

ENSP
ECOLE NATIONALE DE
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'Hôpital
Promotion 2006-2008
Date du Jury : décembre 2007

LE PILOTAGE MEDICO-ECONOMIQUE DE PÔLE

**Outils et démarche à l'œuvre au Centre
Hospitalier de Versailles**

Stéphane BERNIAC

Remerciements

Avant toute chose, je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui ont contribué par leurs analyses et leurs écrits à l'enrichissement de ma réflexion.

Je remercie plus particulièrement Madame Béatrice Thibault, Directrice de la Logistique, des Achats et des Travaux et de la Sécurité au Centre Hospitalier de Versailles. Elle s'est pleinement investie dans sa fonction de maître de stage, mettant à ma disposition toutes les ressources nécessaires à ma réflexion.

Ce mémoire n'aurait pu avancer sans le regard éclairé et l'aide méthodologique de mon encadrant mémoire, Monsieur Emilien Abbal, Directeur des affaires financières au CHU de Toulouse. J'ai beaucoup apprécié nos échanges et ses grandes qualités d'analyse.

Je tiens également à remercier l'ensemble de l'équipe de direction du Centre Hospitalier de Versailles et quelques personnes ressources pour leur soutien :

Monsieur Jean-Yves Laffont, ancien Directeur du Centre Hospitalier de Versailles ; Madame Brigitte De La Lance, Directrice de la stratégie, des réseaux et de la santé publique ; Monsieur Michel Compere, Directeur des Affaires financières ; Madame Isabelle Metzger, Ingénieur Qualité, Madame Gaele Quily, Contrôleur de gestion ; Madame Carine Brout, secrétaire de la Direction générale.

Enfin, je sais gré à l'ensemble des personnels soignants, médicaux et administratifs du Centre Hospitalier de Versailles pour leur disponibilité et leur sens du partage d'expériences aussi bien dans le cadre de ce mémoire que tout au long du stage.

Sommaire

<u>INTRODUCTION.....</u>	<u>4</u>
<u>Méthodologie.....</u>	<u>7</u>
<u>1 Le pôle ABCDO consolide actuellement son diagnostic médico-économique partagé..</u>	<u>9</u>
<u>1.1 Un pôle pilote qui s’inscrit dans les réformes en cours.....</u>	<u>9</u>
1.1.1 Des réformes actuelles structurant le management hospitalier.....	9
A) La mise en œuvre du Schéma Régional de l’Organisation Sanitaire (SROS III).....	9
B) La Nouvelle Gouvernance : mise en place d’un pilotage médico-administratif et découpage en pôles.....	10
C) Le financement à l’activité ou la recherche de la rentabilité économique.....	12
D) La démarche Qualité et l’accréditation au CHV.....	15
1.1.2 Le pôle ABCDO : un pôle d’activité médical pilote au CHV.....	16
A) Le périmètre cohérent du pôle.....	16
B) Expérimentation dans le cadre du chantier MEAH.....	18
C) Ressources du pôle.....	19
D) Organisation interne du pôle ABCDO.....	20
E) Quelques données d’activité du Pôle (données PMSI).....	21
<u>0.2 Le diagnostic médico-économique partagé : un pilier du pilotage.....</u>	<u>22</u>
1.2.1 Un préalable indispensable : un système d’information et d’aide à la décision performant.....	22
A) Les caractéristiques et les fonctions du système d’information du CHV.....	22
B) Adapter le système d’information hospitalier à la tarification à l’activité.....	24
C) Développer le système d’information médico-économique et d’aide à la décision.....	24
1-2-2 Impact médico-économique de la T2A sur l’établissement.....	27
A) L’impact de la réforme sur l’activité et l’offre de soins.....	28
B) Efficacité économique de la réforme.....	29
C) Les risques liés à la qualité et à l’accès aux soins.....	31
1-2-3 Nécessité d’un diagnostic précis et partagé par les acteurs.....	34
<u>1 La dynamique de pilotage s’inscrit dans le respect de la cohérence institutionnelle de l’établissement</u>	<u>42</u>
<u>2-1 La planification : un instrument fondamental de pilotage.....</u>	<u>42</u>
2.1.1 Le projet de pôle : l’outil de définition et de transmission des objectifs.....	42
2.1.2 Le contrat d’objectifs et de moyens du pôle, un instrument de planification opérationnelle et de responsabilisation.....	45
A) Les objectifs contractualisés.....	45
B) Les moyens accordés.....	46

C) Les indicateurs de suivi et d'évaluation	46
D) L'intéressement aux résultats, une source de motivation.....	47
E) L'inexécution du contrat et les mécanismes potentiels de sanction.....	48
2.2 Piloter et évaluer la performance médico-économique du pôle	49
2.2.1 Le pilotage par processus, un mode de pilotage des organisations centré sur les mécanismes clés de la performance.....	49
2.2.2 La mesure et le suivi de la performance.....	51
A) Le tableau de bord équilibré, un outil de suivi global et prospectif.....	52
B) Le tableau de bord de gestion (TBG), un instrument français à s'approprier.....	54
2.2.3 Les nouveaux outils financiers et budgétaires indispensables au pilotage.....	55
A) Le Tableau Coût Case-Mix du pôle (TCCM) : un outil d'explication du résultat.....	56
B) Le Compte de Résultat du pôle : la contribution du pôle au résultat de l'établissement.....	57
C) La délégation de gestion et le budget de pôle au service de la responsabilisation du trio de pôle.....	59
D) La formation et l'apprentissage du trio de pôle.....	61
2-3 Garantir la cohésion institutionnelle	62
2.3.1 La formalisation des relations entre les pôles dans des contrats interpôles.....	62
2.3.2 L'équité dans l'affectation des produits des séjours multi-pôles	63
2.3.3 Les difficultés de la solidarité financière institutionnelle.....	65
<u>Conclusion.....</u>	69
<i>Bibliographie.....</i>	70
<i>Liste des annexes.....</i>	73
<u>Annexe 1 : Trame de questionnaire utilisée pour les entretiens au sein du Centre Hospitalier de Versailles.....</u>	II
<u>Annexe 2 : Présentation générale du Centre Hospitalier de Versailles en 2006.....</u>	III
<u>Annexe 3 : Découpage en pôle du Centre Hospitalier de Versailles, arrêté par le Conseil exécutif du 22 décembre 2006.....</u>	V
<u>Annexe 4 : Structuration du CHU de Toulouse en 25 pôles de gestion.....</u>	VII
<u>Annexe 5: Exemple de tableaux de bord de l'analyse médico-économique.....</u>	VIII
<u>Annexe 6 : CREA et TCCM du pôle 3 en hospitalisation pour l'année 2005.....</u>	IX
<u>Annexe 7 : Lettre d'information, L'Essentiel, édition du pôle ABCDO.....</u>	X

Liste des sigles utilisés

ABCDO	Anesthésie, Bloc, Chirurgie, Douleur, Obstétrique
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
CAC	Centre d'ACTivité
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CDUG	Chirurgie Digestive, Urologique et Gynécologique
CHV	Centre Hospitalier de Versailles
COM	Contrat d'Objectifs et de Moyens
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CM24	Classification Médicale de moins de deux jours
CMA	Complications et Morbidités Associées
CPOM	Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
CR	Centre de Responsabilité
CREA	Compte de Résultat Analytique
CTE	Comité Technique d'Etablissement
DAC	Dotation Annuelle Complémentaire
DIM	Département d'Information Médicale
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DRG	Diagnosis Related Groups
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
EPRD	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
GHM	Groupe Homogène de Malades
GHS	Groupe Homogène de Séjours
HAD	Hospitalisation A Domicile
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MEAH	Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PMCT	Poids Moyen du Cas Traité
SIH	Système d'Information Hospitalier
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
TCCM	Tableau Coût Case-Mix
T2A	Tarifcation à l'Activité
UF	Unité Fonctionnelle

INTRODUCTION

« Ne soyez ni obstinés dans le maintien de ce qui s'écroule, ni trop pressés dans l'établissement de ce qui semble s'annoncer ». Cette citation de Benjamin Constant constitue une sage recommandation aux responsables hospitaliers durant ces temps de profondes réformes structurelles. En effet, l'environnement des établissements de santé a connu des transformations importantes, qui bouleversent les conceptions et habitudes des acteurs. Actuellement, les hôpitaux évoluent très vite sous l'effet de trois grands enjeux stratégiques:

- Répondre aux besoins de santé tels qu'ils s'expriment dans le cadre du territoire de santé auquel il appartient, conformément aux orientations du schéma régional d'organisation sanitaire
- Assurer la meilleure qualité de prestation possible au patient grâce aux nouvelles techniques médicales et de prise en charge
- Optimiser son efficacité économique et organisationnelle

La loi du 19 janvier 1983 crée la dotation globale et le forfait journalier, qui assureront le financement des établissements publics de santé pendant vingt ans. Ce système permettait la déconnexion entre l'activité et les moyens et l'instauration d'un taux de progression annuel des dépenses hospitalières opposables aux hôpitaux (le taux directeur). Il a eu l'avantage de freiner la croissance des dépenses et d'obliger les hôpitaux à faire des économies de gestion. Toutefois, la dotation globale de financement est décourageante car elle n'incite pas les hôpitaux à développer l'offre de soins et qu'elle n'encourage réellement pas la bonne gestion. Le système privilégie les budgets « historico-politiques » et gèle les situations acquises.

Inscrit dans la loi de financement de la sécurité sociale de 2003, le plan Hôpital 2007 vise en partie à lutter contre les dérives engendrées par la dotation globale. Il a pour objectif de remodeler profondément le paysage hospitalier. Il comporte quatre orientations : soutien volontariste à l'investissement, assouplissement des règles de planification, nouvelle procédure d'accréditation des établissements et enfin rénovation du mode de financement. La tarification à l'activité (T2A) se présente comme une réforme majeure du financement des établissements. Elle contribue, avec la mise en place de la Nouvelle Gouvernance, à l'autonomie et à la responsabilisation des établissements. Dans ce cadre, des marges de manœuvre se dégagent pour les responsables, rendant nécessaire le pilotage médico-économique des structures hospitalières.

Couramment, la notion de pilotage renvoie à la conduite d'un véhicule. Au préalable, il convient de déterminer la destination, en s'accordant la possibilité d'ajuster la trajectoire,

voire la destination. Une fois la destination arrêtée, il faut ensuite choisir le meilleur trajet en fonction des contraintes identifiées et rassembler les ressources nécessaires pour ce voyage. Puis le pilote s'assure durant le trajet de la bonne marche du véhicule en suivant les tableaux de bord, constitués d'indicateurs clés. Il est particulièrement attentif au contexte extérieur qui peut impacter la performance du véhicule, voire en changer l'itinéraire. Cette démarche de pilotage est transposable dans les hôpitaux, notamment pour améliorer la performance économique et qualitative d'un pôle.

Il ressort de la Nouvelle Gouvernance que les médecins, qui sont à l'origine du recrutement et donc de l'activité et de la prescription, ne peuvent se désintéresser des conséquences de leurs actions et de leur organisation sur la gestion. De même, les équipes de direction ne peuvent ignorer les effets des décisions de gestion sur la qualité de la prise en charge médicale. L'objet des pôles d'activité médicale, cadres de gestion médicalisée, est d'élargir le socle de la responsabilité et de favoriser le copilotage médico-administratif permettant des choix stratégiques équilibrés.

Cela suppose d'un côté, que les directeurs connaissent davantage les activités médicales, tant du point de vue de la connaissance de l'offre de soins, des segments d'activité et des compétences médicales que des évolutions des techniques et des pratiques. La connaissance de l'activité dans sa dimension médico-économique et organisationnelle, en tant que potentiel de recettes, devient également aussi essentielle que l'était hier les dépenses. De l'autre, les praticiens vont devoir intégrer davantage qu'auparavant des problématiques de gestion. Mais il ne s'agit pas de faire des médecins des gestionnaires. Personne ne doit avoir le monopole de l'organisation tant il est vrai qu'elle demeure aujourd'hui la clé de la performance des structures hospitalières.

Cette démarche qui tente de concilier prise en charge médicale et gestion économique rencontre un engouement dans bon nombre d'établissements et notamment au Centre Hospitalier de Versailles. Dans cet hôpital référent sur le territoire des Yvelines, le Conseil exécutif a appuyé une dynamique de pilotage au niveau des pôles¹, qui se fonde sur l'analyse médico-économique de l'activité et des différentes ressources. Le pôle ABCDO (Anesthésie, Bloc, Chirurgie, Douleur, Obstétrique) ou pôle des pathologies chirurgicales a été choisie comme pôle expérimental de la démarche. Ce pôle clinique, au découpage original, s'inscrit dans une filière cohérente de prise en charge. Il se situe, fin septembre 2007, dans la phase de diagnostic médico-économique. Il apparaît dès lors intéressant de s'interroger sur les enjeux, les méthodes et les outils du pilotage médico-économique utilisables par ce pôle et les autres. Sur ces questions, un éclairage précieux m'a été apporté par le dispositif mis en place au Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse.

¹ Voir « Découpage en pôles au Centre Hospitalier de Versailles », annexe III

Dans le contexte de réformes actuelles, le pôle ABCDO consolide actuellement son diagnostic médico-économique partagé (I). Sur cette base, pourra s'engager une dynamique opérationnelle de pilotage et de suivi de la performance du pôle, dans le respect de la cohésion institutionnelle (II).

Méthodologie

Comme précisé précédemment, le sujet choisi a posé problème car le pilotage médico-économique de pôle n'est pas effectif au CHV et qu'actuellement les différents pôles se situent à un stade plus ou moins avancé de diagnostic. Certes, des outils de pilotage tel les CREA ou les TCCM sont utilisés mais pour une analyse rétrospective de la situation avant d'arrêter le projet de pôle.

La recherche documentaire

Tout d'abord; Je me suis inspiré d'ouvrages généraux sur le management, le contrôle de gestion et la gestion budgétaire afin d'identifier des pratiques et des outils pouvant servir de référence dans la démarche.

J'ai recensé également grâce à la Banque de Données de Santé Publique et le serveur de recherche documentaire de l'ENSP, les articles de revues et les ouvrages spécialisés portant sur la T2A et la gestion par pôle d'activité. En la matière, un nombre croissant de publications a été publié, mettant en lumière les implications de la réforme du financement sur l'organisation en pôles et la nécessité de disposer d'outils de pilotage.

Je me suis procuré les différents comptes-rendus des réunions d'analyse médico-économique qui ont eu lieu dans le pôle ABCDO depuis mars 2006. Le service du contrôle de gestion m'a fourni les tableaux de bord servant de base aux discussions et au diagnostic partagé.

La rencontre avec des acteurs extérieurs à l'établissement

A partir des documents collectés et analysés, il manquait des éléments sur les expériences de terrain et les difficultés rencontrés. Une grille d'entretien a été créée sur le mode semi-directif et elle enrichit la réflexion d'éléments empiriques. Cette grille doit permettre d'obtenir des témoignages sur des expériences menées dans les établissements (Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse, Centre Hospitalier de Rambouillet, Hospices Civils de Lyon).

Ces témoignages, notamment celui de mon encadrant mémoire à Toulouse, facilitent les comparaisons avec la démarche à l'œuvre au CHV, notamment sur la méthodologie employée, le niveau et le rythme d'avancement. Ce benchmarking m'a permis de réfléchir sur les outils et les méthodes qui pourraient à terme être utilisés au Centre Hospitalier de Versailles, sachant que le choix n'a pas encore été opéré.

L'enquête en interne

Enfin, je me suis lancé dans l'étude interne de la démarche en participant notamment aux réunions préparatoires et plénières concernant le pilotage des pôles.

J'ai mené des entretiens avec les différents responsables du pôle : le responsable médical, la directrice référent, la cadre supérieure de santé, la cadre administratif, la directrice des soins, le chef de service de gynéco obstétrique. Ces entretiens avec les acteurs apportent des indications sur leur vision du pôle et de la démarche, sur leurs projets, sur leurs aspirations en terme de délégations de gestion.

J'ai participé aux réunions de diagnostic médico-économique du lundi matin en présence du responsable médical de pôle, du directeur référent de pôle, du cadre supérieur de santé, du cadre administratif de pôle, de chefs de service, de cadre de santé, du médecin DIM, du contrôleur de gestion. Par contre, je n'ai pu assister aux réunions de la MEAH faute de places suffisantes dans les locaux de la Mission.

Suite à ces trois étapes de collecte de l'information, a débuté la phase de tri et d'analyse des données en lien avec la problématique arrêtée. Un décalage est apparu entre le niveau d'avancement de la démarche au Centre Hospitalier de Versailles et les outils mis en valeur dans les publications ou dans les autres établissements étudiés. La stratégie adoptée n'est pas la même, les outils opérationnels de pilotage n'étant pas encore en place. Ce mémoire analyse la dynamique à l'œuvre dans l'établissement, en insistant sur le chemin restant à parcourir et sur les nouveaux outils fort intéressants à disposition des responsables de pôle. Il suit dès lors le rythme assez lent de l'expérimentation, sachant que tous les instruments de pilotage ne seront utilisés qu'en fonction des capacités du système d'information et de leur appropriation par les acteurs.

1 Le pôle ABCDO consolide actuellement son diagnostic médico-économique partagé

Depuis une dizaine d'années, l'hôpital public est confronté à des réformes profondes qui impactent sur son mode de gestion. Le Centre Hospitalier de Versailles se trouve ainsi au cœur d'enjeux majeurs qui bouleversent son organisation : la mise en œuvre du SROS III, la réforme du financement des établissements de santé, la mise en place de la Nouvelle Gouvernance et la démarche de certification. L'institutionnalisation des pôles constitue un des points fondamentaux de la Nouvelle Gouvernance, ce qui a amené le CHV à conduire une expérimentation sur le pôle ABCDO. Ce pôle regroupant les pathologies chirurgicales s'est assez rapidement lancé dans l'analyse médico-économique de son activité, de ses ressources et de son résultat financier sur la base des données produites par le contrôle de gestion et le DIM. Les responsables de pôle mènent actuellement cette phase de diagnostic par service, diagnostic qui doit être partagé par l'ensemble des acteurs médicaux et soignants concernés.

1.1 Un pôle pilote qui s'inscrit dans les réformes en cours

1.1.1 Des réformes actuelles structurant le management hospitalier

A) La mise en œuvre du Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire (SROS III)

L'assouplissement de la planification est prévu par l'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé. Il s'agit de passer d'un système d'encadrement de l'offre de soins par des indices administratifs à une régulation régionale fondée sur les besoins et l'activité réels, concertée et contractualisée avec les établissements. Jugés inadaptés pour évaluer les besoins, la carte sanitaire et les indices de besoins fixés à l'échelon national ont été supprimés. Cette ordonnance confère un rôle accru au schéma régional d'organisation sanitaire, qui est alors recentré sur la prise en compte des besoins de santé, appréhendés à partir de caractéristiques épidémiologiques propres à chaque région. Le SROS comporte désormais une annexe opposable définissant les objectifs quantifiés de l'offre de soins par territoire de santé, par activité de soins, y compris sous la forme d'alternative à l'hospitalisation, et par équipement matériel lourd.

La dimension territoriale est également affirmée avec le remplacement des secteurs sanitaires par des territoires de santé, qui tiennent compte de la spécificité des activités de soins. Le but poursuivi avec la mise en place des SROS3 est vaste puisqu'il s'agit d'obtenir une meilleure couverture territoriale des besoins de santé des populations

en améliorant non seulement la qualité, l'accessibilité et l'efficacité du système de soins mais aussi l'articulation entre les différents acteurs d'une part et entre les territoires d'autre part. Ces territoires de santé sont des espaces à géométrie variable, définis selon les besoins à satisfaire et en tenant compte des capacités de l'offre existante.

Le deuxième changement notable concerne la régulation. Dans les SROS 1 et 2, cette régulation s'exerçait par l'offre de production de soins (lits et équipements). Un système relativement protecteur à l'époque pour le secteur sous dotation globale. Avec les SROS 3, tout change puisque la production de soins est désormais définie par la demande. L'évaluation des besoins hospitaliers, à un moment précis, doit permettre de définir les objectifs quantifiés d'offre de soins. Des ajustements sont à prévoir dans le temps et l'Etat doit par ailleurs intervenir pour garantir une équité nationale.

Enfin, dans les SROS 1 et 2, les établissements possédaient une certaine liberté d'action. Le contrôle des tutelles était effectué à travers l'allocation des ressources. Avec les SROS 3, une véritable contractualisation est mise en place, entre les "offreurs de soins" d'une part et entre ces "offreurs" et l'ARH d'autre part. Cette contractualisation passe par l'élaboration du projet médical de territoire (PMT), qui implique tous les acteurs (établissements, libéraux, élus, usagers, secteur médico-social). Si les SROS 3 apportent des changements qui peuvent être perçus comme des menaces, ils constituent avant tout des espaces stratégiques, dans lesquels des opportunités sont à saisir. Il s'agit désormais pour les acteurs des territoires de santé de construire, au sein des conférences sanitaires, leur projet médical de territoire (PMT) et de définir les objectifs quantifiés d'offre de soins, déclinables dans les établissements sous forme de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Pour le Centre Hospitalier de Versailles, les négociations pour la conclusion du CPOM ont débuté en novembre 2006 et la signature a eu lieu en mars 2007, sachant que l'annexe financière est toujours en négociation. L'objectif du SROS troisième génération est de se diriger vers une organisation sanitaire plus globale, mieux territorialisée, plus concertée, plus souple et contractualisée. Si ces objectifs sont louables, des incertitudes persistent quant à la déclinaison de ces schémas au sein des établissements. Cependant, toutes ces modifications sont source d'incitations fortes pour le Centre hospitalier de Versailles de développer les dispositions du CPOM en interne et de faire le lien ainsi avec le projet d'établissement. Ainsi toutes ces évolutions sont donc très imbriquées. Le pilotage médico-économique doit se conformer aux objectifs contractualisés et s'inscrire dans les orientations fixées par le SROS III.

B) La Nouvelle Gouvernance : mise en place d'un pilotage médico-administratif et découpage en pôles

L'ordonnance du 2 mai 2005 a pour but de simplifier l'organisation juridique des établissements de santé. La réforme de la nouvelle gouvernance repose sur deux piliers :

une nouvelle répartition des pouvoirs et le développement de la contractualisation. Elle a pour objectif de décloisonner les structures internes de l'hôpital et d'associer davantage les médecins à la gestion. Le conseil exécutif mis en place est significatif de cette évolution. Il contribue à rapprocher les mondes administratif et médical en leur offrant une instance de dialogue et de codécision. En effet, le Conseil exécutif participe à la définition de la politique générale et est chargé du suivi des contrats signés avec les pôles. Il joue un rôle fondamental dans le pilotage médico-économique de l'établissement en assurant la cohérence des contrats de pôle en eux.

L'article 7-I de l'ordonnance du 2 mai 2005 précise que : « *les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux mettent en place les pôles d'activité prévus à l'article L.6146-1 du code de la santé publique au plus tard le 31 décembre 2006. [...]* ». Comme le précise la circulaire DHOS de janvier 2007², seuls devraient être considérés comme mis en place les pôles :

- qui ont été créés par une délibération du conseil d'administration
- qui ont nommé un responsable
- qui ont négocié et signé un contrat interne avec le directeur et le président de la CME
- qui sont titulaires d'une délégation de gestion accordée par le directeur.

En effet, seuls ces contrats et délégations confèrent aux pôles les attributs qui leur sont nécessaires pour remplir le rôle qui a justifié leur instauration par la loi. Les critères au vu desquels les activités cliniques et médico-techniques sont regroupées dans les différents pôles (logique d'organes, de disciplines, de filières de soins ou de plateau technique) sont laissés à la discrétion des établissements.

Au départ, les pôles ne représentent qu'un agroupement de services dont ils reprennent dans un premier temps l'héritage, que ce soit en terme d'activité, d'organisation et de fonctionnement. Les promoteurs de la réforme espèrent que les pôles ne seront pas prisonniers de cet héritage et s'engageront rapidement sur la voie des recompositions nécessaires. L'offre de soins actuelle ne correspond pas forcément aux besoins de la population, ni aux standards modernes de prise en charge. Elle est par ailleurs souvent montrée du doigt pour la consommation excessive de ressources, sans pour autant aboutir à une prestation de meilleure qualité. En ce sens, les logiques médicale et économique se rejoignent pour promouvoir une recomposition de l'offre de soins interne. Les pôles sont souvent constitués d'entités disséminées dans l'espace. La logique, l'efficacité poussent dans le sens d'un rassemblement de l'ensemble de ces activités dans les mêmes murs.

² Circulaire DHOS, Présentation de la réforme de la gouvernance hospitalière, janvier 2007

C) Le financement à l'activité ou la recherche de la rentabilité économique

Engagée le 1^{er} janvier 2004, la mise en oeuvre de la tarification à l'activité (T2A) est vécue par les acteurs de terrain comme une véritable révolution culturelle. Son entrée en vigueur bouleverse les principes et les repères traditionnels du pilotage et de la régulation des dépenses hospitalières. Cette réforme du financement des établissements de santé concerne les deux secteurs et comporte des modalités de mise en oeuvre en cohérence avec les spécificités du public et du privé. Elle doit permettre une plus grande médicalisation du financement, une responsabilisation accrue des acteurs, une équité de traitement entre les établissements (redistribution des ressources), le développement des outils de pilotage qualitatif (incitation à la certification, analyse du case-mix) et médico-économique (contrôle de gestion et comptabilité analytique). En effet, l'un des objectifs majeurs de la réforme est d'inciter les établissements à développer des outils de gestion dans un but d'efficience médico-économique, et notamment en terme de sécurité et de qualité de prise en charge, au meilleur coût de réalisation.

