



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2013-2015**

Date du Jury : **Décembre 2014**

**La contractualisation peut-elle être un
facteur d'amélioration du pilotage de
la performance d'une direction
fonctionnelle ?**

**Le projet de contractualisation de la
Direction Accueil Hôtelier Achats et
Logistique au CHU de Nice.**

Kévin ROSSIGNOL

Remerciements

Mon stage de direction au CHU de Nice et la rédaction de ce mémoire ont été l'occasion de belles rencontres et d'échanges fructueux, tant au niveau professionnel que sur le plan personnel.

J'adresse mes sincères et chaleureux remerciements à Caroline CHASSIN pour m'avoir fait découvrir le métier passionnant de directeur d'hôpital. Son énergie intarissable, sa confiance sans réserve et son enthousiasme inaltérable ont été un souffle de stimulation et de soutien tout au long de ce stage. Je lui en suis infiniment reconnaissant.

Ma reconnaissance s'adresse également à Thierry ARRIL, directeur du pôle ressources matérielles, pour avoir accepté d'encadrer mon mémoire. Surtout, je tiens à le remercier pour ses conseils avisés et ses échanges féconds. La justesse, l'intelligence et l'humour de ses métaphores m'ont servi de fanaux dans un monde hospitalier parfois brumeux.

Je tiens à exprimer toute ma gratitude à l'ensemble des collaborateurs de la direction accueil hôtelier, achats et logistique pour l'accueil bienveillant qu'ils m'ont réservé et la disponibilité dont ils ont fait preuve chaque fois que je les sollicitais. Leur degré d'exigence professionnelle et leur solidarité sans faille sont une richesse incommensurable pour le CHU de Nice. Je souhaite remercier tout particulièrement les personnes qui m'ont accompagné au plus près pour ce mémoire : l'unité de suivi budgétaire, les responsables de la restauration et de la blanchisserie.

Ce mémoire professionnelle n'aurait pas vu le jour sans toutes les personnes avec lesquelles je me suis entretenu sur le sujet. Mes remerciements s'adressent à Emmanuel BOUVIER-MULLER, directeur général du CHU de Nice, pour ses échanges d'une très grande qualité sur la performance hospitalière. Je remercie Marc LECARDEZ, directeur des affaires financières et de la nouvelle gouvernance qui m'a permis, dès le début de mon travail, de poser les véritables enjeux. Ma reconnaissance s'adresse également à Philippe MINET, contrôleur de gestion, pour son aide précieuse, sa disponibilité et sa bonne humeur inépuisable.

Je tiens à adresser des remerciements assurés et entiers à Jean-François MEDELLI, Stéphane SWEETVAEGHER et Arnaud POUILLOT qui ont accepté de me confier des dossiers passionnants et instructifs durant mon stage.

Enfin, mes remerciements seraient incomplets si je ne saluais pas Henri MEUNIER et Agnès MARMIER qui ont eu la gentillesse de m'accueillir dans leur bureau ces neuf mois durant.

Sommaire

Introduction.....	1
1 La démarche de contractualisation s'inscrit dans un processus d'amélioration de la performance, qui permet aux directions fonctionnelles de mieux piloter leur activité.....	5
1.1 Le pilotage de la performance est en évolution permanente et la contractualisation n'est qu'un outil parmi d'autres.	5
1.1.1 Enjeu socio-économique majeur pour l'hôpital, la performance logistique fait l'objet d'un pilotage proactif.	5
A. Notion protéiforme, la performance se mesure dans le temps selon différents critères.....	5
B. Au regard du poids financier que représente la logistique hospitalière, la théorie économique a élaboré des modèles de performance.....	7
C. Pour mesurer la part contributive d'une direction fonctionnelle à la performance globale, le pilotage de la performance apparaît indispensable.	9
1.1.2 La contractualisation est présentée comme la forme aboutie du pilotage par objectifs.	10
A. La contractualisation est devenue le support privilégié de la performance hospitalière.	10
B. Des doutes demeurent sur l'opportunité de formaliser un contrat avec les pôles fonctionnels.	12
C. La politique d'intéressement impulse un nouveau management au service de la performance.....	13
1.2 La contractualisation est présentée comme un levier de performance mais l'intérêt de cette démarche est loin d'être sans effets négatifs.	15
1.2.1 En s'appuyant sur des prérequis solides, la démarche de contractualisation constitue l'occasion de dynamiser les directions fonctionnelles.	15
A. Le pilotage par objectif et un portage institutionnel fort constituent les prérequis à la démarche de contractualisation.....	15
B. La contractualisation d'un pôle fonctionnel favorise une vision partagée et une image valorisée des services.	17
1.2.2 L'intérêt théorique de la contractualisation est loin d'être démontré.	19
A. Du fait de la sophistication de ses outils et d'un risque de fragmentation institutionnel, la démarche de contractualisation peut s'avérer contre-performante...	19

