deux années du fait du changement de valeur du point ISA. Le nombre de points ISA consultations externes varie donc en fonction du volume des actes réalisés et en fonction de la valorisation en lettres clé des coefficients.

|                    |     |                                                   |        |
|--------------------|-----|---------------------------------------------------|--------|
| Ecart global 98/97 | 465 | Dont écart lié au volume des consultations        | 5 499  |
|                    |     | Dont écart lié à la valorisation des lettres clés | -5 033 |

#### DECOMPOSITION DU COUT DE L'UNITE MEDICALE (ensemble des coûts exprimé en KF)

|                                                           | Ecart 98/97 global | Dont écart |                   | L'écart sur volume correspond à la consommation d'unités d'oeuvre de l'Unité Médicale<br>L'écart sur le coût unitaire correspond à la variation de coût unitaire des unités d'oeuvre. |
|-----------------------------------------------------------|--------------------|------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                           |                    | sur volume | sur coût Unitaire |                                                                                                                                                                                       |
| <b>TOTAL</b>                                              | <b>-938</b>        |            |                   |                                                                                                                                                                                       |
| Ecart sur groupe 1 - Frais de personnel                   | -95                |            |                   |                                                                                                                                                                                       |
| Ecart sur groupe 2 - Médicaments et consommables médicaux | -97                |            |                   |                                                                                                                                                                                       |
| Ecart sur groupe 3 - Dépenses hôtelieres et logistiques   | 194                |            |                   |                                                                                                                                                                                       |
| Ecart sur groupe 4 - Amortissements                       | 9                  |            |                   |                                                                                                                                                                                       |
| Ecart sur recettes                                        | 8                  |            |                   |                                                                                                                                                                                       |
| <b>Total écart sur dépenses directement imputées</b>      | <b>19</b>          |            |                   |                                                                                                                                                                                       |
| Ecart sur consommations de laboratoires (B)               | -82                | -75        | -7                |                                                                                                                                                                                       |
| Ecart sur consommations d'imagerie (Z)                    | -163               | 380        | -544              |                                                                                                                                                                                       |
| Ecart sur consommations d'explo. fonctionnelles (K)       | -45                | -10        | -35               | Unité d'oeuvre : B<br>Unité d'oeuvre : Z<br>Unité d'oeuvre : K                                                                                                                        |
| Ecart restauration affectée                               | -59                | -97        | 38                |                                                                                                                                                                                       |
| Ecart blanchisserie affectée                              | -25                | -45        | 20                |                                                                                                                                                                                       |
| Ecart sur logistique affectée (1)                         | -854               | -103       | -751              | Unité d'oeuvre: Nbre de journées                                                                                                                                                      |
| Ecart sur affectation coût d'anesthésie                   | 272                | -303       | 575               | Unité d'oeuvre: Nbre de journées                                                                                                                                                      |
| Ecart sur affectation bloc Hôpital Sud (2)                | 0                  | 0          | 0                 | Unité d'oeuvre: Franc                                                                                                                                                                 |
| Ecart sur affectation consultations Hôpital Sud (3)       | 0                  | 0          | 0                 |                                                                                                                                                                                       |

(1) Logistique affectée au prorata des coûts

(2) Bloc Hôpital Sud affecté sur les services de l'Hôpital Sud au prorata des K réalisés

(3) Coûts de consultations de l'Hôpital Sud affectés sur les services de l'hôpital Sud au prorata du nombre de consultations réalisées

La première page contient des données chiffrées brutes ainsi que des ratios.  
La seconde page est une page d'analyse et de décomposition des résultats.

Elle se décompose en trois parties :

1. Résultat PMSI 1998 : analyse de l'écart 1998/1997
2. Analyse de l'évolution du nombre de points ISA : poids respectif de la variation de l'échelle entre les deux années, de la variation du nombre de séjours, de l'éventail des cas (casemix) en ce qui concerne les points ISA hospitalisation. D'où la nécessité de suivre les modifications d'activité d'un service, cela ayant des conséquences importantes en terme de points ISA. Pour les consultations externes : la valorisation est faite à partir du nombre de coefficients réalisés en externe (volume de consultations) multiplié par la valeur en points ISA de la lettre-clé correspondante.
3. Décomposition du coût de l'unité médicale (ensemble des coûts exprimés en KF) : écarts sur groupes I, II, III, IV ; écarts sur recettes ; écarts sur consommations de laboratoires (B), d'imagerie (Z), d'explorations fonctionnelles (K) ; écarts sur restauration, blanchisserie (au nombre de journées) et logistique (au prorata des coûts en franc) affectées ; écarts sur affectation coût anesthésie.

Les délais de recueil et d'analyse, qui accusent près de six mois de retard et la cohérence entre l'information recueillie et son analyse due aux changements d'échelles sont des limites conséquentes à prendre en compte aujourd'hui. Des progrès doivent être réalisés : un meilleur recueil de l'activité de consultation, une implication plus grande du corps médical auprès des archivistes pour le codage des dossiers.

Le PMSI est un outil qui peut paraître complexe mais qui introduit des notions de bonne gestion et de meilleure adéquation budgétaire. Mais il faut que le PMSI puisse parler en terme d'organisation et non seulement en termes médicaux. Jusqu'à quel point peut-on descendre dans l'individualisation au sein du groupe ?

C'est un indicateur et il doit le rester, il n'a en aucun cas une valeur absolue, mais permet de réaliser un pont entre deux logiques : l'une administrative et gestionnaire l'autre médicale.