La nouvelle tarification repose sur un système de financement mixte voué à s'étendre à d'autres secteurs (SSR, Psychiatrie). Elle s'applique à tous les établissements publics et privés titulaires d'autorisations de MCO, soit environ 2 000 établissements. La tarification à l'activité s'applique à toutes les activités de soins MCO quelles que soient leurs modalités : hospitalisation avec ou sans hébergement, hospitalisation à domicile, ainsi que consultations et soins externes. Toutefois, la mixité du système complique le panorama. Aujourd'hui, et pendant la période transitoire de montée en charge de la T2A (2004-2012), trois systèmes, au lieu de deux, vont en effet coexister : le financement par dotation globale, le financement par prix de journée et la tarification à l'activité. Certains établissements, qui exercent simultanément des activités relevant des différents régimes, devront donc appliquer des logiques différentes, peu compatibles sinon opposées, et gérer cette complexité. Cette difficulté, réelle et inhérente au choix d'une mise en oeuvre progressive de la T2A, ne doit toutefois pas être surestimée. Dans les hôpitaux publics en particulier, où la réforme de la gouvernance a notamment pour objet de créer des pôles, ces derniers seront spécialisés et relèveront d'un seul régime.

Ainsi, la T2A consiste en un financement mixte associant d'une part une dotation pour assurer l'ensemble des missions de service public et d'autre part un dispositif de tarification médicalisée pour l'activité de soins. Ce dernier prend en compte la nature et le volume d'activité de manière à financer la mobilisation de ressources nécessaire aux soins. La prise en charge financière de base, directement liée à l'activité, est adaptée à la nature des soins prodigués, au moyen de tarifs de séjours correspondant à des groupes homogènes de séjours (GHS) qui sont la traduction tarifaire de la classification en groupes homogènes de malades (GHM) issue du PMSI.

L'activité MCO est regroupée en 789 GHS en 2007. Les tarifs de GHS tiennent compte de la nature des pathologies prises en charge et des soins prodigués pendant les séjours hospitaliers, mais également de la durée moyenne de séjour et de l'âge des patients. Pour les séjours qui se prolongent (les séjours « extrême haut ») dont la durée moyenne est supérieure à une limite fixée au niveau national, une majoration journalière peut, dans la limite d'un plafond, être facturée. En fixant les bornes à un niveau relativement élevé, on peut inciter les établissements à diminuer, ou au moins à limiter, la durée moyenne de séjour et à permettre de mieux valoriser certains séjours dont la durée au-delà du plafond serait médicalement justifiée. Si la durée du séjour est inférieure à une borne basse (séjour « extrême bas »), l'établissement bénéficie de la moitié du tarif du GHS. Les bornes basses ont été volontairement fixées à un niveau très bas qui s'échelonne de 3 à 7 jours de manière à limiter l'application de ce mécanisme dont l'objectif est de dissuader les établissements de diminuer artificiellement la durée des séjours en dessous d'une limite qui poserait des problèmes de qualité et de sécurité des prises en charge. Les résultats des premières campagnes budgétaires montrent que cet objectif paraît atteint puisque le nombre de séjours « extrême bas » est marginal et même anecdotique.

Certaines activités font l'objet de financements spécifiques. En effet, toutes les dépenses de MCO ne peuvent pas être intégrées dans les GHS. En outre, il existe des facteurs d'hétérogénéité qui induisent des différences légitimes de coûts. On peut aussi, et c'est le choix qui a été fait, créer plusieurs dispositifs ciblés de corrections (coefficients géographiques : 7 % en Ile de France³), de forfaits annuels (urgences, prélèvement et greffes d'organes), de suppléments journaliers (réanimation, néonatalogie...) et affecter des dotations à la compensation de missions d'intérêt général (enveloppe MIGAC).

Les consultations et actes réalisés dans les services de soins externes et ceux réalisés lors des passages dans les services d'urgence sont rémunérés sur la base des nomenclatures et tarifs conventionnels applicables à la médecine de ville (classification commune des actes médicaux, CCAM). Comme pour les prestations d'hospitalisation, cette activité est financée pour partie par le versement d'une partie des tarifs (50 % en 2007) et, pour le solde, par la dotation annuelle complémentaire (DAC) des établissements.

L'objectif de la médicalisation du financement des établissements correspond à la volonté de rechercher une meilleure adéquation entre le niveau de financement d'une part et le volume et la nature de l'activité des établissements d'autre part. La T2A introduit toutefois un décalage entre les coûts de fonctionnement et les tarifs rémunérant l'activité. En toute logique, ceci crée la possibilité de générer un bénéfice et de manière symétrique,

³ Arrêté du 27 février 2007 fixant pour l'année 2007 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie

renforce le risque de perte ou de déficit. Dès lors, au niveau national, le ministère doit chercher à vérifier que tout en fixant un niveau de tarifs suffisamment bas pour être incitatifs à la maîtrise des coûts de production, le système continue de bien fournir, pour l'ensemble du secteur hospitalier, un financement compatible avec le maintien d'une prise en charge des patients dans des conditions d'accès de qualité et de sécurité « raisonnables ». La mise en place d'un pilotage médico-économique au niveau des pôles n'est pas neutre. Elle illustre un choix politique de forte responsabilisation des pôles. La T2A n'est pas seulement un système de financement, elle constitue un moyen de restructurer les établissements.

L'observation et le suivi régulier de la situation économique et financière du secteur des établissements de santé et son évolution fournissent des indications pertinentes pour juger globalement du bon niveau des tarifs alloués aux établissements : un nombre important d'établissement dont le CHV, connaissant des difficultés financières, le signe d'un différentiel important entre coûts et tarifs. Ces informations permettent d'identifier certains groupes d'établissements qui bénéficient ou pâtiront plus que d'autres du nouveau système. Le CHV a été identifié par le Ministère de la Santé comme faisant partie du groupe des établissements perdants à la T2A. Dans ce cadre, une mission de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) s'est rendue une journée sur place afin de réaliser un audit économique et financier, analysant et expliquant la situation financière tendue sous l'égide de la T2A.

Dans le cadre de la T2A, la situation économique et financière d'un établissement dépend directement du niveau des tarifs auxquels lui sont payés les soins qu'il fournit. Or le mécanisme de fixation des tarifs (ou des prix) est un point central du système théorique de concurrence par comparaison sur lequel est basé la T2A. Il repose sur un processus en deux étapes :

- Les établissements faisant partie de l'ENC⁴ identifient et annoncent leurs propres coûts
- Le calcul du tarif découle de la comparaison des coûts de l'échantillon sans suivre les coûts constatés. Il dépend d'orientations stratégiques poussant à développer ou réduire le champ de certaines activités cliniques.

Les règles de fixation des prix doivent nécessairement être transparents pour tous les établissements et que les coûts comme les prix puissent être observables par tous. Ces conditions fondent l'efficacité des mécanismes de concurrence par comparaison incitatifs aux gains d'efficience. A ce niveau apparaît l'importance d'un système d'information adéquate et modulable pour rendre compte des coûts, de même que la nécessité de suivre des indicateurs de performance permettant de suivre l'évolution des coûts.

⁴ Echelle Nationale des Coûts

D) La démarche Qualité et l'accréditation au CHV

En février 2006, la Haute Autorité de Santé (HAS) a accordé une certification avec suivi pour le CHV, suite à la visite de certification réalisée en décembre 2005. L'objectif de cette démarche à l'oeuvre depuis l'ordonnance de 1996, est de « mesurer le niveau de qualité et de sécurité des soins et d'apprécier la dynamique d'amélioration continue de la qualité ». Selon la HAS, elle doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques,

- Qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé
- Conformément à l'état actuel de la médecine
- Au meilleur coût pour le même résultat
- Au moindre risque iatrogène
- Pour sa plus grande satisfaction

La visite des experts visiteurs permet une évaluation indépendante sur la qualité d'un établissement à l'aide d'indicateurs, de critères, de référentiels portant sur les procédures et sur les bonnes pratiques cliniques. Cette démarche pousse en interne à l'amélioration continue de la qualité et en cela, elle a une influence directe sur le pilotage de la performance du CHV. De part son aspect transversal et pluridisciplinaire, elle porte sur toutes les activités de l'établissement, notamment sur les fonctions supports (logistique, direction administrative, gestion des risques).

Les étapes de la certification présentent des similarités avec la dynamique du pilotage médico-économique. L'auto-évaluation sert à collecter les informations en interne et à réaliser un diagnostic sur le niveau de qualité. A partir des constats réalisés, le CHV mesure l'écart par rapport aux références de la HAS, puis propose des pistes d'action. Pour la certification V2, les axes d'amélioration identifiés concernaient la sécurisation du circuit du médicament, la confidentialité des informations relatives au patient, l'exhaustivité des signatures des prescriptions diagnostiques en MCO, la traçabilité des informations données au patient et les délais de transmission des résultats des examens. L'avancement de ces actions est suivi dans le temps et un rapport sur ces points doit être fourni à la HAS.

Ces contrôles externes de la qualité et de la gestion des risques s'amélioreront encore dans les années à venir. Déjà la V2 présentait des évolutions notables par rapport à la V1 avec une prise en compte du management, du service médical rendu, et une association accrue des patients. La V2007, dernière version produite par la HAS, apporte quelques changements dans la démarche : un seul support, l'exigence sur les critères (et non plus sur la référence qui devient thème), réduction du nombre de critères (vue plus synthétique), simplification des EPP. Les résultats des visites sont disponibles sur le site

de la HAS et permettent à la communauté hospitalière, aux patients de se rendre compte du niveau de qualité atteint par leur établissement. Ces rapports restent pour le moment peu accessibles et peu compréhensibles pour le grand public contrairement à l'indice ICALIN (Indice Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales). En effet, en 2006, le Ministère de la Santé a publié pour la première fois un indicateur évaluant l'efficacité de lutte contre les infections nosocomiales. Il se fondait essentiellement sur une obligation de moyens puisque l'enquête recherchait la présence d'un Comité de lutte contre les infections nosocomiales sans en évaluer l'impact. La version 2006 du score ICALIN porte davantage sur les résultats et repose sur un faisceau d'indicateurs qualité. L'indice a fait l'objet ces dernières années d'une large publicité dans les journaux nationaux et le bon score du CHV (96 en 2006 : indice A de performance) démontre la forte imprégnation de la démarche dans l'établissement.

L'hôpital de Versailles se trouve donc dans un contexte de réformes qui impactent et structurent profondément la politique de l'établissement. Un des enjeux fondamentaux reste la recomposition de l'offre hospitalière qui passe par le découpage en pôle et le financement prospectif de l'activité de ces pôles.

0.1.2 Le pôle ABCDO : un pôle d'activité médical pilote au CHV

A) Le périmètre cohérent du pôle

Le Pôle dénommé « ABCDO » (Anesthésie, Bloc, Chirurgie, Douleur, Obstétrique) ou Pôle 3, se compose de plusieurs disciplines qui s'inscrivent dans une logique de filière de prise en charge chirurgicale et d'optimisation des plages horaires du bloc opératoire :

- L'anesthésie
- Le bloc opératoire et la salle de naissance
- L'unité de lutte contre la douleur
- La chirurgie digestive, urologique et gynécologique (CDUG)
- Les spécialités chirurgicales (ORL médico-chirurgicale, chirurgie Stomato/maxillo-faciale)
- La chirurgie orthopédique et traumatologique
- La maternité
- Le Bureau Central des Rendez-vous (BCRV)
- Les consultations spécialisées concernées dont le Centre de la Femme (consultations gynécologiques et obstétricales)

Les travaux du Comité de pilotage Nouvelle Gouvernance créé le 12 octobre 2005 ont abouti à cette proposition de découpage, qui a été validée par le Conseil d'Administration lors de la séance du 22 décembre 2006 (cf Annexe III). Le choix s'est

rapidement porté sur le pôle des pathologies chirurgicales pour mener une expérimentation pilote au sein du CHV. En effet, les responsables des structures composant le pôle avaient l'habitude de se réunir, de se concerter au Conseil de bloc, structure très dynamique au CHV depuis 2000. Le périmètre du pôle relève d'une logique de filière de prise en charge de type chirurgicale de l'entrée du patient (BCRV) à sa sortie.

Toutefois, la présence d'unités s'écartant a priori de cette logique crée une hétérogénéité et une originalité par rapport au découpage classique dans les établissements. En effet, le pôle 3 comprend une activité particulière (Obstétrique), des activités médico-techniques (le bloc général et bloc obstétrique, la salle de réveil-anesthésie, salle de travail) et de la gestion générale, logistique et administrative (BCRV, accueil et gestion des consultations externes), ce qui rend peu aisé le découpage analytique. Dans le pôle 3, la logique de filière a été déroulée dans son intégralité, le cas de l'obstétrique étant un peu particulier. La Maternité a été rattachée à ce pôle sur le fondement que la prise en charge des patientes est de type chirurgicale avec une forte activité programmée, la présence d'anesthésistes, une salle de travail, une intervention opératoire dans 20 % des cas (césariennes). Le problème majeur de cette affectation concerne les nouveaux nés et la néonatalogie qui ne font pas vraiment partie de ce type de filière.

Tout de même, le périmètre et la logique arrêtée font preuve d'une remarquable cohérence organisationnelle au sein de l'établissement, s'affranchissant ainsi du découpage analytique. Cette cohérence se retrouve autour de la filière de prise en charge, de la mutualisation des salles de bloc et de la collaboration renforcée entre chirurgiens et anesthésistes (ce qui n'est pas toujours le cas). Il y a bien des intérêts, des valeurs communes et maintenant, il ne reste plus qu'à mettre en place une « institution » commune, dans le sens sociologie des organisations.

Sous la conduite du Dr Philippe Beaufile, responsable médical de pôle et de Mme Brigitte de La Lance, directeur référent du pôle, le bureau de pôle s'est réuni quatre fois en 2006. Il se compose du responsable médical de pôle, du directeur référent, de la cadre administrative de pôle, de la cadre supérieure de pôle et des chefs de services composant le pôle, d'un membre du DIM, soit une dizaine de personnes au total. Des groupes de travail pluridisciplinaires se sont réunis pour décrire et analyser la filière patient en chirurgie, notamment afin de développer les potentialités de la chirurgie ambulatoire. En tant qu'expérimentateurs, les membres du pôle ont activement participé à la rédaction de la charte de fonctionnement des pôles, des fiches de fonction (responsable médical de pôle, cadre de santé de pôle, cadre administratif de pôle) et de quelques fiches de délégation de gestion des ressources humaines, des dépenses

hôtelières. Le conseil de pôle s'est réuni pour la première fois en juillet 2007 suite aux élections organisées le 20 juin 2007.

Le responsable médical du pôle a souhaité créer un sentiment d'appartenance à la nouvelle structure, tout en sachant que les liens d'attache au service resteront forts. Il a lancé l'idée d'un journal interne au pôle, *L'Essentiel* (Annexe VII), destiné à discuter de l'actualité et à informer les personnels médicaux et non médicaux des structures internes. De même, il a réuni le premier Conseil de Pôle trois semaines après le résultat des élections afin de poser rapidement les fondations de cette nouvelle instance. Ce conseil a été l'occasion de présenter les enjeux de la Nouvelle Gouvernance, l'activité de chaque service composant le pôle, et de répondre aux questions des représentants.

B) Expérimentation dans le cadre du chantier MEAH

Lancé en juin 2006, le pôle ABCDO fait partie également du chantier de la Mission d'Expertise et d'Audit Hospitalier (MEAH) sur le thème, « pilotage opérationnel des pôles : identifier et mobiliser les marges de manœuvres ». L'objectif de la MEAH vis-à-vis des pôles volontaires est de « proposer un accompagnement dans la déclinaison opérationnelle de leurs objectifs stratégiques afin d'identifier et de mobiliser avec elles de nouvelles marges d'amélioration ». Les pôles pilotes pourront ainsi bénéficier des outils mis au point par la MEAH sur d'autres chantiers comme la gestion des ressources humaines (fixation et adaptation des règles de décompte du temps, adaptation des ressources médicales et non médicales à l'activité), le management des lits, le circuit du médicament, la comptabilité analytique. Ce chantier s'adresse aux équipes des pôles cliniques d'une centaine de lits, dont les instances sont nommées, reconnues et opérationnelles au 31 décembre 2006, dont les axes stratégiques sont connus, disposant d'outils de comptabilité analytique, de GRH et de pilotage de l'activité. La MEAH a retenu les pôles de huit établissements : Centre Hospitalier Intercommunal Poissy Saint Germain (78), Centre Hospitalier Intercommunal Toulon La Seyne Sur Mer (83), Centre Hospitalier d'Annecy (74), Centre Hospitalier de Versailles (78), Centre Hospitalier de Périgueux (24), Clinique des Cèdres (31), Centre Hospitalier Universitaire de Nantes (44), AP-HP Hôpital Saint Antoine (75). Parmi tous ces établissements, les consultants de la MEAH ont salué la logique originale de filière intégrale mise en œuvre dans le pôle 3.

Actuellement, le chantier se situe dans la première phase portant sur le diagnostic : stratégie du pôle ; description des circuits de prise de décision ; description de la GRH (règles de décompte du temps, gardes et astreintes) ; description de la filière et du dimensionnement des structures et des modalités de planification (saisonnalité et variations, urgence et programmé, gestion des lits) ; la gestion de projet et la conduite du changement (constitution des groupes projet, identification et mobilisation des "sponsors" et facilitateurs, formations éventuelles). Cette phase mobilise les acteurs en interne afin

de réaliser un diagnostic précis et pertinent, étape longue et incontournable que nous développerons. Des réunions d'étape ont lieu dans les locaux de la MEAH en présence des consultants (Société INEUM) qui accompagnent la démarche.

C) Ressources du pôle

Le pôle ABCDO regroupe 165 lits et places installés, soit 23 % des capacités du CHV et 35% de lits MCO. Ils sont répartis comme suit :

	Lits et places installés	Part dans le pôle	Part dans le MCO
Chirurgie Digestive, Urologique, Gynéco	42	26 %	9 %
Chirurgie orthopédique, traumatologique	53	32 %	11 %
Chirurgie septique	11	7 %	2 %
Spécialités chirurgicales	14	8 %	3 %
Chirurgie ambulatoire	15	9 %	3 %
Maternité	30	18 %	6 %
TOTAL POLE ABCDO	165	100 %	35 %

En juin 2007, le pôle dispose de même de 47,35 ETP médicaux, soit 13 % du total des médecins et 337,43 ETP non médicaux, soit 18 % du total.

	Effectifs médicaux (ETP)	Part dans le pôle
CDU	6,20	13 %
Chirurgie orthopédique et chirurgie septique	8,05	17%
Spécialités chirurgicales	8,6	18 %
Anesthésie-Douleur	14,20	30 %
Gynécologie-Obstétrique	10,30	22 %
TOTAL POLE ABCDO	47,35	100 %

Le service d'anesthésie-douleur dispose de près du tiers des médecins du pôle. Ce poids amène le pôle à poursuivre la réflexion déjà engagée au Conseil de bloc, sur le regroupement, l'extension et la réorganisation des consultations anesthésie. Ce poids des anesthésistes s'explique par les contraintes de la permanence des soins et la croissance de l'activité obstétricale et chirurgicale.

	Effectifs non médicaux (ETP)	Part dans le pôle
CDUG	64,6	19 %
Chirurgie orthopédique et sceptique	70,55	21 %
Spécialités chirurgicales	31,20	9 %
Anesthésie- Chirurgie ambulatoire	24,40	7 %
Chirurgie septique	18,80	6 %
Blocs opératoires	19,80	6 %
Salle de réveil	9,30	3 %
Obstétrique	61,64	18 %
Salle de naissance	19	6 %
Accueil - BCRV	14,7	4 %
TOTAL PÔLE ABCDO	337,43	100 %

Le pôle dispose également de huit salles de bloc opératoire, d'une salle de réveil et de salles de naissance : quatre salles de naissance avec 6 lits niveau 2b (soins intensifs en néonatalogie).

L'observation des ressources du pôle montre l'importance des services de Chirurgie orthopédique, de CDUG et de la Maternité, qui constituent le cœur de l'activité du pôle.

D) Organisation interne du pôle ABCDO

Le pôle ABCDO s'appuie sur deux piliers selon le responsable médical du pôle, le Dr Philippe Beaufils :

- Les axes « géographiques » répondant aux grandes zones de prise en charge des patients, que ce soit la consultation, le plateau technique (bloc et salle de naissance), l'hospitalisation.
- Les axes « transversaux » qui intéressent l'ensemble des secteurs et constituent le ciment de la nouvelle organisation il s'agit ici de la gestion médico-économique, du recueil d'activité par le DIM, de la qualité-gestion des risques et des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle.

En amont, les patients viennent en majorité de leur domicile (95 %) ou des services de médecine, des urgences. En aval de leur hospitalisation, les patients retournent à leur domicile (95 % des cas) ou sont transférés dans un service de soins de suite et de réadaptation (SSR). Les unités de SSR du CHV se trouvent sur le site de Richaud à Versailles et comptent 60 lits installés au total (37 ouverts actuellement). En 2006, ce service a accueilli 353 patients d'un âge moyen de 83,3 ans, dont 92 % venaient du CHV. La DMS administrative⁵ y est de 16,3 jours. Le service d'orthopédie du CHV

⁵ Rapport du nombre de journées sur le nombre de patients sur la période.

fournit aux unités de SSR 23 % des patients, la CDUG 5,4%, chirurgie sceptique 2,3 %, les spécialités chirurgicales 3 %. Le pôle ABCDO est donc à l'origine du tiers des entrées en SSR à Richaud. De même, le CHV a une convention avec un établissement PSPH de Versailles, la Clinique médicale de la Porte Verte, qui accueille des patients de plus de 50 ans en SSR.

Ces relations d'aval comme partout ailleurs en France ne sont pas aisées, ni fluides. Le manque de place d'aval est patent, certaines périodes de l'année, allongeant la DMS dans les services d'hospitalisation et ralentissant la réadaptation du patient. Les gériatres estiment qu'un séjour prolongé en hospitalisation conventionnelle d'un patient âgé diminue les chances du patient de récupérer de son intervention chirurgicale.

E) Quelques données d'activité du Pôle (données PMSI)

Le pôle ABCDO affiche 12 100 séjours issus des données des résumés standard de sortie (RSS), soit 40 % des séjours MCO, et 50 777 journées d'hospitalisation, soit 40 % des journées de MCO. Le nombre de séjours est en augmentation de 3,8 % par rapport à 2005, tandis que le nombre de journées n'a cru que de 2,5 %. La DMS du pôle a diminué donc sensiblement entre les deux années : de 3,76 jours à 3,71 jours. L'âge moyen est de 43,92 ans et continue d'augmenter ces dernières années. 60 % des séjours ont une durée de 3 jours et moins. Les diagnostics les plus cités (Diagnostics principaux des RUM) sont :

- Accouchement unique spontané avec présentation du sommet (dans 10,46% des RUM)
- Avortement médical complet, sans complication (dans 7,04 % des RUM)
- Syndrome du canal carpien (2,32 %)
- Soins de contrôle impliquant l'enlèvement d'une plaque ou autre prothèse interne orthopédique de fixation (1,66%)

Ainsi, un tiers de séjours ne concerne pas une pathologie chirurgicale et relève de la Maternité du CHV. Le pôle 3 fait preuve ici d'une certaine originalité pour un pôle de Chirurgie, ce qui ne sera pas sans pauser des difficultés pour intégrer les particularités de la Maternité dans le pilotage général du pôle.

	Lits et places	Séjours	Journées	DMS (PMSI)	Activité bloc	Consultations spécialisées		
		RSS	Part du service/ pôle RUM	Part service/ Pôle	Interv.	Part service/ Pôle		
Maternité	30	4 096	33,0%	17 055	33%	4,9 j	9 932	19%

Chirurgie ambulatoire	15	2 648	21,0%	2 861	6%	1 j				
Chirurgie digestive, urologique et gynécologique	42	2 546	20,0%	11 272	22%	3,4 j	3 980	50%	9 665	18%
Chirurgie orthopédique et traumatologique	53	2 291	18,0%	13 901	27%	4,5 j	2 986	38%	15 500	29%
Spécialités chirurgicales (ORL, Stomato)	14	693	5,0%	3 182	6%	3,6 j	977	12%	11874	22%
Chirurgie septique	11	213	2,0%	2 872	6%	9 j				
Anesthésie douleur		55	0,4%	289	1%	9,9 j			6227	12%
TOTAL POLE ABCDO	165	12100	100 %	50 777	100 %	3,71 j	7 943	100 %	53198	100%

0.2 Le diagnostic médico-économique partagé : un pilier du pilotage

Au CHV, l'analyse médico-économique a pris une dimension importante dans le processus d'institutionnalisation des pôles. Cette étape a débuté depuis début 2006 pour le pôle ABCDO et elle se poursuit actuellement. La démarche très longue porte sur les indicateurs 2005 par services composant le pôle (cf. annexe V) à partir d'une méthodologie en huit étapes (cf. 1.2.3). Le diagnostic médico-économique du pôle est une phase fondamentale pour parvenir à une analyse partagée, riche et pluriprofessionnelle de la situation du pôle, des outils et des indicateurs à disposition. Il constitue un préalable à la planification dans le pôle et à la mise en œuvre d'actions nouvelles.

