

Ecole Nationale de la Santé Publique

**LA GESTION DE PROXIMITÉ AU C.H.U. DE NANTES :
ANALYSE ET ENJEUX DU CONTRÔLE DE GESTION**

CAROLINE LEFRANC

MEMOIRE D'ELEVE DIRECTEUR D'HOPITAL

Promotion 1998-2000

Sommaire

SOMMAIRE	1
INTRODUCTION	4
PREMIERE PARTIE - LES PÔLES SONT DE NOUVELLES ENTITÉS À L'INTÉRIEUR DESQUELLES SE SONT RAPIDEMENT DÉVELOPPÉES DES PROCÉDURES DE GESTION QUI S'ARTICULENT AVEC DIFFICULTÉ AU CONTRÔLE DE GESTION.	12
CHAPITRE I - LA GESTION DE PROXIMITÉ EST L'ÉLÉMENT FONDAMENTAL DE LA RÉORGANISATION INTERNE DU CHU DE NANTES.....	13
I- <i>Le pôle : structure centrale de la gestion de proximité</i>	13
A - Les contours des pôles fondés sur une logique médicale	13
B - Le pôle : une entité juridiquement fondée sur deux notions distinctes mais complémentaires	14
1- Le pôle : fédération	15
2- Le pôle : centre de responsabilité.....	15
C- Le pôle : centre opérationnel de gestion.....	16
D- Le fonctionnement interne du pôle	18
1- Le principe de démocratie	18
2- L'émergence de nouveaux acteurs de gestion	18
E- La Direction Générale et les pôles : une relation contractuelle	19
II- <i>Une déconcentration des ressources basée sur le principe de subsidiarité et de fongibilité des crédits</i> ..	22
A - Une déconcentration des ressources basée sur le principe de subsidiarité.....	22
1- La déconcentration des ressources physiques.....	22
2 - La déconcentration de la gestion du personnel.....	22
a - Le personnel médical	23
b- Le personnel non médical	23
3- La gestion des prestations interpôles.....	24
B- Des crédits délégués gérés selon le principe de fongibilité	25
III- <i>L'intéressement à la gestion des ressources</i>	27
IV- <i>La conciliation d'objectifs de qualité et de maîtrise de l'utilisation des ressources</i>	28
CHAPITRE II - LA GESTION DE PROXIMITÉ A PERMIS L'ÉMERGENCE D'UNE GESTION OPÉRATIONNELLE DYNAMIQUE DONT L'ARTICULATION AVEC LA GESTION CENTRALISÉE DE L'ÉTABLISSEMENT EST DÉLICATE.....	30
I- <i>Une gestion opérationnelle dynamique</i>	30
A - L'émergence de nombreux outils de gestion.....	30
1- Des exemples d'outils	31
2- Des outils confectionnés soit sur la base de ceux transmis par les directions dans le cadre du contrôle de gestion, soit à partir de données recueillies de manière informelle	32
a - Les outils de contrôle de gestion transmis par les directions fonctionnelles	32
b- Des données recueillies de manière informelle	34
c- les raisons de l'émergence d'outils	35
B- Des procédures de gestion interne aux pôles informelles, mais limitées.....	36
II- <i>Une articulation délicate avec la gestion centralisée de l'établissement</i>	37
A - Des conceptions différentes de la gestion entre les pôles et la Direction	37
B- La tentation de balkanisation des pôles.....	39
1- Une conciliation difficile entre l'intérêt général du CHU et l'intérêt particulier du pôle.....	39
2- Une articulation délicate avec les autres acteurs de gestion de l'institution	39
DEUXIEME PARTIE - LES ENJEUX DU CONTRÔLE DE GESTION OBLIGENT CELUI-CI À SURMONTER LES OBSTACLES AUXQUELS IL EST CONFRONTÉ, AFIN DE S'ADAPTER À LA GESTION DE PROXIMITÉ.....	41
CHAPITRE I- MALGRÉ SES ENJEUX, LE CONTRÔLE DE GESTION NE REMPLIT PAS SES MISSIONS	42
I- <i>Les enjeux du contrôle de gestion dans le cadre de la gestion de proximité</i>	42
A - Renforcer le lien entre la Direction et les pôles pour assurer la cohérence de l'institution.....	42
B- Clarifier les relations et le positionnement des acteurs face à la complexité croissante de l'organisation interne du CHU	43
C- Accompagner le passage de l'administration à la gestion.....	44
D- Favoriser la démarche d'intéressement	44

II- Un contrôle de gestion qui ne répond pas à ses missions.....	45
A - Des procédures hétérogènes.....	45
1- Des procédures éclatées entre les différentes directions fonctionnelles	45
a - Direction des affaires financières et du contrôle de gestion : contrôle de gestion de l'activité et des consommations.....	46
b- Direction du personnel et des relations sociales : contrôle de gestion du personnel.....	46
c- Directions des affaires médicales : suivi du personnel médical.....	47
2- Une harmonisation imparfaite	48
B- Des outils peu adaptés.....	48
C- Un positionnement mal défini	50
CHAPITRE II- LE CONTRÔLE DE GESTION DOIT SURMONTER SES LIMITES, AFIN D'ÊTRE ADAPTÉ À LA GESTION DE PROXIMITÉ	52
I- Surmonter les limites	52
A - Le Système d'information hospitalière : outil indispensable à l'adaptation du contrôle de gestion.....	52
1- L'architecture du SIH et ses conséquences sur le contrôle de gestion.....	52
a- Une architecture inadaptée à la gestion de proximité	53
b - Le SIH : Facteur de blocage de l'évolution du contrôle de gestion	55
2- La restructuration du SIH : une architecture souple et adaptable à la gestion de proximité	56
a- L'architecture future.....	56
b- L'appropriation des outils par les utilisateurs	57
c- La formalisation des outils	57
B- Positionner les acteurs de gestion au sein de l'institution.....	58
1- Les Cadres administratifs des pôles : acteurs essentiels de la gestion déconcentrée	58
2- Rechercher l'articulation entre les gestionnaires des pôles et les gestionnaires exerçant en administration centrale	60
a- Articuler les Directions de site et les Directions de pôle.....	60
b- Articuler les gestionnaires des comptes de dépenses d'exploitation des groupes 2 et 3 et les Directions de Pôle	61
II - Adapter le contrôle de gestion à la gestion de proximité	63
A- Pour un suivi opérationnel et stratégique de la réalisation des Contrats internes.....	64
1- Le pilotage opérationnel et stratégique des pôles par les tableaux de bord	64
2- Les éléments du reporting ascendant et descendant	66
3- Une allocation budgétaire basée sur l'activité et les coûts engendrés par celle-ci.....	66
4- Intégrer la qualité au contrôle de gestion	68
B- Positionner le contrôle de gestion dans l'institution	69
1- Vers une cellule centralisée d'analyse et de contrôle de gestion	69
2- Le contrôle de gestion : interface entre la gestion stratégique et la gestion opérationnelle	70
CONCLUSION.....	72
REMERCIEMENTS	74
LES PERSONNES RENCONTRÉES	75
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	76
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	77
BIBLIOGRAPHIE	78
SOMMAIRE DES ANNEXES.....	80

Introduction

La gestion rationnelle des ressources hospitalières est, depuis le début des années quatre-vingt, au centre des préoccupations des pouvoirs publics. En effet, la diminution de l'évolution des budgets hospitaliers et l'augmentation toujours constante des besoins obligent l'ensemble des gestionnaires à s'interroger sur la pertinence de l'utilisation des ressources et à rechercher une efficience optimum dans ce domaine. La déconcentration budgétaire au niveau des services de soins est considérée depuis cette date comme étant une des solutions. En sensibilisant et en responsabilisant à la gestion les personnels médicaux et paramédicaux, les décisions prises en matière d'utilisation des ressources hospitalières doivent gagner en pertinence et en légitimité.

Les premières traductions réglementaires de la déconcentration budgétaire apparaissent avec la Loi du 3 janvier 1984 qui institue les départements médicaux, exigeant la division des établissements hospitaliers en centres de responsabilité, éléments de déconcentration budgétaire. Les centres de responsabilité sont définis juridiquement par le Décret du 11 août 1983 qui crée la dotation globale. Cette dernière doit être le reflet des propositions cumulées des besoins quantifiés en terme d'objectifs par chacun des centres de responsabilité, à la tête desquels les responsables peuvent bénéficier d'une large déconcentration financière. Ce décret autorise le Directeur à déléguer ses pouvoirs en matière de gestion à des agents titulaires de l'établissement . Les expériences malheureuses des départementalisations ont occulté les mécanismes de déconcentration de gestion. C'est l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée qui , dans un souci de rationalisation budgétaire, relance le processus de déconcentration de gestion par l'instauration du mécanisme de contractualisation interne. L'expérience nantaise s'inscrit dans la ligne droite de ce courant de pensée.

Dans le but d'élaborer le projet d'établissement, le Centre hospitalier universitaire (CHU) de NANTES s'engage , de juillet 1995 à octobre 1996, dans une démarche interne d'analyse des forces et des faiblesses de l'institution. Le diagnostic interne ainsi élaboré met en exergue une volonté de

participation active des personnels à la vie de l'institution. En particulier, le mode de gestion centralisée tel qu'il prévaut jusqu'alors, est remis en cause. Les décisions prises au niveau central sont perçues comme lointaines et peu adaptées au terrain.

A partir de ce constat, saisissant l'opportunité de l'Ordonnance ci-dessus citée, la Direction générale décide de s'engager dans une réforme profonde du mode d'organisation interne de l'hôpital. A cette fin, elle choisit d'y associer étroitement l'ensemble de la communauté hospitalière, en particulier les médecins, estimant que cette réorganisation est indissociable d'une réflexion en terme d'organisation médicale .

Une lettre de cadrage préalable précise les objectifs prioritaires de cette réorganisation qui sont l'association d'une meilleure cohérence de la prise en charge des malades à une gestion optimum des ressources. Cosignée par le Directeur Général et le Président de la Commission médicale d'établissement , elle marque le début d'une réflexion approfondie sur l'organisation interne du CHU. A cet effet, il est demandé à la communauté médicale de réfléchir à un découpage de l'établissement en quinze pôles, regroupant les services sur des bases cohérentes d'activité. Toutefois, il est précisé que la notion de service ne disparaît pas.

Sur la base des éléments fournis dans la lettre de cadrage, le projet d'établissement 1998-2002 est élaboré. A partir du projet médical, l'hôpital est découpé en dix-neuf pôles d'activité¹. Leur taille permet de répondre à des objectifs médicaux cohérents, d'une part, et de gestion, d'autre part. Pour cela, la réorganisation s'appuie sur l'optimisation du mode de gestion, à savoir la mise en place d'une procédure de déconcentration de la gestion des ressources dans chaque pôle d'activité. C'est un véritable pari du fait de la taille de l'institution. En effet, le CHU de NANTES est un des plus grands centres hospitaliers français. Il comprend 3 345 lits installés répartis sur sept sites et emploie 7 700 personnes environ, dont 1 500 médecins.

La réorganisation interne du CHU est insérée dans le Contrat d'objectifs et de Moyens conclu avec l'Agence régionale de l'hospitalisation des Pays de la Loire (ARH) pour la période 1998-2003 et devient un des objectifs prioritaires sur lequel s'engage le CHU de NANTES.

- **La gestion de proximité : déconcentration de gestion et de la décision**

Les dix-neuf pôles d'activité sont des centres de responsabilité dans lesquels la gestion de ressources est déconcentrée. Cette organisation s'appuie sur le principe de subsidiarité, à savoir que tout ce qui peut être géré au niveau du pôle doit l'être. A cette fin, le pôle dispose d'importantes ressources déléguées par la Direction Générale. La gestion centralisée ne doit porter que sur les aspects de la gestion qui ne sont pas maîtrisables dans les pôles. Mais, plus qu'une délégation de la gestion, c'est une véritable déconcentration de la décision qui est instituée, les différentes directions ne devant intervenir qu'en cas de nécessité. Pour formaliser la déconcentration, sont conclus entre la Direction Générale et les Directeurs de Pôle, médecins, représentants le pôle, des contrats internes d'objectifs et de moyens². Ainsi, les Directeurs de pôle voient converger à leur niveau la prise de décision médicale et de gestion. La déconcentration de la décision est l'enjeu majeur de cette réorganisation, dont la gestion est un des aspects.

Les différents aspects de la gestion de proximité sont formalisés dans un « Référentiel » : sorte de règlement interne de référence.

- **Gestion de proximité et Contrôle de gestion**

Le contrôle de gestion est apparu dans les entreprises privées dans les années soixante avec la déconcentration des centres de production. Ses sources sont diverses : comptabilité, finance, planification, système d'information et management.

Il fait son apparition dans les structures publiques une dizaine d'années plus tard grâce à la mise en place d'outils informatiques, favorisant l'élaboration de systèmes d'information. L'introduction de moyens de contrôle est alors une nécessité du fait de l'augmentation très importante des dépenses publiques.

¹ voir annexe 1

² voir annexe 2

Depuis sa création , il n'a pas cessé d'être une source de débats sur sa finalité, ses procédures et son utilisation.

Le terme contrôle de gestion mérite d'être analysé étymologiquement. C'est une traduction de l'anglais « management control ». « Control » signifie contrôle, mais aussi maîtrise. Le terme contrôle induit une perception répressive du contrôle de gestion, alors que ses objectifs sont fondamentalement différents. En effet, le contrôle de gestion est un outil qui a pour but de maîtriser la gestion. Le contrôle n'est qu'un élément de la définition.

Dans les hôpitaux, le contrôle de gestion s'inscrit dans la démarche d'évaluation telle qu'elle est définie par l'article 710.4 du Code de la santé publique³ (CSP) qui impose :

« l'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et des actions pour l'amélioration de la prise en charge » .

C'est la seule référence réglementaire dans ce domaine, ce qui explique la réelle autonomie d'exercice des établissements hospitaliers.

Gérard NAULLEAU⁴ , Docteur en gestion, dans un avant-propos de l'ouvrage cité en référence considère que :

« Le contrôle de gestion n'est pas une technique mais un ensemble de dispositifs socio-organisationnels qui ne fonctionnent que dans un contexte culturel particulier. »

A partir de cette constatation, le contrôle de gestion peut être défini selon trois critères complémentaires :

- le critère géographique qui est l'entité auquel il s'applique,
- le critère temporel qui correspond à la période durant laquelle il intervient,
- enfin, le critère fonctionnel étroitement dépendant des deux précédents qui détermine

les finalités du contrôle de gestion.

³ Inséré par la Loi hospitalière du 31 juillet 1991

⁴ références bibliographiques ; cf infra

→ Le critère géographique

La définition du contrôle de gestion est indissociable d'une délimitation préalable du contour de l'organisation dont il analyse la gestion. En effet, les outils et les procédures sont étroitement dépendants du contexte pour lequel ils s'appliquent. Dans le cadre de ce mémoire, le contrôle de gestion porte sur l'ensemble du CHU de NANTES où les procédures de gestion sont en cours de modification profonde avec la mise en œuvre de la gestion de proximité. Le contrôle de gestion se trouve, en tant qu'outil de gestion, au cœur de cette réorganisation.

→ Le critère temporel

Le contrôle de gestion est un processus qui s'étale dans le temps et qui dépend étroitement de l'action de l'organisation à laquelle il s'applique. Avant l'action, il permet de dimensionner les moyens nécessaires pour les objectifs fixés. Pendant l'action, il mesure les réalisations au fil du temps et permet le déclenchement d'actions correctives. Parallèlement, il assure la remontée des informations vers la Direction. Après l'action, il analyse les résultats en recherchant les explications entre ce qui était prévu et ce qui a été réalisé dans le but d'améliorer les prévisions et les performances futures de l'institution. En l'occurrence, dans le cadre de la gestion de proximité, le contrôle de gestion analyse le suivi des contrats internes conclus entre la Direction Générale et les Directions de Pôles. Le déroulement et le respect de ces contrats est l'action sur laquelle porte le contrôle de gestion.

→ Le critère fonctionnel

Outil de gestion, le contrôle de gestion assure la relation entre les moyens qui sont les ressources du pôle, les objectifs du pôle et ses résultats précisés dans le contrat interne. Les résultats se définissent comme étant l'écart entre les objectifs attendus et les objectifs réalisés par le pôle.

Dans ce cadre, le contrôle de gestion a plusieurs finalités :

- c'est une aide à la décision pour l'adéquation des ressources par rapport aux objectifs fixés,
- il renseigne les différents acteurs de gestion de l'institution sur les moyens disponibles et les résultats attendus,
- il fournit à la Direction générale les informations nécessaires à la stratégie de l'établissement,

- enfin, il analyse les résultats obtenus par rapport aux objectifs que l'institution s'est fixée. A l'issue de cette analyse, il aide à la définition d'actions correctrices et éventuellement à une nouvelle évaluation des ressources déléguées.

Etroitement lié à la réorganisation de la gestion interne du CHU de NANTES, le contrôle de gestion doit désormais être adapté à la gestion de proximité. L'apparition de dix-neuf entités de gestion déconcentrées, les pôles, rend nécessaire le renforcement de cet outil. En effet, la délégation des ressources dans les pôles par la Direction Générale a pour contrepartie une utilisation rationnelle de celles-ci par les pôles, dans le respect des objectifs fixés contractuellement. Le contrôle de gestion est donc l'outil d'analyse et de contrôle de cette relation contractuelle.

- **Contexte**

Ce mémoire s'inscrit dans une période de transition pour le CHU de NANTES. La réorganisation interne en gestion de proximité a débuté le 1^{er} janvier 1998 dans trois pôles expérimentaux : thoracique et cardio-vasculaire, ostéo-articulaire et biologie. Au 1^{er} janvier 1999, cinq pôles expérimentaux supplémentaires ont été constitués : soins de suite et réadaptation, soins gériatriques, psychiatrie, urgences et odontologie. Au 1^{er} janvier 2000, l'expérimentation arrivera à son terme avec la mise en place de l'ensemble des pôles. Ainsi, à partir de cette date, toute l'institution fonctionnera en gestion de proximité.

Afin de faire un bilan d'étape de cette expérimentation avant son terme, un groupe de travail a été constitué par la Direction Générale le 26 mai 1999. Les missions qui lui ont été assignées sont de trois ordres :

- Reformuler les objectifs attachés à la décentralisation des responsabilités de gestion et à la mise en œuvre de la gestion de proximité,
- Clarifier les outils et les moyens de la gestion de proximité,
- Définir les conditions d'une meilleure communication et d'une meilleure explicitation du projet de mise en œuvre de la gestion de proximité.