B.	La question des conséquences en cas d'inexécution du contrat ne doit pas être occultée.....	20
2	Pour améliorer le pilotage de sa performance, la DAHAL s'est dotée de plusieurs outils parmi lesquels un CREO restauration, à titre expérimental.	23
2.1	Pour développer le concept d'externalisation en interne, la DAHAL s'est appuyée sur la création d'un tableau de bord synthétique et a engagé une réflexion sur l'élaboration d'un CREO.	23
2.1.1	Du fait de ses activités « externalisées en interne », la DAHAL entend disposer d'un tableau de bord synthétique afin d'améliorer le pilotage de sa performance.	23
A.	La DAHAL est constituée de trois secteurs porteurs à forte valeur ajoutée.....	23
B.	Le pilotage de la DAHAL doit être renforcé et les outils actuellement disponibles paraissent insuffisants.	30
C.	La nouvelle relation « client-fournisseur » impulsée par la DAHAL encourage le pilotage de la performance.	32
2.1.2	La création d'un tableau de bord synthétique et d'un CREO pour les secteurs logistiques permettent de mesurer la contribution de la DAHAL à la performance globale.....	33
A.	La conception d'un tableau de bord doté d'indicateurs pertinents vise à améliorer le pilotage de la DAHAL.	33
B.	En s'inspirant des CREA, la comptabilité analytique a prévu la mise en place de CREO permettant de mesurer la contribution de la performance de direction fonctionnelle.	36
C.	Les CREO conduisent à la mise en place d'une politique d'intéressement encadrée.	40
2.2	Projet expérimental de la DAHAL, le CREO restauration permet de poser les bases d'une future contractualisation interne même si des obstacles demeurent.	41
2.2.1	En s'appuyant sur la méthodologie institutionnelle, la première version du CREO restauration donne lieu à des résultats prometteurs.	41
A.	Le CREO restauration est encadré par la méthodologie institutionnelle.	41
B.	Les résultats de la première version du CREO restauration sont probants.	45
2.2.2	Bien que les effets escomptés constituent une source d'efficience, des limites consubstantielles à l'outil subsistent.	47
A.	Le CREO restauration, outil d'amélioration du pilotage des points forts et faibles, est une opportunité de contractualisation interne.....	47
B.	Des limites à l'exercice demeurent compte tenu des imperfections de l'outil.	49
Conclusion	53

Bibliographie.....	55
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance
ASLOG : Association française pour la logistique
CAH : Comptabilité analytique hospitalière
CHU : Centre hospitalier universitaire
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CREA : Compte de résultat analytique
CREO : Compte de résultat par objectifs
CSP : Code de la santé publique
DAHAL : Direction de l'accueil hôtelier, des achats et de la logistique
DAF : Direction des affaires financières
DNG : Direction de la nouvelle gouvernance
DRH : Direction des ressources humaines
DES : Direction des services économiques
ENCC : Echelle nationale commune des couts
EPRD : Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
EPS : Etablissement public de santé
GCS : Groupement de coopération sanitaire
GHM : Groupe homogène de malades
GHS : Groupe homogène de séjour
HPST : Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
MAP : Modernisation de l'action publique
MECSS : Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale
MiPiH : Groupement d'intérêt public Midi Picardie Informatique Hospitalière
PGA : Plan global achat
PHARE : Performance hospitalière pour des achats responsables
PRS : Projet régional de santé
RGPP : Révision générale des politiques publiques
SALGG : Section d'analyse de logistique et gestion générale
SALM : Section d'analyse de logistique médicale
SAMT : Section d'analyse médico-technique
T2A : Tarification à l'activité