1.2.1 Un préalable indispensable : un système d'information et d'aide à la décision performant

A) Les caractéristiques et les fonctions du système d'information du CHV

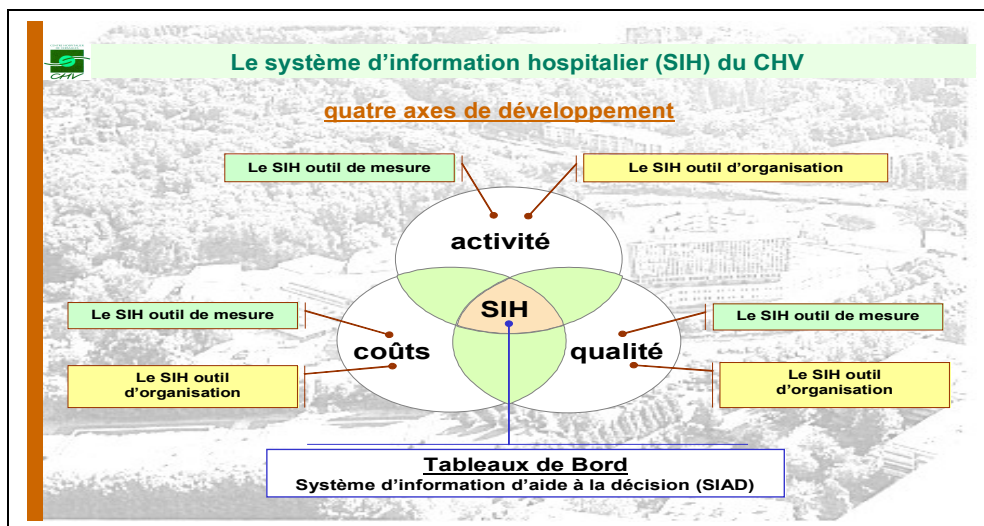
Le développement des systèmes d'information visant à collecter les données constitue une condition et un préalable nécessaires à toute entreprise de pilotage, mais, les données brutes produites sont rarement directement « intelligibles » et exploitables pour une évaluation. Elles demandent un travail d'analyse, de mise en forme, de recoupement avec d'autres types d'informations et de mise en perspective avec les objectifs du projet d'établissement avant de pouvoir être porteuse de sens pour le pôle. Actuellement, il existe principalement deux systèmes d'information concernant l'activité et

l'équipement des établissements de santé, utilisés de manière complémentaire selon le domaine d'activité et de l'organisation des soins. Les informations collectées et produites doivent être fiables, exhaustives et intelligibles par les différents acteurs afin d'engager des discussions constructives.

L'utilisation du PMSI et de la Statistique Annuelle des Etablissements sont multiples, et les deux systèmes d'information ont vocation à servir d'outils de gestion et d'aide à la décision aussi bien au sein même du CH de Versailles, qu'à un niveau externe, qu'il s'agisse d'organisation d'études publics, des organisations représentatives des établissements (Fédération Hospitalière de France, Fédération de l'Hospitalisation Privée), ou encore des tutelles (DDASS, ARH). Le PMSI est un outil médico-économique fondamental, conçu pour décrire l'activité des services de soins. Les informations sont recueillies pour chaque séjour et synthétisées dans un Résumé de Sortie Anonymisé (RSA), qui comprend des informations administratives sur le patient (âge, sexe, commune de résidence), le diagnostic principal et les diagnostics associés, certains actes réalisés, le mode d'entrée et le mode de sortie. A partir de ces informations, chaque séjour est affecté à un GHM (Groupe Homogène de Malades), qui réunit des séjours comparables du point de vue médical et économique. A ce GHM, correspond un Groupe Homogène de séjours (GHS) sur la base duquel l'hôpital est payé.

Le partage d'informations, souvent inconnues des médecins ou des soignants, génère une dynamique collective. L'existence d'un système d'information performant et complet est un pré-requis indispensable à la mise en place d'un pilotage médico-économique. Au CHV, la Direction des services informatiques développe les potentialités du système d'information, que ce soit du point de vue technologique, organisationnel et humain.

L'orientation majeure donnée au système d'information du Centre hospitalier de Versailles s'appuie sur trois axes stratégiques « Activités – Coûts – Qualité », complétés par une approche de synthèse globale portée par l'axe « pilotage et aide à la décision ».



Le système d'information du Centre Hospitalier de Versailles s'appuie aujourd'hui sur une infrastructure informatique conséquente qui participe à des degrés plus ou moins importants, à un très grand nombre d'activités et de processus de l'établissement. Les évolutions des technologies de l'information, associées à un niveau d'intégration de plus en plus grand, poussent cette « info structure » vers une complexité croissante.

B) Adapter le système d'information hospitalier à la tarification à l'activité

Deux caractéristiques majeures vont être exigées auprès du système d'information, à terme, par la T2A :

- d'une part la dimension « temps réel », que va devoir prendre le système d'information (l'échelle de temps étant organisée autour des contraintes de prise en charge du patient et celles relatives à une facturation au plus tôt)
- d'autre part l'exhaustivité du recueil des données, car toute information de séjour non collectée représentera une perte directe pour l'établissement.

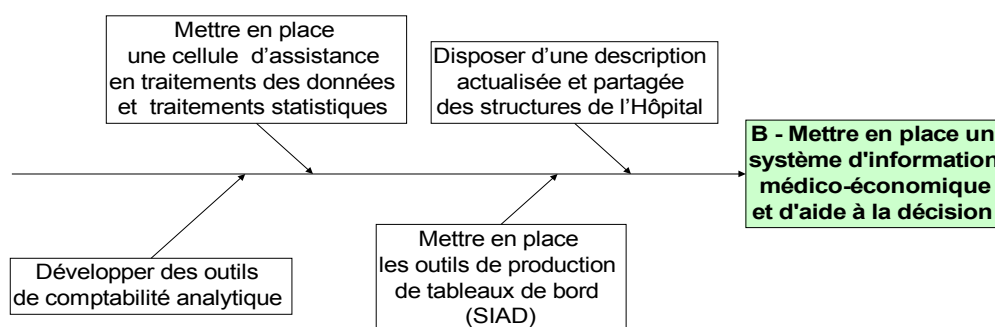
Le repérage des actes portés par la CCAM devra être exhaustif et réalisé en temps réel. L'introduction des nouvelles règles de gestion relatives à la T2A orientera les priorités vers le recueil des informations essentielles à la facturation du séjour (médicaments coûteux, produits sanguins, prothèses, transports). Ainsi, c'est le caractère médico-économique de la T2A qui va conduire le système d'information vers une avancée réelle dans le sens d'une médicalisation plus grande.

C) Développer le système d'information médico-économique et d'aide à la décision

La médicalisation du système d'information, dont il vient d'être question, va permettre de disposer, d'organiser un recueil de données riches en informations médico-économiques relatives à la production des soins. Si le thème précédent traite principalement du recueil de l'information, celui-ci aborde la restitution des informations

saisies à des fins de pilotage qu'il soit opérationnel ou stratégique. La restitution des informations saisies auprès de ceux qui les ont saisies est indispensable pour inscrire tout le dispositif dans la durée.

Pour effectuer ce travail d'analyse du système d'information médico-économique, organiser le contrôle de qualité des données recueillies, fournir des prestations d'assistance statistique et d'assistance à l'élaboration des tableaux de bord, une cellule opérationnelle, baptisée Cellule OSIRIS (Organisation du Système d'Information pour les Ressources d'Informations Stratégiques) a été mise en place en 2004. Elle regroupe les compétences du DIM, du Contrôle de Gestion et de la Direction des Systèmes d'information et de l'Informatique. Sa mission principale est d'assurer la qualification du contenu du système d'information, en particulier, en élaborant le dictionnaire des données disponibles. Elle fournit des prestations de conseil en matière de statistique et apporte des réponses à des demandes ponctuelles. La Cellule OSIRIS doit rendre accessible et qualifier l'information pour la production de tableaux de bord. Elle conduit, pour cela, les projets de réalisation des tableaux de bord institutionnels et stratégiques.



D'autre part, le système d'information médico-économique n'aura de réelle pertinence que s'il s'appuie sur une description actualisée et partagée des structures de l'hôpital, communément appelé le Fichier Commun de Structures (FICOM). Placé sous la présidence du directeur des finances et du contrôle de gestion, le Comité FICOM est chargé d'actualiser ce fichier. Il recense dès lors les Unités Fonctionnelles (UF) qui ne servent à rien et les UF qui sont utilisés à autre chose que de la gestion. Ce comité accompagne les utilisateurs analyse annuellement les imputations notamment de personnel (temps partagé entre UF, avis médicaux).

Pour permettre une gestion décentralisée, le découpage de l'hôpital en entités juridiques pertinentes est essentiel. Le Centre hospitalier de Versailles s'appuie sur des unités fonctionnelles (UF) et sur les CAC (centres d'activité) pour comptabiliser ses activités. Dans le cas du pôle ABCDO, il a été décidé de répertorier toutes les UF du pôle et d'étudier leur pertinence. Ainsi, le conseil de pôle de juillet 2007 a approuvé la création d'une structure interne, l'UF de chirurgie urologique, qui s'autonomise de la chirurgie

digestive afin d'affiner l'affectation des dépenses pour les années à venir. Ce découpage permet toutes les agrégations utiles à la gestion en service, et demain, en pôle.

J'identifie une UF dès lors que :

- j'identifie une organisation propre,
- j'affecte des agents,
- j'affecte de la consommation de ressources

J'identifie un CAC dès lors que :

- Je souhaite identifier une activité,
- dans ce sens l'ensemble des CAC décrit l'ensemble de l'activité produite par l'hôpital,
- je peux affecter des ressources sur un CAC si elles sont identifiables pour un CAC en particulier, sinon elles doivent être affectées à l'UF.
- le CAC ne représente aucune organisation

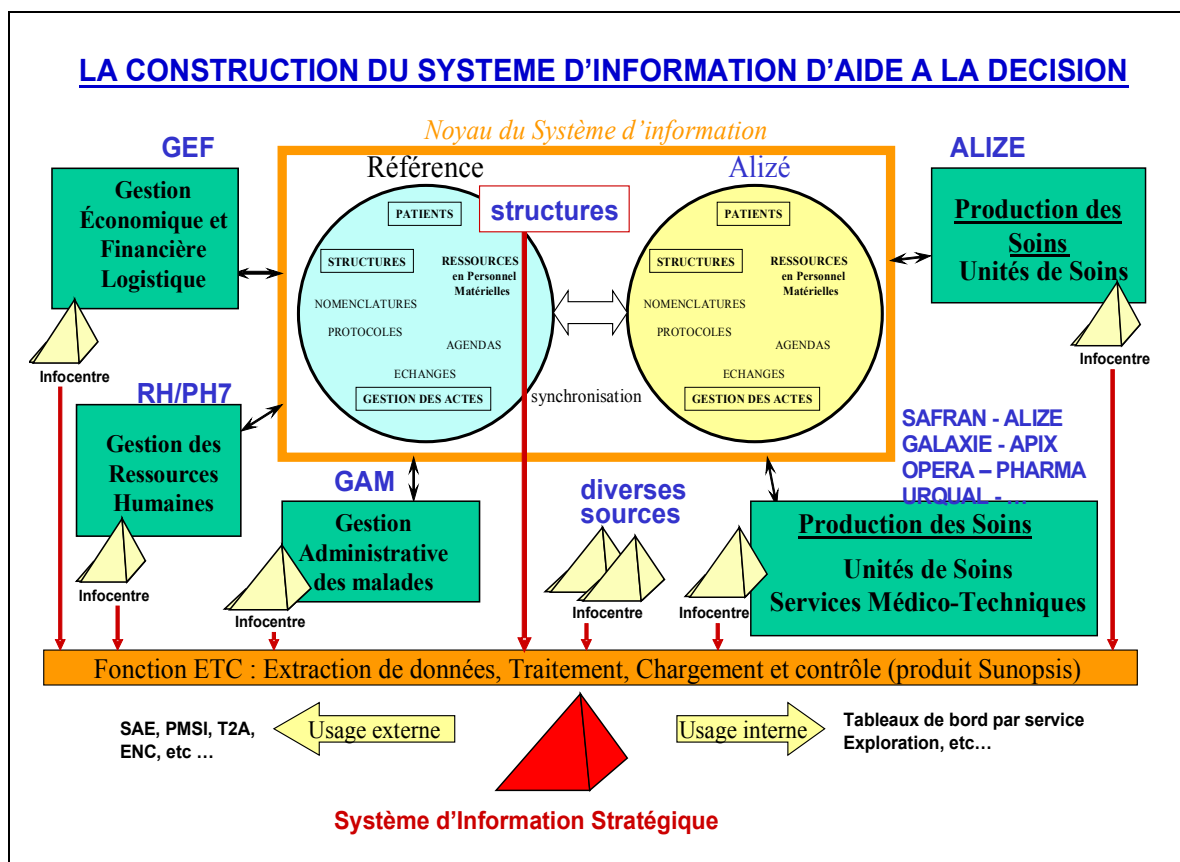
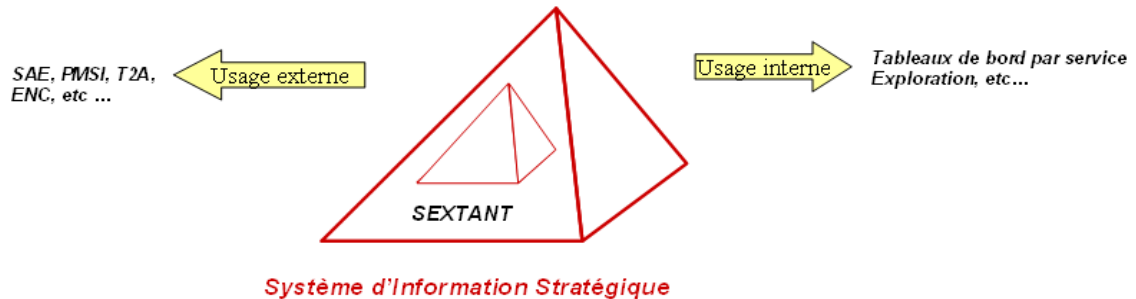
Ainsi, une UF peut se décliner en plusieurs CAC et un CAC est rattaché à une seule UF.

La comptabilité analytique connaît un intérêt croissant de la part des hôpitaux depuis la mise en place d'une organisation en pôles et la montée en charge de la T2A. Selon l'article R 6145.7 alinéa 1 du nouveau Code de la Santé publique, « l'ordonnateur tient une comptabilité analytique qui couvre la totalité des activités et des moyens de l'EPS selon une nomenclature fixée par décret ». Le Centre Hospitalier de Versailles a renforcé sa cellule contrôle de gestion dès 2001 avec le recrutement d'un premier contrôleur de gestion et en 2005 avec un nouveau recrutement. Le responsable de pôle doit pouvoir juger de l'activité de chacune des composantes du pôle et de l'adéquation des ressources affectées. Cela suppose des outils d'analyse qui confrontent activité et ressources au niveau du centre de responsabilité, donc au minimum une comptabilité analytique hospitalière (CAH) permettant d'isoler les dépenses affectables au pôle.

Grâce à certaines conventions et clés de répartition, le contrôle de gestion peut calculer les recettes par pôle, d'où une comparaison directe, pour un pôle donné, entre ce qu'il « coûte » et ce qu'il « rapporte ». Il peut même se situer à des niveaux plus fins et calculer par exemple les coûts par séjours, pour les comparer aux tarifs des GHS correspondant. Toutefois, peu d'établissements se sont engagés dans cette voie assez complexe à cause de la difficulté d'imputation de certaines dépenses à un type de séjour (personnel, structure). La comptabilité analytique répond donc à trois types d'objectifs : fournir des paramètres de contrôle (rentabilité, productivité), comparer les coûts d'unités semblables (benchmarking interne et externe), fournir des données et aider à la décision.

Enfin, un des éléments essentiels faisant que le système d'information du Centre hospitalier de Versailles participe au pilotage, est l'existence de lien entre tous les logiciels de l'hôpital. Dans ce cadre, l'hôpital s'est doté du progiciel SEXTANT. Proposé

par le Syndicat Inter hospitalier de Bretagne, il permet d'extraire des données du système d'information hospitalier et de les charger dans une base dédiée (Data Warehouse). Si SEXTANT fait partie du système d'information d'aide à la décision mais n'est pas, à lui seul, le SIAD. Il permet d'extraire les données, ils les traitent et contrôlent les informations.



1-2-2 Impact médico-économique de la T2A sur l'établissement

La mise en place de la T2A permet une véritable médicalisation du financement des pôles en exerçant une pression externe par les tarifs nationaux. En effet, un tarif n'est jamais neutre et fidèle aux coûts constatés dans l'ENC. Leurs variations d'une année sur l'autre peuvent inciter les établissements à développer ou réduire la taille d'une activité. L'exemple de la chirurgie ambulatoire est remarquable du fait du passage anticipé en financement à 100 % de ce type de prise en charge afin d'opérer des substitutions à l'hospitalisation conventionnelle et de pousser au redimensionnement des structures.

La mise en œuvre du paiement prospectif est susceptible d'avoir des effets importants sur l'activité et l'offre de soins, ainsi que sur l'évolution des formes de prise en charge. La nature des incitations ainsi créées peut cependant avoir des effets contrastés, voire opposés, sur l'évolution du volume d'activité selon les stratégies développées par les établissements. Le système de T2A crée une incitation à la minimisation des coûts qui peut se traduire par une diminution de la DMS, mais incite également à la maximisation des revenus par le développement de l'activité.

A) L'impact de la réforme sur l'activité et l'offre de soins

Diverses stratégies peuvent être mises en œuvre par les établissements⁶ :

- Augmenter le nombre de séjours rémunérés à l'activité en segmentant les séjours
- Limiter les coûts en réduisant la durée de séjour
- Faire sortir les patients plus tôt vers le domicile
- En organisant plus rapidement la sortie vers une structure d'aval (SSR, Rééducation Fonctionnelle, Hospitalisation A Domicile)
- Développer les prises en charge réputées moins coûteuses, notamment en substituant les prises en charge d'hospitalisation complète par des prises en charge en hospitalisation partiel ou en chirurgie ambulatoire

Dans les deux derniers cas, les effets sur l'évolution de l'activité sont difficiles à prédire. Ils peuvent être soit neutres, soit permettre à l'établissement d'accroître sa capacité d'hospitalisation par une augmentation du turn over, ou encore se traduire par une diminution de l'activité hospitalière liée à l'externalisation d'un certain nombre de prise en charge vers la médecine de ville.

Aux Etats-Unis, nombre d'experts avaient anticipé une croissance du nombre de séjours lors de la mise en place du paiement prospectif liée aux pratiques de segmentations des hospitalisations⁷. Une diminution importante du nombre d'hospitalisation a été constatée les trois premières années suivant une mise en œuvre de la T2A, traduisant une baisse effective de l'activité, mais aussi un effet de déport des hospitalisations financées dans le cadre du paiement prospectif, vers des activités non soumises à cette contrainte (l'hospitalisation à temps partiel, la chirurgie ambulatoire ou l'HAD). De ce point de vue, l'évolution de l'activité doit être suivie parallèlement à celle de l'offre.

La T2A impacte sur l'évolution de la spécialisation ou de la diversification de l'activité. En théorie, elle devrait inciter les établissements à rechercher une plus grande

⁶ Frédéric Bousquet, « Quels problématiques et quels indicateurs pour construire l'évaluation de la tarification à l'activité ? », *Dossier Solidarité et Santé*, 2004, p.45-58

⁷ Hodgkin, Mc Guire, *Journal of Health Economics*, 1994

spécialisation de leur activité notamment dans une optique d'amélioration du processus de production des soins, dans une logique de standardisation et d'économies d'échelle. Néanmoins, l'expérience américaine n'a pas confirmé ces attendus théoriques. Au contraire, la stratégie suivie par les hôpitaux pour maximiser leur profit n'a pas été de réorganiser pour minimiser les coûts, mais plutôt de chercher à maximiser leurs revenus en développant leurs parts de marché sans augmenter les coûts. Se pose toutefois le problème des tarifs et de l'incertitude sur leur évolution. Dans les faits, peu d'établissements ont délaissés des activités, même celles réputées peu rentables, et peu ont également cherché à se spécialiser. Par contre, ils ont cherché à adapter leur structure interne face à cette nouvelle incitation en portant l'attention sur trois volets :

- La stratégie en terme de redéploiement de ressources : quelle sont les marges de manœuvre ou les leviers de gestion généralement identifiés par les établissements ?

- La politique en matière de ressources humaines : le personnel constituant 62 % des charges du CHV en 2006, la gestion des ressources humaines apparaît donc comme un levier essentiel face à ces nouvelles contraintes de financement. Le chantier MEAH accorde une place particulière à la gestion du temps médical et non médical.

- La politique d'établissement en matière de système d'information : la médicalisation du Système d'information incite très largement à faire communiquer les systèmes d'information administratifs, médicaux et de gestion entre eux. Le développement des outils de pilotage médico-économiques apparaît d'ailleurs explicitement comme un objectif de la réforme.

B) Efficacité économique de la réforme

L'étude des expériences étrangères a permis de mettre en évidence un phénomène de déformation dans le temps de la structure du case-mix dont une partie pourrait être due aux effets de changement de pratiques de codage. Cette exhaustivité du codage des séjours a pour conséquence de faire croître le prix moyen du séjour dans le temps, sous l'effet d'une augmentation artificielle de la lourdeur du Poids Moyen du Cas Traité (PMCT) pour deux tiers et pour un tiers au taux d'évolution « programmé » des prix de séjours. Bien que les pratiques de codage ne soient pas entièrement responsables de cette déformation du case-mix (vieillesse de la population ou externalisation de certains soins en ambulatoire ou au domicile ont provoqué une augmentation de la lourdeur du cas moyen traité en hospitalisation), le DRG-creep (ou sur-cotation des actes) est tenu pour responsable d'une part importante de cette augmentation. Toutefois, il faut clairement différencier le DRG creep d'une pratique frauduleuse du codage, qui pourrait être contrecarrée par un renforcement des contrôles. Le DRG-creep est une pratique « légitime », qui apparaît inévitable et dont il faut tenir compte.

L'amélioration de l'efficacité et de la productivité constitue sans doute un des objectifs majeurs de la T2A. Leur mesure et leur suivi posent des problèmes méthodologiques et techniques relatifs à la fois à la mesure du produit hospitalier (output) et à celle des facteurs de production (inputs). La recherche d'indicateurs simples à produire et à collecter doit être privilégiée dans l'optique d'un suivi régulier de l'évolution des coûts de production, afin d'estimer les efforts de maîtrise entrepris par les établissements. Il est également important de repérer les groupes de charges que le CHV va chercher à maîtriser en priorité et ainsi comprendre comment le processus de production de soins se transforme sous l'effet de la T2A.

Parce qu'elle se fait sur la base du coût moyen du séjour (prix moyen pour les cliniques privées), la T2A est potentiellement un facteur important de redistribution des ressources entre les établissements. Le montant des financements alloués avec la T2A devrait désormais mieux tenir compte du volume et de la nature de l'activité de chaque établissement. Le pôle ABCDO s'est formé dans ce contexte de convergence grâce aux tarifs entre les établissements publics et privés. Ses structures internes font face à un fort degré de concurrence de la part des services de chirurgies, installés dans les quatre cliniques privées du territoire de santé.

Dans une note du 21 juillet 2004, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) a rappelé les conclusions d'un rapport de l'IGAS, qui estimait que l'écart brut entre les deux secteurs était de 60 %. Cette estimation ne prenait toutefois pas en compte l'évaluation du coût des missions de service public et n'intégrait pas les honoraires des médecins libéraux dans l'enveloppe du secteur privé. Une fois ces corrections effectuées, la différence de coût, et donc le surcoût du service public étaient estimés entre 30 % et 40 %. Cette idée que l'écart des coûts est important et que les établissements publics sont plus chers, place de fait, l'hôpital public en position défensive. La Fédération Hospitalière de France (FHF) est ainsi intervenue pour expliquer l'écart de prix et rétablir, sur des bases plus justes selon elle, les termes de la comparaison :

- Réintégration des honoraires médicaux et des prestations externalisées (biologie, imagerie médicale) dans les tarifs médicaux du secteur privé
- Evaluation des impositions de toute nature et des charges sociales imputables aux établissements de l'un et l'autre secteur.
- Remise en cause du GHS comme unité de mesure. Dans un document publié en octobre 2005 intitulé « Hôpitaux publics et cliniques privées, une convergence tarifaire faussée », la FHF a développé l'hypothèse que les GHS ne rendent pas compte de la réalité des cas traités, notamment des degrés de gravité d'une pathologie au sein d'un même GHS, de l'âge et de la situation sociale des patients.

- Lourdeur des cas traités et polyopathologies des patients. Elle estime que les établissements publics accueillent les cas les plus lourds, le secteur privé étant majoritairement positionné sur les pathologies demandant une prise en charge moins onéreuse.
- Charge des activités de service public. Elle a rappelé que les établissements publics subissent plus lourdement la charge des activités non programmées, notamment la gestion des services d'urgences, la permanence des soins.
- Contraintes différentes en matière de gestion des ressources humaines : qualification des emplois, statut de la fonction publique hospitalière, écarts de rémunération.