A partir des réflexions dégagées par ce groupe, de nouvelles orientations de la gestion de proximité seront déterminées. Cependant, les idées essentielles ne seront pas remises en cause et l'institution est engagée dans un processus qui semble désormais irréversible.

Par ailleurs, l'apparition récente de tensions budgétaires rend l'adaptation du contrôle de gestion plus cruciale encore.

- **Méthodologie**

La description et l'analyse du contrôle de gestion demande une connaissance approfondie de l'organisation et du fonctionnement interne de l'institution dans lequel il est mis en œuvre. Outre la connaissance des outils transmis, il est indispensable de bien percevoir les processus de gestion interne ainsi que les relations qui se tissent entre les différents acteurs. C'est la raison pour laquelle l'élaboration de ce mémoire s'est basée sur de nombreux entretiens⁵. Les entretiens avec les cadres de pôle⁶ se sont déroulés dans les premiers pôles expérimentaux, fonctionnant depuis le 1^{er} janvier 1998, à savoir les pôles thoracique et cardio-vasculaire, ostéo-articulaire et biologie. Leur expérience de plus d'une année en gestion de proximité leur donne le recul suffisant pour pouvoir analyser leur fonctionnement. Le Cadre administratif du pôle urgences, en place depuis le 1^{er} janvier 1999, a été interrogé du fait de ses compétences particulières en gestion. Ces entretiens ont été utilement complétés par la lecture d'une documentation interne abondante.

Par ailleurs, le suivi de nombreuses réunions sur la gestion de proximité et plus spécialement de contrôle de gestion a permis de percevoir les enjeux. Enfin, la littérature apporte une base théorique à ce sujet très concret.

⁵ Voir liste des personnes rencontrées

⁶ Voir annexe 3

- **Problématique**

Les pôles sont de nouvelles entités de gestion, à l'intérieur desquelles se sont rapidement développées des procédures de gestion qui s'articulent difficilement avec le contrôle de gestion (Première partie). Cependant, les enjeux du contrôle de gestion obligent celui-ci à surmonter les obstacles auxquels il se trouve confronté , afin de s'adapter à la gestion de proximité (Deuxième partie).

PREMIERE PARTIE - Les pôles sont de nouvelles entités à l'intérieur desquelles se sont rapidement développées des procédures de gestion qui s'articulent avec difficulté au contrôle de gestion.

La gestion de proximité se traduit par une déconcentration de la gestion dans des entités conçues à cette effet : les pôles, et par une délégation de gestion de la part du Directeur Général aux Directeurs de Pôle, chargés de gérer et d'animer les pôles.

S'appuyant sur le principe de subsidiarité, la nouvelle organisation prévoit que tous les moyens qui peuvent être déconcentrés doivent l'être. Les pôles sont désormais des centres de gestion à l'intérieur desquels des procédures de gestion opérationnelle ont été rapidement mises en œuvre. Cette gestion, malgré son dynamisme, s'articule avec difficultés à la gestion centralisée de l'établissement.

Chapitre I - La gestion de proximité est l'élément fondamental de la réorganisation interne du CHU de NANTES

Le CHU de NANTES a été découpé en dix-neuf centres de responsabilité cliniques, dans lesquels des ressources ont été déléguées par le Directeur Général afin de répondre à des objectifs de qualité de prise en charge des patients, d'une part, et de maîtrise de l'utilisation des ressources, d'autre part.

I- Le pôle : structure centrale de la gestion de proximité

A - Les contours des pôles fondés sur une logique médicale

Le pôle est une structure homogène d'activité caractérisée par son autonomie et présentant une taille pertinente pour la gestion. Fondé sur des choix médicaux, les contours des pôles ont été déterminés par la Commission médicale d'établissement. Ils ont fait l'objet d'une approbation par les instances du CHU⁷.

Les contours des pôles d'activité relève de différentes logiques médicales:

- logique d'anatomie du corps humain : tête et cou, neurosciences, odontologie, thorax et cardio-vasculaire, digestif, ostéo-articulaire,
- logique de pathologie : pathologie rénale, oncologie,
- logique de population spécifique : pôle mère-enfant, soins gériatriques, soins de suite et réadaptation,
- logique d'activité à vocation généraliste : urgences, médecine, psychiatrie, anesthésie-réanimation,
- logique de prestation complémentaire : pôle d'information médicale, biologie, signal et image.

Les critères géographiques ne sont pas intervenus en première intention. Certains pôles, comme le pôle biologie ou oncologie, ont leur activité répartie sur deux sites. Cependant, une

⁷ Délibération du Conseil d'administration du 30 juin 1997

réflexion est en cours pour un rapprochement géographique, dont le but à long terme est la mise en commun de locaux au sein de chaque pôle.

La légitimité des contours de pôle conditionne la réussite de la gestion de proximité. Il est en effet essentiel que les différents acteurs, en particulier les médecins, puissent se retrouver et s'identifier à travers ces nouvelles entités.

Chaque pôle a imaginé en son sein un projet de pôle, fédérant ainsi les aspirations de chacun. C'est un exercice difficile pour les médecins car , ceux-ci , animés par un principe d'excellence caractérisé par l'individualisme doivent désormais réfléchir sur des bases communes. Sa structuration dépend de la volonté des professionnels à travailler ensemble. Celle-ci ne peut émerger que si les contours du pôle sont cohérents. Son contenu est médical tout en s'appuyant sur une réalité économique, d'où la nécessaire coexistence de deux logiques : optimiser la qualité de la prise en charge des patients tout en s'assurant de la bonne gestion des ressources. Il définit les activités du pôle, ses domaines d'excellence et sa place dans l'environnement hospitalier. La plus grande difficulté réside dans la quantification des objectifs qu'il détermine.

Le regroupement des services en pôle d'activité présente un certain nombre de limites qui n'a pas manqué d'apparaître, essentiellement liées à des facteurs humains . Jusqu'à présent, l'institution a pu les résoudre sans difficulté majeure. Elle ont pu être surmontées grâce à la pertinence de la réflexion médicale formalisée dans chaque projet de pôle.

Au bout de dix-huit mois d'expérimentation , la légitimité des pôles existant actuellement n'est pas remise en cause. Cette légitimité est le fruit de la richesse de la réflexion qui a précédé ce découpage et du mode d'accompagnement qui a été mis en œuvre.

B - Le pôle : une entité juridiquement fondée sur deux notions distinctes mais complémentaires

L'organisation en pôle s'appuie sur deux notions juridiques : la fédération de service, d'une part, et le centre de responsabilité, d'autre part.

1- Le pôle : fédération

La fédération est un regroupement d'unités fonctionnelles, de services et/ou de départements « *en vue soit du rapprochement d'activités médicales complémentaires, soit d'une gestion commune de lits ou d'équipements, soit d'un regroupement des moyens en personnel ou pour la réalisation de plusieurs de ces objectifs.* » (Article L714-25 CSP).

La fédération présente de nombreux avantages. Elle dispose d'une taille suffisante pour envisager une coordination et une gestion interne satisfaisante. Les ressources déconcentrées sont suffisamment importantes pour pouvoir être gérées, le service ou l'unité fonctionnelle étant des entités trop petites.

De plus , elle permet de ne pas supprimer les services. Leur suppression aurait très certainement entraîné une vive opposition des médecins alors que la logique de la réorganisation interne de l'établissement est fondée sur une logique médicale.

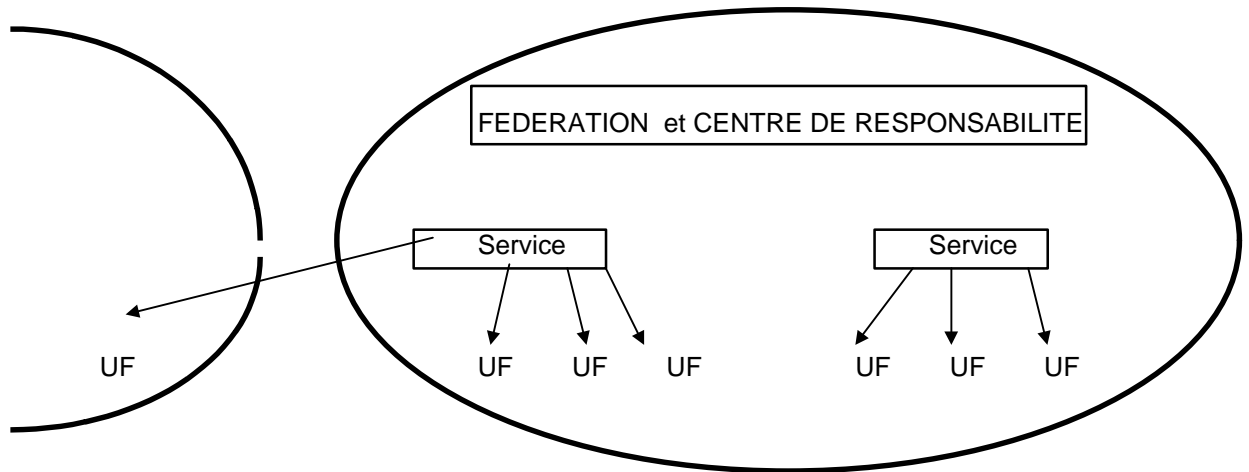
L'objectif de la fédération est la coordination des activités. Elle ne permet pas juridiquement la déconcentration budgétaire. C'est pourquoi, il a fallu donner au pôle d'activité une définition juridique permettant d'en faire un centre de gestion : le centre de responsabilité.

2- Le pôle : centre de responsabilité

Le concept de centre de responsabilité a été créé dans les hôpitaux par le Décret du 11 août 1983 relatif à la réforme du financement des hôpitaux et est repris dans l'Ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée insérée à l'article 714.26.1 du CSP. C'est un élément de déconcentration financière.

En vertu de cet article, la création de centres de responsabilité n'est pas obligatoire. En revanche, si un centre de responsabilité est créé, il doit obligatoirement s'accompagner d'une procédure de délégation de gestion à son niveau. La création de centre de responsabilité ne peut être faite que sur décision du Directeur Général.

LE POLE



Les unités fonctionnelles dépendent toujours de services. En revanche, certains services voient leurs unités fonctionnelles réparties entre plusieurs pôles. C'est le cas notamment des services comprenant des réanimations. Par exemple, pour le service de cardiologie, les unités d'hospitalisation conventionnelle ainsi que les consultations sont dans le pôle thoracique et cardio-vasculaire. Par contre, les soins intensifs de cardiologie sont rattachés au pôle anesthésie-réanimation. Le pôle est donc une fédération d'unités fonctionnelles.

C- Le pôle : centre opérationnel de gestion

De par sa taille et ses moyens, le pôle est un centre opérationnel de gestion. Selon la typologie des centres de responsabilité⁸ déterminée par Richard VANCIL en 1973, c'est une unité de production de l'hôpital caractérisée comme étant un centre de « coût discrétionnaire ». Selon cette classification, la mission du pôle en terme de gestion est d'assurer un meilleur service avec les ressources qui lui sont allouées.

⁸ Références bibliographiques ; cf infra

La gestion du pôle revêt trois dimensions⁹ :

- l'activité,
- les ressources humaines, matérielles et financières,
- la consommation de ces ressources.

Ce mode de gestion se place en opposition avec la gestion à une dimension qui ne prend en compte que les autorisations de dépenses, ou à deux dimensions qui est une gestion basée sur l'équilibre budgétaire des dépenses et des recettes. La gestion en trois dimensions, pour être opérationnelle, nécessite la construction d'un plan d'action constitué par un ensemble d'objectifs quantifiés et planifiés pour répondre à la mission du pôle : c'est le projet de pôle.

Le pôle est une structure autonome et homogène d'activité caractérisée par une production de services et une consommation de ressources propres. Les volumes de ressources déconcentrées lui permettent d'avoir une véritable politique de gestion. Ils correspondent à une masse critique que Michel CALMON¹⁰ définit comme étant :

« un niveau minimum de ressources financières et de ressources humaines nécessaires pour concevoir, projeter, soutenir et ajuster des activités sans avoir besoin de faire appel à la Direction. »

Unité pertinente de gestion, le pôle est l'entité de référence pour le contrôle de gestion. L'unité fonctionnelle ou le service aurait pu servir de niveau d'analyse. Mais leur masse critique de moyens est insuffisante, d'une part, et le contrôle de gestion aurait été singulièrement complexe, d'autre part. Sa taille permet à la Direction d'avoir un interlocuteur de terrain qui peut ensuite faire une analyse détaillée et plus précise, au niveau de l'unité fonctionnelle.

Pour la collecte et le retour de l'information, l'unité fonctionnelle est le niveau de base, le pôle effectuant une synthèse à son niveau.

⁹ Références bibliographiques ; cf infra

¹⁰ Références bibliographiques ; cf infra

D- Le fonctionnement interne du pôle

1- Le principe de démocratie

La gestion de proximité se base sur l'idée d'un fonctionnement démocratique dans le pôle. A cet effet, des instances spécifiques ont été mises en place :

- Le Conseil de pôle : il comprend des représentants des métiers exercés au sein du pôle. Les responsables médicaux et paramédicaux sont membres de droit. Son but est de favoriser l'expression directe des personnels. Il est consulté pour le suivi et la mise en œuvre du projet médical du pôle.

- Le Comité médical du pôle : il regroupe les Chefs de service du pôle et un praticien hospitalier par service. Il est consulté pour le suivi et la mise en œuvre du projet médical ainsi que pour l'organisation médicale.

- Le Conseil scientifique du pôle, qui devait regrouper tous les praticiens hospitaliers du pôle pour la mise en œuvre de bonnes pratiques médicales, n'a jamais fonctionné en raison de son double emploi avec le Conseil de pôle. Cette instance sera très certainement supprimée.

2- L'émergence de nouveaux acteurs de gestion

Afin de gérer cette nouvelle entité, un encadrement a été désigné. Celui-ci est assuré par trois personnes : le Directeur de Pôle, le Cadre soignant et le Cadre administratif. Ceux-ci jouent un rôle fondamental dans la gestion de proximité.

Le Directeur de Pôle est un praticien hospitalier titulaire, nommé par le Directeur Général pour trois ans renouvelables une fois, après désignation par élection par ses pairs au sein du pôle, ce qui lui confère une double légitimité. Sauf exception, il ne peut pas être Chef de service. Il est responsable du pôle et assure la gestion du personnel et des moyens délégués au pôle. Il a un double statut : il est à la fois coordonateur de fédération, d'une part, et responsable d'un centre de responsabilité, d'autre part.

Il est assisté par un Cadre soignant ou médico-technique, surveillant-chef à temps plein et désigné par le Directeur Général pour trois ans renouvelables une fois et un Cadre administratif, issu de l'administration hospitalière, désigné par le Directeur Général pour trois ans renouvelables une fois.

En règle générale, la répartition des rôles dans la gestion des moyens est identique au sein de chaque pôle :

- le Directeur de Pôle gère en direct les affaires médicales, ou du moins ce qu'il peut en gérer, car dans ce domaine le pouvoir des Chefs de service reste très fort l'obligeant à composer avec chacun d'entre eux. Il donne les grandes orientations du pôle et exerce un droit de regard sur les autres éléments de la gestion,

- le Cadre soignant gère le personnel paramédical dans son aspect organisationnel,

- le Cadre administratif est la personne ressource en matière de gestion au sein du pôle.

Ces trois responsables bénéficient d'une formation préalable avant leur prise de fonction.

Le Cadre administratif tient une place particulière dans la gestion du pôle, bien que la Direction Générale se soit montrée particulièrement laconique sur ses fonctions, qui n'ont pas été précisément définies. Issus des services administratifs, intégrés dans des équipes médicales et soignantes, c'est naturellement que ces cadres sont devenus les interlocuteurs privilégiés de la Direction et des intervenants extérieurs au pôle en matière de gestion. Par ailleurs, ils sont considérés par les Directeurs de Pôle comme étant les référents en matière de gestion. Se trouvant dans une situation ambiguë, les Cadres administratifs ont pris fait et cause pour leur pôle parfois en opposition avec la Direction. Le laconisme de la Direction Générale a été volontaire pour laisser place à l'innovation. Mais, il est très difficile dans une structure telle que l'hôpital, caractérisée culturellement par le poids hiérarchique, de laisser des agents sans repère, sans les déstabiliser. Les Cadres administratifs, désarmés face à cette situation, réclament une formalisation de leurs fonctions.

E- La Direction Générale et les pôles : une relation contractuelle

Le contrat interne régit les relations entre la Direction Générale et les pôles. Il précise les objectifs assignés au centre de responsabilité, objectifs basés sur le projet médical du pôle et détermine l'étendue de la délégation de gestion, ainsi que les moyens mis à disposition du pôle.

Il est conclu entre le Directeur Général qui représente le CHU et le Directeur de Pôle représentant le pôle, centre de responsabilité. Il convient de rappeler que l'article 714.26.1 du CSP impose la signature d'un contrat en cas de délégation de gestion.

« Les centres de responsabilité bénéficient d'une délégation de gestion de la part du Directeur. Ces délégations de gestion font l'objet d'un contrat négocié par le responsable du centre avec le directeur. »

La réglementation lie la création de centre de responsabilité à une procédure de délégation de gestion fondée sur la contractualisation. En revanche, le champ et l'étendue de la délégation de gestion sont laissés au libre choix des parties. Donc en vertu de cet article, le Directeur de Pôle négocie avec le Directeur Général le contenu du contrat interne.

La contractualisation interne est présentée dans la Circulaire DH n° 304 du 21 avril 1997 comme étant:

« une condition de l'amélioration de la qualité du service rendu à la population par une optimisation des moyens qui y sont consacrés. »

Ces objectifs, contenus dans la circulaire, correspondent à ceux de la gestion de proximité du CHU de NANTES.

La contractualisation interne telle qu'elle est envisagée au CHU de NANTES s'appuie sur un mode de délégation déterminé par l'article L 714.13 du Code de la santé publique qui stipule que les responsables des structures médicales et non médicales peuvent suivre la gestion des moyens budgétaires et la réalisation des objectifs de la structure dont ils ont la responsabilité¹¹.

Cependant, la contractualisation interne présente des limites intrinsèques qu'il convient d'analyser pour voir dans quelle mesure le CHU de NANTES a réussi à les contourner.