#### **4. L'introduction de la qualité.**

En dehors des données PMSI, il semble nécessaire d'introduire d'autres données de nature qualitative : le taux d'infections nosocomiales, le taux de mortalité, ds données

épidémiologiques, les critères d'attractivité sont totalement absents aujourd'hui des tableaux de bord et par conséquent de la démarche de contractualisation interne.

L'expérimentation qualité et l'engagement dans une démarche d'auto-évaluation devraient pouvoir être valorisés lors de la signature des contrats. L'intéressement des services pourrait également être lié à des critères de qualité relativement simples : degré d'investissement dans la démarche, taux de protocoles médicaux et infirmiers écrits, taux d'infections nosocomiales (le recueil est ici délicat), existence ou non du conseil de service, place accordée aux conseils de services, existence ou non de comptes-rendus des réunions du conseil de service...

La démarche qualité-accréditation dans laquelle s'est engagée le CHU devra faire l'objet d'une intégration politique forte, au sein même de la démarche de contractualisation interne, et devenir l'une des conditions de signature des contrats dans l'avenir, avec, pour objectif, l'accréditation et l'amélioration complète de la prise en charge des patients.

Mais ces considérations sont encore loin d'être prises en compte dans le cadre de la démarche de contractualisation interne. La démarche qualité accréditation se développe de façon parallèle, sans concertation quant au développement d'outils de mesure de la qualité.

**Il est toutefois nécessaire de prendre en compte de telles considérations, au delà des éléments purement techniques, pour que la contractualisation interne soit le moteur du changement, d'une politique de mobilisation des acteurs et non plus seulement un outil technique.**

### **III. REFLEXION SUR LA PRATIQUE DU CHANGEMENT A L'HOPITAL : VERS UN VERITABLE OUTIL DE GESTION PARTAGEE, OUTIL DE MOBILISATION DES ACTEURS.**

La contractualisation 1999-2000 met l'accent sur le contenu des contrats, leur référence au projet médical, leur engagement sur le PMSI (recueil des actes, cotation...), la formation des acteurs principaux et l'information en introduisant une clause sur le conseil de service. Ces orientations sont impulsées sur la base des réunions de suivi préparées et organisées en présence du responsable du centre de responsabilité, du cadre du centre, de l'Infirmière Générale (trop souvent oubliée), du Directeur de l'Etablissement et de l'assistant de gestion en charge du dossier.

On constate donc, au-delà de l'évolution des outils, une véritable évolution dans le contenu même des débats qui portent la contractualisation interne.

Le tableau de bord est l'outil principal dans le cadre de la communication, mais il ne reste qu'un outil d'information. C'est plus, aujourd'hui, un tableau d'information sur des activités et des moyens qu'un véritable tableau de bord de pilotage et de stratégie. L'enjeu est de pouvoir, à terme, renverser la logique qui reviendrait à déterminer les objectifs d'un centre de responsabilité, ce sur quoi on veut agir en fonction du contrat que l'on souhaite signer (tableaux de bord personnalisés), de construire les indicateurs nécessaires et de les introduire dans un tableau de bord-cadre en fonction d'une stratégie bien établie. Mais cela suppose un système d'information adapté et suffisamment souple pour réaliser des modifications. C'est aujourd'hui ce qui pêche au CHU de Rennes puisque le système d'information est lui même en refonte complète et en constante évolution. Cela supposerait, d'une part, la définition des informations intangibles nécessaires à tous (information consolidable) et la définition de tableaux de bord par niveau en fonction des objectifs du contrat. Cela supposerait également de véritables délégations de gestion de la part de la Direction Générale vers les Directions de coordination, avec une définition claire d'objectifs sous forme d'un contrat et de tableaux de pilotage contenant des objectifs spécifiques à cette fonction de stratégie.

Mais la réforme telle que menée actuellement a pour mérite de poser les problématiques, d'orienter vers de grands axes de réflexion, de définir les prémices d'un dialogue sur les évolutions à venir et d'impulser l'entrée dans une démarche politique de prise de décision en fonction d'objectifs clairement définis.

Dans un article intitulé « Le changement est un outil politique », David de Courpasson insiste sur la dimension politique du changement. Selon lui « On rate l'essentiel, le

changement n'est pas une évidence gestionnaire, mais une stratégie de gouvernement et un outil politique ». Le changement a une connotation libérale et démocratique. Il s'oppose aux notions de bureaucratie, de hiérarchie et de centralisation. Il devrait reposer sur l'accord des participants, sur la confiance. Le rôle de la direction est de développer une méthodologie en interne fondée sur la confiance et l'autonomie ainsi que sur des valeurs stables.

Une étude de Michel Crozier intitulée « le micro-management, facteur de performance », réalisée dans un CHU en 1994 énonce que le partage d'informations de gestion et la mise au point d'un intéressement aux économies dégagées devraient permettre d'encourager les rapprochements. Encourager le management de proximité et renforcer l'autonomie de la direction devraient créer les conditions favorables du dialogue entre toutes les parties et améliorer la performance globale de l'hôpital et la qualité des soins. En effet, le cloisonnement et le raidissement des uns et des autres sur des positions corporatistes résulteraient en partie de l'absence de confiance.

Les hôpitaux se sont en effet développés autour de la science médicale, autour de la clinique. Aujourd'hui, l'hôpital a changé de rôle social mais la structure n'a pas suivi. Les structures de gestion ne sont pas adaptées au chaînage des connaissances. Or il est désormais nécessaire de penser l'hôpital comme un tout et non plus comme une agrégation de services, les pôles et les réseaux sont l'avenir de l'hôpital, c'est là que se joue la continuité de la chaîne de soins.