Pour satisfaire à l'obligation de convergence, certains établissements sur-dotés devraient être amenés à réaliser des gains de productivité importants. En réalité, l'intensité des ajustements à effectuer dépendra de l'évolution réelle des volumes d'activité et des tarifs. Or, il est peu vraisemblable que, compte tenu de la tendance au ralentissement de l'activité MCO en hospitalisation complète, l'activité des établissements perdants progresse fortement. Il est tout autant peu vraisemblable que, dans un contexte de maîtrise de l'objectif de dépenses hospitalières, les tarifs progressent fortement. Les efforts d'ajustement à effectuer par certains perdants pourraient donc être importants et comporter certains risques.

C) Les risques liés à la qualité et à l'accès aux soins

Les risques portant sur la qualité et l'accès aux soins liés au système de T2A sont souvent soulignés par les experts. Aux Etats-Unis, leur évaluation a constitué une préoccupation majeure et de nombreux travaux ont été entrepris sur ce sujet par des chercheurs en économie de la santé ou en santé publique, mobilisant des moyens importants. L'une des plus importantes et des plus rigoureuses a été menée par K.L Khan à la fin des années 1980⁸. Celle-ci a permis de constater une plus grande instabilité des patients à la sortie de l'hôpital après le passage à la T2A, sans pour autant qu'il n'y ait de conséquence en terme de mortalité. En Catalogne, l'Institut Catalan de la Santé a imposé aux hôpitaux du réseau des hôpitaux d'intérêt public (Hôpitaux publics, Hôpitaux participant au service public hospitalier) de suivre le taux de réhospitalisation et le taux de mortalité des patients dans le mois suivant leur sortie. Les études menées aux Etats-Unis ou en Catalogne mènent à des résultats parfois contradictoires. Il semble néanmoins qu'il ne soit pas intervenu de phénomènes de dégradation générale de la qualité et de l'accès aux soins, même si certains ont toutefois mis en évidence des problèmes plus spécifiques

⁸ Khan K.L et al., The effect of the DRG-Based Prospective payment System on quality of care for Hospitalized Medicare Patients », Journal of the American Medical Association, October 17, 1990, Vol 264.

à certaines pathologies (affections de longue durée) ou certains groupes de patients (personnes en situation précaire et /ou isolées).

1) L'impact sur la qualité de soins

Le paiement prospectif incitant à la réduction des coûts et à la maximisation des revenus, notamment par la réduction de la DMS, les risques relatifs à la qualité des soins doivent être analysés en regard avec les incitations à la diminution de la quantité et /ou qualité des soins. En outre, la contrainte financière pesant sur les établissements dont les coûts seront supérieurs aux tarifs en vigueur peut également avoir un impact sur les conditions générales de travail, d'hygiène ou de sécurité, avec des répercussions sur la qualité de la prise en charge des patients. L'observation et la mesure de la qualité des soins et de la prise en charge représentent un aspect essentiel du pilotage médico-économique. Sachant que la qualité confère aux établissements un avantage comparatif important, cette attention réduit à terme les coûts et augmente la satisfaction des patients. Les coûts de la qualité peuvent certes représenter 10-20 % des ressources de l'établissement. Les indicateurs financiers de la qualité portent sur les coûts de gestion des risques, les coûts de détection des dysfonctionnements, les coûts externes de la non-qualité (diminution de l'attractivité). L'identification des coûts de la qualité constitue une unité de mesure pour arbitrer entre le coût de l'amélioration de la qualité et les coûts de la non-qualité, tout en insistant sur le caractère coûteux de la non-qualité.

L'amélioration de la qualité a des effets non financiers et qualitatifs qui améliorent les performances économiques à LT : meilleure connaissance des processus, des procédures chez l'encadrement et les agents, puis diminution des coûts. La qualité renvoie ainsi à de nombreuses propriétés :

- Juste soin, au bon moment, au bon endroit, au bon patient
- Niveau de satisfaction du patient
- Conformité aux standards et recommandations

Les hôpitaux doivent garantir des prestations conformes aux recommandations (qualité de conformité) mais aussi mettre en place des procédures hôtelières et soignantes qui répondent aux besoins des patients (qualité de conception). La réalisation de soins de haute qualité assure la réputation de l'hôpital et assoit son image auprès de usagers, ce qui contribue à améliorer les recettes.

Toutefois, cette démarche rencontre des difficultés de nature méthodologique importantes. Celles-ci sont de trois ordres. En premier lieu, les indicateurs financiers de suivi de la qualité sont difficiles à construire et à suivre de façon aisée. Les indicateurs non financiers eux sont plus faciles à quantifier et à comprendre. Ils portent sur le nombre de réclamations (une proportion généralement admise de une réclamation formalisée pour dix mécontents sans réclamation), le taux d'infections nosocomiales, la quantité de

solution hydro-alcoolique consommée, le nombre d'événements indésirables, le taux de rotation du personnel et leur degré de satisfaction. Ces indicateurs décrivent le déroulement concret des opérations et attirent l'attention sur les points précis qui doivent être améliorés. Dès lors, il n'existe pas de dimension unique de la qualité du système hospitalier, d'indicateur synthétique simple à analyser et permettant une comparaison aisée des établissements entre eux ou les situations avant ou après le passage de la T2A. La prise en compte de cette dimension nécessite la production d'une pluralité d'indicateurs, chacun offrant une vision partielle de la qualité. En outre, les indicateurs qualité et en particulier les indicateurs de résultats, prêtent à des interprétations parfois ambiguës lorsqu'ils ne sont pas replacés dans un contexte précis. Les différents indicateurs produits doivent de fait constituer un ensemble cohérent de manière à décrire un modèle très structuré de la qualité. Enfin, les systèmes d'information ne collectent actuellement que rarement les indicateurs qu'ils soient financiers ou non financiers.

2) L'impact sur l'accès aux soins

Dans le cadre de la mise en place de la T2A, la théorie économique a identifié plusieurs risques de nature différente. Tout d'abord, les risques liés aux difficultés financières pour certains établissements soulèvent la question de la continuité des soins au niveau local. Le problème se pose clairement en matière de prise en charge de certains pans de la chirurgie dont les coûts de fonctionnement sont supérieurs aux recettes. Au CHV, le service d'ophtalmologie se trouvait dans cette situation, entraînant la fermeture du service d'hospitalisation et le faible dimensionnement des consultations spécialisées. De fait, avec le développement de la chirurgie ambulatoire et notamment de l'opération de la cataracte, l'établissement ne dispose pas des ressources pour développer cette potentialité.

Des problèmes d'accès peuvent encore être liés aux stratégies de développement des établissements. Des études identifient de ce point de vue trois types de risques :

- La « sur-fourniture » de soins aux patients atteints de pathologies peu sévères (creaming)
- La « sous-fourniture » de soins à ceux atteints de pathologies sévères (skimping)
- La sélection explicite des patients et à l'exclusion des cas le plus lourds (dumping)

Le premier se traduit essentiellement par un risque financier pour l'assurance maladie, qui pourrait alors déclencher des contrôles sur place. Les deux autres posent un problème d'accès à des soins de qualité et doivent pouvoir être identifiés. La sélection implicite des patients est une critique récurrente du monde hospitalier à l'encontre des cliniques privées. Celles-ci peuvent enfin agir sur leur case-mix par un choix relatif des spécialités chirurgicales, un transfert de cas lourds vers l'hôpital public tout proche et une activité réalisée en programmé sans contrainte de permanence des soins.

En outre, les effets incitatifs de transfert d'activité de l'hospitalisation complète vers le moyen séjour, l'hospitalisation à temps partiel ou d'autres formes de prise en charge alternatives à l'hospitalisation soulignent la problématique des inégalités déjà existantes de la répartition des capacités de prise en charge sur le territoire. Il se posera un problème d'équité des règles de facturation qui bénéficient à ceux qui parviennent à réduire leur DMS, s'il existe des problèmes de prise en charge en aval ou d'alternatives à l'hospitalisation dans certaines zones géographiques. Enfin, le nouveau mode de financement suggère des interrogations en matière de diffusion des innovations techniques ou de prise en charge. La T2A repose sur l'existence d'une nomenclature permettant de codifier les actes. Si la CCAM n'est pas assez rapidement actualisée, il peut apparaître un problème d'accès financier aux nouvelles techniques plus coûteuses.

Face à ces effets complexes et contradictoires de la T2A sur l'offre de soins, la direction du CHV a souhaité prendre le temps de réaliser un véritable diagnostic médico-économique du pôle ABCDO.

1-2-3 Nécessité d'un diagnostic précis et partagé par les acteurs

L'équipe de direction du CHV accorde une importance particulière au diagnostic médico-économique des pôles. Grâce au logiciel PMSI Pilot, le contrôle de gestion en lien avec la direction des finances et le DIM extrait des données en fonction des requêtes thématiques effectuées. Cette étape en cours actuellement au CHV, est fondamentale afin de s'entendre sur les thèmes et éviter tous malentendus ou biais d'analyse. Ensuite, afin de donner davantage de finesse à ce diagnostic, la direction a décidé d'associer un grand nombre d'acteurs. Le regard pluridisciplinaire porté sur les données produites, enrichit les discussions, les analyses effectuées lors des réunions. Cette démarche participative essentielle facilite l'acceptation du diagnostic par les acteurs du pôle et le partage des objectifs stratégiques à atteindre. Le diagnostic médico-économique mené au CHV s'est fondé sur une méthodologie par étapes, validée par le Conseil exécutif et les responsables de pôle.

Huit axes de réflexions ont été identifiés dans la méthodologie :

1) Occupation des capacités de production

- Taux d'occupation en fonction du nombre de lits installés et du nombre de lits ouverts
- Les hébergements : hébergements dans d'autres disciplines ou pour d'autres pôles
- Utilisation des plages du bloc opératoire

- Quel développement d'activité ? : évolution passée et prévision, taux de fuite sur le territoire, conséquences sur le plateau technique
Ou quel redimensionnement ?

Par exemple, le service de CDUG dispose de 42 lits d'hospitalisation en 2007. Cette capacité ne convient pas aux chefs de service qui évoquent la contrainte des patients en isolement septique occupant une chambre double. Ils y voient bien évidemment une perte de recette dans ce lit bloqué. Ils réfléchissent à un redimensionnement du service qui puisse introduire davantage de souplesse et soit cohérent avec un retour à l'équilibre de la structure. Le service d'Orthopédie dispose de 53 lits d'hospitalisation en 2007. Le taux d'occupation calculé sur les lits installés est de 70 % en 2006 alors que le taux d'occupation des lits ouverts est de 83 %. Il existe donc ici un potentiel important de développement de l'activité. La cible se situe généralement entre 85 et 90% en prenant en compte les fermetures d'été et/ou l'activité d'hospitalisation partielle.

2) Évolution de l'activité en 2005-2006

- Analyse des parts de marché sur le territoire de santé, des caractéristiques socio-démographiques du bassin d'attraction du pôle
- Activité par type de prise en charge : hospitalisation complète, Hospitalisation de semaine, chirurgie ambulatoire, programmé/urgence, CM 24/CM28 (séjours d'une nuit ou séances), nombre d'interventions chirurgicales, nombre d'actes réalisés
- Activité en terme de temps : nombre d'entrées, de journées, durée moyenne de séjour
- Tendance à la hausse ou la baisse : analyse des causes, prévisions

Selon les études statistiques menées par l'Observatoire Régionale de la Santé, la part de marché du CHV sur le territoire de santé en chirurgie est en diminution. De même, le taux de fuite hors du territoire est assez important (20-30 %). La chirurgie possède toutefois un fort potentiel de développement eu égard à la demande croissante (en valeur absolue). L'activité de traumatologie, qui affiche une baisse régulière, bénéficie d'un appui fort notamment dans ses liens avec le SAU. Les équipes chirurgicales étoffées permettent d'absorber une augmentation de l'activité dans les disciplines concernées. Cette hausse concerne l'ambulatoire, la CDUG. A court terme, en ambulatoire, des potentialités existent en gynécologie, orthogénie, traumatologie légère, stomatologie, gestion de la douleur. Il a été évoqué également la possibilité de rouvrir l'activité d'ophtalmologie chirurgicale car l'expertise est présente dans l'établissement et que ce segment est rentable actuellement.

L'analyse du service de CDUG fait apparaître une stabilité de l'activité entre 2005 et 2006 et une croissance des séjours lourds qui représentent 25 % des séjours en 2006

selon la classification OAP (outil d'analyse PMSI publié par la COTRIM Ile de France). Cette tendance concerne tant le service de chirurgie digestive que gynécologique. Par contre, l'activité d'urologie a connu un fléchissement du nombre de séjours et de la lourdeur des cas. Le bureau de pôle s'interroge afin de savoir s'il y a un effet de codage, un effet séjours courts ou un impact fort du départ d'un chirurgien temps plein en cours d'année.

Le pôle est encouragé à reconsidérer la place respective des différents modes de prise en charge qu'ils mettent en œuvre, à savoir l'hospitalisation complète, l'hospitalisation de semaine, la chirurgie ambulatoire, les consultations. Ces quatre modes de prise en charge n'obéissent plus désormais aux principes de tarification. A chacun correspond des tarifs calculés au plus juste et qui ne couvrent les coûts qu'au niveau d'une cible. Il devient ainsi primordial d'orienter les patients vers les modes de prise médicalement adaptés, mais donc la rémunération coïncide le mieux avec les dépenses réellement. La règle d'or est que le mode de prise en charge ne soit pas sous dimensionné par rapport aux besoins et aux coûts réels de prise en charge.

L'hospitalisation dans le pôle doit donner lieu à des solutions gradées : consultations, chirurgie ambulatoire, hôpital de semaine, hospitalisation complète. Même si elles sont indissociables souvent de l'activité chirurgicale (ratio de sept consultations pour une intervention en orthopédie), les consultations de manière générale coûte plus qu'elle ne rapporte aux établissements. L'application de la T2A ne fait que renforcer cette tendance ancienne, d'autant plus que le CHV a une très forte activité externe. La solution consiste à recentrer les consultations sur leur vocation première. Les consultations comprenant beaucoup d'actes techniques doivent être transformées en hospitalisation de jour, notamment celle comportant des soins longs (pansements d'une heure par exemple) ou celle comportant beaucoup d'examen.

3) Analyse de la structure de l'activité

- Répartition GHM-GHS-Case-mix
- Répartition des séjours selon la lourdeur (CMA et CMAS ; tarifs ; coût ; appel au plateau technique)
- Répartition des séjours selon leur DMS
- Nature des séjours selon leur DMS
- Nature et proportion des séjours au-delà et en deçà des bornes de la DMS
- Mode d'entrée et de sortie
- Identification des segments d'activité non rentables
- Ajustements du case-mix en tenant compte des prévisions, de choix éventuels au sein du pôle et des tarifs

- Recherche de l'équilibre recettes/dépenses (coût moyen et recette moyenne par séjour)

Le case-mix de la CDUG se caractérise par 269 GHM différents en 2006, 79 GHM expliquant 80 % des séjours ce qui montre une relative spécialisation. La CM 24 se développe en chirurgie ambulatoire, soit + 47 % par recrutement, mais il n'y a pas de basculement des CM24 en hospitalisation complète. Les 10 premiers GHM 2006 relèvent des disciplines chirurgie digestive et gynécologique, sur des pathologies récurrentes dans le service.

L'activité d'orthopédie est concentrée en 2006 sur 15 GHM qui concentrent 50% des séjours. La DMS hors CM24 est en augmentation. 7 % des séjours (tranche de durée >15 jours) nécessite 40 % des journées. Les journées au-delà de la borne supérieure sont simultanément une recette directe et une perte relative car le tarif du GHS à la journée est réduit de 25 %. Ces séjours diminuent la recette potentielle de séjours à tarif normal. Par exemple, dans cette structure interne, ces séjours concernent les interventions majeures sur l'intestin grêle et le colon avec CMA (code 06C04W). L'analyse porte alors sur des séjours entre la DMS et les bornes supérieures du GHM. La DMS est le principal inducteur de coût. Il faut donc identifier les principaux GHS produits ce qui peut permettre d'identifier des gains potentiels de productivité sur la base d'écart avec la DMS nationale ou de l'ENC. En optimisant l'organisation de la prise en charge des GHS les plus fréquents et qui s'écartent nettement de la DMS de référence, le responsable de pôle peut envisager d'améliorer la productivité globale de l'unité.

4) Recherche du point d'équilibre (Dépenses = Recettes) : travail en cours

- Courbe des charges : charges fixes, charges variables, charges induites
- Courbe des recettes (case-mix actuel et futur)
- Définition de la cible : volume de séjours et capacité nécessaire (taille critique des structures)

Au-delà de l'approche par les volumes qui traite des capacités à absorber les coûts fixes, la recherche d'un équilibre général entre les activités qualifiées de proximité et à fort volume, par nature concurrentielles, et les activités dites de recours constituera un défi renouvelé par la mise en œuvre de la T2A

5) Effectifs : travail en cours

- Evolution de l'effectif médical et non médical
- Ratio effectif /activité : taux d'encadrement au lit du patient
- Comparaison à l'ENC (TCCM), à des hôpitaux en Ile de France à taille et case-mix proche
- Réajustement : au regard de l'activité actuelle et des prévisions ; au regard des mutualisations au sein du pôle

6) Autres dépenses de fonctionnement

- Evolution des dépenses du Titre II (dépenses médicales) et du Titre III (dépenses hôtelières et générales)
- Coût par entrée, par journée
- Comparaison à ENC, à des hôpitaux en Ile de France à taille et case-mix proche
- Réajustements éventuels

Pour la CDUG, le coût moyen d'un séjour en GHM C est de 3682 euros par entrée tandis que la recette moyenne est de 2 981 euros. La recette est un tiers plus élevée qu'un séjour moyen en médecine et en obstétrique. Cependant, la consommation de journées est deux fois plus élevée. La baisse de recettes du service est davantage due à un effet tarif ou un effet case-mix qu'à une baisse du volume d'activité. La recette moyenne par séjour est de 3868 euros pour les séjours hors CM24 et 28, tandis que la recette moyenne des CM24 et 28 est de 877 euros. Cette différence de tarification se fonde sur la différence de moyens engagés et les pertes de recettes sur les séjours au-delà de la borne supérieure du GHM. Par exemple, en chirurgie digestive, les séjours de plus de 30 jours représentent 4,30 % des séjours mais 31 % des journées. Au total, en CDUG, les journées au-delà des bornes supérieures, sont au nombre de 642 en 2005 pour une valorisation de 177 550 euros. Si ces journées étaient effectuées dans la borne théorique du GHM, leur valorisation aurait été de 302 808 euros soit un manque à gagner théorique de 125 258 euros. En chirurgie orthopédique, ce manque à gagner théorique est de 95 868 euros.

Toutefois, la frontière est parfois ténue pour un même GHM entre un séjour d'une nuit entrant dans la CM24 valorisée à 50 % du tarif et un autre de deux nuits entrant dans la borne normal du tarif. En effet, pour les séjours où le patient rentre le matin pour une intervention dans la journée et reste une nuit en surveillance (CM 24), la question s'est posée, lors des réunions de diagnostic, de les faire entrer la nuit précédente pour bénéficier du tarif plein. Au vu de la différence de rémunération d'un même GHM en fonction du nombre de nuit d'hospitalisation (échelle de 1 à 4 pour CDUG et l'orthopédie), les chefs de service ont avancé cette hypothèse sachant que le lit est réservé depuis la veille pour l'entrée du lendemain. Bien entendu apparaissent ici des contraintes en terme d'éthique, de confort et de juste prise en charge du patient.

7) Qualité de la facturation

- Exhaustivité de la cotation des actes
- Qualité de la cotation des séjours au regard de l'échelle des tarifs
- Délais de la facturation
- Mesures correctives

L'objectif ici est de s'assurer d'un codage exhaustif et quasiment en temps réel. Depuis avril 2007, la production des factures et leur transmission à la CPAM doivent suivre un rythme mensuel pour une facturation au fil de l'eau. Le bureau du pôle mène ainsi une réflexion sur la qualité du codage. Les GHM peuvent changer en fonction de l'ajout ou non de comorbidités ou de complications associées (CMA). Les médecins travaillent en lien avec le DIM pour améliorer l'interface de codage, ajouter un thésaurus aidant à la saisie exhaustive. Plus généralement, un consensus émerge sur la nécessité d'une formation et d'une information par le DIM sur les incidences économiques du codage.

8) Diagnostic et actions à conduire

- Conclusions du diagnostic : mise en évidence des forces et des faiblesses de la discipline
- Définition des actions à conduire pour un retour à l'équilibre
- Choix des indicateurs de suivi

Ce diagnostic médico-économique a été mené lors de réunions hebdomadaires (tous les lundis matins) en présence du trio de pôle, de la directrice référent du pôle, du chef d'établissement, de la Directrice des soins, du médecin DIM, du contrôle de gestion et du chef du service concerné par le diagnostic. Toutefois, cette méthode s'avère extrêmement longue. En effet, trois réunions sont organisées par chaque service composant le pôle. Une première permet d'étudier l'activité, une deuxième les dépenses du service et une dernière pour établir le diagnostic et indiquer des pistes d'action sur cette structure. Au total, cela fait une quinzaine de réunions à organiser avec la présence de tous les membres du bureau de pôle, tout en sachant que la même démarche est engagée avec les autres pôles cliniques. De plus, le médecin DIM et le contrôleur de gestion sont sollicités pour chacune des réunions. Ce calendrier lourd à mener doit permettre un diagnostic le plus pertinent et le plus exhaustif possible.

L'analyse des écarts notamment par rapport à ENC ou le panel d'établissements comparables en Ile de France (choix de Pontoise, Meaux, Sud Francilien, Argenteuil, Gonesse, Poissy Saint Germain) nécessite de prendre son temps afin de déterminer les causes. Par rapport au panel d'établissement d'Ile de France, le CHV se caractérise par sa singularité. Il a une valorisation de son activité d'hospitalisation à 100 % la plus faible de l'échantillon en valeur absolue. En effet, le secteur d'hospitalisation est relativement faible dans l'établissement, y compris au niveau des dépenses, puisque les dépenses directes d'hospitalisation n'atteignent pas 50 % des dépenses totales. Par contre, la valorisation de l'activité externe, tout comme les recettes MIG, rapportées à l'activité d'hospitalisation à 100% sont plus élevées, ce qui confirme l'importance de ces secteurs au CHV. Le CHV est l'établissement d'Ile de France qui a plus forte proportion de MIG

dans son budget. Le PMCT est également le plus lourd dans le panel. Cette comparaison permet de situer l'établissement et sert à expliquer partiellement les difficultés rencontrées dans la montée en charge de la T2A : soins plus lourds et faiblesse du secteur d'hospitalisation qui ne permet pas de financer le niveau des charges indirectes.

Dans l'analyse des écarts, il faut se garder de donner trop d'importance à un indicateur isolé (un écart sur le taux d'encadrement au lit du patient, un écart entre le résultat budgété et le résultat réel), les responsables de pôle auront tendance à prendre des décisions qui maximisent leur propre résultat par référence à ce seul indicateur. Les actes risquent alors d'entrer en conflit avec les objectifs généraux de l'organisation. Le trio de pôle et le directeur référent identifient dès lors un grand nombre d'origines possibles pour les écarts, notamment des actions situées dans d'autres pôles (pôle 5⁹, pôle 6¹⁰, pôle 7¹¹). Toutefois, il faut s'interroger sur le seuil de déclenchement de recherche des causes des écarts. Pour les problèmes les plus critiques dans le pôle (utilisation du bloc opératoire, taux d'absentéisme, délai de rendez-vous en consultations), un faible écart peut déclencher une action rapide. Pour les autres sujets, il faut observer un écart minimal en valeur absolue ou en pourcentage avant d'approfondir les recherches. Une règle est souvent avancée dans les entreprises privées : « analyser tous les écarts supérieurs au plus faible de ces deux seuils : 5 000 euros ou 25 % du coût budgété ». L'analyse des coûts est ici soumise au même arbitrage coût-avantages-contexte que tous les autres secteurs d'un système de contrôle de gestion. Ici le pilotage médico-économique peut conduire à une modification de gestion qui peut se répercuter sur les écarts analysés et leurs conséquences.

Les standards servant au calcul des écarts sont des points de référence pour les comparaisons. Le terme benchmarking (de benchmark : point de repère) désigne un procédé de comparaison systématique des produits, services et activités avec ceux possédant les meilleures niveaux de performance. Ces meilleures performances peuvent se retrouver aussi à l'intérieur de l'hôpital (benchmarking interne) ou à l'extérieur, chez les concurrents (cliniques privées par exemple) ou dans des organisations semblables (ENC pour les TCCM, échantillon d'établissements publics en Ile de France avec un case-mix et une taille proche). En 2005, le pôle ABCDO affichait un écart de coûts (coûts complets) de + 9 % par rapport à son double virtuel ayant le même case-mix et produisant aux coûts de l'ENC (cf Annexe VI). Cet écart positif favorable est à mettre en lien avec un écart défavorable en charges directes de -19%. Les charges induites permettent donc ce résultat favorable par rapport à l'ENC. L'objectif de la diffusion de TCCM pour le ministère de la Santé est de forcer les directions des établissements à se demander pourquoi le

⁹ Gériatrie

¹⁰ SAMU-SMUR, Laboratoires, Imagerie, Médecine nucléaire

¹¹ DRH, Gestion du personnel médical, Direction des soins infirmiers, IFSI, Médecine préventive, Service Social du Personnel, Direction de la Logistique, des Achats, des Travaux et de la Sécurité

niveau de coûts varie entre les hôpitaux et comment les meilleures pratiques peuvent être transférées des hôpitaux les plus efficaces vers les moins efficaces.