Une première réflexion concerne la pertinence juridique de tels contrats¹². Juridiquement, un contrat ne peut être conclu que si il y a pluralité de parties (deux ou plus), ayant la capacité juridique. Le CHU de NANTES, personne morale de droit public, a la capacité de contracter. En revanche, le centre de responsabilité, n'ayant pas de personnalité morale et, de surcroît, élément du CHU, n'a pas de capacité. Ce contrat s'apparente juridiquement à un acte unilatéral avec soi-même. C'est pourquoi, celui-ci doit être fortement légitimé par les deux parties. Cette légitimité ne peut se baser que sur la confiance réciproque entre le Directeur Général et le Directeur du Pôle et sur la volonté des différentes parties à faire vivre ce contrat.

Par ailleurs, la circulaire ci-dessus citée stipule que contractualisation interne et contractualisation externe doivent s'articuler :

« Les objectifs et les perspectives d'évolution des moyens humains, techniques et financiers, notamment en fonction des variations d'activité, figurant dans le contrat de délégation de gestion, s'articulent avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu avec l'Agence régionale de l'hospitalisation. »

Or, le Contrat d'objectifs et de moyens conclu avec l'Agence régionale de l'hospitalisation a été conclu pour une période 1998-2003, soit pour cinq ans, alors que les contrats internes sont conclus pour un an afin de tenir compte de l'annualité budgétaire.

Le renouvellement annuel des contrats internes marque la volonté de la Direction Générale de privilégier les contraintes budgétaires. Cette périodicité est, sans conteste, la plus adaptée car la plus réaliste. En contractant sur plusieurs années avec les pôles, la Direction Générale s'engagerait sans savoir si elle aurait les moyens de répondre aux objectifs fixés. Si ceux-ci s'avéraient insuffisants, cela aurait pour conséquence une perte de confiance des Directeurs de Pôle, alors que la confiance est l'élément fondateur du contrat, donc de la délégation de gestion. Ce réalisme se retrouve dans le choix de la période de négociation des contrats internes. Celle-ci se situe après la dotation budgétaire par le Directeur de l'ARH.

Bien que la délégation de gestion fasse l'objet d'un objectif individualisé dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens conclu avec l'ARH, chaque contrat interne ne s'articule pas avec le

¹¹ Cette disposition réglementaire a été introduite par le Décret du 11 août 1983 relatif au régime budgétaire et financier des hôpitaux publics.

contrat externe. Les pôles dont l'activité fait l'objet d'une contractualisation externe¹³ risquent d'être plus favorisés par rapport à ceux dont l'activité n'en fait pas l'objet.

Le directeur de Pôle ne bénéficie pas de délégation de signature en matière budgétaire. Cet aspect de la déconcentration de gestion ne semble pas essentiel ni à la Direction Générale, ni aux Directeurs de Pôle.

II- Une déconcentration des ressources basée sur le principe de subsidiarité et de fongibilité des crédits

La délégation de gestion s'appuie sur deux principes :

- le principe de subsidiarité,
- le principe de fongibilité.

A - Une déconcentration des ressources basée sur le principe de subsidiarité

La gestion de proximité est beaucoup plus large que la déconcentration budgétaire, puisqu'elle intègre des éléments de gestion des ressources physiques et des organisations. Selon le principe de subsidiarité, tous les moyens maîtrisables au niveau du pôle sont déconcentrés.

1- La déconcentration des ressources physiques

Le pôle dispose d'un territoire qui regroupe plusieurs services et unités fonctionnelles. Les moyens physiques sont mis en commun et gérés par le Directeur de Pôle. En particulier, il gère les lits et places à l'intérieur du pôle, sous réserve de ne pas avoir d'incidence sur la carte sanitaire.

2 - La déconcentration de la gestion du personnel

¹² Références bibliographiques ; cf infra

¹³ les pôles urgences, mère-enfant, psychiatrie, gériatrie et cancérologie.

a - Le personnel médical

Bien que théoriquement déconcentrée, la gestion des ressources en personnel médical échappe, en partie, aux pôles du fait de la réglementation. De plus, la gestion de proximité doit tenir compte des Chefs de services qui restent réglementairement responsables du fonctionnement médical de leur service. C'est pourquoi, les marges de manoeuvre du Directeur de Pôle sont assez limitées.

Est déléguée dans le pôle , la gestion des éléments suivants :

→ **Le tableau des effectifs** : Celui-ci a un caractère réglementaire. Le Directeur de Pôle n'a pas la possibilité d'y apporter des modifications, mais dégage des priorités en concertation avec les Chefs de service.

→ **Les vacances médicales, les gardes et les astreintes** : la gestion de proximité n'a pas apporté de modification significative.

→ **La recherche clinique** : La réflexion au niveau des pôles porte exclusivement sur l'organisation, en particulier sur la cohérence des protocoles proposés.

b- Le personnel non médical

Les responsables du pôle gèrent les éléments suivants :

→ **Le tableau des emplois** : Celui-ci a un caractère réglementaire auquel l'organisation en pôle ne peut pas déroger. Cependant, il est prévu qu'à l'avenir ce tableau soit conçu , réalisé et suivi par pôle et au sein des pôles. Le personnel est affecté à un pôle et non plus à un service ou à une unité fonctionnelle.

→ **La gestion de l'activité des personnels et la planification du travail** : Les plannings prévisionnels sont centralisés par le Cadre soignant du pôle

→ **La gestion des mensualités de remplacement** : Les pôles sont chargés de définir à leur niveau les remplacements nécessaires au bon fonctionnement des services. Ils transmettent ensuite leurs demandes à la Direction du personnel et des relations sociales via les Directions de personnel de site. Une modification récente est intervenue. Face aux tensions budgétaires survenues en cours d'année, une réflexion est en cours pour une recentralisation de la gestion des mensualités. Les pôles

ne garderaient la gestion des mensualités que pour les congés annuels. Tous les remplacements pour d'autres types de congés seraient traités par la Direction du personnel.

→ **La gestion des éléments variables de paie , la gestion du présentisme : position administrative, gestion des arrêts maladie, notation** : Il n'y a pas eu de modification significative, exceptée pour la notation qui est faite par le Directeur de Pôle.

→ **La gestion des crédits de formation continue** : La délégation budgétaire se fait sous la forme d'un droit de tirage sur un budget attribué aux pôles. Les cadres de pôle gèrent cinquante pour cent des crédits de formation continue. L'autre partie est gérée par le Bureau de la formation du personnel de la Direction du personnel et des relations sociales (DPRS).

La gestion du personnel est essentiellement orientée vers la gestion des organisations. Les cadres mènent une réflexion approfondie afin de rationaliser l'organisation du travail. C'est peut-être sur cette base que la déconcentration de gestion en matière de personnel doit être appréhendée. La déconcentration budgétaire, cristallisant les conflits administratifs/soignants ne doit être d'emblée mise en avant.

3- La gestion des prestations interpôles

Les pôles ont la responsabilité de gérer les prestations interpôles qui correspondent aux actes prescrits dans un pôle et réalisés dans un autre (exemple : actes de biologie, exploration fonctionnelle, radiologie). Ces prestations feront l'objet d'une valorisation financière pour ensuite pouvoir être imputée au pôle prescripteur sur un budget particulier. Ce budget aura la particularité de ne pas être fongible. L'organisation de ces prestations interpôles sera finalisée dans des contrats internes conclus entre les différents pôles.

Actuellement, la monétarisation de ces prestations est remise en cause face au risque d'émergence de préoccupations exclusivement financières dans les relations interpôles et de comportements de replis autarciques, au détriment de la qualité de la prise en charge des malades et de la cohérence de l'institution.

Cependant, il est indéniable que la monétarisation a un effet pédagogique certain et qu'il est important que les acteurs de soins aient une connaissance des dépenses qu'ils génèrent dans ce domaine.

B- Des crédits délégués gérés selon le principe de fongibilité

La déconcentration budgétaire s'accompagne de la fongibilité des crédits délégués qui permet au Directeur de Pôle¹⁴ de transférer des crédits d'un compte à un autre. Il peut réaliser des arbitrages entre les différentes lignes de crédit qui lui sont déléguées. Il exerce ainsi une action concrète son budget.

Les budgets déconcentrés dans les pôles sont caractérisés par leur hétérogénéité. Ils se situent entre 12 millions de francs pour le pôle odontologie et 180 millions de francs pour le pôle thorax et cardio-vasculaire. En 2000, ce sera environ 1,7 milliard de francs qui seront ainsi déconcentrés, le budget de l'institution représentant environ 2,5 milliard.

Le budget alloué aux pôles est essentiellement calculé sur des bases historiques en fonction de l'évaluation des trois précédentes années, dans l'attente des résultats du PMSI qui sont en cours d'expérimentation et de la mise en place d'outils prévisionnels.

Les crédits délégués sont les suivants :

→ **Les crédits de personnel médical (groupe 1 - compte 642)**

Le budget délégué au Directeur de Pôle intègre les lignes budgétaires relatives à la rémunération principale et aux charges salariales des praticiens temps plein titulaires, des praticiens temps plein temporaires, des praticiens temps partiels, des attachés et des internes. La rémunération des étudiants hospitaliers n'est pas imputée au budget du pôle. Bien que les comptes soient délégués, leur gestion est assez « virtuelle », du fait des rigidités des statuts médicaux.

¹⁴ cf. Infra

→ **Les crédits de dépenses à caractère médical et hôtelier - Groupe 2 et Groupe 3**

Seules sont déléguées les dépenses qui sont individualisables et maîtrisables par les pôles.

Les crédits de dépenses d'exploitation du groupe 2 et 3 déconcentrés dans les pôles sont les suivants :

GROUPE II

H 94 11/12/18	Spécialités pharmaceutiques
H 942 15	Produits sanguins
H 942 17	Produits de base
H 942 21	Ligatures et sondes
H 942 22/23	Petit matériel médico-chirurgical
H 942 24/25	Fournitures de laboratoire et imagerie médicale
H 942 26	Prothèses
H 942 27	Pansements
H 942 28	Autres fournitures médicales
H 606 6	Fournitures médicales non stockées
H 611 1	Sous traitance à caractère médical
H 615 62	Maintenance à caractère médical

GROUPE III

H 942 512	Petit matériel hôtelier : Magasin
H 942 52	Habillement
H 942 53	Linge
H 942 54	Produits d'entretien
H 942 55	Produits lessiviels
H 942 56	Emballage déchets
H 942 811	Fournitures de bureau stockées
H 942 812	Fournitures de petit matériel informatique
H942 881/882	Autres fournitures de blanchisserie et de lingerie
H 606 31	Petits matériels et outillages hospitaliers
H 606 41	Fournitures de bureau non stockées
H 606 43	Imprimés
H 606 44	Fournitures informatiques
H 615 53	Entretien et réparations de matériel de bureau
H 624	Transports de biens et d'usagers
H 628	Prestation à l'extérieur

→ **Les crédits de personnel non médical (groupe 1- Comptes 641) ne sont plus délégués**

La déconcentration des crédits en personnel non médical n'est plus effective depuis 1^{er} janvier 1999. Initialement, elle comprenait les crédits liés à :

- la rémunération et les charges des personnels et stagiaires (compte 641.1),
- la rémunération et les charges des personnels non titulaires sur emploi permanent (compte 641.3),
- une partie de la rémunération et des charges des personnels non médicaux de remplacement (compte 641.5).

Les crédits délégués étaient calculés non pas par agents ce qui aurait demandé un retraitement colossal, mais sur la base d'une moyenne par grade qui ne correspondait pas exactement au budget réel. Il s'est avéré que les pôles où exerçaient des agents d'une ancienneté supérieure à la moyenne du grade se trouvaient pénalisés. Pour pallier cet effet, les ressources de personnels délégués ne sont plus quantifiées monétairement, mais en mois-agent. Le mois-agent correspond à l'exercice d'un agent pendant un mois. Cette modification est diversement perçue par les responsables de pôles. Certains y voient une plus grande lisibilité et surtout une plus grande justice par rapport à ce qui se faisait précédemment. En revanche, d'autres le perçoivent comme étant une atteinte au principe de fongibilité. Ces crédits n'étant plus délégués, ils diminuent d'autant la masse budgétaire du pôle.

En conclusion, dans les faits le principe de fongibilité n'est applicable qu'aux crédits d'exploitation des groupes 2 et 3.

III- L'intéressement à la gestion des ressources

L'intéressement est un élément incontestable de motivation des responsables pour la gestion.

Préalablement à la procédure d'intéressement, le résultat du pôle est calculé. A cet effet, les mois-agents seront valorisés monétairement.

Le principe de l'intéressement repose sur deux modalités distinctes : les recettes subsidiaires, d'une part, et les économies réalisées, d'autre part.

Chaque pôle a la possibilité de proposer de nouvelles activités génératrices de recettes subsidiaires. Soixante-dix pourcent des recettes nouvelles générées par le pôle lui seront reversées sous forme de crédit d'exploitation. Ces recettes devront obligatoirement servir à financer des dépenses ponctuelles correspondant à des projets réalisables dans l'année et ne suscitant pas de dépenses ultérieures. En cas de diminution des recettes subsidiaires, le budget du pôle de l'année N+1 sera diminué à concurrence de la diminution des recettes.

Jusqu'à présent, la comptabilité analytique des recettes par pôles n'a pas été mise en œuvre en raison des contraintes au niveau de la saisie de l'information que cela engendre. Une réflexion est en cours pour l'année 2000.

Pour les pôles générateurs d'économies budgétaires, un intéressement sur l'investissement égal à cinquante pourcent des économies réalisées est prévu. En revanche, en cas de déficit, le budget de l'année N+1 sera réduit du montant égal au déficit.

En raison des contraintes budgétaires apparues récemment, la Direction Générale n'envisage pas d'intéressement pour l'année 1999. Par ailleurs, l'intéressement présente des limites liées à ses modalités. En effet, un pôle ne peut pas faire indéfiniment des économies sur ses dépenses ou augmenter ses recettes subsidiaires sans remettre en cause la qualité du service rendu.

IV- La conciliation d'objectifs de qualité et de maîtrise de l'utilisation des ressources

Dans son rapport¹⁵, le groupe de travail sur la gestion de proximité a défini les objectifs prioritaires du pôle comme étant l'amélioration de la qualité du service rendu par une optimisation des moyens qui lui sont consacrés. L'enjeu est donc de concilier deux objectifs a priori considérés comme opposés.

¹⁵ Le groupe de travail sur la gestion de proximité a fait un premier bilan à l'issue d'une journée de réflexion basée sur le mécanisme de la conférence de consensus, le 3 septembre 1999. Cette journée a fait l'objet d'un rapport.

La qualité du service rendu comprend non seulement la qualité des soins, mais aussi la qualité de tout ce qui se rapporte à la prise en charge du patient : accueil, hôtellerie, etc. Cet objectif est perçu comme étant le plus noble par les responsables de pôles. Certains pôles, en particulier le pôle thoracique et cardio-vasculaire, font un travail remarquable dans ce domaine et mettent en place des protocoles d'assurance qualité. Mais, cet objectif est difficile à objectiver car peu d'indicateur existe dans ce domaine.

En revanche, les consommations de moyens sont plus facilement objectivées et peuvent être quantifiées sur la base de différents indicateurs.

La rareté voire l'absence d'une partie des indicateurs ont des conséquences importantes. Cela se traduit par le fait qu'au stade actuel de l'expérimentation, personne n'est en mesure de dire si ces objectifs prioritaires sont réellement atteints.

En revanche des objectifs qualifiés comme secondaires semblent avoir été atteints. Ceux-ci sont essentiellement organisationnels. Leur objectivation est plus aisée car elle se fait par l'observation. Le groupe de travail en a isolé trois :

- mise en place d'organisations et de pratiques innovantes en particulier dans le domaine de l'organisation du travail et de la prise en charge du patient,
- reconnaissance de pôle en tant qu'unité de fonctionnement et de décision,
- relais satisfaisant des actions transversales de l'établissement en matière de soins, en particulier dans le domaine des soins infirmiers.

Etant donnée que tous les objectifs des pôles ne sont pas quantifiables, le contrôle de gestion doit en tenir compte et intégrer cette contrainte dans ses procédures et ses analyses.

Chapitre II - La gestion de proximité a permis l'émergence d'une gestion opérationnelle dynamique dont l'articulation avec la gestion centralisée de l'établissement est délicate

Centres opérationnels de gestion, les pôles ont développé très rapidement des procédures de gestion de leurs ressources. Elles se caractérisent par leur aspect informel, d'une part, et leur dynamisme, d'autre part. Cependant, ces procédures s'articulent avec difficulté à la gestion centralisée de l'institution.

I- Une gestion opérationnelle dynamique

La gestion de proximité a favorisé le développement d'une gestion opérationnelle très active à l'intérieur des pôles. Les responsables, garants de la bonne utilisation des ressources dont la gestion leur est confiée, développent des procédures de contrôle de gestion informelles leur permettant de faire une analyse au niveau de chaque unité fonctionnelle. Cela se traduit essentiellement par l'émergence de nombreux outils de gestion dont les raisons méritent d'être approfondies.

A - L'émergence de nombreux outils de gestion

Sur les quatre pôles dans lesquels des entretiens ont été menés, trois retraitent les données transmises par les Directions afin de les adapter à leur gestion interne. Le seul pôle à ne pas faire de retraitement est le pôle biologie.

Ce sont les Cadres administratifs qui traitent les données afin de les adapter à la micro-gestion interne du pôle par service et par unité fonctionnelle. Les outils élaborés sont variés : activité , consommation et personnel, sous forme de tableaux de bord et d'histogrammes.

C'est dans les domaines de l'activité et des consommations que les Cadres administratifs de pôle réalisent les outils les plus intéressants. En revanche, aucun d'entre eux n'a réussi , jusqu'à présent, à élaborer d'outils satisfaisants en matière de personnel, ce qui semble démontrer la grande difficulté à trouver des outils pertinents dans ce domaine. L'intérêt de ces tableaux de bord dépend

beaucoup du niveau de formation en gestion du Cadre administratif qui les conçoit. Deux exemples d'outils sont présentés.

1- Des exemples d'outils

Certains outils confectionnés dans les pôles sont particulièrement intéressants, à l'instar de ceux qui sont présentés ci-dessous.

→ **Tableau de suivi des consommations des dépenses d'exploitation des groupes 2 et 3 du pôle urgences**¹⁶

Le pôle urgences fonctionne en déconcentration de gestion depuis le 1er janvier 1999. Dès le mois de mars, le Cadre administratif de ce pôle a mis en place des tableaux de bord de gestion pour sensibiliser les responsables médicaux et paramédicaux des unités fonctionnelles. Ce cadre, issu de l'administration centrale du CHU, a une formation initiale en gestion et travaille plus spécialement sur les outils de suivi des consommations. Les tableaux de bord et leur analyse contradictoire sont en cours d'élaboration. Ils seront très certainement modifiés et adaptés pour répondre au mieux à la demande des cadres de proximité.