« Plus que de modifications ponctuelles et expérimentales, c'est une réforme profonde du statut de l'hôpital qui est nécessaire aujourd'hui et qui doit se fonder sur une responsabilisation renforcée de tous les acteurs »<sup>1</sup>.

La démarche de contractualisation interne impulsée à Rennes fait partie de ces modifications qui engagent profondément l'hôpital. Toutefois et en premier lieu, des impulsions politiques et des soutiens institutionnels sont nécessaires, en second lieu, les conditions de la réussite doivent être réunies et les évolutions culturelles se faire même si cela suppose parfois de véritables bouleversements.

### **A. Rôle et place de la direction des hôpitaux dans la mise en oeuvre de la démarche.**

Le rôle que souhaite jouer le Ministère dans la mise en oeuvre de la contractualisation interne est un rôle d'initiateur et d'animateur par la mise en réseau des expériences et non un rôle de décideur. Son objectif n'est, en aucun cas, de produire un guide méthodologique ou de proposer des recettes dans une démarche qui se veut une adaptation, au plus près,

---

<sup>1</sup> Le management de proximité dans les hôpitaux de l'AP-HP, Rapport 1996.

aux spécificités des établissements : spécificités historiques, personnalités des acteurs de l'établissement.

Il existe donc, par nature, des méthodologies différentes, dans des lieux d'application spécifiques, sur un temps qui varie en fonction de la situation locale.

Un groupe de travail de la Direction des Hôpitaux, créé au début de l'année 1998, constitué de professionnels (présidents de CME, directeurs d'hôpitaux, représentants de la tutelle, cadres soignants), avait pour but de réaliser un répertoire des expériences, de dégager les facteurs communs de réussite, de blocage et d'échec des démarches engagées dans différents établissements. Le changement de Ministre a différé la sortie du document.

Les préalables nécessaires à la mise en oeuvre de la contractualisation interne peuvent cependant d'ores et déjà être déclinés :

Il faut, en premier lieu, une véritable volonté du corps médical et de la Direction d'entrer dans la démarche. En second lieu, la clarté des procédures de gestion interne, un bon niveau et une bonne transmission de l'information sont des facteurs essentiels de réussite. Quant aux outils de gestion utilisés, ils doivent être maîtrisés par les acteurs, les tableaux de bord doivent permettre le suivi, le contrôle et la prise de décisions éclairées.

La Direction des Hôpitaux affirme clairement que la contractualisation interne est la déclinaison d'une vision stratégique et politique d'un établissement au regard du Projet d'établissement mais aussi de la contractualisation externe.

## **B. Lien entre contractualisation interne et contrat d'objectifs et de moyens.**

Il est aujourd'hui important de lier les réflexions sur les démarches de contractualisation interne et externe. Le Contrat d'Objectifs et de Moyens est « un véritable contrat permettant une reprise en main par l'autorité centrale du secteur hospitalier dans son ensemble et plus particulièrement du service public hospitalier sur la base apparente du volontariat »<sup>1</sup>.

Le Contrat d'Objectifs et de Moyens est assis sur le projet médical et sur le projet d'établissement, la négociation du contrat devrait permettre à chacun de mieux faire comprendre à l'autre ses contraintes. Le Contrat d'Objectifs et de Moyens doit permettre une définition des orientations stratégiques et des grands objectifs de l'établissement, de ses

---

<sup>1</sup> Jean Hardy, Droit Social 11 novembre 1997 n°11

spécificités ainsi qu'une hiérarchisation des projets contenu dans le Projet d'établissement pour les 5 années à venir.

En Bretagne, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation ne s'inscrit pas dans une logique de gestion des hôpitaux mais dans celle d'une logique de respect du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) pour que les choix réalisés au niveau des établissements soient conformes à la rationalité d'ensemble définie au niveau régional et que les renoncements ne se fassent pas au détriment de la population. La volonté de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation est que les Contrats d'Objectifs et de Moyens soient des Contrats d'Objectifs dans lesquels des Moyens sont apportés en tant que de besoin et qu'ils soient de véritables contrats d'adhésion.

*Le Contrat d'Objectifs et de Moyens, tout comme la contractualisation en interne, dépasse le seul discours de la contrainte budgétaire, qui n'est pas tenable, pour s'engager dans des opérations plus larges de restructuration de l'offre de soins.*

Une fois impulsée la dynamique de changement, les modalités de mise en oeuvre du Contrat d'Objectifs et de Moyens sont à la discrétion de la direction de l'établissement concerné.

La contractualisation interne a été conçue comme un ferment de transformation des relations entre la Direction et les services dans les établissements, c'est une « révolution de velour qui n'a de contractuelle que l'apparence »<sup>1</sup>. La contractualisation interne est traduite dans une convention, un acte unilatéral négocié, un protocole d'accord et n'a de contrat que le nom.

Cependant l'efficience du contrat d'objectif interne exige qu'il réponde aux mêmes spécificités que celles assignées au contrat d'objectif externe qui sont la pluriannualité, la lisibilité, le couplage des « missions-objectifs » et des moyens, l'évaluation et l'accréditation. Des exigences de transparence budgétaire, de clarté quant à l'intéressement et aux sanctions éventuelles sont aussi nécessaires.

En interne cette démarche reflète un choix politique. Il n'existe pas de réglementation uniforme et univoque concernant la contractualisation interne, c'est donc fondamentalement un acte politique fort et volontariste. Cela suppose le renforcement des liens entre l'administration et le corps médical ainsi que la création d'une dynamique d'établissement en lien avec le projet d'établissement.