L'étude des écarts en interne apporte une aide systématique aux dirigeants, surtout s'ils prennent soin d'interpréter le retour d'expérience. La direction, les contrôleurs de gestion, le trio de pôle ont trop souvent tendance à chercher à qui la faute quand ils se réfèrent aux écarts (la différence entre les résultats réels et les résultats budgétés) pour repérer les erreurs de gestion. En effet, un pôle qui affiche un résultat excédentaire aurait peut-être pu faire mieux compte tenu de ses potentialités, tandis qu'un autre pôle affichant un déficit aurait pu être plus déficitaire s'il n'avait pas réalisé des efforts de gestion cette année.

Cette phase importante de diagnostic mobilise tous les chefs d'équipe actuellement au Centre Hospitalier de Versailles. Elle permet au pôle d'analyser sa situation de façon rétroactive, de connaître son activité et ses ressources, d'identifier ses actions correctrices potentielles. Sur cette base, la dynamique active de pilotage pourra être lancée afin d'améliorer les performances organisationnelle et économique du pôle

1 La dynamique de pilotage s'inscrit dans le respect de la cohérence institutionnelle de l'établissement

Passée l'étape du diagnostic médico-économique du pôle, la démarche pousse à se tourner vers les modalités d'une plus grande autonomie et d'une plus grande responsabilisation au niveau des pôles. A ce stade, il convient d'identifier les outils et les méthodes de management permettant un pilotage efficace de l'entité, dans le sens de la réalisation d'objectifs stratégiques. Parmi ces outils indispensables se trouvent les éléments de planification, de suivi et d'évaluation de la performance du pôle. Cette dynamique de pilotage participe de la responsabilisation du trio de pôle et aura des répercussions sur la performance du pôle. Cependant, elle s'inscrit dans le respect de la cohérence institutionnelle de l'établissement, qui doit être garantie par le Conseil Exécutif, instance stratégique.

2-1 La planification : un instrument fondamental de pilotage

2.1.1 Le projet de pôle : l'outil de définition et de transmission des objectifs

Le trio de pôle doit progressivement sortir de sa position de gestionnaire pour construire sa propre stratégie, en prenant des initiatives cadrées, et en nouant des relations structurantes avec l'extérieur. Suite au diagnostic partagé sur la situation du pôle 3, le responsable de pôle a pour mission d'élaborer avec le conseil de pôle et le bureau de pôle un projet de pôle. Ce projet constitue le document clé de la définition et l'implémentation des orientations stratégiques du pôle. Le pilotage n'a pas de sens si le trio de pôle n'a pas clairement identifié la « direction » à tenir.

Le projet de pôle sera défini en cohérence avec le projet d'établissement 2005-2010 du CHV, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé avec l'Agence Régionale d'Hospitalisation, le Plan Régional de Santé Publique (PRSP), le Projet Médical de Territoire, les recommandations nationales de la HAS, les orientations des plans nationaux (Grand Age, Cancer, Périnatalité). Le projet de pôle prévoit pour quatre ans :

- L'organisation générale du pôle
- L'orientation des activités, leur évolution
- La recherche de l'efficience dans l'engagement des moyens
- L'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients
- La prévention et la gestion des risques
- L'évaluation des soins
- L'évaluation des pratiques professionnelles en lien avec les chefs de service

- Les partenariats internes et externes
- L'enseignement et la recherche

Le projet est soumis pour avis au Conseil Exécutif, la Conseil Médicale d'Établissement et à la Commission des Soins Infirmiers, de Réadaptation et Médico-Technique (CSIRMT). Il est transmis également pour information au CTE et au CA. La mise en œuvre du projet est prévue dans le contrat de pôle. Il est actualisé chaque année et un bilan annuel de son exécution est présenté dans le rapport d'activité du pôle.

Le projet de pôle doit également comporter des éléments de mutualisation des ressources du pôle. La mutualisation est consubstantielle de l'organisation en pôle. Elle vise la recherche de l'efficacité dans l'utilisation des moyens, tout en garde le même niveau de qualité dans la prise en charge du patient. Le pôle permet une certaine souplesse de gestion des ressources en s'intégrant dans une logique acceptée par les acteurs de terrain. L'identification d'une filière de patient permet de décomposer les processus et d'identifier les ressources pouvant être mutualisées à l'intérieur du pôle. Ces mutualisations concernent les ressources tant humaines que matérielles. Les personnels soignants gérés par la cadre supérieure de santé du pôle appartiennent au pôle et une réflexion est menée sur des réaffectations dans le périmètre du pôle afin de correspondre au niveau d'activité dans les services. Cette réflexion est pour l'instant embryonnaire au CHV, la Direction des soins gardant pour l'instant ses prérogatives en la matière. Les discussions portent davantage sur l'utilisation optimale des plages du bloc, des consultations spécialisées et des places de chirurgie ambulatoire. Ces activités communes aux services du pôle font partie des thèmes privilégiés à intégrer dans la planification.

Selon Russell L. Ackoff¹², « planifier, c'est concevoir un futur désiré et les moyens d'y parvenir ». La littérature classique a longtemps considéré les cadres de proximité et les cadres intermédiaires avaient un rôle réduit dans les processus de prise décisions stratégiques. Dans une répartition des rôles bien définie, les directeurs en lien avec la tutelle avaient en charge la conception de la stratégie de l'établissement, alors que les cadres opérationnels se devaient de transmettre les décisions telles quelles à leur équipe et d'en assurer la mise en œuvre avec un minimum d'autonomie (respect des plannings et des procédures établies). Depuis les années 1990, les cadres intermédiaires se voient reconnaître un rôle clé dans la définition et l'implémentation des orientations stratégiques de l'hôpital. Ainsi, dans un contexte d'accélération des changements du notamment aux réformes actuelles (nouvelle gouvernance, T2A, Accréditation, SROS III), la direction a fait le choix d'impliquer acteurs de proximité dans la formation de la stratégie afin de les

¹² Russell L. Ackoff, Méthode de planification dans l'entreprise, Edition d'Organisation, collection INSEAD Management, 1973

associer à l'amélioration de la performance organisationnelle (croissance de l'activité, performance financière).

La stratégie correspond à l'ensemble des décisions et actions qui orientent de façon déterminante et sur le long terme, la mission, les métiers et activités de l'établissement, ainsi que son mode d'organisation et de fonctionnement¹³. Elle porte à la fois sur le pôle, le CHV et son environnement. Elle permet de tracer le champ d'actions du pôle dans le temps (3 à 5 ans) et dans l'espace (territoire et patients du pôle) à partir des ressources existantes (financière, humaine, technologique, organisationnelle, immatérielle) et de nouvelles dotations, en fonction des évolutions des besoins de la population. La stratégie est avant tout une traduction en actions d'une vision singulière partagée, fruit de l'analyse et de l'intuition, qui évolue au gré des événements, des expériences personnelles et professionnelles, et des interactions. La prise de décision stratégique est un acte coûteux. Elle nécessite en amont des études et analyses, des confrontations et le plus souvent une prise de risques souvent difficile à évaluer en terme de coûts et de conséquences pour l'organisation. Le rapport au temps constitue également un défi pour la direction qui doit veiller à gérer à la fois le temps nécessaire à la mise en œuvre de la décision (réflexion préalable, réunions,...) et la durée de la réalisation du plan d'actions.

La planification stratégique vise à déterminer les grandes orientations et objectifs à poursuivre par le pôle, à savoir sa mission, ses buts et ses stratégies de croissance (choix des métiers et domaines d'activités). La formulation de la mission du pôle porte sur :

- Intentions du pôle à moyen et long terme
- Choix de ses métiers à moyen et long terme
- Choix en matière de développement
- Impératifs et contraintes fondamentales (croissance, rentabilité)
- Valeurs culturelles

Bien qu'elle soit contractualisée entre le responsable de pôle et le Conseil exécutif, la mission du pôle doit être revue et acceptée par l'ensemble du personnel qui doit véritablement se l'approprier. Le vote du projet de pôle en conseil de pôle revêt ici un caractère fondamental dans cette appropriation et le partage des objectifs. Les objectifs stratégiques fixés sont des guides montrant la direction à suivre. Ils sont censés influencer sur le type d'actions à entreprendre pour développer et gérer le pôle. L'objectif stratégique peut aussi constituer une source de motivation et d'incitation, en stimulant les acteurs de l'organisation (logique de responsabilité et d'initiative).

¹³ Barabel, Meier, Manageor, les meilleures pratiques de management, édition Dunod, septembre 2006

Ces objectifs doivent être *orientés* vers un résultat sur lequel les acteurs peuvent se projeter; *formulés* de façon simple, claire et réaliste; en adéquation avec la qualité et la sécurité des soins; *peu nombreux* afin de renforcer leur caractère distinctif; être justifiés et acceptés par les principaux acteurs du pôle; *décomposables* en sous-objectifs plus précis dans les domaines financiers, du développement technologique et social. Il convient de veiller à ce que l'énoncé et le sens des objectifs à atteindre soient partagés par l'ensemble des acteurs du pôle. En effet, la direction a le souci de relier continuellement les objectifs stratégiques aux actions et préoccupations quotidiennes des acteurs risque de perdre une partie des effets mobilisateurs qu'elle pourrait obtenir (dissociation entre objectifs stratégiques du CHV et ceux du pôle, des structures internes, des agents). Un tel comportement peut générer chez les collaborateurs des réactions négatives (faible implication, démotivation, résistance passive ou active).

2.1.2 Le contrat d'objectifs et de moyens du pôle, un instrument de planification opérationnelle et de responsabilisation

La contractualisation avec les pôles permet d'assurer la cohérence entre les objectifs du pôle et ceux de l'établissement, de même que de donner une lisibilité sur les moyens disponibles pour y arriver. Le contrat, plus opérationnel que le projet de pôle, assure le cadrage de la gestion du pôle. Selon l'article L.6145-16 du Code de santé publique, les établissements publics de santé mettent en place des procédures de contractualisation interne avec leurs pôles d'activité, qui bénéficient de délégations de gestion de la part du directeur. Dans ce cadre, le contrat de pôle définit les objectifs d'activité, de qualité et d'équilibre financier, les moyens et les indicateurs de suivi des pôles d'activité, les modalités de leur intéressement aux résultats de gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat. Le contrat de pôle est cosigné par, d'un côté le directeur et le président de la CME, et de l'autre le responsable de pôle. Les conditions d'exécution, notamment la réalisation des objectifs assignés au pôle, font l'objet d'une évaluation annuelle entre les cosignataires selon les modalités et sur la base de critères définis par le conseil d'administration après avis du conseil de pôle, de la CME et du Conseil exécutif. Concernant cet outil, le CHV pourra s'appuyer sur l'expérience du contrat avec le service Diabétologie signé au printemps 2006. Cette démarche nouvelle dans l'établissement avait permis de se familiariser avec la démarche et les outils de suivi qui avaient mis en place.

A) Les objectifs contractualisés

Sur la base du projet de pôle, le contrat interne doit définir :

- Des objectifs organisationnels et médicaux (développement d'une activité, d'une filière, du lien avec l'HAD, meilleure utilisation des plages du bloc, valorisation des compétences, harmonisation des outils de travail)

- Des objectifs de qualité (Gestion de la douleur, évaluation des Pratiques Professionnelles, généralisation des protocoles, fluidité de la prise de rendez-vous au bureau central des rendez-vous, information et droit des usagers, gestion des risques, revue morbi-mortalité)
- Des objectifs d'activité et financiers (suivi et maîtrise des dépenses du pôle, suivi et exhaustivité des recettes du pôle, point d'équilibre)

B) Les moyens accordés

Corollaire des objectifs négociés, le contrat doit déterminer les moyens humains, physiques et financiers sur lesquels le pôle peut agir soit de manière directe dans le cadre d'une délégation de gestion, soit de manière indirecte en lien avec un autre pôle (logistico-administratif). Le responsable de pôle doit pouvoir ainsi prendre des mesures d'optimisation des moyens mis à sa disposition en vertu du contrat interne (personnel, locaux, matériels, gestion des lits et des places) en vue d'assurer le bon fonctionnement de son pôle.

C) Les indicateurs de suivi et d'évaluation

Afin de suivre la réalisation de ces objectifs, les parties au contrat doivent s'entendre sur des indicateurs mesurables. Le système d'information permet construire ces indicateurs en fonction des données extraites des progiciels de l'établissement. Toutefois, un audit ciblé en interne sur une durée précise peut permettre d'évaluer des actions en lien avec le contrat (audit de dossiers sur une journée, du circuit du patient, d'organisation des consultations). Sur la base des informations saisies, un tableau de bord est établi mensuellement par la cellule d'analyse de gestion. La direction apporte l'aide à la décision à partir de l'analyse du tableau de bord en collaboration avec le trio de pôle lors d'une rencontre mensuelle. Une procédure contradictoire a lieu entre le trio et la cellule de gestion lorsque apparaissent des clignotants d'alerte signalant des écarts significatifs par objectifs contractualisés.

Un bon indicateur de performance doit être suivi de façon récurrente dans le temps et calculable d'une manière identique pour les organisations. Pour qu'il ait un sens pour l'ensemble des acteurs, tout objectif doit être accompagné d'un indicateur de suivi. La démarche ici consiste à décliner les objectifs du contrat, à formaliser les processus clés, à identifier les inducteurs de performance relatifs à ces processus, puis à formaliser un ou plusieurs indicateurs permettant de mesurer et de suivre ces inducteurs. Ces indicateurs portent sur :

- la structure de l'activité (items identifiés lors du diagnostic)
- sur les moyens budgétaires alloués,
- sur les indicateurs RH (absentéisme, effectifs, coût),
- sur des indicateurs synthétiques de performance,

- sur des indicateurs synthétiques de qualité

Enfin, il convient d'étalonner les indicateurs retenus (en fixant des référentiels de comparaison, interne ou externe) et de clarifier le sens et les limites d'interprétation de ces indicateurs.

D) L'intéressement aux résultats, une source de motivation

Le contrat comporte généralement un dispositif d'intéressement aux résultats qui contribue à la motivation des acteurs du pôle dans son ensemble. Le résultat budgétaire de l'exercice du pôle est influé par des économies de dépenses, une meilleure connaissance de la formation des coûts et /ou des écarts de recettes réalisés par rapport à l'objectif de gestion contractualisé. En cas de résultat positif de l'hôpital, le pôle est susceptible de bénéficier d'un intéressement. Dans l'état actuel de la jurisprudence, l'intéressement individuel ne semble pas possible, seul l'intéressement collectif est admis par le statut de la fonction publique. La solidarité institutionnelle est le corollaire indissociable de l'introduction d'un dispositif d'intéressement. Il ne peut être mis en œuvre que dans le respect de l'équilibre budgétaire global.

Le résultat budgétaire de l'exercice de l'établissement est divisé en trois parts selon Dominique Peljak¹⁴ :

- Une enveloppe est réservée pour l'ensemble de l'établissement (10 %). Le directeur propose au Conseil d'Administration, après avis du Conseil exécutif, d'affecter la part réservée à l'ensemble de l'établissement à une activité commune à l'ensemble des pôles ou à une ou plusieurs activités stratégiques de l'un des pôles.
- Une enveloppe est réservée à l'intéressement aux objectifs quantitatifs des pôles (70 %). Cet intéressement est calculé à partir du montant du résultat comptable avant charges de structure (produits – charges directement liés au pôle), auquel on ajoute les différentiels positifs ou négatifs au regard des objectifs cibles. S'il est négatif, le pôle ne perçoit pas d'intéressement.
- Une enveloppe est réservée à l'intéressement aux objectifs qualitatifs des pôles (20 %).

Au CHU de Toulouse, les parts d'intéressement diffèrent de ce modèle. En effet, en cas de résultat comptable positif de l'établissement en fin d'exercice, un intéressement est attribué aux seuls pôles excédentaires. Par contre, pour les objectifs non financiers qui concernent la qualité et la gestion interne (maîtrise des dépenses et augmentation planifiée de l'activité), un prélèvement de 0,15 % est effectué sur la base budgétaire annuelle totalement indépendant du résultat comptable constaté à la fin de l'exercice. L'enveloppe est répartie entre les pôles au prorata de l'atteinte des objectifs du contrat et

¹⁴ D.Peljak, Le guide de gestion par pôle, Edition Les Etudes Hospitalières, 2006

au vu de l'évaluation annuelle faite par le conseil exécutif. Ce prélèvement qui récompense les efforts réalisés sur les volets non financiers du contrat, n'est donc pas dépendant du résultat comptable de l'établissement ou du pôle. Il relève d'une politique générale d'intéressement de l'établissement.

A la clôture de l'exercice, la direction peut affecter le résultat en fonction de ce type de répartition. Si une partie ou la totalité de l'enveloppe n'est pas utilisée en raison de la non-atteinte des objectifs par les pôles, elle est mise à disposition de la direction générale. Ces enveloppes de crédit mis à la disposition du pôle dans ce cadre, concernent des dépenses non pérennes : crédits supplémentaires de formation continue, de petit matériel, documentation, crédits de dépenses d'équipements ou de travaux en fonction du projet de pôle et de la prise en compte de l'amélioration des conditions de travail, provisions pour un cumul d'intéressement d'années successives.

E) L'inexécution du contrat et les mécanismes potentiels de sanction

Pour rendre le contrat valide, un dispositif relatif aux conséquences de l'inexécution du contrat est indispensable. Le panel des sanctions à l'égard du pôle qui n'a pas atteint ses objectifs est assez restreint. En effet, il convient de s'interroger sur l'équité d'une réduction de crédits alors que le pôle est en déséquilibre financier, sur le lien entre maîtrise des coûts d'exploitation ou d'investissement et la non atteinte des objectifs qualitatifs ou organisationnels. L'expérience en la matière incite à des échanges objectivités entre le pôle et le conseil exécutif afin d'impacter sur le pôle n'ayant pas atteint ses objectifs. En définitive, le refus d'attribuer un intéressement et la présentation en CME, CTE, réunion de cadres, des résultats de chaque pôle (valeur de l'image, de notoriété face aux pairs) constituent les véritables moyens de sanction en cas d'inexécution du contrat.

Le pilotage médico-économique du pôle nécessite de définir les orientations stratégiques fortes du pôle. En effet, les ajustements se feront en référence à ces objectifs partagés par les acteurs, sachant bien entendu qu'ils peuvent modifier le projet et le contrat en fonction des modifications du contexte interne ou externe. Une fois les orientations fixées et les moyens alloués arrêtés, les responsables de pôle souhaitent disposer de leviers leur permettant de piloter et d'évaluer la performance de leur pôle par rapport aux objectifs définis.

2.2 Piloter et évaluer la performance médico-économique du pôle

2.2.1 Le pilotage par processus, un mode de pilotage des organisations centré sur les mécanismes clés de la performance

L'approche par les processus est une démarche relativement récente qui consiste à décomposer l'activité globale du pôle en processus clés. Cette démarche repose sur le postulat que l'amélioration de la performance des processus va se traduire de manière directe ou indirecte par une amélioration de la performance globale de l'entité.

L'approche par les processus repose notamment sur une analyse de la structure en termes de ressources et d'inducteurs de performance. Selon la théorie des ressources (Ressource Based View) en management, une entreprise peut être analysée comme un portefeuille de ressources et de compétences qui s'orchestre et se combine au sein de processus. La logique de création de valeur d'une entreprise dépend de sa capacité à mobiliser des ressources clés autour d'un ou plusieurs processus stratégiques (Lorino et Tarondeau, 1998). Ainsi, le pilotage par processus cherche à améliorer le fonctionnement de l'hôpital en s'attaquant aux sources profondes de la performance sans focaliser sur l'action sur les seules dimensions visibles et mesurables. La réflexion sur les processus a des conséquences multiples sur la vision de l'établissement :

- La logique des processus bouscule les schémas organisationnels existants. Le découpage hiérarchique vertical, les cloisonnements fonctionnels entre les directions, les aires de responsabilités que sont les services, heurtent de front la réalité opérationnelle des processus.
- Le pilotage par les processus rend plus difficile la mesure de la performance des responsables, que ce soit le trio de pôle ou les directeurs adjoints. En effet, la performance jugée n'est pas liée à sa capacité à optimiser l'action au sein de son aire de responsabilité mais à contribuer à l'optimisation du processus global, quitte à accepter une sous-optimisation de sa propre aire de responsabilité. Cette transition doit s'accompagner nécessairement d'une évolution des modalités d'incitation, de récompenses et de sanctions pour pouvoir être efficace.

L'une des clés du pilotage par les processus réside dans l'identification des inducteurs de performance. Un inducteur de performance est un facteur opérationnel dont l'amélioration entraîne une élévation globale de la performance de l'établissement. Ce sont des indicateurs du bon fonctionnement d'un processus, des leviers qui vont agir sur les segments créateurs de valeur. Ils ne représentent pas l'ensemble des variables de l'établissement, mais les 20 % qui représentent 80 % conformément à la loi de Pareto. Il peut s'agir de facteurs apparemment secondaires dont les conséquences indirectes peuvent par un effet boule de neige peut être considérable. Dans le pôle ABCDO, ces

indicateurs peuvent être le temps d'attente pour le passage au bloc ou en consultations spécialisées, le taux de non-qualité, l'absentéisme dans les services, le nombre de réclamations, la consommation d'énergie, la quantité de déchets. L

Un bon inducteur de performance doit être :

- Mesurable
- Relié à un stade précis du processus
- Susceptible de traduire des comportements précis pouvant être améliorés
- En mesure d'avoir des conséquences sur l'aval du processus ou traduire un problème en amont du processus
- En mesure d'avoir un effet direct ou indirect significatif sur la performance globale du processus (effet d'enchaînement)

La recherche des inducteurs de performance est une démarche essentielle à la compréhension du fonctionnement réel des processus. Ils doivent être à la fois des indicateurs de suivi et des leviers concrets de l'action managériale.

Le pilotage par processus d'un pôle passe par l'identification des processus clés ou stratégiques. Il s'agit pour le pôle de comprendre les grands processus à l'œuvre. L'élaboration d'une cartographie des processus clé nécessite cependant de descendre davantage dans le détail de l'activité de l'établissement. En particulier, il convient d'identifier l'ensemble des ressources internes et externes qui sont mobilisées. Pour chacun des segments stratégiques identifiés, il est nécessaire de recenser les ressources qui sont mobilisées en distinguant les ressources mutualisées (communes à l'ensemble du pôle et/ou autres pôles) des ressources spécifiques. Il convient aussi d'identifier les ressources qui sont mobilisés à l'extérieur du CHV, notamment par le biais de l'externalisation des examens de Laboratoire. Un processus est alors défini comme une combinaison de ressources et de compétences. Un processus encadre un ou plusieurs inputs identifiés et un output valorisable en soi (en interne ou en externe).

- *Processus complet* : de l'entrée à la sortie du patient conformément à la logique du pôle ABCDO
- *Processus indépendant des fonctions opérationnelles* : les processus de gestion de hauts potentiels (accouchements, orthogénie, pose de prothèses orthopédiques) ou de développement de nouveaux produits (Ophtalmologie en ambulatoire) entrent dans cette catégorie.
- *Processus opérationnels propres à un segment stratégique et qui ne mobilisent que des ressources spécifiques* : la politique d'amélioration de la qualité, les processus de gestion des consultations, d'utilisation des plages du bloc et des places de chirurgie ambulatoire. Ces processus peuvent heurter l'organisation traditionnelle en services. Les consultants du chantier MEAH ont identifié des

points critiques à l'intérieur de processus opérationnels comme le Bureau Central des Rendez-Vous et le Bloc opératoire. Pour le premier, seul un quart des appels sont pris en charge par cette plateforme d'appel, ce qui a conduit à la constitution d'un groupe de travail. Pour le bloc, le nombre d'ICR est élevé comparativement aux nombres de salles mais le nombre de séjours correspondant est relativement faible. Il conviendra alors de mener une réflexion sur les vacations opératoires.

- *Processus ouverts sur l'extérieur du pôle* : ces processus intègrent des interactions avec des prestataires extérieurs que sont les laboratoires extérieurs, les avis de PH de l'AP-HP, l'HAD périnatalité, les structures internes du pôle 1 (notamment le SAU et la Réanimation), du pôle 2 (notamment les services d'Hépatogastro, de Médecine interne, de Cancérologie, Pneumologie), du pôle 6 (Laboratoires, Imagerie médicale), du pôle 7 (Pharmacie à Usage Intérieur). Le rôle des responsables de pôle est de s'assurer de l'adéquation entre les besoins du pôle et les prestations réalisées à l'extérieur. A ce niveau s'instaure un processus hybride dans la mesure où une partie de son champ échappe au contrôle hiérarchique au profit d'une relation de marché traditionnelle (client/prestataire).

Ce type de pilotage par les processus modifie profondément l'art du management dans le sens où il dissocie la ligne hiérarchique de l'aire de responsabilité. Le management par les processus réside dans un pilotage par la transversalité. Tout d'abord, il permet d'officialiser les processus clés. Il ne s'agit pas pour le bureau de pôle de modéliser l'ensemble des processus et de repérer les combinaisons de ressources et de compétences existantes mais d'identifier les principaux processus stratégiques. Ce choix comporte évidemment une part d'arbitraire et découle de l'objectivisation réalisée lors de l'analyse médico-économique, des filières de prise en charge identifiées.

Le management par les processus passe nécessairement par l'identification de manager de processus. Ils ont la responsabilité globale du bon fonctionnement et de l'amélioration du processus dans son ensemble. Ils doivent avoir une vision globale du processus indépendamment de la structure hiérarchique existante et des cloisonnements divisionnels (structures internes) ou fonctionnels (trio de pôle, directeurs fonctionnels). Le Pôle ABCDO a ainsi identifié des responsables de processus transversal s'occupant de l'analyse de gestion, de l'information médicale et du codage, de la Qualité, des alternatives à l'hospitalisation, et de la communication.