Le tableau de bord de suivi des consommations des dépenses d'exploitation des groupes 2 et 3 analyse les dépenses non comptabilisées ou partiellement comptabilisées, ainsi que les dépenses pour lesquelles il existe un écart supérieur à 10 000 francs en plus ou en moins par rapport au budget théorique. Ce tableau de bord a l'avantage d'attirer immédiatement l'attention sur les comptes sensibles. A chaque compte, est adjoind un commentaire succinct qui permet une première analyse. Ce tableau est réalisé mensuellement et présenté aux responsables médicaux et paramédicaux des unités fonctionnelles. Bien accueilli par ces derniers, il permet, en une page, d'attirer leur attention sur les éléments les plus sensibles de la gestion du budget du pôle.

¹⁶ voir annexe 4

→ **Les tableaux de bord d'activité du pôle cardio-thoracique et vasculaire par service**¹⁷

Les outils d'analyse de l'activité sont particulièrement bien finalisés dans ce pôle qui fonctionne depuis le 1^{er} janvier 1998. Il convient de noter que le Cadre administratif a une formation initiale de statisticienne et est issue du bureau des statistiques de la Direction des affaires financières et du contrôle de gestion (DAFCG). Ce cadre a, à cet effet, créé son propre logiciel de traitement des données d'activité par service et par unité fonctionnelle. Celui-ci a été transmis à d'autres responsables de pôle.

Les tableaux de bord permettent d'avoir une vue globale, sur une page, par unité fonctionnelle des journées, des entrées, du taux d'occupation et de la Durée moyenne de séjour, en remontant à N-2. Ils sont élaborés mensuellement et transmis à chaque responsable médical et paramédical d'unité fonctionnelle. Comme pour le pôle urgences, ces tableaux sont bien accueillis. Leur analyse contradictoire est réalisée dans le cadre du Conseil de pôle.

2- Des outils confectionnés soit sur la base de ceux transmis par les directions dans le cadre du contrôle de gestion, soit à partir de données recueillies de manière informelle

a - Les outils de contrôle de gestion transmis par les directions fonctionnelles

Certains outils confectionnés par les Cadres administratifs retraitent les données qui leur sont transmises par les différentes directions fonctionnelles dans le cadre du contrôle de gestion.

Les outils transmis par les directions fonctionnelles concernent trois types de données. Les données de gestion de personnel sont transmises par la DPRS, les données d'activité et de consommations sont transmises par la DAFCG. Ces outils sont exclusivement des outils de suivi. Leur périodicité de transmission est mensuelle.

→ **Outils de suivi du personnel**

La Direction du Personnel et des Relations sociales transmet deux tableaux de bord dans les pôles :

¹⁷ voir annexe 4

- un tableau de bord de suivi comparé du volume des mois/agents budgétés et du volume des mois/agents rémunérés¹⁸, tout statut confondu. Créé spécialement pour les pôles, il leur est transmis depuis le début de 1999. Il permet de faire un suivi comparé du volume de mois-agent budgétés (théorique) par rapport au volume de mois-agent rémunérés (réalisé). Il analyse les écarts entre la quotité du personnel prévu (budgété) et la quotité de personnel effectivement présent dans les pôles. Pour la confection du tableau des mois-agents rémunérés, les données sont issues du logiciel de paye. Une « photographie » des agents présents dans le pôle est faite à l'issue de la procédure de paye. Sont comptabilisés l'ensemble des agents rémunérés dans le pôle, en identifiant les agents de l'équipe de suppléance qui n'appartiennent pas au pôle.

- des tableaux de bord de suivi des mensualités et des contractuels rémunérés aux comptes 641.3 (personnel non titulaire sur emploi permanent) et 641.5 (personnel non médical de remplacement)¹⁹. Ces tableaux de bord ne sont pas spécifiques aux pôles, mais ont été adaptés pour tenir compte de la gestion de proximité. Ils comprennent les réalisations du mois écoulé, ainsi que les prévisions du mois en cours.

Le premier de ces tableaux de bord fait l'objet de vives critiques de la part des responsables de pôle. Des erreurs ont été pointées par certains pôles. La perte de confiance a alors été immédiate. Toutes les données sont ainsi contestées. Les critiques sont vives : illisible, inutile, manque de fiabilité, pas assez fin. Pour l'ensemble des responsables de pôle, il ne permet pas de faire de la gestion du personnel. D'autres éléments leur paraissent indispensables, tels que les états de suivi nominatif des effectifs du pôle qui leur sont transmis mensuellement.

→ **Outils de suivi de l'activité**²⁰

Les données sont transmises par la DAFCG. Auparavant, les services et les unités fonctionnelles les recevaient. Leur présentation a été modifiée pour être adaptée aux pôles.

Les responsables de pôle considèrent que les données transmises sont incomplètes. Des éléments manquent , notamment le taux d'occupation. De plus, ils souhaiteraient avoir une connaissance du profil de leur activité réelle, en particulier des pourcentages des différentes

¹⁸ voir annexe 5

¹⁹ Voir annexe 5

pathologies traitées. Les pôles cliniques ont une forte demande de connaissance des indicateurs médico-économiques liés au PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information).

Deux pôles ont les possibilités informatiques de mesurer leur activité : le pôle urgence et le pôle biologie. Ils transmettent les données à la DAFCG. Ce reporting existait avant la mise en place des pôles.

→ **Outils de suivi des consommations**²¹

La DAFCG transmet aux pôles des tableaux des consommations des groupes 2 et 3 des dépenses d'exploitation. Les tableaux de bord sont présentés par UF et par compte.

Pour le suivi des prestations interpôles, la DAFCG n'est en mesure de transmettre que les données issues des laboratoires.

Les données de suivi de consommation, quant à elles, font l'objet de griefs récurrents au sujet du retard pris dans la transmission des données et de l'impossibilité de réactivité que cela entraîne.

La revendication des Directeurs de Pôle est de pouvoir suivre en temps réel les dépenses engagées sur les différents crédits délégués. L'impossibilité d'avoir une connaissance précise des crédits restant à leur disposition est considérée comme un obstacle à la mise en œuvre du principe de fongibilité.

Aucune donnée prévisionnelle n'est transmise, si bien qu'aucune prévision n'est possible au niveau du pôle. Cependant, les responsables de pôles peuvent quand même percevoir les tendances qui se dégagent en particulier en matière d'activité, mais cela reste très empirique et très insuffisant pour pouvoir faire des estimations en matière de consommation de ressources.

b- Des données recueillies de manière informelle

Certains tableaux de bord confectionnés dans les pôles, en particulier ceux qui ont été décrits, utilisent des données recueillies de manière informelle par les Cadres administratifs.

²⁰ Voir annexe 5

²¹ Voir annexe 5

Leur demande d'information est très importante. Pour cela, ils ont très rapidement intégré les circuits administratifs nécessaires pour obtenir l'information qu'ils souhaitent. Cela leur est d'autant plus facile qu'ils sont issus de l'administration.

Certains d'entre eux n'hésitent pas à réclamer l'intégralité des états bruts de dépenses d'exploitation des groupes 2 et 3.

Certains ont su développer des procédures de coopération informelle avec les gestionnaires, en particulier les pharmaciens qui gèrent les produits médicamenteux et les dispositifs médicaux. Par exemple, dans le pôle thoracique et cardio-vasculaire, une réflexion sur des tableaux de bord communs de suivi des médicaments est en cours avec le Pharmacien Chef de service. Ce type de coopération dépend de la bonne volonté de chacun et n'est pas étendu à l'ensemble des pôles ni à l'ensemble des gestionnaires.

c- les raisons de l'émergence d'outils

Alors que la confection d'outils tirés de données recueillies de manière informelle se justifie, il convient de s'interroger sur les raisons qui poussent les responsables de pôles à créer des outils de gestion sur la base de données transmises dans les tableaux de bord des différentes directions fonctionnelles. D'autant que ces outils, si ils sont intéressants de par leur forme, n'apportent pas plus d'éléments de gestion. Leur diffusion ne permet pas de réactivité particulière au sein des pôles, leur seul objectif étant une objectivation a posteriori de ce qui a été réalisé. Il semble que ce soit un moyen pour l'encadrement du pôle d'affirmer son importance en matière de gestion. Cette affirmation se fait en opposition par rapport à la Direction. En refaisant ce qui est fait en central, ils espèrent gagner en reconnaissance sur le terrain. L'attitude des responsables du pôle biologie qui refusent de retraiter les données transmises, estimant que cela est inutile d'autant que ces données leur semblent insuffisantes, paraît confirmer ce raisonnement. En effet, les laboratoires intégrés au pôle biologie fonctionnent depuis 1990 en déconcentration de gestion. Le cadre administratif de ce pôle exerce aussi la fonction de Directeur des laboratoires depuis cette date. Le cadre soignant est le seul surveillant-chef du pôle. Le positionnement de ces cadres à l'intérieur du pôle est clair.

B- Des procédures de gestion interne aux pôles informelles, mais limitées

Le dynamisme de la gestion opérationnelle à l'intérieur des pôles, même si il se traduit par une inflation d'outils, a le mérite de conférer aux Cadres administratifs un véritable rôle de contrôleur de gestion.

L'analyse contradictoire des tableaux de bord est faite lors des instances de pôle : Conseil médical et Conseil de pôle. A cette occasion, les cadres du pôle ont pu observer des modifications de comportement des personnels qui n'hésitent pas à demander des éléments d'explication sur des données dont ils ne semblaient pas se préoccuper auparavant. C'est ainsi que des modes de fonctionnement ont pu être mis en exergue et analysés par les responsables de pôle, à partir de données d'activité et de consommation.

Actuellement aucun pôle n'a encore formalisé définitivement des procédures d'analyse de gestion. Celles-ci continuent de faire l'objet de réflexion, afin d'être adaptées au mieux à l'organisation interne du pôle.

Les outils confectionnés dans les pôles pourraient servir de base à une réflexion plus large sur les outils du contrôle de gestion centralisé. En revanche, l'harmonisation des outils de gestion opérationnelle des pôles ferait courir le risque de freiner le dynamisme en matière de gestion et surtout ne correspondrait pas au principe de subsidiarité sur lequel se fonde la gestion de proximité.

Les données dont dispose l'encadrement du pôle, sont objectivement insuffisantes pour assurer une gestion opérationnelle optimum. Celles-ci sont issues des tableaux de bord transmis par les directions fonctionnelles, soit « récupérées » dans les services administratifs. En tout état de cause, celles-ci sont trop grossières et les délais de transmission ne permettent pas aux pôles de réagir à temps face à une dérive constatées.

Les données sont exclusivement issues d'outil de suivi. Aucune gestion prévisionnelle n'est réalisable. Actuellement, les cadres de pôle n'ont pas les moyens d'assurer une gestion opérationnelle satisfaisante.

II- Une articulation délicate avec la gestion centralisée de l'établissement

A - Des conceptions différentes de la gestion entre les pôles et la Direction

Les conceptions de la gestion sont différentes entre les pôles et la Direction. Les pôles gèrent le quotidien, au niveau de l'unité fonctionnelle, alors que la Direction s'intéresse à des données plus globales utilisables pour un contrôle de gestion à orientation plus stratégique. Cette différence de point de vue se retrouve dans la conception du contrôle de gestion. Cela est particulièrement ressentie lors des réunions de contrôle de gestion. Pour la Direction, le niveau du contrôle de gestion est le pôle, alors que pour le pôle, c'est l'unité fonctionnelle. Cela conduit à des incompréhensions réciproques.

Les responsables de pôle, n'ayant pas d'accès formel à d'autres informations de gestion que celles transmises par la Direction dans le cadre du contrôle de gestion, tentent de faire de la gestion opérationnelle à partir de ces données. Or, cela n'est pas leur objet. Il y a ainsi confusion entre les données nécessaires au contrôle de gestion et celles utiles à la gestion opérationnelle, ces dernières devant être beaucoup plus fines et analysables en temps réel. Ainsi, les outils transmis, ne correspondant pas à la demande des pôles, font nécessairement l'objet de griefs. Cependant, la demande d'information des cadres de pôle paraît manifestement excessive par rapport à ce qui leur est nécessaire pour assurer la gestion quotidienne. En effet, ils souhaitent avoir accès à l'ensemble des informations disponibles dans l'institution, sans discerner ce qui est utile de ce qui ne l'est pas.

L'aspect le plus divergent de la gestion entre la Direction et les pôles porte sur la gestion du personnel. Dans ce domaine se heurtent de plein fouet les cultures soignante et administrative. Les enjeux de la gestion sont fondamentalement différents. Les cadres de pôle, de culture soignante (y compris les Cadres administratifs issus de l'administration), veulent avoir à leur disposition un nombre

de personnel optimum. En revanche, la Direction, dont les préoccupations budgétaires sont importantes, recherche l'efficacité maximale en terme d'utilisation des ressources en personnel.

De plus, les cadres de pôle ont beaucoup de difficultés à appréhender les rigidités statutaires. Ils n'acceptent de se voir imputer que les personnels effectivement présents, alors que la Direction impute aux pôles l'ensemble des personnels affectés administrativement. Par exemple, les mi-temps thérapeutiques sont comptés par l'administration pour un poste, alors que l'encadrement du pôle ne les compte que pour un demi-poste. Les congés-maternités sont budgétairement imputés aux pôles, alors que ceux-ci considèrent qu'ils ne doivent se voir imputer que le remplacement. Dans ce domaine, les sources de conflits sont fréquentes traduisant la différence de langage entre les pôles et la Direction.

L'étendue de la délégation de gestion du personnel sera très certainement revue, en particulier l'aspect de gestion des mensualités de remplacement. Le consensus qui se dessine dans ce domaine au sein de l'institution serait de déconcentrer des mensualités dans les pôles pour compenser les absences de courtes durées. En revanche, les mensualités de remplacement des congés de longue maladie et de congés maternité seraient centralisées.

La gestion du personnel est le domaine où l'articulation avec la gestion stratégique est essentielle en raison de l'importance du poste budgétaire que cela représente.

Les Cadres administratifs, plus que les Cadres soignants, collectent et analysent l'information au niveau de l'unité fonctionnelle et sont les référents de la Direction pour le contrôle de gestion. Leur situation au sein du pôle devrait leur permettre de transmettre les orientations stratégiques de la Direction Générale jusqu'au niveau le plus fin de l'institution. Et inversement, ils pourraient assurer la remontée d'informations des unités fonctionnelles vers la Direction Générale, informations nécessaires à la conduite stratégique de l'établissement. Ils devraient, en quelque sorte, être la charnière entre la gestion opérationnelle du pôle et la gestion centralisée de l'institution. Or, cette articulation est défaillante. Cela s'explique par le fait que les conceptions en matière de contrôle de gestion sont différentes entre ces cadres et la Direction, d'une part, et qu'il existe une confusion, de la part de ces derniers, entre la gestion opérationnelle et le contrôle de gestion d'autre part. Il est vrai que la difficulté

actuelle d'accéder à d'autres outils que ceux transmis par les directions ne favorise pas une évolution favorable en ce sens.

B- La tentation de balkanisation des pôles

Les pôles, construits en partie sur une logique territoriale, et au sein desquels la gestion de moyens importants a été confiée, peuvent développer des stratégies d'autonomisation faisant ainsi courir le risque d'une balkanisation de l'institution. Certains comportements de ce type n'ont pas manqué d'apparaître. C'est sans aucun doute le risque le plus important d'échec de l'articulation entre la gestion opérationnelle des pôles et la gestion stratégique de l'établissement.

1- Une conciliation difficile entre l'intérêt général du CHU et l'intérêt particulier du pôle

Dans certains pôles, l'encadrement a analysé la portée du principe de subsidiarité sur des bases politiques, en faisant une application analogique à celle qui est faite au niveau des collectivités territoriales. Des malentendus sont apparus. En particulier, des cadres n'ont pas hésité à se comparer à des dirigeants de structures autonomes, s'inscrivant ainsi dans une démarche de balkanisation de l'institution. Certains comportements, certes marginaux, tiennent peu compte de l'intérêt général. En particulier, des responsables de pôles se sont élevés contre la prise en charge de malades coûteux au sein de leur entité, sous prétexte qu'ils seraient pénalisés financièrement.

Les contraintes institutionnelles ne sont pas forcément bien perçues, en particulier les rapports avec les instances institutionnelles et les relations avec les partenaires sociaux.

2- Une articulation délicate avec les autres acteurs de gestion de l'institution

En matière de gestion, l'articulation avec certains acteurs de l'institution est délicate.

Les relations entre les Directeurs de sites et les Directeurs de Pôles sont parfois difficiles. Les Directeurs de site jouent, en effet, un rôle important en matière de gestion des ressources physiques

de l'établissement dont ils ont la responsabilité, d'une part, et de gestion des ressources en personnel, d'autre part. En effet, la gestion du présentisme est assurée à leur niveau par des bureaux du personnel déconcentrés. Certains Directeurs de pôles considèrent qu'ils sont désormais inutiles.

D'autres difficultés sont apparues dans les relations entre les cadres de pôle, en particulier les Cadres administratifs, et certains gestionnaires des comptes des groupes 2 et 3 de dépenses d'exploitation.

Une des particularités du CHU de NANTES est d'avoir supprimé la Direction des services économiques et d'avoir déconcentré les services d'achats auprès des secteurs d'activité pour lesquels ils sont faits. Pour les achats du groupe 2, les gestionnaires dépendent de la pharmacie pour les produits médicamenteux et de « l'arsenal »²² pour les dispositifs médicaux. Pour ceux du groupe 3, les gestionnaires sont placés auprès des magasins. Ces gestionnaires gèrent leurs achats, passent les marchés en fonction des ouvertures de crédits qui leur sont autorisées et assurent ensuite la distribution des produits dans les différents pôles et services. Cela présente l'avantage d'assurer une meilleure gestion des stocks. Cependant, l'articulation entre les gestionnaires et les cadres administratifs est parfois source de difficulté. En effet, les premiers, lorsqu'ils constatent un dépassement sur les comptes qu'ils gèrent remettent en cause les demandes des pôles. Les seconds ne l'acceptent pas, estimant que les gestionnaires s'immiscent dans leur gestion en effectuant un contrôle d'opportunité de leurs dépenses.