TDABC : Time driven activity based costing

UCP : Unité centrale de production

UF : Unité fonctionnelle

UTSL : Unité de transport de soin et de logistique

Introduction

« Ce qui est simple est faux ; ce qui ne l'est pas est incompréhensible »

Paul VALERY

« Certaines choses comptent mais ne se comptent pas ; d'autres peuvent se compter
mais ne comptent pas. »

A. EINSTEIN

La décennie des années 2000 a vu l'hôpital se transformer en profondeur. N'échappant pas à l'emprise de la rationalité économique¹, l'hôpital a connu un triple mouvement : développement de l'économie managériale, segmentation des activités et accroissement de la technicité des missions.

La réforme du financement des hôpitaux et la mise en place de la T2A ont structurellement modifié la culture publique hospitalière. Si les objectifs et les valeurs du service public hospitalier demeurent inchangés, le fonctionnement et l'organisation de l'hôpital s'assimilent davantage à une entreprise publique productrice de biens et de services qu'à une administration classique de type régalien.

La nouvelle gouvernance fondée sur la mise en place des pôles cliniques et la loi HPST de 2009 ont conduit à moderniser la gestion des EPS. Les principes de l'économie managériale (pilotage de l'activité, évaluation de la performance, rationalisation des processus, management décentralisé) ont progressivement irrigué la politique publique hospitalière, sous l'effet notamment de la rareté des ressources.

La logique de rationalisation économique s'est étendue aux pôles médicaux, à l'aide notamment de plusieurs outils : tableaux de bord, comptabilité analytique, politique d'intéressement. Bien que la pertinence de ces instruments soit parfois contestée, force est de constater qu'ils ont permis d'augmenter l'activité hospitalière en optimisant les ressources.

Ainsi, le management par les pôles cliniques vise à répondre stratégiquement aux besoins de la population en matière de qualité et de sécurité de soins, tout en visant un

¹ André Gorz, Métamorphoses du travail : Critique de la raison économique, 2004

équilibre budgétaire. La politique de contractualisation constitue le support managérial du triptyque suivant : production de soins, exigence de qualité, équilibre médico-économique.

Dès lors, la question de la performance de la gestion tend à structurer en permanence l'action des managers publics de la santé. Le concept de performance, qui peut se définir comme la synthèse entre l'efficacité et la qualité, constitue l'ossature de la gestion hospitalière et cette question fait d'autant plus sens que les contraintes économiques et financières sont fortes.

Pourtant, s'il est usuel d'observer la formalisation de la performance des pôles cliniques, il est moins fréquent de la rencontrer au sein des pôles administratifs. En effet, la culture de la gestion de la performance a été faiblement institutionnalisée pour les directions fonctionnelles. A titre d'exemple, les fonctions supports de l'activité médicale (transport des patients, nettoyage des locaux, accueil hôtelier, restauration) échappent au modèle de tarification à l'activité. Sur le plan national, aucun projet de contractualisation inspiré de ce qui a été réalisé avec les pôles médicaux n'est recensé.

Si des outils existent pour piloter les directions fonctionnelles, ils demeurent clairsemés et insatisfaisants. C'est la raison pour laquelle il apparaît opportun d'engager une réflexion visant à analyser la performance de l'activité des fonctions supports au sein d'une structure hospitalière. En d'autres termes, il s'agit d'examiner dans quelle mesure il est possible de piloter, de manière plus optimale, la gestion de la performance d'une directionnelle fonctionnelle telle que la DAHAL au CHU de Nice, et de savoir si la réponse à cette question passe par une démarche de contractualisation interne.