---

<sup>1</sup> Jean hardy, Droit Social, nov.1997 n°11.

Ne pourrait-on pas imaginer qu'un Directeur Général puisse passer des contrats d'objectifs et de moyens avec les directeurs des établissements chargés de mettre en oeuvre la démarche sur le terrain ? En instituant un cadre contraignant, il permettrait aux directeurs d'établissements de tenir eux-mêmes plus facilement un discours contraignant aux responsables de centres de responsabilité sans être en porte-à-faux entre la logique des centres de responsabilité, celle de leur établissement et celle de la Direction Générale.

### **C. Les conditions de réussite d'une déconcentration de la gestion.**

La mise en place des tableaux de bord ne peut qu'être l'aboutissement d'une véritable démarche de déconcentration mais elle n'en constitue en aucun cas le préalable.

#### **1. La loi commune.**

L'hôpital traditionnel ne se prête pas facilement aux évolutions de gestion, il faut pouvoir intégrer la notion de projet pour faire évoluer les choses.

Pour que les modes de fonctionnement changent, au regard du développement des responsabilités de gestion, il est nécessaire que les acteurs décèlent les facteurs qui les incitent à évoluer, à changer, et cela pour leur permettre d'investir des responsabilités de gestion et à travailler avec leur environnement. La perception des contraintes est un élément essentiel pour faire évoluer les acteurs hospitaliers.

C'est le socle de la réussite de cette déconcentration. Il est donc nécessaire de savoir quels sont les moyens dont dispose l'établissement pour sanctionner ceux qui ne se conforment pas aux règles de la loi commune. Il est tout autant nécessaire de disposer de verrous réels quant aux sanctions pour contrer le non engagement de l'ensemble des acteurs et l'échec qui s'en suit inévitablement si l'ensemble des acteurs, médicaux, médico-techniques et administratifs ne se sentent pas concernés.

Un affichage est nécessaire, annonçant une démarche collective, qui s'applique de façon exhaustive à l'ensemble des centres de responsabilité et qui devient dès lors un des éléments de la loi commune à la communauté hospitalière applicable dans l'ensemble de l'entité juridique.

Sans cela, la contractualisation interne réapparaît comme une des composantes d'un jeu stratégique classique entre la direction d'établissement et les professionnels du soin.

## **2. La communication.**

Le plan de communication autour du projet, le travail d'appropriation par les centres de responsabilité de cette nouvelle marge de manoeuvre, de ce nouveau pouvoir délégué, par l'intermédiaire de conseils de centres de responsabilité redéfinis est l'un des enjeux de cette réforme. Réforme qui relève d'une pédagogie active et d'une communication dynamique si l'on veut qu'elle reste une réforme structurante et porteuse de sens.

## **3. Ambiguïté du tableau de bord.**

Le tableau de bord et le système d'information sont les meilleurs symptômes des difficultés de l'exercice.

En effet, dans la perspective d'une déconcentration des responsabilités de gestion, le tableau de bord se veut une synthèse entre deux perspectives :

- il doit être l'instrument d'une reddition de compte, du chef de centre de responsabilité à l'égard de l'établissement, sur le niveau de réalisation des objectifs définis de façon contractuelle entre eux (cf le débat sur les indicateurs, contenus dans le tableau de bord, qui doivent refléter ce niveau de réalisation)
- mais il doit aussi être l'instrument de pilotage du centre de responsabilité et doit donc refléter les caractéristiques de la « performance » de celui-ci du point de vue des acteurs qui sont engagés dans son fonctionnement (d'où la nécessité d'introduire des éléments de performance liés à l'activité).

Une enquête sur les indicateurs, réalisée par le Health Service Journal<sup>1</sup> démontre que la réalisation d'indicateurs relativement simples demande souvent une démarche très complexe et basée sur de l'information « dure ». A la lecture de cet article, il s'avère que le corps médical considère, en général, les indicateurs comme de la « soft information » dans la mesure où ils ne deviennent intéressants à leurs yeux que lorsqu'ils varient de façon importante, ils ne leur confèrent donc une influence qu'à la marge. Toujours selon cet article, les indicateurs, à l'hôpital, ne s'imposent pas aux médecins, ils sont le fruit d'une négociation quant à leur qualité, leur véracité et leur sens, ils sont l'objet d'un compromis social et leur robustesse peut varier considérablement.

Le tableau de bord via le système d'information doit être d'un côté, un moyen d'échange entre la direction et le centre de responsabilité permettant de disposer, en fonction de l'atteinte ou non des objectifs, d'un droit de tirage ou d'une obligation de reversement sur une partie des ressources, et de l'autre il doit être l'instrument au service du pilotage des

---

<sup>1</sup> Health Service Journal, Etude sur les indicateurs médicaux, mai 1999.

opérations, c'est-à-dire un outil d'aide à la décision permettant d'optimiser l'organisation du travail en fonction des objectifs définis. Le tableau de bord doit permettre une lecture « du dessus » et « du dedans » des centres de responsabilité.

Le tableau de bord est encore aujourd'hui un « medium froid » mais il ne faut pas nier le mérite de bâtir des outils même s'ils sont imparfaits. L'objectif étant de parvenir à en faire un « medium chaud » qui puisse alimenter la réflexion comme le permet l'introduction de données issues du PMSI et comme le permettront des données qualitatives.

Efficience, démarche de projet, répartition et exercice du pouvoir et des responsabilités, intéressement...Ce sont les maîtres-mots de la réforme mais ils supposent une évolution en profondeur des modes de management de l'hôpital.