Les réunions de contrôle de gestion organisées par la DAFCG sont perçues comme une ingérence de la Direction dans la gestion des pôles, l'analyse contradictoire étant ressentie comme une analyse critique. Le terme même de contrôle de gestion est contesté, considéré comme trop directif, voire répressif.

Outre le risque pour la gestion, la balkanisation peut remettre en cause la cohérence interne de l'institution. Cette dérive doit être combattue en rappelant le principe de confiance qui doit gouverner les relations entre les pôles et la Direction, mais aussi par l'instauration d'un pilotage stratégique énergique au sein de l'institution par la Direction Générale.

²² L'arsenal est la structure qui gère et qui stocke les dispositifs médicaux. Elle est placée sous la responsabilité d'un pharmacien, chef de service.

DEUXIEME PARTIE - Les enjeux du contrôle de gestion obligent celui-ci à surmonter les obstacles auxquels il est confronté, afin de s'adapter à la gestion de proximité

Outil de maîtrise de la gestion, le contrôle de gestion est un des éléments déterminants de la gestion interne de l'établissement. L'absence d'articulation entre la gestion opérationnelle des pôles et la gestion centralisée de l'établissement conduit à s'interroger sur les raisons pour lesquelles le contrôle de gestion ne remplit pas ses missions. Les difficultés auxquelles ils se trouvent confrontés doivent être analysées afin d'être surmontées. En effet, les enjeux du contrôle de gestion dans le cadre de la gestion de proximité rendent son adaptation indispensable.

Chapitre I- Malgré ses enjeux, le contrôle de gestion ne remplit pas ses missions

Le contrôle de gestion permet d'assurer le suivi de la réalisation des contrats internes conclus entre le Directeur Général et les Directeurs de Pôle. C'est pourquoi, son inadaptation risque d'avoir des conséquences pour la gestion de proximité. Ses enjeux, dans ce contexte, dépassent amplement ceux d'un simple outil de contrôle et de maîtrise de la gestion.

I- Les enjeux du contrôle de gestion dans le cadre de la gestion de proximité

A - Renforcer le lien entre la Direction et les pôles pour assurer la cohérence de l'institution

L'un des risques majeurs de la gestion de proximité est de voir apparaître des comportements de balkanisation des pôles. C'est pourquoi, le lien entre le Directeur Général, qui délègue les moyens, et le Directeur de Pôle, qui les gère dans le but d'atteindre des objectifs déterminés, doit être particulièrement solide. Ce lien est formalisé dans le contrat interne, dont le contrôle de gestion est un des outils de suivi. Le contrôle de gestion, grâce à ses procédures d'analyses contradictoires de la gestion des ressources du pôle, favorise le dialogue entre les deux parties.

Entité de gestion, le pôle développe ses propres outils et ses propres procédures de gestion qui doivent pouvoir s'articuler avec la gestion centrale de l'établissement. Le contrôle de gestion se situe à l'interface entre ces deux types de gestion. Il assure la cohérence de la gestion dans l'ensemble de l'institution. Grâce à lui, la Direction générale est en mesure de contrôler et d'analyser la gestion du pôle. En contrepartie, l'information qu'il fait remonter des pôles doit permettre à la Direction Générale de prendre des décisions stratégiques.

Le contrôle de gestion facilite la transparence des liaisons entre les différents niveaux de l'institution et contribue ainsi à l'instauration d'un climat de confiance indispensable à la réussite de cette organisation basée sur des relations contractuelles.

B- Clarifier les relations et le positionnement des acteurs face à la complexité croissante de l'organisation interne du CHU

La déconcentration de gestion a abouti à une complexité croissante de l'organisation interne du CHU.

La mise en place des pôles se traduit plus par un niveau de décision supplémentaire, que par une simplification de la structuration interne de l'hôpital. En effet, les décideurs préexistants à la gestion de proximité ne souhaitent pas abandonner l'ensemble de leurs prérogatives au profit des responsables de pôles, d'où des confusions dans les circuits de décisions.

Cette complexité croissante se retrouve à l'intérieur des pôles. Le groupe de travail²³ sur la gestion de proximité a analysé la coexistence des Chefs de service, qui restent les responsables médicaux de leur service, et des Directeurs de Pôle. Ses conclusions se résument ainsi :

« La cohabitation de deux circuits décisionnels au sein même du pôle a généré des difficultés, des incompréhensions, des oppositions, qui ont ralenti les décisions, à l'opposition du but recherché par la décentralisation. »

La multiplication des niveaux de décisions et le partage des compétences obligent à mettre en œuvre de nouvelles articulations dans une organisation préalablement complexe, complexité due à la taille de la structure, d'une part, et aux multiples savoirs qui se côtoient, d'autre part. La clarification des relations entre les différents acteurs est une des bases de fonctionnement cohérent.

Le contrôle de gestion, en décryptant les modes de fonctionnement interne, permet d'en faire l'analyse et ainsi de clarifier les relations entre les différents interlocuteurs. Il instaure des mécanismes basés sur la transparence entre les différents acteurs de la gestion de proximité.

²³ cf. supra

C- Accompagner le passage de l'administration à la gestion

La gestion de proximité marque le passage du CHU de NANTES d'une l'administration centralisée à la gestion déconcentrée. En effet, avant la mise en place de la gestion de proximité, l'organisation interne se caractérisait par une administration très centralisée. Toutes les décisions de gestion étaient prises au niveau de la Direction. Les services de soins, tout en étant destinataires de tableaux de bord d'activité et de consommation, n'étaient pas responsabilisés dans la gestion des ressources hospitalières.

L'inversion du processus décisionnel s'accompagne de la déconcentration de la gestion. Désormais, la gestion de proximité oblige les gestionnaires de pôle à utiliser au mieux leurs moyens pour atteindre des objectifs déterminés et pour prendre les décisions les plus pertinentes. Ce changement d'organisation interne demande un accompagnement attentif de la part de la Direction. Les responsables de pôles, peu habitués à ce type de fonctionnement, ne sont pas d'emblée en mesure de percevoir les répercussions de leur gestion et de leurs décisions au niveau de l'ensemble de l'établissement.

Le contrôle de gestion , par ses aspects pédagogiques et méthodologiques, est l'outil d'accompagnement de cette nouvelle organisation de gestion. Il favorise la prise de conscience des enjeux de la gestion interne des pôles au sein du CHU.

D- Favoriser la démarche d'intéressement

En tant qu'élément de motivation, l'intéressement est essentiel à la gestion de proximité. C'est véritablement le seul facteur dynamisant dont dispose la Direction Générale pour pouvoir sensibiliser les responsables de pôles à la gestion. Il récompense les efforts accomplis en matière de gestion dont les effets sont traduits par le résultat du pôle.

Le contrôle de gestion est l'outil d'analyse des efforts de gestion, d'une part, et du résultat, d'autre part.

II- Un contrôle de gestion qui ne répond pas à ses missions

Les modalités de suivi de l'exécution du contrat interne, conclu entre le Directeur Général et le Directeur de Pôle font partie des éléments définis dans ce contrat.

Dans le cadre des réflexions menées par le groupe de travail sur la gestion de proximité²⁴, la Direction des affaires financières et du contrôle de gestion émet le constat suivant :

« La consolidation de tableaux de bord partagés entre les pôles et la direction n'a pu être établie, et cet échec a totalement invalidé les procédures de contrôle de gestion qui aurait permis de maintenir un dialogue permanent entre les deux parties. »

L'institution n'a donc pas su, jusqu'à présent, trouver des procédures de contrôle de gestion adaptée à la gestion de proximité.

A - Des procédures hétérogènes

Le contrôle de gestion ne dépend pas d'un service propre. La Direction des affaires financières et du contrôle de gestion, malgré son appellation, ne dispose pas d'une cellule identifiée.

Celui-ci se répartit entre plusieurs directions fonctionnelles :

- la Direction des affaires financières et du contrôle de gestion (DAFCG) pour le suivi de l'activité et des consommations,
- la Direction du personnel et des relations sociales (DPRS) pour le suivi de la gestion du personnel paramédical,
- la Direction des affaires médicales pour le suivi du personnel médical.

Il n'y a pas à proprement parler de contrôleur de gestion désigné comme tel au sein de l'institution.

1- Des procédures éclatées entre les différentes directions fonctionnelles

²⁴ cf supra

a - Direction des affaires financières et du contrôle de gestion : contrôle de gestion de l'activité et des consommations

Au sein de cette direction , deux bureaux sont concernés par le contrôle de gestion, sans que cela soit leur fonction principale : le bureau des statistiques recueille les données statistiques et le bureau du budget collecte les éléments de consommation.

Cette direction émet des tableaux de bord comprenant des indicateurs classiques²⁵. La mise en place des pôles n'en a pas fondamentalement modifié l'organisation et le fonctionnement, alors que cela est prévu dans la lettre de cadrage²⁶ initialisant la réorganisation interne de l'établissement :

« La Direction des affaires financières devra s'organiser pour apporter aux responsables des pôles toutes les informations indispensables à un pilotage prenant en compte tous les aspects économiques. »

En revanche, la DAFCG s'est attachée à mettre en place des réunions de contrôle de gestion avec les pôles dans le but de suivre attentivement leur gestion et de les aider éventuellement à la prise de décision. Ces réunions sont actuellement en cours d'organisation et de formalisation. La périodicité mensuelle , prévue initialement, n'est pas mise en oeuvre. En effet, cela demanderait un investissement trop chronophage pour cette direction. Cette périodicité ne sera respectée que pour les pôles ayant des difficultés à gérer leur budget. A ces réunions organisées par la DAFCG sont parfois associés la DPRS, ainsi que les différents gestionnaires de l'établissement en particulier le pharmacien chef de service pour l'analyse du suivi de consommation des médicaments , et celui responsable de l'arsenal pour les dispositifs médicaux, mais cela n'a rien de systématique. La personne référent dans le pôle pour l'analyse contradictoire est le Cadre administratif. Il peut y participer seul ou être accompagné du Directeur de pôle et/ou du Cadre soignant.

b- Direction du personnel et des relations sociales : contrôle de gestion du personnel

²⁵ voir annexe 5

²⁶ voir introduction

Au niveau de cette direction, les outils de contrôle de gestion du personnel sont élaborés dans deux bureaux, le bureau du recrutement et de la gestion des emplois et le bureau de la paie et du budget.

Jusqu'à présent, la DPRS n'a jamais transmis d'outils de gestion au niveau des services de soins. Cette direction a dû adapter son activité à la gestion de proximité et en particulier créer des procédures de contrôle de gestion.

Elle transmet, depuis le mois de janvier 1999, un tableau de bord spécifique de gestion du personnel à destination des pôles : le tableau de bord de suivi comparé du volume des mois /agents budgétés et du volume des mois/agents rémunérés²⁷. Ce tableau de bord continue de faire l'objet de modifications pour tenir compte des critiques récurrentes des pôles à son encontre. Sa confection impose une charge de travail importante aux agents de la DPRS concernés.

Les réunions mensuelles de gestion du personnel , préexistantes à la déconcentration de gestion , ont été adaptées début 1999 pour répondre à l'organisation en gestion de proximité. Elles intègrent désormais les Directions de pôle. Des tableaux de bord de suivi des mensualités et des contractuels sont analysés en concertation avec la DPRS, la Direction du pôle et la Direction de site où se situe géographiquement le pôle. Ces réunions sont mensuelles. Elles seront certainement aménagées. En effet, chaque pôle fait l'objet d'une demie heure d'analyse, ce qui en fait une réunion marathon non satisfaisante pour les différents interlocuteurs. Elles seront vraisemblablement espacées dans le temps. En revanche, elles seront plus longues pour chaque pôle afin d'apporter une aide et un conseil dans cet aspect de la gestion où existe une divergence importante de point de vue entre la Direction et les pôles.

c- Directions des affaires médicales : suivi du personnel médical

²⁷ voir annexe 5

La Direction des affaires médicales assurent le suivi de la gestion du personnel médical. La gestion de proximité n'a pas modifié son mode de fonctionnement, si ce n'est qu'elle transmet annuellement un état des rémunérations des médecins du pôle, annexé au contrat interne. Elle n'intervient pas dans les procédures de contrôle de gestion des pôles.

2- Une harmonisation imparfaite

Le suivi des contrats internes par plusieurs directions fonctionnelles a pour conséquence un manque de coordination dans les procédures de contrôle de gestion. Les outils transmis dans les pôles ne sont pas harmonisés, de ce fait aucun suivi croisé n'est réalisé. Il en est de même pour les réunions de contrôle de gestion où la coordination entre les directions n'est pas toujours effective. Les responsables de pôle peuvent être sollicités, à peu de temps d'intervalle, pour une réunion de gestion de personnel et une réunion de contrôle de gestion. De ce fait, le suivi des différentes ressources n'est pas abordé en même temps. Les cadres des pôles déconnectent le suivi du personnel et des consommations. Cet état de fait ne peut que renforcer l'absence de compréhension des finalités et de l'utilité du contrôle de gestion par ceux-ci.

B- Des outils peu adaptés

Les outils de contrôle de gestion transmis par les directions fonctionnelles font l'objet de critiques récurrentes de la part des responsables de pôles. La cause de ces critiques ayant été analysée en première partie, elle ne sera pas reprise dans ce chapitre.

Les outils élaborés pour les pôles sont traités manuellement, aussi bien au niveau de la DAFCG, que de la DPRS. Cela explique en grande partie l'importance des délais de transmission qui peuvent aller de deux semaines à un mois après la période réalisée, d'une part, et les erreurs qui ont pu parfois survenir, d'autre part. Les agents chargés de l'élaboration passent beaucoup de temps à cette tâche à faible valeur ajoutée. Les critiques auxquelles ils sont confrontés peuvent entraîner à leur

niveau un découragement, voire une perte de confiance dans le fonctionnement en gestion de proximité.

La remontée d'information , le « reporting », ne concerne que peu de pôles et n'est réalisable que pour des données d'activité. Seuls les pôles biologie et urgences ont les moyens informatiques de transmettre leurs données d'activité vers la Direction. Alors que le pôle urgence traite les données et élabore des tableaux de bord, le pôle biologie transmet des données brutes qui doivent être retraitées au niveau du bureau des statistiques de la DAFCG pour être exploitables en contrôle de gestion. Le reporting reste donc assez marginal dans les procédures actuelles de contrôle de gestion. En tout état de cause, aucune autre procédure de reporting n'est possible actuellement.

L'analyse est restreinte au suivi des consommations de ressources en personnel et en matériel. La performance du pôle est analysée comme étant sa capacité à rester dans le cadre du budget qui lui a été délégué. La mesure de l'activité est peu rapprochée des moyens mis en œuvre. Ce type d'analyse limite considérablement la portée du contrôle de gestion opérationnel.

Des analyses croisées entre les différents moyens et les objectifs ne sont pas réalisées, en particulier peu de liens sont établis entre l'activité médicale et la consommation de ressources par le pôle.

Aucun objectif de qualité n'est quantifié. De ce fait le contrôle de gestion ne peut pas intégrer cet aspect.

Enfin, il n'existe aucun outil d'analyse prévisionnelle et de simulation. Ainsi, le contrôle de gestion stratégique est extrêmement limité et ne se fait uniquement que sur la base d'indicateurs sommaires calculés manuellement. Aucune analyse de tendance n'est réalisable.

C- Un positionnement mal défini

Le contrôle de gestion doit s'articuler entre deux fonctions: les procédures de gestion centralisée, d'une part, et la gestion opérationnelle des pôles, d'autre part.

Les procédures de gestion centralisée ne concernent pas spécifiquement les pôles. Elles existaient préalablement à la gestion de proximité.

Elles sont organisées entre les directions fonctionnelles et les directions de sites. Les directions fonctionnelles élaborent des tableaux de bord de suivi dans leur domaine respectif de compétence à destination des autres directions fonctionnelles et des directions de sites. L'analyse contradictoire est réalisée à l'occasion de réunion de gestion de périodicité mensuelle. Placées sous la responsabilité de la DAFCG, l'analyse porte essentiellement sur des données budgétaires. Paradoxalement, les gestionnaires des comptes 2 et 3 de dépenses d'exploitation n'y participent pas. Le seul outil prospectif utilisé est le compte administratif anticipé élaboré à partir du mois de juillet.

Les procédures de gestion centralisée feront l'objet d'une prochaine réorganisation. Le suivi se fera désormais lors de réunions différenciées en fonction des secteurs d'activités : dépenses de personnel , dépenses médicales , dépenses logistiques , dépenses à caractère technique. La Direction générale ainsi que les gestionnaires de comptes seront désormais associés à l'ensemble de ces réunions.

Le contrôle de gestion n'est pas en mesure actuellement d'assurer l'articulation entre la gestion centralisée de l'établissement et la gestion opérationnelle des pôles. Les responsables de pôles n'en perçoivent pas les finalités. Ils le considèrent comme un outil répressif à la disposition de la Direction et non pas comme un outil d'aide à la gestion. L'ensemble des acteurs de gestion ne sont pas intégrés aux procédures, si bien qu'il existe des ruptures dans la transmission de l'information et de l'analyse des données.

La Direction, de son côté, n'a pas la possibilité d'effectuer un pilotage sur des bases objectives et de prendre des décisions en fonction des informations qui devraient être collectées dans les pôles.

Le groupe de travail sur la gestion de proximité²⁸, dans son rapport, fait le constat suivant :

« aucun argument ne permet d'affirmer que le service rendu soit meilleur et les dépenses de santé mieux maîtrisées. »

Cela signifie que l'évaluation des objectifs prioritaires de la gestion de proximité n'est pas réalisée. Or, c'est le but du contrôle de gestion. Celui-ci n'a donc pas été, jusqu'à présent, en mesure de remplir ses missions.

²⁸ cf supra

Chapitre II- Le contrôle de gestion doit surmonter ses limites, afin d'être adapté à la gestion de proximité

Le contrôle de gestion se heurte à des limites structurelles dus à l'aspect rudimentaire du système d'information hospitalière, d'une part, et à des limites humaines du fait de l'absence de positionnement des gestionnaires, d'autre part. Ces obstacles doivent être préalablement surmontés pour pouvoir réussir l'adaptation du contrôle de gestion.

I- Surmonter les limites

A - Le Système d'information hospitalière : outil indispensable à l'adaptation du contrôle de gestion

L'architecture du système d'information hospitalière (SIH), telle qu'elle est organisée actuellement, est une des limites fondamentales du contrôle de gestion. Les procédures et les outils pourront difficilement être plus performants sans une restructuration de celle-ci .