Ce champ d'étude renvoie à trois axes de réflexion :

- il est indispensable de définir le périmètre d'action de la DAHAL et d'évaluer la performance de ses activités ainsi que le pilotage existant de la direction. Comment est-il possible d'évaluer la performance, sachant que cette notion est protéiforme et revêt donc plusieurs dimensions : qualité de la prise en charge des usagers, conditions de travail et attractivité pour les professionnels, performance opérationnelle et financière. Quels sont les instruments disponibles à cet effet ?
- il convient de s'interroger sur le contrat interne comme outil opérationnel privilégié de pilotage des pôles. Il permet l'insertion cohérente des objectifs des pôles dans la politique générale de l'institution en précisant notamment les objectifs opérationnels qu'elle lui assigne et les moyens qu'elle lui attribue à cet effet. Ce

contrat définit les objectifs d'activité qualitatifs et financiers, les moyens et les indicateurs de suivi des pôles d'activité, les modalités de leur intéressement aux résultats, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat. Le projet d'une démarche de contractualisation de la DAHAL inspiré du modèle des pôles médicaux pourrait s'orienter vers deux hypothèses :

- d'un côté se pose la question du sens de la contractualisation d'une direction fonctionnelle avec la direction générale. En effet, la DAHAL constitue une direction support qui contribue à l'activité hospitalière. A ce titre, il est possible d'engager une démarche similaire à celle qui existe pour les pôles médicaux. Poursuivant dans cette voie, il convient de s'interroger sur l'opportunité de reproduire le modèle de contractualisation des pôles cliniques à d'autres directions. Dans l'affirmative, la contractualisation interne a-t-elle vocation à s'élargir à l'ensemble des pôles administratifs ? Dans la mesure où une direction achats logistique telle que la DAHAL à Nice est une direction productrice de biens et de services, il semble légitime de la soumettre à une exigence forte de performance par un contrat d'objectif ;
- d'un autre côté, et si la démarche de contrat interne est inappropriée, cela vient-il contrarier tout projet visant à améliorer le pilotage de la performance d'une direction fonctionnelle ? Cette réflexion alternative se fonde sur l'hypothèse selon laquelle le projet de contractualisation avec la direction générale ne serait pas judicieux. Par conséquent, il s'agit d'inventer d'autres mécanismes permettant de récompenser la performance d'une fonction support. L'absence de contractualisation interne est-elle un obstacle à l'intéressement ? Si tel n'est pas le cas, sur quels critères est-il possible de récompenser la performance des services ?
- Enfin, la question des outils est fondamentale : sur quoi est-il pertinent de contractualiser ? Les indicateurs ne sont pas les mêmes pour les services de production (logistique, accueil hôtelier, achat) et ceux qui assurent des missions plus traditionnelles de gestion publique (DRH, DAF). Ils doivent néanmoins être cohérents avec l'activité des pôles médicaux et ne pas entrer en conflit avec les services de soins. Si les indicateurs quantitatifs sont incontournables, il n'en demeure pas moins que d'autres indicateurs doivent attirer l'attention du manager public (bonnes pratiques managériales, indicateurs qualitatifs). Un tableau de bord synthétique est-il un outil approprié pour une direction aussi vaste qu'une direction achats et logistique ?

Face à toutes ces interrogations, le présent mémoire a pour objet de proposer des pistes pour renforcer le pilotage de la performance de la DAHAL du CHU de Nice et d'examiner si la démarche de contractualisation interne en constitue un facteur améliorant.

Ce projet innovant a fait l'objet d'une réflexion collégiale. Il s'inscrit pleinement dans la stratégie de l'établissement niçois qui consiste à renforcer la performance dans tous les segments d'activité. Le déploiement récent de la comptabilité analytique aux secteurs médico-technique sous forme de CREO confirme cette tendance.

Pour mener à bien ce travail, une méthodologie précise a été retenue dans la mesure où deux aspects du sujet sont abordés : théorique d'une part (la finalité et le sens de la contractualisation d'une direction fonctionnelle) ; technique d'autre part (définition des outils adaptés visant à mesurer et à piloter la performance).