#### **D. La déconcentration des responsabilités de gestion passe par un minimum d'évolution culturelle pour créer une appétence à la prise de responsabilité.**

Les évolutions culturelles sont de 2 ordres : elles supposent d'une part la réduction de l'ignorance des acteurs vis à vis du contexte réglementaire et de l'environnement socio-économique dans lequel l'hôpital inscrit son action, et d'autre part une réorganisation des repères nécessaires à la prise de responsabilité de gestion.

#### **1. Les enjeux en terme de savoirs.**

La contractualisation interne permet d'introduire de la lisibilité et notamment de répondre à une demande forte d'autorité et de compétence de la part des médecins dont le positionnement en tant que chefs de centres de responsabilité se trouve modifié. Il est aujourd'hui difficile de définir ce que recouvre la fonction de chef de centre de responsabilité. Pour mieux cerner cette fonction, on peut tenter de comprendre la nature des problèmes qui se posent à un établissement en terme de décentralisation des responsabilités de gestion.

Mais peut-on réellement parler de décentralisation des responsabilités de gestion ? Où est le pouvoir de décision ? Où est l'expertise ? Qui exerce la responsabilité managériale ?

La personnalité de celui qui va diriger la réforme dans le centre de responsabilité est déterminante, sa motivation, son capital-reconnaissance, le fait qu'il soit ou non élu par ses pairs, qu'il soit ou non le chef de service...Autant de données déterminantes dans la manière d'aborder les questions.

## **2. Arbitrage entre logique de gestion et logique professionnelle.**

Cette réforme à la mérite de poser le cadre d'une clarification des règles d'arbitrage entre logique de gestion et logique professionnelle.

Le plus important est l'apprentissage organisationnel, « il ne faut pas penser les seuls moyens et processus de la déconcentration sans en travailler la signification politique »<sup>1</sup>.

Cette déconcentration dépend donc largement du contexte d'établissement, des choix politiques de la déconcentration, des objectifs de la délégation de gestion et des outils et moyens de cette délégation.

Le management et la gestion sont deux angles d'approche nécessaires, complémentaires mais qu'il est important de bien distinguer. La question des techniques de gestion, des méthodes de management et les questions de philosophie politique qui pousse au changement au sein d'une organisation sont étroitement liées mais dans leur essence elles signifient des choses totalement différentes.

Devenir responsable, pour un chef de centre de responsabilité, suppose une certaine liberté dans le choix de l'affectation des ressources en fonction de la vision qu'il se fait, lui, et son équipe, de la performance de l'organisation dans laquelle ils sont impliqués ; mais c'est également assumer en interaction avec la direction et avec son équipe, les écarts de performance vis à vis d'objectifs préalablement définis, ce qui suppose de pouvoir comprendre le sens de ces écarts et donc de relier exécution budgétaire et dynamique du centre de responsabilité. A cet égard les points ISA peuvent apparaître comme la base de fabrication d'indicateurs permettant ce lien, à la réserve prêt de leur fiabilité.

La phrase suivante<sup>2</sup> me semble être l'expression parfaite d'un tel compromis :

« Sans considération de responsabilité, le suivi des lignes budgétaires est, au mieux, un exercice rituel visant une comparaison riche/pauvre ; au pire, un exercice visant à stigmatiser les professionnels du soins sur leur irresponsabilité vis à vis des dépenses qu'ils engagent au nom de la collectivité ».

Le processus idéal de déconcentration de gestion en milieu professionnel dépend de la valeur de l'accord qui s'établit préalablement entre le chef du centre de responsabilité et le

---

<sup>1</sup> Réflexion du groupe de travail ENSP pour la mise en place d'une formation à la gestion déconcentrée à destination des praticiens hospitaliers.

<sup>2</sup>.idem.

chef d'établissement et de la nature de la performance sur laquelle va se jouer le contrat (1% d'économies à Rennes pour tous les centres de responsabilité quels qu'ils soient) qui suppose une adhésion aux objectifs du projet d'établissement, aux indicateurs traduisant la performance vis-à-vis des objectifs et aux montants de ressources sur lesquelles ils s'engagent ainsi que sur le lien entre cette performance et les ressources budgétaires qui y contribuent de façon explicite et qui relèvent directement de la responsabilité du centre de responsabilité.

**Le lien entre le projet d'établissement et la réalisation des objectifs est très fort, puisque cela doit donner au directeur de l'établissement des moyens de pression, doit faciliter les relations et la communication avec les équipes.**

**La mobilisation sera d'autant plus forte qu'elle sera le fruit d'une confrontation/négociation entre les acteurs.**

**Cela repose le problème du clivage entre ceux qui entrent dans les évolutions et les autres, or une telle démarche ne peut être que globale.**

**Le constat final est qu'il est nécessaire de replacer le cadre de la déconcentration des responsabilités de gestion dans la perspective de la mise en oeuvre d'un projet d'établissement. Ce qui suppose un projet robuste dans le temps, mobilisant l'ensemble des acteurs de l'hôpital. Si le projet d'établissement n'est pas suffisamment lisible, la réforme risque fort de se limiter à un pur exercice de style.**

## CONCLUSION.

La démarche de contractualisation interne devrait être la traduction la plus concrète et la plus aboutie, en l'état actuel des évolutions du paysage hospitalier public français, d'une réforme des modes de gestion et des modes de fonctionnement de l'hôpital public. Elle caractérise en effet le passage de l'ère de l'administration à l'ère de la gestion. On assiste doucement à la transformation d'hôpitaux administrés et régulés par les contraintes réglementaires en hôpitaux gérés : le saut n'est pas complètement terminé et n'est même pas engagé pour certains.