Le pôle en étant l'élément central de la gestion de proximité est aussi l'unité de référence du contrôle de gestion. Le SIH doit pouvoir prendre en compte l'entité pôle et lui associer la notion budgétaire de centre de responsabilité. Il est par ailleurs indispensable que chaque responsable de pôle ait une vision précise de sa gestion. Pour cela, le SIH doit pouvoir fournir tous les éléments nécessaires au suivi et à l'analyse à ce niveau.

1- L'architecture du SIH et ses conséquences sur le contrôle de gestion

L'architecture du SIH est encore très rudimentaire. Les données sont extraites directement des outils de production qui ne connaissent que l'unité fonctionnelle, le service et le site. Elles sont ensuite transmises sur des outils bureautiques pour pouvoir être traitées. Cela explique en grande partie les

difficultés auxquelles se trouvent confrontées tant les différentes directions fonctionnelles, que les pôles, dans l'élaboration d'outils et de procédures performants.

a- Une architecture inadaptée à la gestion de proximité

Les applications de production s'appuient sur le fichier commun de structure , sorte de colonne vertébrale du système. Celui-ci, obligatoire dans tous les établissements hospitaliers, définit tout le découpage de l'hôpital. C'est le support indispensable au contrôle de gestion car c'est une structuration unique, commune à l'ensemble de l'établissement. Toutes les données lui sont assujetties.

Le fichier commun de structure prend en compte la notion d'unité fonctionnelle et de service, ce dernier étant considéré comme le centre de responsabilité. En revanche, la notion de pôle n'y figure pas. Les difficultés résident dans le fait que certains pôles sont des agrégats d'unités fonctionnelles , dépendants de divers services et que d'autres pôles comprennent des services dont sont exclus une partie des unités fonctionnelles. Le fichier commun de structure n'est pas en mesure d'associer la notion de centre de responsabilité à ces entités. Une autre difficulté provient du fait que le Fichier commun de structure comprend un schéma hiérarchique de l'institution : unités fonctionnelles, services et sites hospitaliers. Alors que la gestion de proximité nécessite une architecture souple puisque les unités fonctionnelles appartenant à un même pôle peuvent appartenir à des services et des sites différents.

Tous les applicatifs du CHU sont structurés sur cette base, donc les données extraites des différents logiciels peuvent être agrégées par unités fonctionnelles, par service et par site, mais pas par pôle. Pour être adaptés à ce niveau, elles doivent donc être retraitées manuellement.

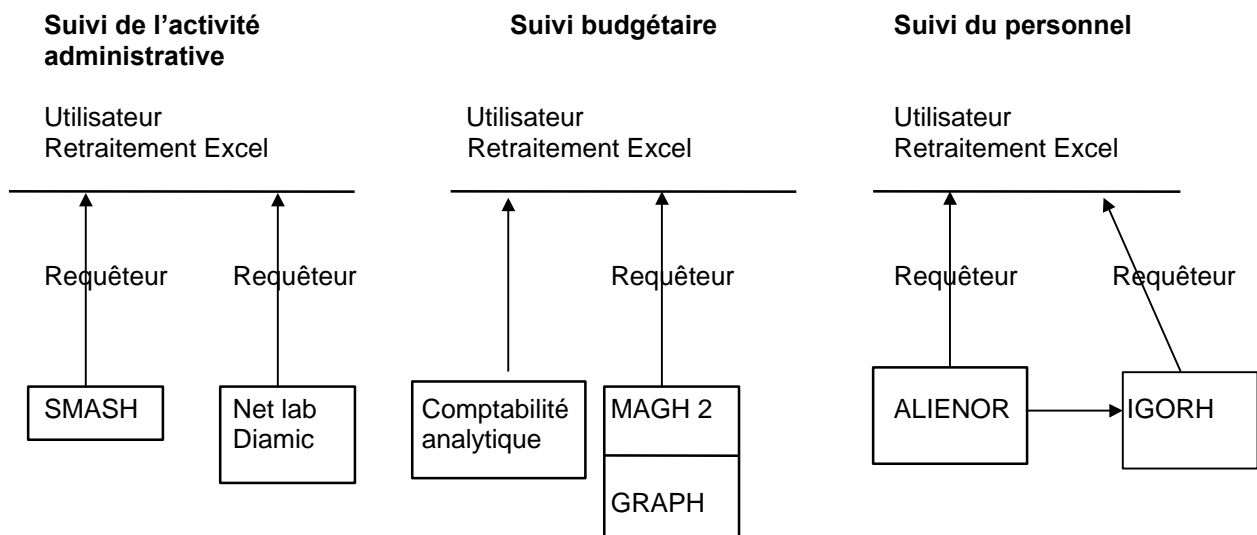
Dans le cadre du contrôle de gestion , les logiciels de production utilisés sont les suivants :

- SMASH : gestion administrative des patients,
- ALIENOR et GRAPH : ALIENOR effectue la gestion des ressources humaines . GRAPH traite la paie. Il existe un début d'infocentre sur ALIENOR, IGORH,
- MAGH 2 : Suivi de la gestion économique et financière,

- Comptabilité analytique : le logiciel est spécifique au CHU de NANTES. La liquidation se fait par Unité fonctionnelle. Les agrégats peuvent se faire ensuite au niveau du service et du pôle. C'est un logiciel de comptabilité analytique de structure. En revanche, la confection des tableaux de bord se fait manuellement.

- NETLAB et DIAMIC : suivi de l'activité de laboratoire.

Eléments du SIH utilisés pour le contrôle de gestion



L'architecture du SIH ne prévoit pas d'interfaces entre les différents logiciels de suivi de gestion. C'est pourquoi, le croisement des données issues des différents applicatifs n'est pas réalisable par le système d'information. L'outil de requête Business object, utilisé sur quelques applicatifs, s'il peut gérer en partie le pôle, ne peut pas dans ce contexte faire des extractions croisées. Toute analyse croisée doit faire l'objet d'un retraitement manuel. Cela a pour conséquence l'absence de langage commun entre les utilisateurs des différents applicatifs.

Les données passent directement de la production à une feuille EXCEL.

L'accès aux données de suivi est peu répandu dans l'institution car la multiplication de l'utilisation d'un outil de requête pour effectuer des extractions des applicatifs perturberait la production de données. De plus, cela requiert une formation approfondie. Seuls quelques utilisateurs au niveau

de la DAF, de la DPRS et des admissions des différents établissements peuvent disposer de ces outils pour l'élaboration des tableaux de bords et pour effectuer des recherches spécifiques. Cela explique le fait que les responsables des pôles n'ont pas d'accès informatique aux outils de suivi de gestion .

Par ailleurs, le développement limité du SIH explique l'absence d'outils de simulation.

b - Le SIH : Facteur de blocage de l'évolution du contrôle de gestion

L'impossibilité actuelle d'élaborer des outils performants de contrôle de gestion génère une insatisfaction des différents acteurs du contrôle de gestion.

Le retraitement manuel des données issues du SIH rend l'élaboration d'outils fastidieuse. Les risques d'erreurs sont importants. Les données budgétaires sont transmises tardivement, d'autant qu'elles sont traitées après la balance des stocks faite vers le 10 du mois suivant. Les pôles réceptionnent l'information beaucoup trop tard pour pouvoir réagir sur leur processus de consommation de moyens.

Actuellement, les données sont traitées ainsi pour huit pôles. La question du retraitement va se poser à partir du 1^{er} janvier 2000 où les dix-neuf pôles seront constitués. Le traitement manuel deviendra alors trop lourd. A priori, la nouvelle organisation du SIH devrait être opérationnelle en juin. Donc pendant six mois, une solution d'attente devra être trouvée.

Le cloisonnement entre les applicatifs rend trop laborieux le croisement des données entre elles. Le retraitement devrait obligatoirement être manuel. C'est la raison pour laquelle il n'est pas réalisé.

L'absence d'outils de simulation et la limitation de la traçabilité des données ne permettent pas de faire de véritable analyse prospective. Le pilotage stratégique est essentiellement basé sur une analyse des écarts réalisés et leur projection dans le temps.

2- La restructuration du SIH : une architecture souple et adaptable à la gestion de proximité

Le CHU s'est engagé dans une restructuration complète du SIH , en particulier par un remplacement de l'ensemble des applicatifs administratifs. Celle-ci démarrée en 1999, s'étendra jusqu'en 2004.

La restructuration du SIH a pour finalité de décomposer l'analyse des données en trois niveaux distincts : l'unité fonctionnelle, le service et le pôle, accompagnée d'une description de chaque séjour du patient.

Le SIH devra permettre :

- à la Direction, de renforcer son contrôle sur l'utilisation des moyens délégués. Celle-ci doit être en mesure d'exercer un rôle d'expertise et de conseil auprès des pôles , ainsi que de contrôler la réalisation des objectifs et de l'utilisation des moyens,
- aux pôles, de disposer de moyens adéquats pour rapprocher les données administratives et médicales pour un suivi dynamique de l'activité.

La restructuration est, en tout état de cause, un préalable indispensable à la création d'outils adaptés au contrôle de gestion des pôles. Cela devrait être opérationnel pour juin 2000.

a- L'architecture future

L'architecture future du SIH se fera sur la base d'un nouveau référentiel, qui déclinera l'institution en différents axes. L'unité fonctionnelle sera le niveau de collecte de l'information. Les agrégats se feront ensuite en fonction des besoins. Le pôle sera une hiérarchie dans le référentiel.

Les différents applicatifs du CHU, dont certains seront prochainement remplacés, alimenteront un entrepôt de données , le Datawarehouse , à partir duquel les éléments nécessaires au pilotage du CHU seront extraits. Ce datawarehouse s'appuiera sur le référentiel et alimentera éventuellement des

datamarts, sortes de magasins de données , ciblés en fonction des profils des utilisateurs. Un dictionnaire des données définira les règles de gestion et de traçabilité. Cette organisation autorisera des extractions croisées entre les différentes données. Des outils d'interrogation et de reporting faciliteront la production de tableaux de bord sur des données croisées. Ils permettront de faire des simulations, d'une part, et de rechercher des éléments précis, d'autre part, pour un pilotage décisionnel performant tant au niveau opérationnel que stratégique.

Les applications de production pourront communiquer à travers un serveur de communication unique sachant formater les données reçues en fonction de l'application du destinataire.

b- L'appropriation des outils par les utilisateurs

La structuration du SIH, nommé projet « ESTUAIRE », a débuté par une analyse de l'existant et une réflexion sur les besoins des utilisateurs, ces derniers étant étroitement associés à la démarche dans le cadre de groupes de travail.

Une première analyse fait état d'une demande d'accès à une somme très importante d'informations par les utilisateurs. Il convient de noter que celle-ci porte essentiellement sur des outils de suivi. Peu sont en mesure d'exprimer des besoins en matière d'outils prospectifs. Il est essentiel que dans le cadre des groupes de travail soient bien différenciés les besoins des pôles pour la gestion opérationnelle et ceux nécessaires au pilotage opérationnel et stratégique pour le contrôle de gestion.

Le projet ESTUAIRE comprend un important volet de formation afin de familiariser l'ensemble du personnel à l'utilisation des outils. Environ trois mille utilisateurs sont concernés.

c- La formalisation des outils

Après l'appropriation des outils par les utilisateurs et une sémantique acceptée par tous, restera à harmoniser des tableaux de bord communs. Cela permettra une rationalisation dans la transmission des données et une analyse rapide de ceux-ci, d'autant que le recueil et le traitement de l'information ne posera plus de difficulté.

La formalisation de ces outils devra être réalisée en concertation étroite avec l'ensemble des utilisateurs : Directions, pôles et gestionnaires de comptes. Standardisés dans leur forme pour une compréhension rapide, ils pourront intégrer des données différentes en fonction des pôles. Par exemple, certains comptes pourront être plus détaillés en fonction de la consommation.

Le SIH permettra la remontée d'information des unités fonctionnelles où la collecte des informations est faite vers les différentes directions fonctionnelles. Cette information pourra être utilisée dans le cadre du contrôle de gestion. Préalablement, cela nécessitera une définition claire du domaine du reporting au sein de l'institution. Cela signifie qu'une réflexion devra être engagée sur l'étendue de la collecte de l'information par les pôles, d'une part, et l'utilisation de celle-ci, d'autre part.

L'accès informatique direct aux datamarts permettra aux responsables de pôle d'avoir une connaissance précise et rapide des informations les concernant. Il fournira aux responsables de pôles des éléments pour leur permettre de suivre au plus près la gestion du pôle en ciblant leur mode de consommation, en repérant les dérives sur la base d'écart sur des indicateurs, cela afin de prendre les mesures adéquates qui s'imposent. Il ne s'agira pas de transmettre aux responsables de pôles une somme importante d'informations, mais des informations significatives. Il sera donc nécessaire, préalablement, de définir l'information mise à leur disposition.

Une meilleure traçabilité des données et la mise en place d'applicatifs de simulation permettront à la Direction Générale d'élaborer une véritable gestion stratégique.

B- Positionner les acteurs de gestion au sein de l'institution

Positionner les différents acteurs de gestion au sein du CHU de NANTES dépasse les enjeux du contrôle de gestion. En effet, l'absence de positionnement clair risque à terme de conduire à une démotivation, voire à une remise en cause de la gestion de proximité.

1- Les Cadres administratifs des pôles : acteurs essentiels de la gestion déconcentrée

La place du Cadre administratif de pôle est essentielle dans les procédures de gestion déconcentrée. Celui-ci est perçu au sein du pôle comme étant la personne ressource en matière de gestion. Le Directeur de Pôle, médecin, et le Cadre soignant, infirmier ou médico-technique, n'ont pas de formation en gestion et se trouvent, dans une certaine mesure, désemparés face aux nouvelles compétences de gestionnaires qu'ils endossent. Ils se tournent donc vers le Cadre administratif, issu de l'administration et aux compétences initialement non définies, pour assumer cette tâche. C'est la raison pour laquelle, il est devenu l'acteur principal de la gestion opérationnelle du pôle, d'une part, et le référent de la direction pour le contrôle de gestion, d'autre part. Une compétence solide en gestion apparaît indispensable pour pouvoir assumer ces fonctions.

La place des Cadres administratifs au sein de l'organigramme institutionnel est une de leur préoccupation. Volontairement, la Direction Générale les a placés au sein du pôle dans un but de légitimité par rapport à cette entité. Placés en dehors du pôle, ils auraient été perçus comme le « bras armé » ou « l'oeil » de la Direction et n'auraient pas la marge de manoeuvre qui est désormais la leur. Cependant, il est indispensable que le lien entre la Direction et les cadres de pôle ne soit pas coupé. Le contrôle de gestion est ce lien qui doit permettre d'assurer le dialogue permanent entre les Cadres administratifs et la Direction.

Une autre interrogation réside sur leur nombre. Doit-il y avoir un Cadre administratif par pôle? Pour les pôles très importants, comme le pôle thoracique et cardio-vasculaire, il semble qu'un Cadre administratif au sein de cette entité se justifie. En revanche, il convient de s'interroger pour les pôles de plus petite taille, comme le pôle odontologie, par exemple. Le choix d'un Cadre administratif par pôle a été préféré pour des raisons de légitimité. En immergeant, à temps plein, celui-ci dans le pôle, il a été « approprié » par les acteurs soignants. Il se peut cependant qu'à l'avenir, une fois l'organisation bien rodée, ces cadres soient amenés à exercer d'autres fonctions au sein du pôle. En effet, à partir du moment où ils auront les outils adéquats pour la gestion opérationnelle de leur pôle, ils pourront dégager du temps pour se consacrer à d'autres activités.

Enfin, la question de leur statut reste en suspens. Il n'existe pas dans la fonction publique hospitalière de statut correspondant à ce type de fonction. Le Cadre administratif, tout en étant rattaché

fonctionnellement au Directeur de Pôle, bénéficie d'un grade administratif : Chef de bureau ou adjoint des cadres, le plus souvent. Son statut et son grade dépendent de ce qu'il était initialement dans l'administration de l'hôpital. Il en est de même pour sa rémunération. C'est ainsi qu'au sein de l'institution des fonctions identiques sont exercées par des personnes ayant un statut, un grade et une rémunération différents. Cela peut, à terme, être une source de démotivation. Mais il n'existe pas de solution en interne, si ce n'est une remise en cause de la diversité de leur provenance administrative qui serait certainement mal perçue au sein de l'institution.

Pour que les Cadres administratifs trouvent toute leur place au sein de l'organisation interne du CHU, il est indispensable qu'ils soient en mesure d'exercer leurs fonctions de gestionnaire de manière optimum. Pour cela, il est important de renforcer leur capacité en gestion opérationnelle et en contrôle de gestion, en particulier pour pouvoir exercer pleinement leur capacité d'interface entre la Direction et le pôle. La Direction doit être en mesure de leur fournir des outils performants de contrôle de gestion. De plus, ils doivent pouvoir avoir accès facilement à des outils de gestion opérationnelle. Pour les cadres n'ayant pas de formation initiale en gestion, une formation renforcée dans ce domaine serait sans doute à envisager.

2- Rechercher l'articulation entre les gestionnaires des pôles et les gestionnaires exerçant en administration centrale

a- Articuler les Directions de site et les Directions de pôle

Certaines conceptions maximalistes de la gestion de proximité, qui n'ont pas manqué d'apparaître au sein du CHU, ont mis en cause l'existence des Directeurs de sites hospitaliers, estimant que ceux-ci faisaient désormais double emploi avec les Directeurs de Pôle.

Il est indéniable que la déconcentration de la gestion a pour conséquence la diminution des charges de gestion des Directeurs de site au profit des Directeurs de Pôle. Mais, en contrepartie les Directeurs de site assument de nouvelles exigences en matière de contrôle et de conseil des pôles qui leur sont géographiquement rattachés. Les Directeurs de site doivent désormais veiller à la conformité des décisions des pôles à la réglementation générale et à la politique instaurée par la Direction

Générale. Ce contrôle de conformité est particulièrement important pour les organisations de travail novatrices qui pourraient être instaurées dans les pôles.

Par ailleurs, ils sont chargés par la Direction Générale de veiller à la réalisation des objectifs des pôles, en particulier ceux qui ne peuvent être objectiver grâce à des indicateurs.

Enfin, ils sont responsables, en concertation étroite avec le Directeur de Pôle, de toute négociation que le pôle pourrait être amené à engager avec des interlocuteurs extérieurs à l'institution. Ils sont, dans ce cadre, garants de la cohérence du discours institutionnel.

L'apparition récente de contraintes budgétaires liées aux dépenses de personnel a replacé à nouveau les directions de site comme interlocuteurs directs de la DPRS, au détriment des directions de pôle.