2.2.2 La mesure et le suivi de la performance

Le pilotage médico-économique du pôle implique le suivi d'indicateurs de performance et leur comparaison permanente avec des référentiels. Le choix de référentiels permet aux responsables de pôles de porter un jugement positif ou négatif sur

la performance du pôle et /ou d'identifier les causes de sous-performance. Le suivi des indicateurs ne peut se faire qu'à travers des tableaux de bord, outils de gestion essentiel pour le pilotage de la performance.

A) Le tableau de bord équilibré, un outil de suivi global et prospectif

Le modèle de Norton et Kaplan (1998) constitue une approche originale qui cherche à associer la logique de management par processus à celle de l'évaluation et le suivi de la performance organisationnelle. Le tableau de bord équilibré vise à apporter des solutions aux insuffisances des tableaux de bord classiques trop centrés sur la mesure de la performance passée.

Le tableau de bord équilibré (ou balanced scorecard) exprime la vocation et la stratégie de l'établissement par un ensemble complet d'indicateurs de performance. Il fournit le cadre de la mise en œuvre de la stratégie. Il ne s'intéresse pas seulement à la réalisation d'objectifs financiers. Il éclaire aussi les objectifs non financiers qu'une organisation doit atteindre afin de réaliser ses objectifs financiers. Le tableau de bord équilibré tire son nom de la recherche d'un équilibre entre les indicateurs financiers et non financiers pour évaluer la performance sur le court terme et le long terme dans un document unique de synthèse. Il constitue une réaction contre la pratique américaine de management, qui prévalait au début des années 1990, d'évaluer les performances des entreprises sur la base d'indicateurs exclusivement financiers qui privilégient le court terme (résultats semestriels) au détriment de la stratégie à long terme (en terme d'investissement). Ce constat concerne également l'hôpital public. Les indicateurs non financiers et opérationnels reflètent les évolutions essentielles qui affectent l'établissement. Les avantages financiers de ces évolutions ne peuvent être exprimés par des gains à court terme. En revanche, une progression significative des indicateurs non financiers est le présage d'une création de ressources à venir. C'est ainsi qu'une hausse de l'attractivité de l'établissement est le signe d'un futur accroissement des séjours et des recettes. En équilibrant la combinaison des indicateurs financiers et non financiers, le tableau de bord équilibré attire l'attention de la direction tant sur les performances de longue période que sur les performances immédiates.

L'originalité de l'approche de Norton et Kaplan réside dans la recherche explicite de liens de cause à effet entre les déterminants de la performance et les mesures de performance notamment financière. La démarche proposée par les auteurs pour mettre en place un tableau de bord équilibré au sein d'un pôle reste assez classique :

- Formulation de la stratégie en objectifs inclus dans le projet de pôle
- Recherche des relations de cause à effet (identification des inducteurs de performance)
- Elaboration des indicateurs permettant de suivre l'évolution des performances finales et intermédiaires ainsi que des inducteurs de performance

- Fixation des valeurs cibles (objectifs à atteindre) pour chacun des indicateurs et mise en place d'un système de remontée des informations permettant la consolidation des données
- Proposition d'actions visant à aller dans le sens d'une meilleure performance
- Suivi de la mise en œuvre (suivi des actions, mesure de leur impact par le biais de suivi des indicateurs, comparaison avec les valeurs cibles)

Norton et Kaplan propose donc d'abandonner une vision purement financière du pilotage et d'y ajouter trois autres axes fondamentaux non financiers.

L'axe financier constitue l'objectif final de toute organisation pour les auteurs. Les objectifs financiers peuvent être cependant multiples, l'équilibre financier n'étant pas le seul critère à prendre en compte pour un hôpital. Toutefois, notons que les objectifs en terme de marge d'exploitation (résultat / ensemble des recettes) sont le plus souvent utilisés dans les analyses financières réalisées par l'équipe de direction ou par les inspecteurs de l'IGAS notamment lors d'audit.

L'axe clientèle est indissociable de la démarche de Norton-Kaplan. Il renvoie à la relation de l'hôpital avec le patient en portant une attention particulière à leur recrutement sur le bassin de vie, leur degré de satisfaction, aux tendances futures (vieillesse de la population, augmentation du nombre de naissances), au paiement des factures envoyées. Nous pouvons intégrer ici toutes les relations extérieures qui crée de la valeur pour l'établissement : approvisionnements auprès de fournisseurs, prestataires de transports sanitaires, l'envoi de patients par les médecins de ville, les places en SSR vers des établissements privés comme « la Porte Verte » ou « Claire Demeure ». Le suivi porte ici sur des indicateurs tels que le nombre de plaintes, l'évaluation des questionnaires de sortie, le taux de facturation, le taux de réhospitalisation.

L'axe des processus internes doit permettre d'identifier les opérations internes qui agissent sur l'axe client en répondant à leurs besoins et sur l'axe financier en remplissant les objectifs d'équilibre. Le travail de détection et d'amélioration continue des processus clés peut porter sur les processus clés déjà existants (processus opératoires), ou en développement (processus d'innovation) afin d'améliorer à long terme la performance du pôle. S'inscrivent dans cet axe la signature de contrat de bon usage du médicament, l'organisation en ambulatoire de certaines interventions chirurgicales, la politique d'amélioration de la qualité impulsée par un médecin référent et une cadre supérieure de santé. Les indicateurs à suivre concernent le nombre d'infections nosocomiales, de fiches d'événements indésirables, le taux d'exhaustivité, les erreurs de prescription médicale, le niveau de prescription d'antibiotiques, la part d'hospitalisation programmée, d'ambulatoire, le ratio consultations externes / consultations internes.

L'axe *apprentissage* s'intéresse non pas aux déterminants actuels de la performance mais aux déterminants futurs. Elle identifie les domaines dans lesquels le pôle doit exceller pour que ses processus internes soient les plus efficaces et qu'il remplisse ses objectifs. Pour ce faire, le pôle doit ici investir deux domaines qui sont les ressources humaines (aptitudes des agents, formation continue, enquête de satisfaction des personnels, rotation du personnel, proportion des traitements constitués par des primes, intéressement collectif), l'efficacité-disponibilité du système d'information (taux d'utilisateurs de progiciels, taux de processus avec un retour d'information en temps réel).

Ces quatre axes ne sont pas limitatifs pour les auteurs qui prévoient explicitement la possibilité d'ajouter d'autres dimensions en fonction de l'environnement particulier de l'établissement : adaptation à la culture de l'établissement, à son environnement socioculturel. Ce modèle Norton-Kaplan présente une certaine originalité et de nombreux avantages. Il raconte l'histoire de la stratégie du pôle en exprimant une suite de relations causales. Chaque indicateur est un maillon de la chaîne causale qui part de l'apprentissage organisationnel et aboutit aux résultats financiers. Par exemple, la mise en place de mécanisme d'intéressement aux résultats motive le personnel du pôle, incite à améliorer les procédures internes et de fait la satisfaction du patient, contribue à l'équilibre financier du pôle. Toutefois, en France, le tableau de bord équilibré est loin de faire l'unanimité.

B) Le tableau de bord de gestion (TBG), un instrument français à s'approprier

Le tableau de bord de gestion (TBG) à la française constitue un instrument de gestion très utilisé dans l'hexagone depuis des décennies. Il est mentionné dans les manuels dès 1932 par Robert Satet et Charles Voraz. Tout comme le tableau de bord équilibré, les TBG complètent les indicateurs financiers d'indicateurs non financiers, les indicateurs physiques alertent et déclenchent les actions correctives, le nombre d'indicateurs est en nombre limité. Par contre, ils comprennent des renseignements externes et généraux sur l'environnement, ils sont structurés et adaptés à la structure, à la personnalité du chef d'établissement. Il n'y a aucun modèle standard. On distingue à ce sujet deux familles de TBG : tableau de bord de direction (générale ou pôle) qui représente le fonctionnement de l'entité dirigée, mais aussi une surveillance des délégations de gestion, et les tableaux de bord de niveaux hiérarchiques inférieurs, orientés vers l'information physique dans un souci de pilotage à court terme. Alors que le tableau de bord équilibré est imposé par la direction aux niveaux subalternes dans une démarche exclusivement descendante, les TBG sont établis en concertation avec les différents niveaux intéressés dans une démarche autant ascendante que descendante. Ce sont les responsables de structures internes (trio de pôle, cadre supérieur de santé, cadre de santé, chefs de service) qui déterminent eux-mêmes, à chaque niveau, les

variables significatives à mesurer dans leur secteur pour atteindre les objectifs fixés par le niveau supérieur. Les TBG s'emboîtent les uns dans les autres, en suivant les lignes hiérarchiques. Le TBG de chaque responsable inclut les informations indispensables à la gestion de son centre de responsabilité, ainsi que les informations nécessaires à son chef hiérarchique. Les informations du TBG ne remontent que si elles ne sont utiles qu'au niveau local.

Le tableau de bord, comme le microscope, associe le regard et l'action. Il autorise le dirigeant à porter un regard sur ce qu'il ne peut plus matériellement voir du fait de la distance ; mais, il est aussi un moyen d'intervention au travers des décisions qu'il suscite. Ces modèles de tableaux de bord peuvent paraître assez théoriques. Cependant, ils poussent les responsables de pôle à identifier les processus clés et à suivre la performance globale de l'entité. Il n'en reste pas moins qu'actuellement se développe surtout des outils de pilotage budgétaire et financier.

2.2.3 Les nouveaux outils financiers et budgétaires indispensables au pilotage

Les orientations stratégiques étant définies, le pilotage médico-économique du pôle nécessite la mise en place d'outils, d'instruments de suivi budgétaire et financier. A ce stade, il convient d'instaurer de véritables centres de responsabilité cherchant à dégager des marges de manœuvre internes au pôle et respectant les grands équilibres de l'hôpital et le plan de financement pluriannuel. Dans le cadre de l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD), trois outils simples, fiables et pertinents ont été déployés au CHU de Toulouse :

- Le Tableau Coût Case- Mix (TCCM) du pôle
- Le Compte de Résultat par pôle
- Le Budget de Pôle et la délégation de gestion

Ces outils de pilotage médico-économique mis en œuvre au CHU de Toulouse ouvrent d'intéressantes perspectives dans la mesure de la performance et dans la prise de décisions correctrices. Ils apparaissent indispensables à la gestion efficiente de pôle même si la construction de ces outils, le suivi régulier et l'analyse nécessaire mobilisent des moyens que n'ont pas forcément tous les établissements. Il convient de mener à ce sujet une étude coût-bénéfice.

Les données sont issues du système d'information (fichier structure unique) couvrant l'intégralité de l'activité du CHU avec un historique de plusieurs années. Le périmètre des pôles est organisé selon les secteurs de production, et sur les principes de la comptabilité analytique (cf. annexe IV).

A) Le Tableau Coût Case-Mix du pôle (TCCM) : un outil d'explication du résultat

L'objectif du TCCM est de comparer, par grandes lignes de dépenses, les coûts constatés dans le pôle et les coûts de même nature qui seraient encourus par un pôle fictif ayant le même case-mix et présentant les coûts de référence de l'ENC (base de Montpellier pour les CHU à partir des extractions de la base nationale). Ainsi, le pôle s'étalonne poste de dépenses par poste de dépenses, par rapport à une référence ayant strictement la même activité en GHM. Le TCCM concerne uniquement les secteurs d'hospitalisation des pôles cliniques (MCO). Il donne une vision T2A à 100 % mais ne décrit pas les activités externes, subsidiaires, les MIGAC, la part patient. Ces données comparatives sont établies annuellement, en fin d'exercice et prennent en compte la prévision d'activité, figurant au rapport préliminaire, établi pour chaque pôle avec l'aide du DIM. Le poids relatif des dépenses par GHM figurant à l'échelle national des coûts des CHUs est appliqué aux derniers tarifs connus afin de valoriser les recettes à réaliser. La mesure des écarts identifie les segments d'amélioration en distinguant ceux liés aux coûts directs, ceux induits par les consommations et /ou les coûts de productions des pôles prestataires médico-techniques et logistico-administratifs :

-Coûts directs

- Le personnel médical et non médical
- Les médicaments et consommables médicaux
- L'amortissement et maintenance médicale

-Coûts indirects

- Prestations médico-techniques (blocs, laboratoires, imagerie, Urgences)
- Hôtellerie (restauration, blanchisserie)
- Logistique médicale, administrative et technique
- Structure (dépenses patrimoniales)

On calcule alors, pour chacune des composantes de coût, les dépenses de ce pôle fictif, que l'on peut comparer à celles du pôle réel. Il est possible également de rajouter une quatrième colonne en rappelant comment se situe globalement le secteur MCO de l'hôpital par rapport à l'ENC. Dès lors, le pôle peut se comparer non seulement à l'ENC (référence externe), mais aussi à l'ensemble de l'établissement (référence interne).

L'analyse des écarts permet de juger la performance du pôle sur différents composants de coûts et d'identifier des leviers d'actions. Le TCCM doit être considéré et utilisé comme un outil explicatif partiel (champ des groupes homogènes de séjour) de la structure de production du pôle en introduisant une comparaison interne et externe. En effet, si le pôle présente un déficit comptable lors de l'élaboration du compte de résultat, rien ne révèle les origines de ce déséquilibre : surcoût en personnel, poids des charges

de structure, surconsommation en dépenses hôtelières ou médicales. A ce niveau, il convient de s'interroger sur le dimensionnement des moyens par rapport à l'activité : trop de ressources employées par rapport au niveau d'activité ou une activité insuffisante par rapport aux charges. De même, un pôle peut être excédentaire mais dégagerait un excédent supérieur s'il alignait ses dépenses sur les coûts de l'ENC.

B) Le Compte de Résultat du pôle : la contribution du pôle au résultat de l'établissement

Par référence au TCCM qui examine la structure des coûts de production a posteriori, avec une projection sur l'activité future, le compte de résultat est plus dynamique et complet. Sur cet outil financier, deux options sont possibles : le compte de résultat comptable pur utilisé par le CHU de Toulouse et le Compte de Résultat Analytique développé par des enseignants de l'ENSP¹⁵.

A une fréquence trimestrielle au CHU de Toulouse, il détermine le résultat comptable de chaque pôle avec une vision de l'ensemble des dépenses et des recettes. La consolidation des pôles donne le résultat de l'établissement. Le pôle supporte ses charges directes, correspondant aux autorisations de dépenses qui lui sont déléguées dans le cadre du budget de pôle (personnel, consommables, amortissements du matériel affecté), mais aussi les prestations qui lui sont imputées par les autres pôles sur la base de coûts d'objectifs arrêtés (restauration, blanchisserie, logistique générale, entretien, blocs, pharmacie, imagerie, génie biomédical, informatique). Le CREA identifie les dépenses directes telles que répertoriées et précisées dans le guide de comptabilité analytique. A cela, il faut ajouter les dépenses indirectes provenant du plateau technique (ventilées sur les services cliniques à partir des ICR, idéalement, ou à défaut d'autres unités d'œuvre), ou encore des services logistiques ventilés de façon forfaitaire à la journée, et de la structure (frais financiers, amortissements du matériel). Le choix opéré par le CHU de Toulouse nécessite de véritables contrats prestataires/prescripteurs et permet de neutraliser les surcoûts logistiques en prenant comme référence la Base d'Angers. Par contre, le CREA se fonde sur le guide de comptabilité analytique, sur l'ENC et ventile l'ensemble des dépenses logistiques.

En contrepartie, les recettes couvrent tout le champ de l'institution. Un pôle clinique traite des séjours affectés dans des GHS, munis donc chacun d'une recette. Les établissements ont généralement décidé d'anticiper la montée en charge de la T2A en retenant une hypothèse de T2A à 100 %. Ce choix permet de mieux connaître la rentabilité du pôle et d'anticiper les difficultés à l'horizon 2012. Toutefois, les recettes T2A

¹⁵ Peyret, Favrel-Feuillade, Hubert, Lascols, Dieumegard, Perard, Medee, Nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôle : contribution méthodologique à la construction des Tableaux Coûts Case-Mix (TCCM) et des Comptes de résultats analytiques (CREA), MEAH, octobre 2006.

100 % ne correspondent pas aux recettes réellement encaissées par l'établissement, ce qui fausse le résultat. Cet énoncé cache aussi des difficultés techniques d'affectation de recettes des séjours multi-unités (voir 2.3). D'autres recettes sont également à prendre en compte : une partie de la DAC, des recettes du titre 2 (ticket modérateur et forfait journalier pour l'essentiel), des recettes MIGAC ou MERRI, des recettes venant des dispositifs médicaux implantables et des molécules onéreuses remboursés en sus des tarifs des GHS, des recettes subsidiaires, de la répartition du forfait accueil des urgences, des conventions avec les autres pôles. Au CHU de Toulouse, la production dans le mois suivant le trimestre suppose un système d'information réactif et une automatisation de la collecte des données. Au préalable, l'établissement a défini les modalités de répartition de la DAC en s'appuyant pour moitié sur l'historique des consommations de ressources et pour moitié sur les tarifs des GHS. Cette solution porte en 2007 à 75 % l'effet T2A pour la détermination du compte de résultat des pôles. Les MIGAC sont réparties au vu des retraitements comptables, leur recensement devant être exhaustif. Les recettes subsidiaires sont affectées aux unités qui les réalisent, par les pôles qui émettent leur propre titre.

Ce sont ces dépenses directes et indirectes que l'on peut confronter aux recettes calculées précédemment pour obtenir un « résultat comptable » du pôle. Seul le raisonnement en coûts complets permet ce type de raisonnement. Cela dit, il n'est pas exclu des considérations fondées sur les coûts partiels, notamment les coûts dits contrôlables (par les responsables de pôle par exemple). La direction des affaires financières du Centre Hospitalier de Versailles a choisi cette méthodologie pour mener ses analyses. Elle part du postulat que, compte tenu de la rigidité des dépenses hospitalières (en personnel surtout), il convient de d'étudier en profondeur les coûts contrôlables et/ou chercher à accroître les recettes pour améliorer le résultat.

En 2008, le CR par pôle au CHU de Toulouse sera élaboré mensuellement (dans les quinze jours suivant le mois) afin de conforter l'analyse faite au niveau de l'établissement à cette échéance et d'établir l'extrapolation en fin d'exercice, sous forme de compte de résultat anticipé. Pour évaluer le succès de la stratégie arrêtée, le pôle compare les performances cibles et les performances réelles de son balanced scorecard. La réalisation des objectifs donne l'impression que les actions concrètes stratégiques, à tous les niveaux du tableau, ont atteint leur but et ont notamment permis la performance financière. Toutefois, se pose la question des causes particulières d'un excédent ou d'un déficit, sans se contenter d'observer la variation globale du résultat d'exploitation. Les pôles pourraient être tentés de jauger le succès des mesures prises en calculant la variation annuelle de leur résultat d'exploitation mais cette approche ne convient pas. Par exemple, le résultat peut s'améliorer du seul fait de la croissance du nombre d'entrée, sans que la stratégie du pôle n'en soit la cause principale. Par ailleurs, la variation du

résultat peut être due à des éléments extérieurs à la stratégie. Dans les faits, la variation du résultat dépend de trois composantes :

- *La composante croissance* mesure la variation du résultat causée par la variation du nombre de GHS produits, du nombre d'actes réalisés entre 2005 et 2006

- *La composante marge unitaire* mesure la variation du résultat, entre 2005 et 2006, causée d'une part par la variation des tarifs et d'autre part par la variation des coûts de production unitaire des GHM. Chaque établissement ne peut pas obtenir ses coûts par GHM et déterminer ses marges par GHS. De fait, ici, il faut mesurer l'effet tarif sur le résultat d'exploitation

- *La composante productivité* mesure la variation du coût causée par la variation de la quantité de ressources consommées en 2006 par rapport à la quantité de ressources qui auraient été consommées en 2005 pour obtenir la production de 2006. Cette composante montre l'effet d'une meilleure utilisation des ressources pour diminuer les coûts.

Il convient alors d'identifier la part de chaque composante afin d'identifier les causes de la variation du résultat. Cependant, l'enjeu fort ici est de disposer de CREA prévisionnels au moins mensuel afin de disposer d'éléments de pilotage et d'ajustements nécessaires en termes de charges et d'activité.

C) La délégation de gestion et le budget de pôle au service de la responsabilisation du trio de pôle

La démarche de contractualisation interne avec les pôles d'activité, initiée par la Nouvelle Gouvernance, a remis au centre des discussions la question de la délégation de gestion et de son champ. Dans le cadre fixé par l'article L. 6145-16 du Code de la santé publique, le directeur de l'établissement de santé peut déléguer, sous sa responsabilité, sa signature aux responsables de pôle. La délégation de gestion ne peut porter que sur des matières, qui relevant des pouvoirs du directeur, n'excède pas le champ d'attribution du pôle. Dans le respect du cadre législatif et réglementaire, il appartient à la direction de l'établissement et au responsable de pôle de définir le champ de la délégation, nécessaire au bon fonctionnement de l'entité. Le principe fondamental à ce niveau est la subsidiarité descendante. L'objectif de la délégation de gestion est de rapprocher la prise de décision du niveau opérationnel, sans repasser par le niveau central ou fonctionnel. En cela, elle correspond à un processus de déconcentration des décisions. Il ne faut pas toutefois que le système des délégations aboutisse à des incohérences organisationnelles (perte d'efficacité), à un brouillage des fonctions et du système de décision. Les délégations n'interviennent que dans la mesure où les objectifs de l'action peuvent mieux réalisés par le pôle. Elles vont de pair avec la responsabilisation du trio de pôle et permettent un véritable pilotage décentralisé du budget.

Le budget de pôle est présenté comme le pendant de la délégation de gestion. Il s'agit en pratique de définir les droits de tirage sur les crédits attribués au pôle pour en permettre le fonctionnement régulier (mensualités de remplacement, de matériel, de consommables), le directeur s'engageant à honorer toutes les demandes formulées par les responsables de pôle, sans en discuter l'opportunité, tant qu'elles n'excèdent pas les enveloppes définies. Les budgets n'existent pas pour eux-mêmes. Ils sont destinés à aider les responsables à réaliser leurs objectifs propres, et par conséquent, à contribuer à la réalisation des objectifs de l'établissement. Le budget constitue la dernière phase du processus de planification, en obligeant les responsables à chiffrer leurs actions et à les rendre compatibles avec la réalité économique de l'organisation. Il comprend les prévisions de coût et de revenus mais aussi les données relatives aux relations entre coût et volume, entre tarif et résultat. Il représente un instrument utile pour le contrôle des performances en signalant les difficultés éventuelles qui peuvent se produire.

Le principal risque est celui de la rigidité et de la reconduction tacite du passé pour les prévisions sans prendre le temps de la collecte d'informations et d'analyse. Certaines voix s'élèvent même pour proposer que les organisations soient gérées sans budget préétabli, mais que l'allocation de ressources soit opérée uniquement en fonction des besoins à court terme et des lignes stratégiques directrices. Cette gestion sans budget¹⁶ est séduisante mais peu pratiquée dans les établissements qui rencontrent des difficultés dès lors que le chiffrage des activités est abandonné au profit d'une démarche plus qualitative mettant en première ligne les dimensions stratégiques de la gestion quotidienne.

Au CHU de Toulouse, le budget de pôle s'inscrit dans le cadre du pilotage médico-économique qui ne nécessite pas de délégation de signature au médecin responsable de pôle. L'expérimentation s'est développée à partir de la construction d'une équipe administrative placée sous la responsabilité de directeurs détachés à titre exclusif à la gestion de pôle. Une lettre de mission définit pour ces derniers leur champ de compétence et leur délégation de signature dans le cadre habituel. Ainsi, il ne nécessite pas de délégation de signature aux médecins responsables de pôles, vécue par ces derniers comme un positionnement placé sous la hiérarchie du directeur général. Dans les faits, le budget de pôle et les délégations de gestion ne portent que sur les crédits sur lesquels l'imputation est aisée (ce qui exclut les fluides par exemple) et les dépenses sur lesquelles le pôle peut agir, soit 88,9 % des titres 1 à 3 au CHU de Toulouse :

- Dépenses de personnel médical et non médical : 98,6 %

La formation, les moyens de remplacement (intérim), les recrutements et affectations internes du pôle, l'évaluation, les transformations de poste

¹⁶ N. Berland, "La gestion sans budget : évaluation de la pertinence des critiques et interprétation théorique", *Finance, Contrôle, Stratégie*, décembre 2004.

- Dépenses médicales : 90 % des crédits votés
- Dépenses hôtelières et générales : 14,9 %

Petits travaux non amortissables, achats de petits équipements, matériels non stériles, entretien et maintenance du matériel non médical, matériel bureautique

- Dépenses patrimoniales : 0 %

Les dépenses patrimoniales ne font pas l'objet d'une délégation de gestion afin de pouvoir mieux contrôler « l'appétit » des pôles en la matière et conserver une certaine homogénéité du parc immobilier.