En effet, pour certains, l'hôpital n'est pas encore passé à l'ère de la gestion, il est dans la phase intermédiaire, à l'ère du pilotage externe et de la régulation interne, une forme de navigation entre des rapports de force médicaux, administratifs et politiques.

La contractualisation interne a changé le fonctionnement quotidien des établissements en développant des échanges multiples et plus structurés, une plus large transparence. Elle a aussi contribué aux réorganisations, fusions de services. Elle a eu pour mérite d'institutionnaliser, à échéances déterminées, des réunions de suivi. Le contrat, dans l'absolu, est un moyen efficace pour réduire les inégalités en terme d'information (phase de préparation du contrat), pour réduire les divergences d'objectifs en explicitant les stratégies, il permet également de lutter contre l'inefficacité en favorisant la mise en cohérence des ressources internes. C'est aussi le moyen de réduire les aléas par des méthodes de suivi, d'évaluation et de correction.

*C'est un outil de responsabilisation sur trois bases qui sont l'information, la négociation et le respect mutuel.*

Mais une construction collective comme la déconcentration des responsabilités de gestion dans un monde professionnel ne peut s'obtenir ni par un système d'autorité, ni par un système de règles et de normes. Le secret du changement en la matière repose non seulement sur une recomposition des structures, des techniques de gestion et de reddition de comptes mais aussi sur la possibilité donnée aux professionnels de se saisir de la question de la légitimité politique de ce type de changement.

« C'est donc principalement en terme de culture, définie comme un réservoir de significations et d'expériences permettant aux acteurs de renégocier leur identité et donc la légitimité des principes de gouvernement dans lesquels ils s'inscrivent, qu'il faut travailler

dans un premier temps. Puis dans un deuxième temps s'interroger sur l'organisation du travail et les techniques de redditions de comptes »<sup>1</sup>.

Les années 1998 et 1999 de lancement de la démarche de contractualisation interne ont permis de créer le choc, d'initialiser un mouvement, et de créer le bain culturel, tout en se faisant les dents sur les points techniques : tableaux de bord, système d'information, bases budgétaires, analyse des résultats...

Le bilan de la contractualisation au 1er septembre 1999, dressé par l'ensemble de l'équipe de direction est unanime : la contractualisation interne reste un dossier majeur du CHU de Rennes, la démarche se situe au coeur des réflexions engagées. C'est une démarche institutionnelle très lourde, qui fut vécue comme un pari lors de son lancement ; aujourd'hui c'est sa consolidation qui est en oeuvre.

Plus qu'une nouvelle organisation, la démarche de contractualisation interne au CHU de Rennes aura eu pour effet d'introduire, en deux années de mise en oeuvre, une nouvelle forme de dialogue et de concertation entre le corps médical et la direction.

La réforme a été le moteur d'une prise de conscience du corps médical. Elle a, au dire des médecins, suscité une évolution culturelle indéniable voir une révolution dans les modes de compréhension et d'intervention. De plus, l'instauration d'un climat de confiance favorisé par des relations plus soutenues que par le passé entre les médecins et la Direction est indéniable. La contractualisation interne aura aussi eu pour mérite de tirer vers le haut l'ensemble de l'équipe de direction, d'améliorer les outils, la méthodologie et la pédagogie.

Mais il semble aujourd'hui nécessaire de donner une dimension plus démocratique au projet en allant au delà de la relation direction-médecin, en soutenant individuellement et collectivement les cadres soignants dans un souci de démocratie et de vie interne plus soutenue.

D'autre part, il est aujourd'hui devenu nécessaire et incontournable de lier qualité et contractualisation interne comme cela est prévu dans la circulaire du 21 avril 1997 qui énonce : « La contractualisation interne a pour ambition d'être une méthode de gestion qualitative et participative ».

Les effets pervers de la réforme ne doivent néanmoins pas être négligés. Il est nécessaire de réduire les écarts susceptibles de s'agrandir entre la logique de déconcentration et la logique de pilotage globale de l'établissement pour garantir une adéquation la plus parfaite possible

---

<sup>1</sup> Réflexion du groupe de travail ENSP « Formation des praticiens hospitaliers à la gestion déconcentrée ».

entre les différents niveaux de management. L'enjeu actuel est la mise en place de procédures et de liant entre ces procédures pour harmoniser le processus de décision d'une démarche de déconcentration tout en considérant la globalité des problématiques.

L'intérêt de cette réforme est donc loin de se limiter aux économies de gestion qu'elle aura pu dégager.

« On a opposé à la gestion au quotidien, une nouvelle vision, idéaliste qui visait à résoudre en 2 à 3 ans le problème financier. C'était une vision idéaliste et naïve mais elle était nécessaire. Elle s'inscrivait par ailleurs dans une démarche novatrice et volontariste » affirme aujourd'hui le Directeur Général du CHU de Rennes.

Les années 2000-2004, périodes de mise en oeuvre du projet d'établissement et du plan directeur, du contrat d'objectifs et de moyens en externe, seront l'occasion d'un élargissement de la réforme vers des questions de stratégie médicale et d'établissement, de qualité, d'accréditation qui devraient donner un nouveau souffle à la démarche de contractualisation interne au CHU de Rennes.