L'implication des Directeurs de site dans le contrôle de gestion est essentielle. D'ores et déjà ils sont intégrés dans la réorganisation de la gestion centralisée de l'établissement. Ils faudrait qu'ils soient, de surcroît, concernés par le contrôle de gestion des pôles qui leur sont géographiquement rattachés. A cet effet, ils devraient pouvoir disposer de tous les tableaux de bord transmis par les différentes directions, ainsi que les éléments de reporting des pôles vers les directions. Actuellement, ils participent aux réunions mensuelles de gestion du personnel. Quoiqu'indirectement concernés par la gestion des comptes de dépenses d'exploitation des groupes 2 et 3, la participation aux réunions de contrôle de gestion leur permettrait de remplir les fonctions de contrôle que leur a confié la Direction Générale.

b- Articuler les gestionnaires des comptes de dépenses d'exploitation des groupes 2 et 3 et les Directions de Pôle

La gestion des comptes de dépenses d'exploitation des groupes 2 et 3 a été déconcentrée dans les pôles. Cependant, cette gestion est une gestion d'opportunité. Les responsables de pôle ont compétence en matière de dépenses dans la limite du budget qui leur est alloué, mais, en contrepartie, ils n'ont pas de compétence pour acheter les produits correspondant à ces dépenses. Pour se fournir en produits de consommation à caractère médical et hôtelier, ils s'adressent aux gestionnaires des comptes placés dans les services centraux de l'hôpital.

Les gestionnaires sont devenus les interlocuteurs des pôles dont ils sont les fournisseurs, tout en continuant d'exercer leurs responsabilités en tant qu'acheteurs. Pour les dépenses dont ils gèrent les achats, ils se trouvent donc désormais dépendants des décisions des pôles. Dans ce contexte doivent-ils continuer de fournir un pôle en dérive sur un compte donné au détriment des autres ? Quel est leur capacité de réactivité face à ce type de situation ? Pour l'instant, aucune règle de fonctionnement n'a été déterminée.

Par ailleurs, qu'en est-il en cas d'application du principe de fongibilité entre les différents comptes par les Directeurs de Pôles? Les gestionnaires achètent sur la base des crédits déterminés dans le cadre réglementaire du budget hospitalier. Toute modification de dépenses doit faire l'objet d'un virement de crédit d'une ligne budgétaire à une autre diligenté par l'ordonnateur. Les gestionnaires pourront donc se voir imposer des diminutions de budget. Ils perdent ainsi une grande partie de la maîtrise des comptes qu'ils gèrent.

La gestion de proximité remet en cause les compétences des gestionnaires puisque tout en continuant de gérer les achats, ils ne maîtrisent plus les dépenses.

Les risques de démotivation, voire d'opposition sont importants. Il est donc indispensable de bien positionner les gestionnaires dans le cadre de la gestion de proximité. Gestionnaires en central, ils doivent rester les garants de la cohérence et de la maîtrise budgétaire. Alors, que cette compétence devrait leur faire tenir un rôle important dans le contrôle de gestion, ils y sont paradoxalement très effacés.

Le contrôle de gestion ne peut pas faire abstraction des gestionnaires. Une réflexion est en cours sur leur intégration systématique dans les procédures de contrôle de gestion des pôles. Intégrés dans le suivi et le pilotage des pôles, ils pourront exercer leurs compétences en matière de cohérence et de maîtrise budgétaires. De plus, leur niveau de compétence leur permet d'être les conseillers privilégiés des pôles en matière de gestion des comptes des groupes 2 et 3.

Cette analyse ne s'applique pas au pôle biologie qui présente la particularité d'être le seul pôle qui gère ses propres achats²⁹. Le Cadre administratif est l'acheteur des réactifs des laboratoires pour l'ensemble du CHU, dont le pôle biologie est le principal consommateur. Ce type d'organisation n'est pas reproductible sur l'ensemble de l'institution et ne peut être éventuellement envisagé que pour le pôle signal et image auquel serait confié la gestion des achats de dispositifs de radiologie pour l'ensemble du CHU mais dont il serait, dans les faits, l'unique consommateur.

En revanche, il n'est pas concevable que les autres pôles achètent pour leur propre consommation. Cela aurait pour conséquence le fractionnement des marchés, pratique interdite par le Code des marchés publics. Les produits ou les prestations de même nature doivent obligatoirement faire l'objet de marchés passés au niveau de l'entité juridique. Le pôle n'ayant pas de personnalité morale, il n'est pas autorisé à passer ses propres marchés pour sa propre consommation.

Les marchés publics doivent être conclus au niveau du CHU pour la consommation de l'ensemble de l'institution. Outre cet aspect essentiel, le fractionnement des marchés auraient des conséquences contre-productives pour l'institution, dont la capacité de négocier dépend des volumes en jeu.

II - Adapter le contrôle de gestion à la gestion de proximité

²⁹ La gestion des laboratoires est déconcentrée depuis 1990. Ceux-ci, regroupés géographiquement depuis cette date, sont dirigés par un Directeur des laboratoires qui est aussi, depuis 1998, le Cadre administratif du pôle biologie.

A- Pour un suivi opérationnel et stratégique de la réalisation des Contrats internes

1- Le pilotage opérationnel et stratégique des pôles par les tableaux de bord

Les tableaux de bord sont le principal outil du contrôle de gestion. Leur finalité est triple :

- ils mesurent les performances³⁰ du centre de responsabilité,
- ils assurent le suivi de la réalisation des objectifs,
- ils suivent les dérives par rapport au budget délégués.

Ils se positionnent entre le système d'information dont ils extraient les données essentielles et le processus de décision qui utilise ces données.

Du fait de l'importance de ces tableaux pour le contrôle de gestion, la méthodologie d'élaboration est particulièrement rigoureuse. Elle répond à des caractéristiques précises, qui sont les suivantes :

① Déterminer les objectifs du pôle, par exemple : rationaliser la gestion des ressources humaines.

② A partir des objectifs, déterminer les facteurs - clés de la gestion du pôle. Ces facteurs permettent de mesurer l'efficacité et l'efficience de la gestion. L'ensemble des spécialistes s'accordent à dire que 5 à 6 facteurs - clés suffisent. L'absentéisme peut être choisi comme facteur - clé.

③ A ces facteurs - clés correspondent des indicateurs. Ceux-ci sont de deux types : des indicateurs d'information, nécessaires aux responsables de pôle pour pouvoir se situer, et des indicateurs de gestion, sur lesquels ils disposent d'une possibilité d'action. L'indicateur est objectivé par un chiffre. Par exemple, cela peut être le taux d'absentéisme du pôle.

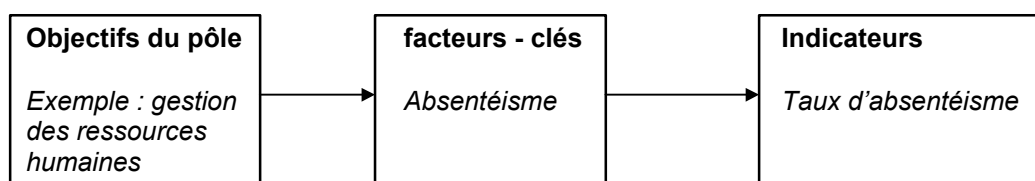
Ces indicateurs doivent permettre la comparaison, soit par rapport à une norme préétablie ou extérieure, soit par rapport au passé. Ils peuvent être mis en rapport avec d'autres indicateurs dans le but d'analyses croisées.

L'explication des écarts entre les indicateurs prévisionnels et ceux réalisés permet de déclencher des actions correctrices en cas de besoin. Celle-ci a aussi un objectif pédagogique afin d'améliorer les outils prévisionnels. Elle permet, par ailleurs, à la Direction d'exercer pleinement son rôle d'expertise et de conseil en gestion auprès des pôles.

④ La périodicité est déterminée en fonction de l'utilisation qui en est faite. La transmission des tableaux de bord doit être rapide pour permettre aux responsables de pôle de réagir rapidement. Il est indispensable que les délais soient respectés, sinon les destinataires des tableaux de bord risquent de remettre en cause l'utilité de ce qui leur est transmis.

⑤ Enfin, la présentation est essentielle. Celle-ci doit être claire et aménager des zones de commentaires. Les tableaux sont utilisés pour toutes données exigeant une précision importante. Les courbes représentent l'évolution d'un ratio. Les histogrammes et les barres traduisent bien les effets de masse surtout pour les valeurs quantitatives. Enfin, les secteurs et les aires représentent la décomposition d'un ensemble de plusieurs composants.

Méthodologie d'élaboration des tableaux de bord :



L'élaboration des tableaux de bord exige une participation importante des responsables des pôles. Ils doivent être en mesure de déterminer quelles informations ils souhaitent voir apparaître. La personnalisation des tableaux de bord en fonction des pôles ne peut que renforcer l'intérêt à leur

³⁰ La performance est définie comme étant l'écart entre les objectifs et les résultats (efficacité), ou la consommation des moyens comparée aux résultats (l'efficacité).

égard. Cependant, ils doivent avoir conscience que des tableaux de bord ne sont pas des outils de gestion qui leur permettent d'aller dans le détail de chaque ligne budgétaire par unité fonctionnelle, par exemple. Pour cela, ils disposeront d'autres outils, grâce à l'accès aux datamart dans le système d'information. L'analyse dans le détail ne doit se faire qu'à partir du moment où le tableau de bord a mis en exergue des éléments de dérive, celui-ci étant le support qui permet de pointer les éléments nécessitant une analyse plus poussée. En surchargeant les tableaux de bord d'indicateurs, les gestionnaires des pôles risquent d'être noyés sous l'information, sans discerner l'essentiel de l'accessoire. Les tableaux de bord perdraient alors tout leur intérêt.

2- Les éléments du reporting ascendant et descendant à déterminer

Le SIH permettra la saisie de données à différents niveaux. Il sera donc nécessaire de déterminer quelles seront les informations transmises de la Direction générale à destination des pôles (reporting descendant) et celles transmises des pôles vers la Direction Générale (reporting ascendant).

Les informations provenant de la Direction Générale seront traitées par les directions fonctionnelles concernées. Elles seront ensuite transmises au pôle. Le Directeur de site dont dépend géographiquement le pôle devrait être systématiquement destinataire. En revanche, les gestionnaires ne recevraient que les informations les concernant. Les circuits seraient identiques en sens inverse. Les pôles transmettraient l'information aux directions fonctionnelles concernées, le Directeur de site recevrait la totalité des informations et les gestionnaires n'auraient que celles qui les concernent.

3- Une allocation budgétaire basée sur l'activité et les coûts engendrés par celle-ci

Les budgets délégués dans les pôles sont calculés sur une base essentiellement historique, en fonction des consommations des trois années précédentes. Ce mode d'allocation est insatisfaisant pour l'ensemble des acteurs de l'institution. La Direction a conscience que les budgets délégués ne correspondent pas à la réalité de l'activité médicale. Les Directeurs de Pôle considèrent que cela est

injuste puisque, d'après eux, leurs ressources ont toujours été inférieures à leurs besoins réels. Cet argument, subjectif, ne peut être combattu par aucun élément objectif. C'est la raison pour laquelle une réflexion est en cours pour l'utilisation du PMSI, afin de connaître les coûts engendrés par l'activité médicale des pôles. L'établissement ne disposant pas d'une comptabilité analytique par séjour, la méthode utilisée consiste à déterminer dans un premier temps le case-mix du pôle afin de calculer le nombre de point ISA produit par celui-ci. Dans un second temps, le point ISA fait l'objet d'une valorisation monétaire interne sur la base de la comptabilité analytique de structure. Ce calcul est placé sous la responsabilité du médecin responsable du département de l'information médicale, qui travaille en étroite concertation avec la DAFCG.

Cependant, l'allocation budgétaire basée sur une estimation historique ne pourra pas être complètement abandonnée en raison des limites du PMSI.

En effet, le PMSI, outil d'évaluation médico-économique a été créé pour l'évaluation globale de l'activité d'un établissement hospitalier. Il mesure un séjour dans sa globalité. En revanche, il manque de finesse pour pouvoir répartir au plus juste les coûts d'activité au sein de l'hôpital, d'une part, et n'évalue que les coûts engendrés par l'activité MCO, d'autre part.

La première limite provient des séjours multi-pôles qui posent des difficultés pour la réaffectation des coûts. Pour cela, la clé de répartition choisie est calculée au prorata du nombre de points ISA propres à chaque Résumé unité médicale (RUM), pondérée par le rapport de la durée de séjour dans le pôle sur la durée de séjour de référence du Groupe homogène de malade (GHM). Cette méthode a l'avantage de corriger les écarts dus aux durées de séjour trop longues ou trop courtes du fait d'une organisation ou de méthodes propres au service et non justifiées par la pathologie. En revanche, cela a tendance à surélever la production des multiséjours.

Une seconde limite est liée à l'absence d'évaluation de certaines activités. En l'occurrence, les pôles de psychiatrie et de soins gériatriques ne peuvent pas être évalués sur la base du PMSI puisque leur activité n'est pas cotée. L'activité du pôle soins de suite et réadaptation, tout en étant cotée, ne pourra être évaluée dans l'immédiat car l'échelle des coûts ne sera publiée qu'en 2000 ou 2001. L'activité réalisée par le pôle urgences n'est pas cotée en grande partie, au même titre que

l'ensemble des consultations réalisées au sein des pôles. Pour ceux dont l'activité repose essentiellement sur les consultations comme le pôle odontologie, l'évaluation par le PMSI ne pourra être que très partielle. Enfin, il n'existe pas de cotation spécifique pour la réanimation, l'activité du pôle anesthésie-réanimation ne pourra pas être évaluée sur cette base sans que cette structure s'en trouve lésée.

Le PMSI est actuellement le seul outil objectif permettant de connaître les coûts de l'activité médicale. Mais, du fait de ces limites, celui-ci ne pourra être qu'un élément d'information utilisé lors de la négociation des contrats internes. Les premières données seront produites pour la négociation des contrats 2000.

En tout état de cause, quelque soit le mode de répartition budgétaire utilisé, des d'outils prospectifs de prévision des tendances d'évolution de l'activité sont indispensables afin de déterminer le budget à déléguer.

4- Intégrer la qualité au contrôle de gestion

L'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients est un des objectifs prioritaires de la gestion de proximité. Son évaluation dans le cadre du contrôle de gestion permettrait de pouvoir déterminer la performance des pôles dans ce domaine.

Cependant, certains aspects de la qualité restent difficiles à objectiver , en particulier la qualité des soins pour laquelle aucun indicateur n'est réellement pertinent. C'est pourquoi, le contrôle de gestion tout en prenant en compte cet aspect, doit rester modeste dans ce domaine.

En revanche, d'autres aspects de la qualité de la prise en charge méritent d'être approfondies. D'ores et déjà certains pôles en ont fait leur objectif prioritaire et commencent à mettre en œuvre des protocoles d'assurance qualité . Par ailleurs, de nombreux acteurs hospitaliers sont sensibilisés à l'accréditation qui devrait prochainement être mise en œuvre. L'ensemble de ces facteurs ne peut

qu'argumenter en faveur de l'introduction de la qualité dans le contrôle de gestion. Cela serait perçu de manière favorable par les responsables de pôle.

B- Positionner le contrôle de gestion dans l'institution

1- Vers une cellule centralisée d'analyse et de contrôle de gestion

Face à la complexité croissante du contrôle de gestion liée à l'émergence des pôles et l'importance de ses enjeux pour la gestion de proximité, il convient de s'interroger sur la centralisation et le rattachement fonctionnel de celui-ci dans l'organigramme du CHU.

La plupart des établissements hospitaliers de taille comparable ont une cellule de contrôle de gestion identifiée, rattachée soit à la Direction Générale, à l'instar du CHU de BORDEAUX, soit à la Direction des Affaires Financières comme au CHU de GRENOBLE, soit à la Direction de l'organisation et des systèmes d'information comme au CHU de MONTPELLIER.

La centralisation du contrôle de gestion apporterait-elle une plus-value au contrôle de gestion? L'éclatement entre plusieurs directions fonctionnelles ne favorise pas la mise en œuvre de procédures homogènes à destination des pôles. Actuellement trois directions sont concernées, mais l'évolution du contrôle de gestion pourrait concerner, en plus, le département d'information médicale, d'une part, et la direction de la qualité, des risques et des usagers, d'autre part. Une cellule centralisée favoriserait la cohérence des interventions de ces différents acteurs en matière d'élaboration d'outils et d'harmonisation des procédures.

En tout état de cause, avant d'envisager une centralisation qui n'est pas à l'ordre du jour, il est nécessaire de réfléchir à une coordination optimum entre les différentes directions fonctionnelles concernées et à une adaptation de leur organisation interne.

La gestion de proximité est une organisation pilotée par la Direction Générale. Les contrats internes sont conclus par la Direction générale et les Directeurs de Pôle, la premier déléguant la gestion des ressources au second. Il semble donc logique que le contrôle de gestion lui soit fonctionnellement rattaché.

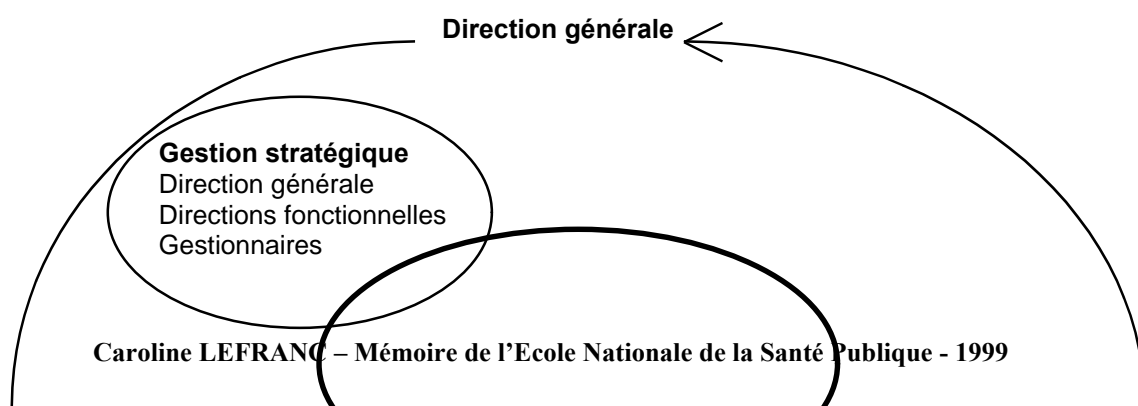
Les Cadres administratifs pourraient être intégrés à cette cellule de contrôle de gestion, en tant que contrôleurs de gestion décentralisés. Leur présence à l'intérieur des pôles et les procédures de contrôle de gestion qu'ils y développent leur permettent d'avoir à leur niveau des éléments indispensables à la gestion, dont la Direction ne peut pas avoir connaissance. Leur implication dans le pôle favorise l'auto-contrôle qui est le meilleur type de contrôle.