Couvrir ces deux dimensions implique une différenciation de la nature des données à recueillir. La méthodologie adoptée a donc été déclinée en deux étapes menées concomitamment :

- une première étape a été consacrée à la conduite d'entretiens avec différents acteurs pour délimiter le périmètre et le sens du sujet. Des échanges ont ainsi été conduits avec les directeurs pour questionner l'opportunité et la finalité d'un projet de contractualisation d'une fonction support. Les acteurs de la nouvelle gouvernance des pôles (contrôleur de gestion, assistantes de gestion, cadres supérieurs de santé) ont été également sollicités, en particulier pour apprécier leur retour d'expérience. Au cours de cette phase, une recherche approfondie d'articles, d'ouvrages, de documentation et de travaux relatifs au pilotage de la performance des fonctions supports hospitalières a été effectuée.
- une seconde étape a eu pour objet de recenser les éléments conduisant à la mise en place finale d'un tableau de bord synthétique, lisible et simple, sur la base duquel une contractualisation interne sera envisageable. La cellule d'analyse de gestion de la DAHAL a concentré ses efforts pour centraliser l'ensemble des données exploitables des différents secteurs de la DAHAL, tant sur le plan de la qualité, que sur le volet de la performance socio-économique (finances, ressources humaines, volumes d'activité, coûts). Cette cellule s'est attachée à conduire des entretiens avec les différents chefs de services concernés (logistique, accueil hôtelier, achats) afin d'apprécier indicateurs adéquats qui composent le tableau de bord.

1 La démarche de contractualisation s'inscrit dans un processus d'amélioration de la performance, qui permet aux directions fonctionnelles de mieux piloter leur activité.

1.1 Le pilotage de la performance est en évolution permanente et la contractualisation n'est qu'un outil parmi d'autres.

La mesure de la performance dans la gestion publique répond à un impératif démocratique, reconnu par la Déclaration des Droits de l'homme et du citoyen : « *tous les citoyens ont le droit de constater par eux-mêmes ou par leurs représentants, la nécessité de la contribution publique (...) et d'en suivre l'emploi (...)* »².

La performance de l'action publique n'est pas un concept nouveau. La réforme de la rationalisation des choix budgétaires dans les années 1970 ou l'adoption de la LOLF en 2001 ont eu pour objectif d'améliorer la gestion publique. La recherche de la performance n'est pas non plus singulière au monde hospitalier. L'action publique toute entière tend à appliquer les préceptes de la bonne raison gestionnaire. La RGPP, la MAP, la MECSS et le site internet du ministère des finances publiques³ ne portent-ils pas l'injonction d'une performance publique toujours plus forte ?

Suivant cette voie, l'hôpital public a embrassé les principes de la performance, sous l'effet notamment de l'ANAP⁴. Si l'objectif de renforcer la performance de l'action hospitalière est clairement affiché, il n'en demeure pas moins que la question de son pilotage et de son évaluation reste posée.

1.1.1 Enjeu socio-économique majeur pour l'hôpital, la performance logistique fait l'objet d'un pilotage proactif.

A. Notion protéiforme, la performance se mesure dans le temps selon différents critères.

² Article 14 de la Déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen

³ www.performance.gouv.fr

⁴ L'article 18 de la loi HPST crée l'ANAP qui se substitue à la MeaH, la MAINH et le GMSIH. L'ANAP a pour objectif d'améliorer le service rendu aux patients tout en modernisant la gestion et en optimisant les ressources afin de réduire les dépenses.

Le terme de performance est très souvent utilisé, tant dans la littérature administrative que dans le discours managérial. La difficulté de ce concept réside dans sa nature multidimensionnelle. Il n'existe pas une acception unique de la performance mais au contraire, celle-ci revêt différentes facettes.

S'interroger sur le concept de performance, c'est se questionner sur la nature même de cette notion : s'agit-il de diminuer des coûts, de maximiser la valeur ajoutée, de remplir des objectifs quantitatifs ?