Le budget est déterminé après le vote en mai de l'EPRD applicable au 1^{er} juin. Il est établi en commission de suivi et de régulation (médecins et administratifs), à partir des données de référence historiques des pôles corrigées des objectifs définis à partir du compte de résultat de l'exercice précédent, des prévisions d'activité. Figurant au rapport préliminaire. Il concerne tous les pôles et détermine un engagement de trois ans. Il est révisé au fur et à mesure de la publication des comptes de résultat trimestriels et en fonction des financements notifiés en cours d'exercice par la tutelle. Les budgets des pôles médico-techniques et logistico-administratifs sont calculés au vu des coûts d'objectifs en référence à la base d'Angers. Bien que répartis par titres, les crédits sont totalement fongibles sur l'ensemble des comptes délégués.

D) La formation et l'apprentissage du trio de pôle

Le trio de pôle est responsable du pilotage de la performance du pôle. Il doit pouvoir analyser les données fournies (Tableaux de bord de Gestion, TCCM, le CREA, le budget de pôle) et décider des mesures correctives en cas d'écart. Pour ce faire, ce trio nécessite une formation sur les nouveaux outils de gestion mis en place afin de pouvoir en tirer les informations et conclusions nécessaires sur l'évolution de l'activité, des dépenses, des recettes. Les modules porteraient sur les nouveaux processus décisionnels, sur la gestion des investissements en équipements hôteliers et bureautiques, sur le contrôle de gestion et la gestion budgétaire, sur les bonnes pratiques en montage et suivi de tableaux de bord. Différentes formations sur le pilotage de pôle sont proposées par l'ANFH¹⁷ et le CNEH¹⁸ dans leur catalogue. Le trio est très demandeur de ce type de module qui leur permet de maîtriser les outils de pilotage financier, de suivre les évolutions et d'analyser les écarts.

La mesure et le suivi de la performance du pôle représentent de nouveaux enjeux forts pour le pilotage médico-économique de ce centre de responsabilité. Il s'avère indispensable dans le cadre de la contractualisation interne et de la responsabilisation du

¹⁷ Association Nationale de Formation permanente Hospitalière

¹⁸ Centre National de l'Expertise Hospitalière

trio de pôle. Cependant, les objectifs poursuivis ne doivent se trouver en contradiction avec la performance globale de l'établissement.

2-3 Garantir la cohésion institutionnelle

Le pilotage médico-économique du pôle conduit le trio à suivre de près la performance de l'entité sans forcément prendre en compte les interactions et interdépendances avec les autres structures. Ces notions sont pourtant essentielles dans une logique de performance organisationnelle et managériale. En effet, au-delà de l'efficacité et de l'efficience des différents pôles, la performance globale du Centre Hospitalier de Versailles va fortement dépendre de la capacité des pôles à interagir entre eux. L'analyse porte ici non seulement sur les processus mais aussi sur les interconnexions entre les différents maillons de la chaîne. Le Conseil exécutif a un rôle majeur à ce niveau puisqu'il est le garant de la cohésion institutionnelle.

Comme nous l'avons vu précédemment, la T2A permet de répartir les crédits entre les établissements. Les défauts qui lui sont reprochés seraient aggravés si on l'appliquait sans aménagement pour répartir les crédits entre les pôles. Elle ferait dès lors courir une menace non négligeable sur l'unité et la cohérence de l'établissement du fait du développement des déséquilibres internes. La déconcentration se doit d'opérer un compromis entre autonomie des pôles dans le pilotage et la centralisation de certaines décisions. Le Conseil Exécutif, dès lors, assure la fonction administrative moderne d'autorité et de régulation pour œuvrer dans le sens de la cohésion institutionnelle.

2.3.1 La formalisation des relations entre les pôles dans des contrats interpôles

A terme, passée l'étape de mise en des contrats de pôle (démarche verticale), viendra le moment de passation de contrats entre les pôles (démarche horizontale) afin d'organiser leurs relations réciproques. Il appartient au règlement intérieur de l'établissement de définir librement le cadre, la procédure de négociation ainsi que les modalités de conclusion. Cette formalisation des interdépendances du pôle avec les autres pôles participe à la clarification des relations structurelles et à la cohésion de l'établissement. Les rapports interpôles constituent des relations de type « prestataire/prescripteurs », soit entre des pôles d'activité médicale (protocolisation des relations entre le pôle ABCDO et le pôle 1¹⁹) ou entre un pôle clinique et un pôle purement prestataire (pôle Imagerie, Laboratoires). L'objectif principal d'un contrat avec un pôle médico-technique ou logistique est ainsi d'améliorer l'efficacité et l'efficience des différentes activités qui le composent : diminution du coût du B, du repas servi, du kilo de linge. Cela implique de fait de définir

¹⁹ Urgences, Réanimation, Cardiologie, Neurologie, Diabéto-endocrinologie

les modalités de facturation du pôle prestataire au pôle clinique prescripteur. Au CHU de Toulouse, les 6 pôles médico-techniques et les 5 pôles logistico-administratifs (cf. annexe IV) constituent des centres de coût dont les charges sont déversées sur les autres activités (14 pôles cliniques en grande partie) en tant que charges induites. Cela suppose donc de fixer un prix de cession interne, démarche de base en contrôle de gestion, différent du coût complet réel des activités médico-techniques ou logistico-administratives, les recettes d'hospitalisation qui pourraient être versées au pôle prestataire permettant de mesurer la contribution de ce pôle au résultat de l'établissement. Le contrat interpôle peut ainsi comprendre :

- Le montant total des prestations
- Le prix de cession interne
- Les modalités relatives aux délais et horaires de prescription d'actes et de prestations
- Les modalités de prescription et de fournitures des résultats de prestations

Dans ce cadre, plusieurs types de prix de cession interne peuvent être envisagés. Dominique Peljak²⁰ évoque l'idée de mettre en place des tarifs différents selon les modalités de prescription. Pour un laboratoire, un PUI, un service d'imagerie, il peut exister un tarif « normal » et un tarif « urgent » en fonction du degré d'urgence du résultat du laboratoire. Ce type de mécanisme a deux avantages :

- mieux valoriser l'activité du plateau technique selon le degré de complexité de l'acte ou de l'impact sur l'organisation, tout en assurant au pôle prestataire une visibilité suffisante sur ses conditions de production
- inciter les pôles cliniques (sur qui pèsent les charges médico-techniques) à limiter les demandes urgentes tout en leur apportant des garanties de délai et de qualité des prestations

2.3.2 L'équité dans l'affectation des produits des séjours multi-pôles

Le calcul des produits du pôle et même des services retient toute l'attention des responsables de pôles et des chefs de services pour le calcul des CREA. Il convient, dès lors, d'être clair dans les règles d'imputation des recettes de GHS afin de partager les règles de comptabilité analytique et d'arrêter des principes d'équité dans l'établissement. Cette question est particulièrement importante en cas d'hébergement d'un patient dans un service autre que celui de la discipline dont il relève pour sa pathologie. Si c'est la discipline qui prévaut pour l'affectation des recettes, l'unité d'accueil supporte les coûts paramédicaux et hôteliers, mais ne bénéficie pas de la recette. Dans ce cas, il faut qu'un reversement de la recette, défalqué de l'équivalent de la prestation médicale soit effectué de l'unité de la discipline vers l'unité d'hébergement. Si c'est l'hébergement qui prévaut,

²⁰ D. Peljak, Le guide de gestion par pôle, collection Essentiel, Les Etudes hospitalières, 2007,

l'unité d'accueil bénéficie de la totalité de la recette, mais ne supporte pas les coûts. Ici, il faut un reversement de la part de la recette correspondant à la prestation médicale soit effectué de l'unité d'hébergement vers l'unité de discipline.

Au Centre Hospitalier de Versailles, la cellule d'analyse de gestion a choisi de faire prévaloir la discipline mais sans identifier de part de recette GHS affectée au service hébergeur. Elle considère que ces séjours souvent de médecine en chirurgie sont résiduels tout en surveillant attentivement leur évolution. De plus, les séjours de médecine en chirurgie et vice versa se compensent donc il n'a pas lieu de mettre en place ce type de mécanisme. Le cas des avis médicaux dans un service autre que la discipline est proche de cette problématique et a donné lieu à des débats animés lors du diagnostic médico-économique. Les médecins effectuant les avis souhaitent recevoir une partie du GHS perçu par le service hébergeur, sachant que la comorbidité appelant un avis est classante pour le RUM. La solution retenue est que la totalité de la recette est affectée au service d'hospitalisation, le temps de l'avis médical étant imputé en charge sur l'UF. Le service du médecin qui a effectué l'avis ne perçoit certes pas une recette supplémentaire, mais au moins une réduction de charge de personnel médical.

De plus, il convient de différencier les GHS venant de séjours « mono-unité », ceux venant de séjours « multi-unité » dans deux pôles ou plus ²¹. Concernant les séjours « mono-unité » et les « multi-unité » à l'intérieur du même pôle, ils ne posent pas de problèmes particuliers car la recette GHS est affectée en totalité au pôle. Par contre, les séjours multi-unités entre pôle posent le problème de la répartition et de l'imputation de la recette entre les pôles. Quatre méthodes de répartition existent et chacune conduit à un mode d'allocation aux objectifs différents. Cette question épineuse doit être réglée et clarifiée afin de limiter les conflits entre les pôles. Un Conseil exécutif extraordinaire a été convoqué afin de discuter de ces quatre méthodes et d'arrêter la plus équitable possible.

Méthode 1 : *Au prorata de la durée de séjour simple* : cette méthode considère que les journées de soins dans les UM sont identiques et sont rémunérées de la même façon, ce qui est largement contestable.

Méthode 2 : *Au prorata de la durée de séjour pondérée par le Poids Moyen du Séjour mono-unité (PMS)* : cette méthode consiste à pondérer les journées des différentes UM en fonction du poids moyen de séjour mono-unité dans la même UM. Pour cela, il suffit de valoriser le total des GHS mono-unité admis dans chaque UM puis de diviser ce total par le nombre de séjours mono-unité pour obtenir le PMS en euros. Cette méthode est simple et précis, mais la performance de chaque unité est liée au codage des autres GHS mono-

²¹ Peyret, Favrel-Feuillade, Hubert, Lascols, Dieumegard, Perard, Medee, Nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôle : contribution méthodologique à la construction des Tableaux Coûts Case-Mix (TCCM) et des Comptes de résultats analytiques (CREA), MEAH, octobre 2006.

unité. Il peut y avoir aussi une incitation au codage chez les praticiens afin de parvenir à l'exhaustivité et d'engendrer des recettes supplémentaires.

Méthode 3 : Au prorata de la durée de séjour du patient au sein de chaque pôle pondérée par le prix moyen de la journée (PMJ) des mono-séjours de chaque pôle : par rapport à la méthode précédente, on introduit un facteur complémentaire de pondération que les journées effectivement réalisées dans les pôles et leur poids économique. Cette méthode contrairement à la méthode 1 n'incite pas le pôle à garder le patient d'une manière excessive. En effet, si le pôle hospitalise trop longtemps le patient, il va automatiquement

Méthode 4 : Au prorata des tarifs GHS recalculés par unités médicales : il faut considérer chaque RUM du séjour comme un RSS et grouper chaque RUM dans un GHS spécifique. On répartit ensuite le tarif du GHS entre les UM au prorata de ce nouveau groupage et des GHS virtuels. La DMS n'intervient pas dans cette méthode assez complexe.

Le DIM, le contrôle de gestion et la direction des finances ont pour l'instant choisi la méthode de répartition à la durée de séjour simple, malgré les biais qu'elle contient. Toutefois, ces questions de comptabilité analytique s'avèrent cruciales pour la production des CREA et relèvent de choix politiques de l'établissement en fonction des biais contenus dans les différentes alternatives. Afin de légitimer ces choix stratégiques, le Conseil Exécutif exceptionnel du 10 septembre 2007 a statué sur ces questions. Il a arrêté la méthode 3 de répartition des recettes des GHS multi-unités comme étant la plus juste pour les futurs CREA réalisés.

2.3.3 Les difficultés de la solidarité financière institutionnelle

L'équilibre budgétaire du pôle peut-il constituer un objectif en soi ? Cette question peut surprendre alors que les différents contrats d'objectifs et de moyens poussent généralement à la réduction des écarts entre les coûts et les recettes. Elle traduit en une certaine logique : l'objectif de l'équilibre n'est pas efficient en soi et est susceptible d'engendrer des effets pervers.

Le pôle 3 est en déficit de 2,5 millions d'euros mais ce n'est qu'une estimation. Il donne une idée des efforts de gestion à fournir. L'équilibre budgétaire par pôle peut porter indirectement atteinte à l'intérêt global de l'établissement, en favorisant des comportements qui maximisent les recettes d'un pôle au détriment d'un autre. Les pôles ont été mis en place en partie en réaction à la balkanisation de l'hôpital par les services. Pourtant le risque d'une dérive identique n'est pas totalement à exclure : de part leur taille, leurs moyens et l'autonomie que leur confèrent les délégations de gestion, les pôles constituent potentiellement des aires plus puissantes que ne l'étaient les services. La déconcentration de gestion et le pilotage au niveau du pôle sont susceptibles de relancer les comportements autarciques. Des attitudes de ce type pourraient émerger de pôles excédentaires pensant pouvoir se passer des autres pôles et faisant pression pour

disposer de leur excédent. De fait les acteurs doivent s'entendre sur les modalités d'utilisation des résultats. Le CREA ne doit pas être l'outil unique de gestion de l'établissement mais un outil supplémentaire au service de la gestion du pôle.

Comme nous l'avons vu dans le chapitre sur le contrat de pôle, la mise en place d'un intéressement direct est un excellent mode de motivation des responsables de pôle. S'il est relativement facile d'intéresser les pôles pour leurs résultats positifs, il est difficile de sanctionner les pôles déficitaires. Il revient à la direction d'organiser et de mettre en œuvre une solidarité avec les crédits des pôles. Dans le système de financement des pôles à l'activité, pour peu que les compétences déléguées soient étendues, ce sont les pôles qui gèrent l'essentiel du budget de l'établissement. Il convient donc au pôle de fournir l'essentiel, voire la totalité de l'effort de solidarité. Si l'équilibre par pôle est souhaitable, la direction doit surtout veiller au maintien de l'équilibre global. L'hôpital enregistre un déficit comptable et non le pôle, ce dernier ne faisant que contribuer à sa formation sans en assumer totalement les conséquences. La responsabilité de l'équilibre budgétaire incombe au seul directeur in fine.

Les pôles dits rentables sont-ils prêts cependant à renoncer à une majeure partie, voire la totalité, de l'excédent dégagé ? La péréquation n'est-elle pas contraire à l'esprit du financement des pôles d'activité. La péréquation joue dans le sens inverse de celui de l'intéressement avec lequel il entre en contradiction. Pour les responsables de pôle, elle ôte en effet beaucoup d'intérêt de s'engager sur la voie des économies puisque l'on perd en grande partie le bénéfice de l'effort. Les pôles déficitaires par contre y trouvent une source de satisfaction. Tout dépendra en fait du degré de leur sentiment d'appartenance à une même communauté institutionnelle. Certains établissements ont mis en place un dispositif, qui allie péréquation et intéressement. Le résultat financier positif du pôle est réparti en trois enveloppes : 50% de la somme retourne à l'établissement qui compense les pôles déficitaires, 25 % en intéressement direct (crédits non pérennes, affectés par le conseil de pôle), 25 % abondant le fond dit d'innovation (financement des techniques médicales nouvelles sur appel d'offre interne). Ce mécanisme financier d'allocation des ressources n'intègre pas, contrairement au dispositif d'intéressement pur, de récompense pour l'atteinte d'objectifs non financiers (activité, qualité, organisation).

La problématique de la péréquation met en lumière les limites du mode d'allocation budgétaire des pôles basés sur l'activité. L'absence de péréquation est grandement susceptible de décourager les gestionnaires de pôle structurellement déficitaires. A l'inverse une péréquation poussée trop loin risque de décourager ceux qui, par une gestion efficiente, ont su faire des économies. La direction se trouve ici face à un vrai dilemme qui lui faudra prendre en compte et régler dès le départ, si elle ne veut pas courir le risque de voir le système remis en cause.

La déconcentration de gestion fait peser le risque de poursuite d'objectifs très différents voire divergents. Le Conseil Exécutif peut bien sûr s'appuyer sur les contrats internes d'objectifs et de moyens pour mettre en cohérence la gestion par pôle et la gestion de l'établissement. Mais ce levier est insuffisant : la direction doivent également disposer de moyens propres et de marges de manœuvre institutionnelles. En effet, il est nécessaire de dégager des crédits non seulement pour le fonctionnement courant des directions administratives, mais aussi pour le financement de projet institutionnel.

Le champ de compétences et des comptes déconcentrés doivent rester circonscrit. Toutes les charges ne sont pas déconcentrables conformément au principe de subsidiarité. Certaines d'entre elles continueront à être prises en charge et gérées au niveau central, notamment l'ensemble des charges générales non imputables à un pôle (charges de structure, logistique générale). C'est le cas des crédits d'investissement. Actuellement, la Direction de la Logistique, des Achats, des Travaux et de la Sécurité (DLATS) réfléchit au champ de la délégation de gestion en matière d'investissement. Ce choix participe à la déconcentration maximale du budget et obéit ainsi à sa propre logique. Il n'est pas cependant sans soulever de nombreux problèmes. Il est légitime ici de se demander si en la matière la déconcentration de gestion ne va pas trop loin. Le CHU de Toulouse a lieu pris le parti de ne déconcentrer qu'une partie des dépenses hôtelières mais aucune dépense patrimoniale.

De part sa dimension stratégique et le fort appétit qu'il suscite, l'investissement fait partie du « domaine réservé » de la direction. Il dépasse de loin les enjeux d'un pôle. Il paraît difficilement envisageable de le déléguer à un niveau de gestion qui ne dispose ni de la vision globale, ni de l'ingénierie nécessaire. Au-delà des principes, la déconcentration des crédits pose des problèmes d'ordre pratique. La gestion des crédits d'investissement se révèle beaucoup plus complexe que celle des crédits d'exploitation, du fait du lien entre investissement et exploitation. Tout investissement est en effet à l'origine de surcoût en terme d'exploitation tels que l'amortissement, les frais financiers, les frais de maintenance. Si les frais d'installation ou de maintenance peuvent être gérés par le responsable de pôle, il est préférable que les crédits du titre IV soient centralisés pour une meilleure planification.

La détermination des enveloppes déléguées de crédit d'investissement pose problème si elle est réalisée sur la base de l'activité. Les crédits affectés à l'investissement sur la base d'une fraction des GHS pris en charge dans le pôle, seraient insuffisants car saupoudrés entre les pôles. Ils ne tiendraient par ailleurs aucun compte des besoins réels. L'enveloppe totale consacrée à l'investissement n'atteindrait pas la masse critique, c'est-à-dire le niveau minimum des ressources financières nécessaire pour concevoir, projeter, soutenir et ajuster des projets d'investissement sans avoir à faire

appel à la DLATS. Cette dernière doit intervenir pour prioriser les éléments du plan d'équipement de l'établissement et déterminer les enveloppes déléguées aux responsables en conséquence, à défaut de gérer elle-même les crédits.

Conclusion

Le pilotage médico-économique de pôle est devenu une démarche essentielle dans le contexte de décentralisation autour de nouveaux espaces contractuellement définis. Le Centre Hospitalier de Versailles s'appuie sur l'expérimentation menée par le pôle des pathologies chirurgicales pour mettre sur pied une véritable méthodologie de diagnostic médico-économique partagé. En effet, durant cette phase, deux objectifs fondamentaux sont à atteindre : parvenir à un diagnostic pluridisciplinaire et partagé à partir des outils et données collectées, garantir l'efficacité de la prise en charge en terme d'accès et de qualité.

Dès lors, une véritable dynamique de pilotage médico-économique de pôle pourra être lancée sur un plan plus opérationnel. Elle nécessite la mise en place d'outils de planification et d'évaluation de la performance globale du pôle. Cette institutionnalisation de centres de responsabilité ne doit pas aboutir au développement de stratégies et d'actions contraire à l'intérêt de l'établissement. La direction générale, et surtout le conseil exécutif, ont un rôle incontournable dans le respect de la cohésion institutionnelle par les pôles.

Le mode de gestion de pôle a pour objectif principal l'optimisation et la valorisation des activités MCO de l'hôpital et ainsi atteindre une certaine efficacité économique. Cependant, comme le dit Véronique Faujour, Directrice des affaires financières aux Hospices de Lyon dans son article²², « la mise en place de la T2A dans les EPS ou PSPH relance le débat de la rentabilité et de la recherche de l'équilibre entre missions de soins et autres types de service que la société civile impose à ces hôpitaux d'assumer gratuitement en contrepartie de financements qui ne sont pas toujours à la hauteur des coûts qu'ils induisent ». Le pilotage nécessite ainsi la conciliation de différentes contraintes que ce soit les missions du service public hospitalier, la qualité-sécurité de la prise en charge et la constitution d'un portefeuille d'activité « T2A compatible ».

La démarche exposée met en valeur les méthodes et outils disponibles pour piloter la performance des pôles. Toutefois, il ne faut pas tomber dans une vision rationaliste, emprunte de déterminisme sur le fonctionnement des établissements de santé, supposé être le seul permettant l'obtention de l'efficacité en toutes situations. L'implication des acteurs, leur appropriation des outils de pilotage et l'adaptation aux ressources locales mobilisables, constituent des facteurs indispensables à la réussite de la démarche.

²²Faujour V., Heuclin, « Résultats de gestion, quelle stratégie pour une croissance et un développement face à la rigidité des charges hospitalières », Gestions hospitalières, octobre 2005.

Bibliographie

Ouvrages généraux

Horngren, Bhimani, Datar, Foster, Contrôle de gestion et gestion budgétaire, édition Pearson, 3è édition, 2006

Barabel, Meier, Manageor, les meilleures pratiques de management, édition Dunod, septembre 2006

Ouvrages spécialisées

D.Peljak, Le guide de gestion par pôle, Edition Les Etudes Hospitalières, 2007

Peyret, Favrel-Feuillade, Hubert, Lascols, Dieumegard, Perard, Medee, Nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôle : contribution méthodologique à la construction des Tableaux Coûts Case-Mix (TCCM) et des Comptes de résultats analytiques (CREA), MEAH, octobre 2006.

Expert P, La tarification à l'activité. Médecine et gestion : une dynamique nouvelle, édition Berger-Levrault, 2^{ème} édition, 2006

Mordelet P, Gouvernance de l'hôpital et crise du système de santé, édition ENSP, 2006

Angelloz-Nicoud, La réforme du mode de financement des établissements de santé : la T2A, les enjeux budgétaires et financiers, Edition Les Etudes Hospitalières, 2005

Kaplan R., Norton D., Le tableau de bord prospectif, Edition d'organisation, 2005

Articles de revues

Delande Guy, « Politique de santé, santé publique, économie de la santé : les vicissitudes de la T2A », Revue Droit et Santé, p.127-130, janvier 2007

Mouchotte, Molinier, Padere Dorignac, Fabre, Turnin, Leymarie, Cazalet, Boutault, Abbal, « 9ème séminaire de l'Etude Nationale de Coûts. Tarification à l'activité et allocation budgétaire par pôle au CHU de Toulouse », Journal d'économie médicale, numéro 24, mai-juin 2006

Holcman, « L'avènement de la gestion par pôle, dernier avatar de la lutte de pouvoir à l'hôpital », Gestions Hospitalières, mai 2006

Besnard Ariane, « T2A et Nouvelle Gouvernance, complétude et synergie, ou bons prétextes en terme de synergie », Gestions hospitalières, numéro 450, novembre 2005

Selleret FX, « Dossier Tarification à l'activité : Décliner la T2A en gestion budgétaire interne », Gestions hospitalières, numéro 450, novembre 2005

Faujour V., Heuclin, « Résultats de gestion, quelle stratégie pour une croissance et un développement face à la rigidités des charges hospitalières », Gestions hospitalières, octobre 2005.