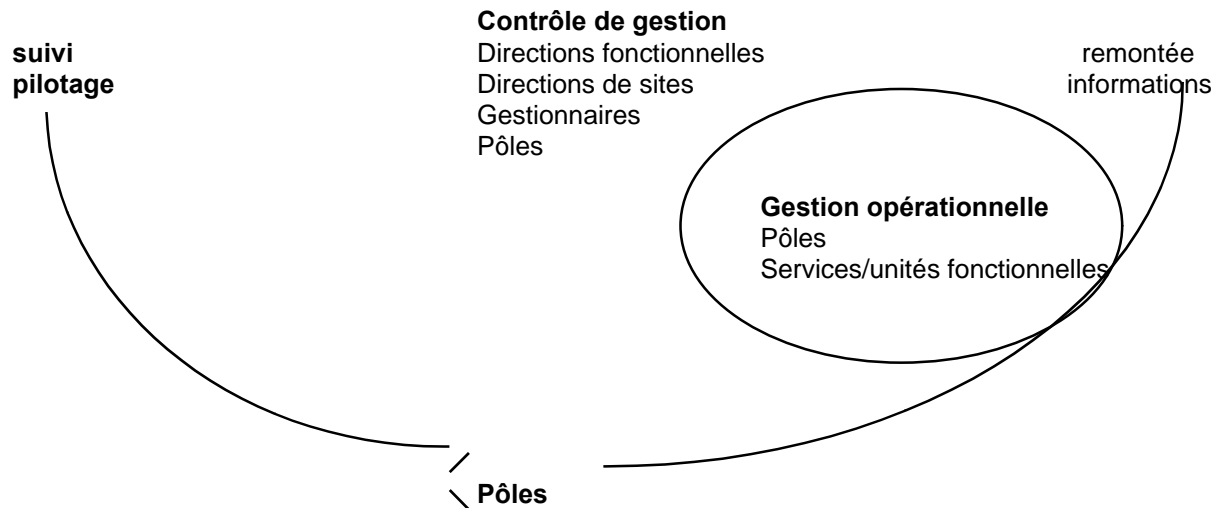
Outre l'animation des procédures et d'élaboration des tableaux de bord, la cellule de contrôle de gestion pourrait se voir confier d'autres tâches étroitement liées à cette fonction. En particulier, elle pourrait, dans le cadre de ses analyses, mettre en exergue les facteurs potentiels d'accroissement de l'efficacité et ainsi inciter les responsables de pôle à remettre en cause une organisation du travail ou d'une activité. Incitateur du changement et du progrès, le contrôle de gestion prendrait alors une dimension supplémentaire dans le cadre du pilotage stratégique.

2- Le contrôle de gestion : interface entre la gestion stratégique et la gestion opérationnelle

Le contrôle de gestion se situe à l'articulation entre la gestion stratégique faite par la Direction générale et la gestion opérationnelle réalisée dans les pôles. Par son intermédiaire, la Direction Générale peut assurer un suivi et un pilotage des pôles. En contrepartie, il assure la remontée de l'information des pôles vers la Direction Générale, pour une prise de décision stratégique cohérente en fonction de l'évolution de l'institution. Le contrôle de gestion est le pivot de la gestion de l'institution.

Le positionnement du contrôle de gestion





Le contrôle de gestion positionne l'ensemble des responsables de gestion de l'institution, quelque soit leur niveau d'intervention. La prise en compte de cette dimension humaine est indissociable de la réflexion sur les outils. L'aspect humain étant un élément déterminant du changement, ou au contraire un facteur de blocage de la mutation, il est donc indispensable que le contrôle de gestion fasse l'objet d'un consensus au sein de l'institution et que ses enjeux et ses finalités soient bien perçues par chacun. Pour cela, la concertation pour l'élaboration d'outils et de procédures est nécessaire.

A partir du moment où l'institution sera en mesure d'analyser les résultats de la gestion de proximité, elle saura si ses objectifs sont atteints et si les moyens délégués correspondent aux besoins des pôles . Le contrôle de gestion remplira alors sa mission.

Conclusion

Etudier le contrôle de gestion dans une institution de la taille du CHU de NANTES permet d'appréhender la complexité qui caractérise l'hôpital, complexité renforcée par la mutation liée à la mise en œuvre de la gestion de proximité. Outil dépendant étroitement de l'organisation de la structure à laquelle il s'applique, son analyse exige préalablement une connaissance approfondie du fonctionnement interne de celle-ci, ainsi qu'une approche transversale de son organisation, où les facteurs humains tiennent une place essentielle.

Au 1^{er} janvier 2000, le CHU de NANTES sera totalement organisé en gestion de proximité. Il aura donc fallu quatre ans entre le diagnostic initial traduisant la volonté de changement et la fin de la réorganisation, ce qui est très court pour une institution de cette taille. La rapidité de cette réorganisation explique en grande partie les difficultés rencontrées à ce jour.

En effet, la gestion de proximité a été volontairement mise en œuvre très rapidement, sans que l'ensemble de l'institution soit préalablement préparée au changement. En l'occurrence, l'organisation des services administratifs n'a pas été modifiée et le système d'information n'a pas fait l'objet d'adaptation préalable. Le contrôle de gestion, dans ce contexte, n'a pas pu évoluer et ne correspond plus à l'organisation interne de la gestion de l'institution. L'année 2000 sera déterminante. D'une part, le projet ESTUAIRE de réorganisation du SIH permettra l'élaboration d'outils adaptés. D'autre part, la Direction Générale vient de créer deux commissions chargées de réfléchir à l'organisation de l'administration de l'hôpital. Ces deux commissions, la Commission des métiers de l'administration et la Commission des métiers techniques et logistiques, s'inscrivent dans l'esprit de démocratie qui soutient la gestion de proximité. Organes d'expression des métiers qui n'entrent pas dans la composition des pôles médicaux, elles sont chargées dans un premier temps de définir de nouvelles règles de fonctionnement administratif.

Onze pôles nouveaux entreront en fonction prochainement, ce qui représente plus de la moitié du CHU. Des difficultés ne manqueront pas de survenir. Mais, ces pôles bénéficieront de l'expérience

de leurs prédécesseurs, d'une part, et des conclusions du groupe de travail, d'autre part. Il n'y a aucun doute que l'institution saura relever le défi.

Dans les années qui viennent, le CHU devra consolider son mode de fonctionnement. Des modifications seront sans doute nécessaires, une organisation novatrice ne pouvant pas se passer d'une phase d'adaptation. Le groupe de travail sur la gestion de proximité se transformera en cellule de veille. Il sera chargé du suivi et de trouver des solutions aux difficultés qui pourront apparaître.

Actuellement nul n'est en mesure de savoir si la gestion de proximité sera source de rationalisation budgétaire. Mais en tout état de cause, les réflexions intéressantes menées à l'intérieur des pôles sur l'optimisation de l'organisation du travail et de la prise en charge des patients permettent, d'ores et déjà de percevoir que l'objectif organisationnel sera atteint. La gestion des organisations semble être le domaine où la gestion de proximité est la plus prometteuse.

Volonté du sommet stratégique de l'établissement, la gestion de proximité, pour atteindre ses objectifs, doit être appropriée par l'ensemble des acteurs hospitaliers, l'élément humain étant le facteur essentiel de la réussite du changement. Les transformations de compétence, le déplacement du pouvoir de décision et de gestion et les modifications de l'organisation bouleversent les schémas traditionnels de fonctionnement. Il est indispensable que chacun y trouve sa place : Chefs de service, partenaires sociaux, mais aussi praticiens hospitaliers dont le positionnement en CHU est parfois délicat. Mais au-delà l'ensemble du personnel doit être concerné. Son adhésion conditionne le succès de la gestion de proximité.

Remerciements

Pour l'élaboration de ce mémoire, mes remerciements vont à :

Monsieur Jean-Paul GUERIN, Directeur Général du CHU de NANTES, qui m'a permis de réaliser ce stage et cette étude dans les meilleures conditions ,

Monsieur Robert REICHERT, Directeur Général Adjoint du CHU de NANTES, et **Monsieur le Docteur Charles DUBOIS**, Vice - Président de la Commission Médicale d'Etablissement, co-présidents du groupe de travail sur la gestion de proximité , qui m'ont autorisé à assister à l'ensemble des séances,

Madame Karine PASSAGNE, Contrôleur de gestion au CHU de GRENOBLE, Directrice de mémoire, pour ses nombreux conseils,

Mademoiselle Corinne PASQUAY, attachée de Direction à la Direction des affaires financières et du contrôle de gestion, plus particulièrement chargée du contrôle de gestion au CHU de NANTES, maître de stage attentif qui si patiemment répondu à mes innombrables questions,

et toutes les personnes rencontrées qui ont su me faire partager leur expérience et leur savoir sur la gestion de proximité.

Les personnes rencontrées

Monsieur REICHERT, Directeur Général Adjoint, co-président du groupe de travail sur la gestion de proximité.

Monsieur le Docteur DUBOIS, Vice-Président de la Commission Médicale d'Établissement, co-président du groupe de travail sur la gestion de proximité,

Monsieur le Professeur BOUHOUR, Directeur du pôle thoracique et cardio-vasculaire,

Monsieur le Professeur LUSTENBERGER, Directeur du pôle biologie,

Monsieur le Docteur ANTONIOLI, responsable du département d'information médicale,

Madame COUILLAUD, gestionnaire aux magasins,

Madame MICHEL, informaticienne, chef de projet informatique gestion de proximité,

Madame CAILLAUD, cadre administratif du pôle ostéo-articulaire,

Monsieur DEVILDER, cadre administratif du pôle biologie,

Monsieur DHERVILLE, cadre administratif du pôle urgences,

Madame MOREAU, cadre administratif du pôle thoracique et cardio-vasculaire,

Madame PELOTE, cadre soignant du pôle thoracique et cardio-vasculaire,

Monsieur POIRIER, cadre soignant du pôle biologie,

Monsieur BENIER, bureau de la paye, DPRS,

Madame DESOMME, bureau des statistiques, DAFCG,

Madame LAURENT, bureau du budget, DAFCG,

Madame MEHANNE, chef de bureau , bureau du recrutement, DPRS,

Monsieur RIVALAND, chef de bureau, Direction du personnel du site Hôpital Guillaume et René Laënnec

Liste des abréviations

CHU : Centre hospitalier universitaire

CSP : Code de la santé publique

ARH : Agence régionale de l'hospitalisation

DPRS : Direction du personnel et des relations sociales

DAFCG : Direction des affaires financières et du contrôle de gestion

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique

SIH : Système d'information hospitalière

ISA : Indice synthétique d'activité

Références bibliographiques

- 4- Michel CHARPENTIER et Philippe GRANDJEAN, Secteur public et contrôle de gestion, pratiques, enjeux et limites, Editions d'organisation, p.7.
- 8- Michel CHARPENTIER et Philippe GRANDJEAN, Secteur public et contrôle de gestion, pratiques, enjeux et limites, Editions d'organisation, p.233.
- 9- Michel CHARPENTIER et Philippe GRANDJEAN, Secteur public et contrôle de gestion, pratiques, enjeux et limites, Editions d'organisation, p 38 - 40.
- 10- Michel CALMON, Contractualisation interne et délégation de gestion, Revue hospitalière de France, n°6, Novembre - Décembre 1997, p 835
- 12- Michel CALMON, Contractualisation interne et délégation de gestion, Revue hospitalière de France, n°6, Novembre - Décembre 1997, p 832-843

Bibliographie

Ouvrages

Code de la santé publique

BOUQUIN H. - Comptabilité de gestion. - Editeur Paris : Dalloz/Sirey, 1993
Pages 493p , Collection : Administration des entreprises

DUCROCQ C. - le contrôle de gestion des établissements hospitaliers - Editeur : Paris, Berger-Levrault, 1990 , 267 p.

CHARPENTIER M. et GRANDJEAN P.- Secteur public et contrôle de gestion, pratiques, enjeux et limites- Editions d'organisation, 1998,Collection service public de la mission métier, 394 p.

GALAMBERT P. - Les nouveaux objectifs du contrôle de gestion - Editeur Paris : Les Editions d'Organisation, 1991, Pages 171p.

GERVAIS M. - Contrôle de gestion - Editeur Paris : Economica, 1997 , 6e édition, 719p.,
Collection : Gestion, Politique générale Finance et Marketing.

GUEDJ N., et al. - Le contrôle de gestion pour améliorer la performance de l'entreprise - Editeur Paris : Editions d'organisation, 1991 , 678 p.

Mémoires

BARRET L. - Mémoire de Directeur d'Hôpital, Ecole nationale de la santé publique. Rennes- Pour une participation des unités de soins à la gestion : la déconcentration budgétaire au centre hospitalier de Lagny/Marne la Vallée. Décembre 1996 ; 93p

BRAS J.C.- Mémoire de Directeur d'Hôpital, Ecole nationale de la santé publique, Rennes- L'organisation interne en pôles, à partir de l'expérience de contractualisation interne du CHU de NANTES, Décembre 1998, 75 p.

LAFLAQUIERE S. - Mémoire de Directeur d'Hôpital, Ecole nationale de la santé publique. (E.N.S.P.). Rennes- La mise en place d'un système d'analyse de gestion au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux. Décembre 1994 , 90p.

Périodiques

ANHOURY P., COINTEMENT S. - Le contrôle de gestion : d'une logique budgétaire à la gestion des performances. - GESTIONS HOSPITALIERES, juin - juillet 1998, n°377 , pp. 402-404

BESCOS P., MENDOZA C. - Les besoins d'informations des managers sont-ils satisfaits ? La remise en cause des systèmes formalisés d'information. - REVUE FRANCAISE DE GESTION , Novembre - décembre 1998, n°121 , pp. 117-128.

BEUSCART R.- Besoins et attentes des hospitaliers en matière de systèmes d'information médico-administratifs. - REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE , mars - avril 1996, n°2 , pp. 221-225.

BOUX O., NISAND G., ROESLIN N., PENOT A., DOFFOEL M. - Intégration dans le SIH d'une application de gestion de production de soins. - GESTIONS HOSPITALIERES , avril 1998, n°375 , pp. 272-274

CALMON M. - Contractualisation interne et délégation de gestion - REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE, n°6, Novembre - Décembre 1997, p 832-843

CARDOT C. - L'évolution de la comptabilité et ses conséquences sur le contrôle de gestion. - REVUE FRANCAISE DE COMPTABILITE , Mars 1998, n°298 , pp. 88-92

COURAY S. , COLIN C., Méthode de répartition des points ISA dans le cas de séjours multi-unités : synthèse et analyse critique, JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE , 1998 , Tome 16 , n°6 , pp 437-446

DE LONGEAUX D. - Trente ans après, les nouveaux défis du contrôle de gestion. - ECHANGES , Juillet 1994, n°107 , pp. 25-28

DINIS A., LABROUSSE M. - Plateau technique et système d'information. TECHNOLOGIE ET SANTE , juillet 1996, n°:26 , pp. 51-56.

FIALAIRE J. - les stratégies de la mise en oeuvre des centres de responsabilité - POLITIQUES ET MANAGEMENT PUBLIC , juin 1993, Volume 11, n°2 , pp. 1-49.

GANRY O. , MAGNIER S., DUCROCQ S., DUBREUIL A.- Méthode de répartition des points ISA dans le cadre de séjours multi-unités - JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE , 1998 , Tome 16 , n°6 , pp 431-436

HORELLOU-LAFARGE C., JONCOUR Y., LAFARGE H. - Evaluation de la mise en oeuvre des reformes hospitalières : budget global et départementalisation (rapport de synthèse mars 1988) - GESTIONS HOSPITALIERES , mars 1990, n°294 , 34 p.

LABROUSSE M., MAITRE F., GODEFROID C., DEBROSSE D., COURBIS T., CHARLOUX P., DELPLANQUE S., PENHOUE D., RESPAUD R., BONISSENT R., BOUCEY P., DINIS A., et al. - Bâtir un SIH : les conditions de la réussite. - TECHNOLOGIE ET SANTE , septembre 1996, n°27, supplément, pp 3-124

LAHMEK P., LESGOURGUES B. - Analyse synthétique du PMSI par service : comparaison de trois indicateurs simples. JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE - juin - juillet 1998, Volume n°16,n° 4-5 pp. 287-295.

LAUNAY G., PASSAGNE K., COURBIS T., DUJOLS P - Contrôle de gestion médicalisé. - JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE , octobre 1995, Volume n°13, n°6 , pp 329-336.

METRAL P., QUANTIN C., ALLAERT F.A., DUSSERRE L., et al. - Spécial médicalisation du système d'information hospitalier - JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE , Octobre 1995, n°6 , pp. 286-348

PENAUD M., BIRON N., BERETZ L., ROESLIN N. - L'utilisation du PMSI dans le cadre de la répartition des dépenses médicales et pharmaceutiques. - GESTIONS HOSPITALIERES, Juin - juillet 1998, n°377 , pp. 414-416

PENAUD M., NISAND G., SCHOTT L. - L'utilisation du PMSI dans l'optique de la mise en place du budget de service - GESTIONS HOSPITALIERES , juin - juillet 1998, n°377 , pp.408-413

PENAUD M., NISAND M.G., BIRON M.N., FAUJOUR M.V., ROESLIN M.N. - L'application du PMSI en gestion interne aux hôpitaux universitaires de Strasbourg - LA LETTRE D'INFORMATION HOSPITALIERE. LETTRE DES SYSTEMES D'INFORMATION MEDICALISES - n°35 - septembre 1999

ROMAN N. - Contrôle de gestion et budget de service. Imputation des actes du plateau médico-technique aux budgets des services cliniques - GESTIONS HOSPITALIERES, juin - juillet 1997,n°367, pp. 450-454.

Sommaire des annexes [NON PRESENTES]

Annexe 1 : Liste des pôles et des services rattachés

Annexe 2 : Exemple de contrat interne : le contrat du pôle thoracique et cardio-vasculaire - 1999

Annexe 3 : Grille d'entretien des cadres de pôle

Annexe 4 : Exemples d'outils confectionnés dans les pôles

Annexe 5 : tableaux de bord transmis par la DPRS et la DAFCG aux pôles