La vision qui prévaut de la performance tend à mettre en valeur deux principaux leviers : financier et qualitatif. Ce sont d'ailleurs les deux principales préoccupations de la performance à l'hôpital. Ainsi, ce concept peut être défini comme le résultat de l'efficacité de la qualité. Sans être totalement satisfaisante, cette définition présente le mérite de ne pas cantonner la notion de performance à la seule exigence économique et budgétaire. Pour autant, cette vision semble réductrice, ne serait-ce que parce que l'hôpital remplit d'autres rôles que le soin, tel que celui d'amortisseur social par exemple. La notion de performance telle qu'elle est comprise dans l'économie managériale renvoie à un système productiviste. Or, l'hôpital n'est pas que cela. Toutefois, il existe des segments d'activité qui s'apparentent à des chaînes de production classique et qui, dès lors, peuvent être soumis aux mêmes exigences que dans les entreprises privées.

Sans mise en perspective temporelle, la performance est un résultat brut vide de sens. L'amélioration ou la dégradation d'une situation ne peut être constatée qu'au regard d'une analyse temporelle. Il existe donc une relation consubstantielle entre la performance et le temps. C'est la raison pour laquelle a émergé la notion de performance soutenable. En effet, la performance n'est jamais figée et doit pouvoir se reproduire. Mais surtout, la performance est liée à la durabilité : le résultat de l'action doit être pérenne et dépourvu d'externalité négative dans le futur.

En outre, la mesure relative des résultats constitue une seconde caractéristique prépondérante de la notion de performance. Le périmètre de comparaison des résultats et la méthode retenue pour les évaluer semblent essentiels. La prise en compte des dimensions qualitative, environnementale et socio-économique de l'action sont indissociables du concept de performance. Ainsi, elle n'est pas seulement chiffrable ou quantifiable. L'activité d'une organisation ne peut se mesurer au regard du seul prisme de l'équilibre comptable. A titre d'exemple, une motivation fondée sur des résultats budgétaires annuels n'est pas nécessairement performante dans la mesure où elle incite les managers à prendre des décisions court-termistes. Il s'agit donc d'aller au-delà de la

seule dimension financière : la fonction de cout d'une organisation logistique ou le raisonnement en cout complet des achats constituent de nouvelles mesures de cette performance extracomptable.

Pour Henri FORD, « les deux choses les plus importantes n'apparaissent pas au bilan de l'entreprise : sa réputation et ses hommes ». C'est pourquoi la performance constitue aussi un outil d'évaluation et de communication de l'action engagée. Il n'est pas rare d'utiliser la performance comme outil de reporting permettant de renforcer le contrôle de gestion d'une activité. C'est un instrument de communication qui permet aux acteurs internes de « lire » la situation d'un secteur et d'en apprécier la trajectoire.

B. Au regard du poids financier que représente la logistique hospitalière, la théorie économique a élaboré des modèles de performance.

L'ASLOG définit la logistique comme « l'art et la manière de mettre à disposition un produit donné au bon moment, au bon endroit, au moindre cout et avec la meilleure qualité ». Selon AKBARI J. et *al.* (2000), « la logistique est une collection de fonctions relatives au flux de marchandises, d'informations et de paiement entre fournisseurs et clients depuis l'acquisition des matières premières jusqu'au recyclage ou à la mise au rebut des produits finis ». Cette tentative de définition présente l'avantage d'élargir l'acception de la logistique dans la mesure où elle souligne la pluralité des fonctions concernées et les différentes natures de flux.

Quelle que soit la définition retenue, la logistique dans sa globalité constitue un enjeu économique et budgétaire majeur au sein de la structure hospitalière. Déjà en 1994, l'étude de CHOW et HEAVER soulignait que l'activité logistique représentait 46% du budget d'exploitation d'un hôpital. Plus proche dans le temps, BOURGEON et *alii.* (2001) soutiennent que la logistique représente 30% des dépenses hospitalières dans les pays de l'Europe de l'Ouest. A titre d'illustration, l'étude de l'EHCR⁵ sur la logistique conduite aux Etats-Unis met en évidence que l'approvisionnement en fournitures médicales, un des postes de logistique hospitalière, représentaient 83 Mds\$, dont 23Mds\$ pour les couts administratifs. L'étude précisait que près de 50% des couts administratifs pouvaient être économisés en veillant à une gestion intégrée de la chaîne d'approvisionnement. LANDRY et *alii.* (2001) ont analysé le budget logistique en soulignant qu'il était composé de la

⁵ Efficient Healthcare Consumer Response, 1996

manière suivante : 70% en achats, 15% en hôtellerie, 10% en distribution et transport, et 5% en gestion des stocks.