A certains, qui affirment que la démarche n'a pas d'avenir telle que mise en oeuvre actuellement, d'une part parce qu'elle a commencé par profiter à ceux qui bénéficiaient déjà de rentes de situation et d'autre part parce qu'elle a entraîné une sensation d'essoufflement pour ceux qui avaient déjà entrepris les efforts nécessaires ou qui étaient pénalisés par le système, il est convenu de répondre que la démarche a eu le mérite d'impulser un mouvement.

L'avenir est aux restructurations, aux regroupements d'activités, à l'amélioration des modalités d'organisation déclinées autour de l'idée de « concordance des horloges » plaçant le patient au coeur des préoccupations. Ces évolutions nécessiteront des choix stratégiques.

La définition stratégique est aujourd'hui en construction, elle devrait voir son aboutissement prochain dans la signature du Contrat d'Objectifs et de Moyens entre l'Etat et le CHU.

Le cheminement au CHU de Rennes traduit une volonté politique sous-jacente qui est de passer de l'ère de l'administration à l'ère de la gestion. Mais cette volonté politique devra, pour aboutir concrètement, répartir les responsabilités, partager le pouvoir et ne pas se cantonner à la mise en oeuvre d'une réforme technique.

Finalelement, les objectifs à atteindre concordent largement entre opposants et fervants défenseurs de la démarche de contractualisation interne, à condition toutefois que l'on aille politiquement au bout de la logique.

## **BIBLIOGRAPHIE.**

### **Textes :**

Code de la Santé Publique en particulier les articles L-714-13 et L-714-26-1.  
 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.  
 Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.  
 Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée, notamment le nouvel article L714-26-1 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.  
 Circulaire n°97-304 du 21 avril 1997, relative à la contractualisation interne dans les établissements publics de santé.

Textes sur le contrôle de gestion :

Circulaire du 29 novembre 1973 portant création des cellules d'analyse de gestion.  
 Circulaire du mars 1979 introduisant la notion de centre de responsabilité.  
 Circulaire du 11août 1983 rendant obligatoire la création des cr et la définition de budgets de programme.

### **Rapports ministériels, documents hospitaliers :**

Esper Claudine -Rapport- Propositions d'expérimentations pour l'hôpital public-1994.  
 Réflexion sur le management de proximité dans les hôpitaux de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, sous la direction de Jean de Savigny, secrétaire général, rapport du 18/04/96.  
 Rapport d'étape du groupe de travail ministériel « Utiliser le PMSI pour construire des budgets par centres de responsabilité », juin 1997.  
 Utilisation du PMSI et contractualisation interne, l'expérience du CH de Niort.  
 Les budgets de services de soins médicalisés, groupe hospitalier de l'Institut Catholique de Lille.  
 L'expérience du CH de Blois.  
 Utilisation du PMSI en gestion interne aux hospices Universitaires de Strasbourg.

### **Mémoires d'élèves directeurs :**

R.Thual, CHI de Montreuil, L'élaboration d'une politique d'intéressement, mémoire ENSP 1997.  
 M.Jeanney, CHU d'Amiens, L'utilisation du PMSI en gestion interne, mémoire ENSP 1997.  
 A-C Gautron, CH de St Nazaire, Opportunité et faisabilité des centres de responsabilité, mémoire ENSP 1998.  
 Dupont J, Le contrôle de gestion à l'hôpital public : de théories évolutives à l'émergence d'une pratique spécifique, mémoire ENSP 1988.

### **Articles :**

#### **Articles issus de la revue Gestions hospitalières :**

Crémadez, « Les clés de l'évolution du monde hospitalier », mai 1987, n°266.  
 Marin, Gélis, Maudens, « L'hôpital public : à l'aube d'une nouvelle gestion », octobre 1996.  
 Grossier, Jancourt, Nizard, « Le déplacement du pouvoir à l'hôpital », octobre 1996.  
 F.Maury, M.Cucchi, « L'hôpital, un projet en action », août-septembre 1996.  
 « L'hôpital change. Médecins et gestionnaires autour d'une nouvelle organisation hospitalière », juin-juillet 1997, n°367.  
 J-P Segade, «Le contrat d'objectif : un moyen de recomposition du paysage hospitalier », décembre 1997.  
 G.Echardour, « Organisation et management des hôpitaux universitaires », Techniques Hospitalières, juin 1997, n°617.

Nouveaux outils de gestion, l'ère de la gestion partagée, juin-juillet 1998, n°377.  
 Les démarches qualité comme outil de gestion, octobre 1997.

Penaud, Nisand et Schott, « L'utilisation du PMSI dans l'optique de la mise en place du budget de service », juin-juillet 1998.

#### Autres revues :

Dr M. Raikovic, « Sur la voie de la contractualisation, les contrats d'objectifs internes », Décision Santé, juin 1998, n°130.

Debrosse, Arbuz, « Changement de l'hôpital, initier une dynamique », Soins formation pédagogie encadrement, n°19, 1996.

« L'hôpital est déchiré entre l'administration et les soignants », le quotidien du médecin, n°5516, 17 novembre 1994, p8.

Dr M.Dixon « Doctors as managers », Hospital Management International 1994.

« Les organisations face au changement », Revue Française de gestion, numéro spécial, septembre-octobre 1998 n°12

« La réforme de l'allocation budgétaire », Revue de la Fédération hospitalière de France, mai-juin 1998, n°3.

De Pourvoirville, « Le PMSI, un programme ambitieux et perfectible mais pour quelle utilisation? », Revue des praticiens de Médecine Générale, 1991, n°5.

« Un outil de gestion interne issu du PMSI », Les cahiers de gestion hospitalière, octobre 1998, n°148.