Marian Laurence, « Dossier T2A : Pôle d'activité médicale, cadre de gestion médicalisé ou communauté réduite aux aguets ? », Gestions hospitalières, numéro 449, octobre 2005

Esper C. « La nouvelle gouvernance hospitalière. Analyse et portée de l'ordonnance du 2 mai 2005. La nouvelle organisation de l'hôpital public. Les pôles d'activité. La contractualisation interne. La délégation de gestion ». Actualités Jurisanté (CNEH), Octobre 2005, n°51, pp. 4-6

Senechal E, Grave C., Theis D., Sinnaeve E., Lambert D., « Comment évaluer la performance médico-économique d'un pôle d'activité médical ? Elaboration d'un Tableau Coût Case-mix par pôle », Journal d'Economie Médicale, numéro 23, mars 2005

Kohler, Toussaint, « Nouvelle gouvernance, T2A et contractualisation interne. Quelques réflexions sur les modèles en hospitalisation de court séjour », Gestions hospitalières, numéro 443, février 2005

Expert P. « Tarification à l'activité. Gestion et contractualisation internes ». Gestions Hospitalières, Janvier 2004, n°432, pp.18-21

Nobre T., « Le tableau de bord prospectif, un outil de gestion pour l'hôpital », Gestions hospitalières, mai 2002

Documents réglementaires

Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 portant simplification du régime juridique des établissements de santé

Circulaire DHOS de janvier 2007 intitulée « Présentation de la réforme de la gouvernance hospitalière »

Rapports parlementaires

Alain Vaisselle, Rapport d'information numéro 298 sur « la réforme du financement des établissements de santé », Commission des affaires sociales du Sénat, 6 avril 2006

Jean Marie Rolland, Rapport d'information numéro 3265 sur « la tarification à l'activité dans les établissements de santé », Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale, 12 juillet 2006

Mémoires ENSP

Lhomme Yann, De l'intérêt des tableaux de bord dans le pilotage de la nouvelle gouvernance : l'exemple au Centre Hospitalier de Gonesse, Mémoire EDH, ENSP, 2006

Pages Cindy, Contrôle de gestion et pratiques managériales, la mise en œuvre d'un management de la performance au Centre Hospitalier d'Orsay, Mémoire EDH, ENSP, 2006

Pratmarty Samuel, Mise en place et implications du financement par pôle : exemple du CHU de Montpellier, Mémoire EDH, ENSP, 2004

Liste des annexes

Annexe I : Trame de questionnaire utilisée pour les entretiens au CHV

Annexe II : Présentation générale du Centre Hospitalier de Versailles

Annexe III : Découpage en pôles du Centre Hospitalier de Versailles, arrêté par le Conseil exécutif du 22 décembre 2006

Annexe IV : Structuration du CHU de Toulouse en 25 pôles de gestion

Annexe V : Exemple du tableau de bord d'analyse médico-économique de Chirurgie Digestive, Urologique et Gynécologique (CDUG)

Annexe VI : CREA et TCCM de l'activité d'hospitalisation du pôle 3 en 2005

Annexe VII : Numéro 2 de la Lettre trimestrielle du pôle 3, L'Essentiel

Annexe 1 : Trame de questionnaire utilisée pour les entretiens au sein du Centre Hospitalier de Versailles

Personnes rencontrées

Monsieur Jean-Yves Laffont, ancien directeur du Centre Hospitalier de Versailles

Monsieur Yves Bedos, Président de la CME

Madame Béatrice de La Lance, Directrice de la Stratégie, des Réseaux

Monsieur Michel Compere, Directeur des Affaires financières

Madame Brigitte Scherb, Directrice des soins

Monsieur Michel Raux, Directeur du système d'information et de l'informatique

Madame Alice Vinas, Médecin du DIM

Monsieur Philippe Beaufiles, Responsable médical du Pôle ABCDO

Madame Véronique Champenois, Cadre Supérieur de Santé du pôle 3

Madame Martine Portero, Cadre administrative du pôle 3

Docteur Pierre Panel, chef du service de Gynécologie-Obstétrique

Madame Gaëlle Quily, contrôleur de gestion

- Quels ont été selon vous les effets de la mise en place de la T2A sur l'établissement ?
- Quelle conception avez-vous du pilotage médico-économique ?
- Quelle est pour vous la finalité de l'analyse médico-économique actuelle ?
- Comment concevez-vous votre rôle dans la dynamique de pilotage médico-économique de pôle ?
- Quels sont les outils de pilotage nécessaires au pôle ?
- Quelles sont les sources de mutualisations identifiées dans le pôle 3 ?
- Quelle stratégie avez-vous adoptée concernant le dimensionnement des structures et l'organisation des processus ?
- Quelle est votre conception de la délégation de gestion ? Dans quels domaines et selon quelles modalités faut-il mettre en place ce dispositif ?

Annexe 2 : Présentation générale du Centre Hospitalier de Versailles en 2006

Le Centre Hospitalier de Versailles (CHV), centre hospitalier général, regroupe trois sites pour une capacité d'accueil de 745 lits et places :

- **Hôpital André Mignot** dans la ville du Chesnay : 516 lits au total dont 414 lits de MCO, 45 en psychiatrie, 12 lits de court séjour gériatrique, plateau technique avec consultations, 50 000 passages environ aux urgences par an
- **Hôpital Richaud** à Versailles sur le site historique : psychiatrie en hôpital de jour (8 places,) consultations gérontologiques, soins de suite et de réadaptation (62 lits) et EHPAD/long séjour (45 lits)
- **Maison de retraite Despaigne** : Long séjour gériatrique et cure médicale (114 lits)

Il se situe sur le territoire de santé 78-1 Versailles Rambouillet, qui regroupe tout le sud des Yvelines. Le CHV accueille chaque année environ 35 000 patients en hospitalisation et 135 000 en consultations externes. Il présente un budget d'exploitation de 177 millions d'euros en 2005. Il emploie 1 680,97 ETP personnels non médicaux et 240,62 ETP médecins (hors internes) en moyenne en 2006.

Le Centre Hospitalier de Versailles est un hôpital ouvert sur l'extérieur, avec notamment un pôle de santé publique développé :

- SAMU- Centre 15, SMUR
- Centre de traitement des Hémophiles,
- Centre d'Action Médico Sociale Précoce (CAMSP),
- Centre D'Aide aux Toxicomanes (CEDAT),
- Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA).

Il participe activement aux réseaux de soins :

- Réseau de promotion de la santé mentale (RPSM 78),
- Réseau Yvelines Sud en Cancérologie (RYSC),
- Maternité en Yvelines

- CLIC gérontologique,
- Réseau génétique Ile-de-France (GIFO),
- Réseau Hématologie
- Réseau de prise en charge de l'obésité (REPOP),
- dépistage du SIDA et des IST dans les Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG).

Le CHV dispose également d'un centre de formation (IFSI et Ecole d'Aides-soignantes) et héberge une antenne de l'Etablissement français du sang (EFS) sur son domaine.

**Annexe 3 : Découpage en pôle du Centre Hospitalier de Versailles, arrêté
par le Conseil exécutif du 22 décembre 2006.**

Pôle 1

- logique de transversalité
- logique de filière patients

- Urgences adultes /UHCD
- Réanimation
- Cardiologie/USIC/coronarographie/angiologie
- Neurologie, UNV, EEG, EMG, Urodynamie
- Diabétologie/endocrinologie/OPH
- Pool brancardage
- Service Mortuaire
- Don d'organes
- CS des spécialités concernées

Pôle 2

- logique d'affichage thématique forte

- Hématologie/Cancérologie
- Centre des Hémophiles
- Hôpital de Jour de chimiothérapie
- Pneumologie/EFR/ Tabacologie
- Hépato/gastro/entérologie/endoscopies/CDAG
- Médecine Interne et Maladies Infectieuses
- Court séjour gériatrique
- Soins palliatifs
- Pédiatrie médico chirurgicale et néonatalogie
- CAMSP
- Autres structures de santé publique se rattachant à la pédiatrie
- Anatomopathologie
- Hygiène
- Rééducation fonctionnelle
- Diététique
- CS des spécialités concernées

Pôle 3

- logique d'optimisation du fonctionnement du bloc/filière

- Anesthésie
- Bloc opératoire et salle de naissance
- Douleur
- Chirurgie digestive et urologique
- Chirurgie gynécologique
- ORL médico-chirurgical
- Orthopédie
- Chirurgie Stomato/maxillo-facial
- Maternité
- Hospitalisations services et multidisciplinaires

- BCRV
- CS des spécialités concernées dont Centre de la Femme

Pôle 4

- Psychiatrie adulte (Urgences psy /unités d'hospit./CS/ CMP hop de jour
- Pédopsychiatrie
- CMP/CATTP
- CS des spécialités concernées

Pôle 5 : Gériatrie

Pôle 6

→ logique « pas de lits »/équipements lourds/transversalité

- SAMU-SMUR
- Département de Biologie
- Imagerie : radiologie
- Médecine nucléaire

Pôle 7

- Direction des Ressources Humaines
- Gestion du personnel médical
- Direction des Soins
- Institut de Formation en Soins Infirmiers
- Médecine Préventive
- Service Social du Personnel
- Direction Logistique Achats Travaux et Sécurité

- Pôle 8

- Secrétariat Général
- Direction de la Stratégie et des Réseaux
- Recherche Clinique
- Direction de la Qualité
- Direction des Affaires Financières
- Département d'Information Médicale
- Direction des Systèmes d'Information
- Pharmacie/Stérilisation
- Santé Publique et populations spécifiques :
CEDAT/CCAA/UML/UCSA/Centre de rétention/Foyers ADOMA (ex
Sonacotra)/PASS/CLI

14 pôles cliniques :

- Pôle du Département Médicochirurgical de Pédiatrie
- Pôle maladies cardiovasculaires et maladies métaboliques
- Pôle des Neurosciences
- Pôle Uro-Néphro-Hémodialyse-UTO Chirurgie plastique
- Pôle de l'Institut Locomoteur
- Pôle Gériatrie-Gérontologie
- Pôle Digestif
- Pôle des spécialités médicales
- Pôle Femme Mère Couple
- Pôle clinique des voies respiratoires
- Pôle des médecines d'Urgence-SAMU-SMUR
- Pôle Céphalique- Odontologie
- Pôle Psychiatrie
- Pôle Anesthésiologie-Réanimation

6 pôles médico-techniques

- Pôle Pharmacie
- Pôle Imagerie
- Pôle Biologie
- Pôle santé, société, SSR
- Pôle des prestataires spécialisés (diététiciens, Kiné, service social, brancardage)
- Centre de gestion des blocs opératoires

5 pôles logistico-administratifs

- Pôle Hôtellerie
- Pôle Maîtrise d'ouvrage et services techniques
- Pôle Logistique (transport malade, approvisionnement, transports des biens et des matières, Nettoyage)
- Pôle Direction Générale (Administration, bureau des entrées, standard, accueil, système d'information)
- Pôle Gestionnaire des sites

Annexe 5: Exemple de tableaux de bord de l'analyse médico-économique

Service de CDUG , Pôle N° 3 "ABCDO"

Données d'activité d'hospitalisat° (2006)	Service	part du service / Pôle	part de service / MCO
Séjours (RSS)	2 546	20%	8%
Journées (RUM)	11 272	22%	8%

Source : PMSI Pilot

	Service	Part des séjours
Séjours en CM24 & 28	773	30%
Séjours en multi-unité	311	12%
DMS hors CM24 & 28 / RSS	8,2	+ 4% / DMS Nafo
DMS hors CM24 & 28 / RUM	5,7	

Source : PMSI Pilot

	Valeur	Tx occupat°
Nb de journées-lits installés	15 330	72%
Nb de journées-lits ouverts	13 678	80%
Ecart en capacité de product°	-11%	

Source : Allze



Séjours & Journées au-delà des bornes supérieures				
Nb RSS	Journées supplémentaires	Valorisat° journées suppl.	Valeur théo. séjours au coût moyen (x)	Manque à gagner théorique
42	642	177 550 €	302 808 €	125 258 €

(x) Valeur théorique = (journées suppl. / DMS hors CM24 & 28) * Rec. Moy par séjours hors CM24 & 28

Données Financières du secteur d'hospitalisation	Montants 2005	Ecart / Réf ENC
Dép. G1 Personnel Médical	380 133 €	- 19%
Dép. G1 Personnel Non Médical	1 704 834 €	- 28%
Dép. G2 à caractère médical	615 329 €	- 5%
Dép. Nettes (A)	2 709 968 €	- 24%
Dép. Induites médico-techniques (B)	4 237 622 €	
Dép. Induites gestion et structure (C)	2 435 554 €	
Dépenses Totales = A + B + C	9 383 145 €	+ 13%

Recettes à 100%	7 996 458 €
-----------------	-------------

Résultat Hospitalisat°	-1 386 687 €
-------------------------------	---------------------

Indicateurs financiers (2006)	Service	Montant Hors CM24 & 28	Montant CM24 & 28
Coût moyen / séjours	3 685 €	/	/
Recette moy. / séjours	2 981 €	3 868 €	877 €

Source : PMSI Pilot

Données Financières de consultat° et d'EF	Montants 2005
Dép. G1 Personnel Médical	220 068 €
Dép. G1 Personnel Non Méd	572 223 €
Dép. G2 à caractère médical	10 167 €
Dép. Nettes (A)	843 566 €
Dép. Induites (B)	326 982 €
Dép. Totales = A + B	1 170 547 €

Recettes 100%	402 659 €
---------------	-----------

Résultat Consult. & EF	-767 889 €
-----------------------------------	-------------------

Appel au plateau technique interne			
Items	Service	Réf ENC	Ecart/ ENC
Labo (B)	633 558 B	2 797 521	- 77%
Radio (ICR)	56 956 ICR	31 832	+ 79%
Bloc (ICR)	672 744 ICR	120 569	+ 458%

Prestat° médicales demandées à l'extérieur			
Items	Service	Réf ENC	Ecart/ ENC
Total 2006	58 595 €	32 792 €	+ 79%
Laboratoires	46 908 €		
Consult. spécialisées	60 €		
Hospitalisat° à l'ext.	11 054 €		

Dont :

Données d'activité de consultat° & EF	Nb 2006	Valeur (€)
Consultations externes (NGAP)	9 578	218 348 €
Consultations transversales	287	/
Actes de consultat° ext. (CCAM) *	3 336	102 327 €
Actes transversaux	289	/
Actes IDE externes	1 356	7 308 €
Actes IDE pour hospitalisés	15	/

Source : Allze activité, * Hors RU

Recettes externes 2006 à 100%	327 983 €
-------------------------------	-----------

Annexe 6 : CREA et TCCM du pôle 3 en hospitalisation pour l'année 2005

Total SA Pôle ABCDO en hospitalisation

N° des groupes de dépenses	Montants CHV 05	Montant ENC 2005	Ecart CHV / ENC
G1 PM : Dép. de personnel médical	1 380 205 €	1 675 772 €	-18%
G1 PNM : Dép. de personnel non médical	7 149 897 €	8 545 576 €	-16%
G2 : Dép. à caractère médical	1 923 262 €	2 456 793 €	-22%
G3 : Dép. à caractère hôtelier et général	78 761 €	165 941 €	-19%
G4 : Amortissement & charges financières	56 411 €		
Montant Dépenses directes (A)	10 588 537 €	12 844 081 €	-18%
Montant Recettes déductibles (B)	-148 051 €		
Montant Dépenses nettes (C = A - B)	10 440 486 €	12 844 081 €	-19%
924 000 1 : Charges induites de pharmacie	113 198 €		
924 10 : Charges induites de stérilisation			
924 30 : Charges induites du DIM	75 367 €	535 281 €	-47%
924 4 : Charges induites du biomédical	29 069 €		
924 50 : Charges induites d'hygiène	65 632 €		
920 300 1 : Charges induites de la cuisine	784 945 €	724 333 €	8%
924 40 : Charges induites de la blanchisserie	302 831 €	311 737 €	-3%
922 20 : Charges induites de bloc G1 PM	1 069 560 €	2 257 808 €	37%
922 20 : Charges induites de bloc G1 PNM	2 028 209 €		
922 20 : Charges induites de bloc G2	1 398 387 €		
922 20 : Charges induites de bloc G3	42 141 €	1 276 504 €	92%
922 20 : Charges induites de bloc G4	328 986 €		
922 20 : Autres charges induites de bloc	686 758 €		
922 60 : Charges induites anesthésie G1 PM	1 197 452 €		
922 60 : Charges induites anesthésie G1 PNM	1 752 267 €	2 668 150 €	46%
922 60 : Autres charges induites d'anesthésie	933 254 €		
922 202 2 : Charges induites salle de travail	1 536 812 €	1 328 835 €	16%
922 10 : Charges induites de biologie	871 627 €	1 267 462 €	-19%
922 11 : Charges induites d'anapath	151 878 €		
922 30 : Charges induites d'imagerie	312 412 €		
922 32 : Charges induites de méd. Nucléaire	15 718 €	522 476 €	-37%
922 33 : Charges induites d'IRM	1 227 €		
922 800 1 : Charges induites de coronarographie			
922 800 5 : Charges induites d'EEG & d'EMG	5 807 €	177 487 €	-72%
923 33 : Charges induites d'endo. Digestives	43 648 €		
922 500 : Charges induites de kinésithérapie	206 198 €	99 233 €	108%
921 10 : Charges induites des urgences	359 674 €	222 621 €	62%
920 : Charges induites de gest° générale	6 582 854 €	5 445 370 €	21%
915 : Charges induites de structure	906 641 €	1 232 444 €	-26%
Coût complet (D = C + charges induites)	32 243 037 €	29 681 419 €	9%
	Part dépenses nettes	32%	43%
	Part charges induites	68%	57%
Recettes GHS à 100%(PMSI Pilot)	28 456 713 €		
Molécules onéreuses(Fichsup)	491 837 €		
DMI (Fichsup)	703 456 €		
Forfait urgences	128 613 €		
Financement MIG			
DAF, Ivg & forfait prélèvement			
Recettes totales (E)	29 780 620 €		
Résultat (F = E - D)	-2 462 418 €		

L'Essentiel #02

édition du pôle 3, dit "ABCDO"

La lettre trimestrielle d'information de ceux qui font le pôle 3, dit "ABCDO"

Avril 2007

Organisation du pôle

L'édifice se construit

Les projets propres à notre pôle ont débuté depuis quelques mois. Pour les faire avancer, une structure est mise en place en attendant nos élections.



Analyse médico-économique, recueil et mesure de l'activité médicale, démarche qualité, communication et information... Les chantiers qui s'ouvrent à nous sont multiples et ces thèmes ont été les sujets de nos premières réunions du bureau de pôle. Pour répondre à ces impératifs, nous proposons l'organisation présentée ci-après (voir **e n c a d r é**).

Jusqu'aux élections du 20 juin, les responsables provisoires

sont Véronique Champenois, cadre supérieur de santé, Martine Portero, qui a rejoint l'équipe comme cadre administratif et à qui je souhaite la bienvenue, et moi-même en tant que responsable médical. Je profite de ces lignes pour remercier vivement Gaëlle Quily pour son aide au lancement de notre pôle. Elle poursuit désormais son travail de contrôleur de gestion.

Deux piliers fondateurs

Cette organisation s'appuie sur deux piliers :

les axes « géographiques » répondant aux grandes zones de prise en charge de nos patients : consultation, plateau technique (bloc-salles de travail de maternité) et hospitalisation. Le Conseil des blocs, qui fonctionne

bien depuis plus de 5 ans, s'inscrit naturellement dans cette structure ;

- les axes « transversaux » qui intéressent l'ensemble des secteurs et constituent l'âme de la nouvelle politique organisationnelle. Deux poids lourds, très liés l'un à l'autre, y occupent une grande place : la gestion médico-économique et le recueil de l'activité. Mais d'autres

“ Les chantiers qui s'ouvrent à nous sont multiples. ”

axes sont tout aussi importants comme, par exemple, la Qualité ou les alternatives à l'hospitalisation conventionnelle.

« Géographiques » ou « transversaux », ces axes sont pourvus d'un binôme de responsables (un médecin et un soignant ou un administratif).

Par où commencer ?

Les attentes étant multiples et parfois différentes, par où devons-nous commencer ?

Certains souhaiteraient voir le pôle résoudre dès maintenant tel ou tel problème. Je comprends les impatiences, mais en réalité le pôle ne trouvera sa pleine efficacité qu'au fil du temps. Tout passe d'abord par un diagnostic partagé établissant un état des lieux dans toutes les dimensions de notre

activité établi, validé et accepté par l'ensemble des acteurs : responsables du pôle et direction, mais aussi et surtout l'ensemble des femmes et des hommes qui composent et animent ce pôle.

A partir de cette étude pourront être élaborés des indicateurs qui nous permettront d'évaluer notre activité au fil des mois. Et pas seulement les recettes et les dépenses. Certes nous devons regarder attentivement l'évolution médico-économique du pôle, mais ces indicateurs devront porter sur toutes nos activités : qualité des soins, conditions de travail, etc... Une fois ce diagnostic établi et les indicateurs mis en place, nous pourrions rédiger un contrat de

pôle fixant exactement nos objectifs et nos marges de manœuvre.

Des élections fondamentales

Le Conseil de pôle qui sera élu en juin aura un rôle capital. Instance représentative de toutes les catégories de personnels, il initiera et validera les projets. C'est dire son importance et toutes les bonnes volontés sont requises : je vous invite à postuler le moment venu !

Vous le voyez, les choses avancent, peut-être lentement, mais sûrement. Et c'est sur des fondations profondes et solides que l'on bâtit les plus beaux édifices !

Philippe Beaufrils

En savoir +

Organisation interne du pôle 3

Responsable médical : Philippe Beaufrils
Cadre supérieur de santé : Véronique Champenois
Cadre administratif : Martine Portero
Directeur référent : Brigitte de la Lance

Organisation « géographique »

- **Consultations :** B. Vignes et C. Vuibert
- **Bloc :** P. Jullien, Président du Conseil des blocs et V. Champenois
- **Hospitalisation :** B. Fraleux, C. Lesca (anesthésie et chirurgie ambulatoire) et C. Vuibert
- **Maternité :** F. Michel (mission DSP) et P. Panel

Organisation « transversale »

- **Analyse de gestion :** P. Beaufrils, V. Champenois et M. Portero
- **DIM :** P. Jullien, A. Vinas, V. Champenois et M. Portero
- **Qualité :** P. Raynal et C. Vuibert
- **Alternatives à l'hospitalisation :** F. Michel (mission DSP) et B. Fraleu Louer
- **Communication :** B. Vignes et M. Portero

CENTRE HOSPITALIER
DE VERSAILLES

Le pôle et la Qualité

Notre démarche spécifique est initiée

Parallèlement à la politique Qualité institutionnelle initiée en 1998 et à la démarche par service mise en place suite à la première accréditation, la Qualité prend un nouveau tournant et s'inscrit dans le cadre de la nouvelle gouvernance.

Le pôle joue un rôle essentiel dans cette démarche. Ni redondante, ni isolée, cette nouvelle orientation permet de coordonner les actions Qualité, d'harmoniser les pratiques au sein d'un pôle et d'initier des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

La définition d'un plan d'actions

C'est en partant de ces grands principes, que notre pôle, expérimental, a élaboré un plan d'actions Qualité de pôle dont les priorités sont multiples (voir encadré ci-contre).

Pour faciliter cette mise en place et à l'instar de ce qui a été réalisé au niveau des services, la direction Qualité et gestion des risques (QUARIS) a souhaité qu'un binôme de référents qualité (médecin-soignant) soit nommé pour coordonner la démarche en lien avec elle. Pierre Raynal (praticien hospitalier en maternité) et Chantal Vuibert (cadre supérieur de santé) ont accepté cette nouvelle mission transversale au sein du pôle.

2 référents au rôle bien défini

Un profil de fonction a été élaboré pour préciser le rôle, les missions, le périmètre et les limites d'actions et de délégations du « référent qualité de pôle ». Interface entre la direction QUARIS et les secteurs d'activité du pôle, il joue le rôle de coordination et de relais d'informations en termes de politique qualité et gestion des risques. A

ce titre il participe lui-même ou s'assure qu'un représentant du pôle participe à chacun des groupes de travail Qualité institutionnels (comité de pilotage Qualité, cellule de gestion des risques, circuit du médicament, dossier du patient...).

Un suivi dédié pour évaluer et améliorer

Par ailleurs, et dans le cadre de la contractualisation interne, des objectifs Qualité seront définis sous forme de suivi d'un nombre

restreint d'indicateurs propres à notre pôle.

Notre démarche qualité est désormais initiée, elle doit suivre la boucle Qualité habituelle afin d'être évaluée et améliorée.

Les débuts sont d'ores et déjà prometteurs !

Chantal Vuibert



Pierre Raynal



En savoir +

Nos 4 priorités "Qualité"

- L'harmonisation des outils de travail (informatique et papier)
- La réflexion sur la qualité de la programmation opératoire conduisant à des actions afin d'harmoniser le pré-opératoire et faciliter les liens entre les consultations, les blocs opératoires et les unités de soins.
- La généralisation de protocoles (antibioprophylaxie, anticoagulants ...) dans tous les services de chirurgie, ainsi que leur réactualisation régulière en se basant sur les données de la médecine factuelle.
Il peut s'agir là d'une aide à la nécessaire coordination entre le chirurgien et l'anesthésiste relative à une prescription de sortie unique et consensuelle.
- La mise en place de revues de morbi-mortalité au niveau des différents secteurs du pôle, la démarche Qualité ne pouvant que s'enrichir de la critique constructive que nous aurons de nos pratiques.

AGENDA

Calendrier 2007 des élections du Conseil de pôle

- Semaine du 16 au 20 avril : publication de la date des élections, de la liste des électeurs et des éligibles, des sièges de représentants à pourvoir
- Du 20 avril au 20 mai : déclarations de candidature
- 20 mai : clôture de la liste des candidats
- 20 juin : ELECTIONS
- Du 21 au 26 juin : Affichage des opérations et réclamations éventuelles

Prochaine publication de L'Essentiel le 20 juin



CENTRE HOSPITALIER
DE VERSAILLES



Questions à...

Martine Portero, cadre administratif

Pourquoi avoir choisi la fonction de cadre administratif de pôle ?

Attachée d'administration à la direction de la logistique et des achats depuis de nombreuses années, l'opportunité d'un changement dont je ressentais le besoin s'est présentée. J'ai choisi de participer ainsi à la construction du pôle 3. C'est la première fois que des administratifs se trouvent ainsi placés au cœur même de l'activité médicale.

Un autre intérêt de la fonction réside dans le fonctionnement en trinôme : médecin responsable du pôle, cadre supérieur de santé et cadre administratif. Ce trio doit trouver son équilibre et construire ensemble une organisation décloisonnée.

Quel est votre rôle ?

Il est pour l'instant assez difficile à définir précisément. C'est un nouveau métier, très polyvalent. Il s'agit d'une coopération au sein du pôle afin d'équilibrer les préoccupations budgétaires et la réalité du terrain.

Il doit servir également de lien entre le pôle et les directions fonctionnelles. Mon intégration progressive au sein du pôle se fait en étroite collaboration avec le Docteur Beaufils et Véronique Champenois, ainsi qu'avec les deux autres cadres supérieurs Chantal Vuibert et France Michel.