En France, le rapport du conseiller général des établissements de santé EYSSARTIER⁶ indique que les dépenses de transports de patients prises en charges par l'Assurance maladie représente près de 3,2 Mds€. La Cour des Comptes souligne que « *ce poste, important en termes d'accès aux soins, augmente systématiquement à un rythme plus soutenu que les autres dépenses de soins* »⁷.

Dès lors, et compte tenu du poids financier significatif des fonctions logistiques et achats à l'hôpital, la question de la performance de ce secteur semble inévitable. L'analyse théorique a mis en place plusieurs modèles visant à identifier les gains d'efficience.

SAVALL et ZARDET (2010) mettent en avant le lien entre la performance et les coûts cachés à l'appui de l'analyse socio-économique. Celle-ci tend à considérer que les performances économiques sont possibles, sans ressources financières externes, en agissant sur les interfaces et sur les comportements humains. La performance socio-économique permet donc d'analyser les dysfonctionnements courants des organisations en s'appuyant sur des indicateurs tels que l'absentéisme, les accidents du travail, la rotation de personnel ou les écarts de productivité. Les imperfections du système de production constituent l'écart entre le fonctionnement souhaité et le fonctionnement réellement constaté.

FUGATE, MENTZER et STANK (2010) montrent que la performance d'une chaîne logistique repose sur trois piliers : la création de valeur à travers la productivité, l'efficience, et la différenciation de l'offre logistique. Sur ce point, MORANA et PINARDI (2003) ont cherché à évaluer le coût logistique et à mesurer la valeur ajoutée des processus logistiques. Ils ont ainsi modélisé la méthode de calcul de coût ABC ou TDABC afin d'analyser l'ensemble des coûts logistiques d'un processus de distribution.

S'il ne s'agit pas ici de mentionner l'ensemble du spectre théorique en la matière, il est en revanche pertinent d'analyser les niveaux de performance des processus de logistique hospitalière autour triangle client, financier, opérationnel.

⁶ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_Eyssartier_Didier.pdf

⁷ <http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Securite-sociale-2012>

C. Pour mesurer la part contributive d'une direction fonctionnelle à la performance globale, le pilotage de la performance apparaît indispensable.

LANDRY et alii. (2001) ont constaté l'absence totale pour les établissements de connaissance préalable sur les dépenses logistiques et leur répartition. Ainsi, plus de 30% du budget hospitalier ne fait pas l'objet de pilotage de la performance. Cette étude souligne donc l'existence d'activités encore faiblement évaluées et qui, par conséquent, constituent des sources d'efficience à réaliser. Bien que les fonctions logistique et achat ne connaissent pas le modèle de la T2A, elles sont néanmoins soumises au principe de concurrence, notamment par les coûts ; ne serait-ce que par la possibilité d'externaliser de ses services qui constitue en soi un levier incitant à la rentabilité.

Dès lors, il semble nécessaire de répondre à la question du potentiel d'amélioration et des marges de progression exploitables. En effet, le système de gestion de la performance vise à rendre plus efficace les stratégies organisationnelles et à améliorer les processus organisationnels. Il cherche aussi à vérifier que les objectifs sont remplis, en les soumettant à évaluation. Aussi, concevoir un système de gestion de performance en logique hospitalière est complexe dans la mesure où il faut tenir compte de la diversité des objectifs à satisfaire dans le secteur de la santé : réduction des coûts, efficacité des prestataires, satisfaction des clients en interne, amélioration du service des usagers. C'est la raison pour laquelle la direction doit être en capacité d'évaluer et de piloter l'activité achat et logistique dans son ensemble. Cela passe en particulier par la mise en place d'outils de suivi budgétaire en continu et un réel *benchmarking*.