« Le PMSI, changement et continuité », La lettre d'Informations Hospitalières, juin-juillet 1998.

« Mission PMSI, analyse médico-économique de l'activité hospitalière », La lettre des systèmes d'information, n°spécial, mai 1996.

Health Service Journal, mai 1999, enquête sur les indicateurs.

articles sur le contrôle de gestion.

#### **Ouvrages :**

Alecian, Aerts, Les systèmes de pilotage dans les services publics, les édition d'organisation, 1997.

JC Moisdon, Outils de gestion, contrôle de gestion, innovation dans l'hôpital.

Crémadez, Grateau, Le management stratégique hospitalier, Paris, Inter éditions, 1997, deuxième édition revue et augmentée.

G.Arbuz et D.Debrosse, Réussir le changement à l'hôpital, Interéditions, paris 1996.

## **ENTRETIENS.**

### **Au CHU de Rennes**

Monsieur Gérard Sacco, Directeur Général.  
 Jacqueline Hubert, Directeur Financier.  
 Ronan Dubois, directeur-adjoint à la Direction Financière.  
 Jean-Louis Buard, Secteur contrôle de gestion.  
 L.Paquereau, Secteur comptabilité analytique.  
 Olivier Roquet, Brigitte Guennoc, Direction de Pontchaillou.  
 Patrick Jehannin, Direction de l'Hôtel-Dieu-La Massaye-La Tauvrais.  
 Marie-Thérèse Sacco, Olivier Bellec, Direction du Personnel.  
 Mme Le Mescam, Directeur du Service de Soins Infirmiers.

Monsieur Mallédant, Président de la Commission Médicale d'Etablissement.

Pr Le Beux, chef de service du Département d'Information Médicale.

Au cours d'un stage de trois mois à la Direction de l'Hôpital-Sud, auprès de Bernard Tirel, Directeur de l'Hôpital-Sud :  
 Préparation, suivi et participation aux réunions préparatoires à la signature des contrats 1999 dans lesquels s'engageait la Direction de l'Hôpital-Sud.

Tout au long du stage :

Participation à la réunion bi-mensuelle des directeurs concernés par la réforme de la contractualisation interne.

Participation à différentes réunions avec les centres de responsabilité de Pontchaillou.

Participation aux réunions de formation-information des référents et correspondants de gestion.

### **En externe**

Mme Lampis, CH Aix-en-Provence et M.Médez, CH d'Avignon, lors d'une journée de formation continue à l'ENSP, organisée par le Département MATISS.

M.Le Moign, Directeur Financier au CHU de Nantes.

CHU de Strasbourg, Lille, Toulouse et Montpellier par l'intermédiaire du compte-rendu d'une réunion des Directeurs des Affaires Financières de CHU de juin 1999 à Strasbourg.

Participation à un groupe de travail de l'Ecole Nationale de la Santé Publique : réflexion sur l'élaboration d'une formation en gestion à destination des praticiens hospitaliers, groupe de travail dirigé par Marc Brémond.

Mme Annie Bourdil, conseiller technique, en charge du dossier contractualisation interne, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction des Hôpitaux.

Loïc Graal, Inspecteur Principal des Affaires Sanitaires et Sociales, chargé de mission auprès de l'Agence régionale de l'Hospitalisation.

M. Marc Brémond.

M.Legeat, Syndicat Inter-Hospitalier de Bretagne.

## **GLOSSAIRE.**

**CR : Centre de Responsabilité.**

**COM : Contrat d'Objectifs et de Moyens.**

**COE : Contrat d'Objectifs Externes.**

**COI : Contrat d'objectifs Internes.**

**ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation.**

**DIM : Département d'Information Médicale.**

**DAF : Direction des Affaires Financières.**

**DITO : Direction de l'Informatique, des Télécommunications et de l'Organisation.**

**NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels.**

**CDAM : Classification des Actes Médicaux.**

**PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information.**

**GHM : Groupes Homogènes de Malades.**

**ISA : Indice Synthétique d'Activité.**

**RUM : Résumé d'Unité médicale.**

**RSS : Résumé de Sortie Standardisé.**

**GVT : Glissement Vieillesse technicité.**

**PICPUS : Plan d'Information Consolidé Pour Usage Statistique.**

## **SYSTEME D'INFORMATION DECISIONNEL.**

**SEXTANT : Système de pilotage.**

**GRAPH 2-PH 7 : gestion de la paye.**

**ALIENOR : gestion de personnel (affectations, absences...)**

**COLVERT-NOYAU CONVERGENCE : structure et nomenclatures.**

**MAGH 2 : gestion économique.**

**ALFA : logiciel de facturation.**

**HYFI : FICOM : fichier commun de structure par Unités Fonctionnelles, FICAS : fichier commun de clientèle, antériorité des séjours, ne concerne que les hospitalisations.**

**PASTEL-SMASH : gestion des dossiers patients par sites géographiques.**

**TIMON : actes médico-techniques.**

**Nomenclatures produits : nomenclature des pharmacies (non intégrées).**

## **ANNEXES.**

### ANNEXE 1.

Contrat d'objectifs et de moyens : contrat-type.

### ANNEXE 2.

Base budgétaire des centres de responsabilité.

### ANNEXE 3.

Tableau de bord d'un centre de responsabilité chirurgicale.

### ANNEXE 4.

Fiche PMSI décrivant la valeur du point ISA 1997 et 1998 par unité médicale.

### ANNEXE 5.

Système d'information décisionnel : SEXTANT.

Système de pilotage.