Allant dans cette voie, la politique achat est devenue un enjeu de performance pour les établissements, sous l'impulsion notamment du programme PHARE. Pour autant, la question de mesure de la performance des achats se pose. Une des difficultés actuelles évoquées dans les groupes de travail ARMEN consiste à rendre tangible les gains réalisés en la matière. La traduction financière de la performance de la politique achat n'est pas chose aisée. C'est la raison pour laquelle, il est nécessaire de disposer d'outils permettant d'estimer les gains sur le long terme et d'agir tant sur les fournisseurs que sur les utilisateurs. Des tableaux de bord peuvent être utiles lors des dialogues de gestion avec la DAF pour mesurer la performance des achats, en particulier sur les comptes budgétaires.

1.1.2 La contractualisation est présentée comme la forme aboutie du pilotage par objectifs.

A. La contractualisation est devenue le support privilégié de la performance hospitalière.

Le pilotage par objectifs constitue le principal levier de la performance. Il consiste à attribuer à chaque acteur des objectifs qui seront ensuite évalués. L'action des cadres hospitaliers est ainsi guidée par des objectifs multiples et sériés.

Issue du management des entreprises privées, la gestion par objectifs vise à fédérer l'ensemble de l'activité autour d'un projet ou dans un sens défini. Sur ce point, la question de la cohérence d'ensemble des objectifs assignés reste posée. Il n'est pas rare en effet de constater que les missions confiées aux différents acteurs de la même structure sont paradoxaux ; ce qui n'est pas sans conséquence en termes relations humaines au sein des équipes.

Dans son ouvrage⁸, Peter DRUCKER souligne que tout manager doit avoir des objectifs formalisés et déclinés du but de l'entreprise. La déclinaison en cascade des objectifs rend opérationnel le dessein de l'entreprise et les objectifs permettent de mesurer la performance de chaque contributeur. Ainsi, pour Peter DRUCKER, sans objectif il n'est point de performance.

Cette manière de manager les entreprises a inspiré les théories du *New public management* et a favorisé le passage d'une logique de contrôle à une logique de pilotage. Désormais, le pilotage par objectifs est la forme commune de la gestion publique hospitalière, tant dans les pôles cliniques que dans les directions fonctionnelles.

Poursuivant dans cette voie, la démarche de contractualisation comme nouvel outil de gestion s'est progressivement développée. Rares sont désormais les champs de l'action publique qui ne sont pas définis par un contrat. La plupart des relations entre collectivités publiques sont désormais régies par des contrats pluriannuels, à l'instar du contrat plan Etat-région.

Dans le domaine hospitalier, la contractualisation a accompagné la rationalisation de l'activité et constitue désormais un levier important d'amélioration de la performance.

⁸ The practice of management, 1954

Le contrat interne défini à l'article L. 6145-16 du CSP⁹ constitue l'instrument opérationnel privilégié de pilotage des pôles. Il permet l'insertion cohérente des objectifs des pôles dans la politique générale de l'institution en précisant notamment les objectifs opérationnels qu'elle lui assigne et les moyens qu'elle lui attribue à cet effet. Le contrat définit les objectifs d'activité, de qualité et financiers, les moyens et les indicateurs de suivi des pôles d'activité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion.

Support de dialogue efficace entre les acteurs, le contrat permet une visibilité nécessaire à la définition de la stratégie et au pilotage interne. En tant qu'outil de mise en œuvre d'une politique publique, la contractualisation poursuit trois principaux objectifs :

- accorder les acteurs sur des enjeux et objectifs partagés et communs ; le contrat est dépourvu de relations hiérarchiques mais va au-delà de la simple concertation ;
- favoriser la collaboration et l'implication de divers groupes professionnels ;
- formaliser l'accord des acteurs sur un programme d'actions à mettre en œuvre.

Ainsi, le contrat est le fruit d'un travail composé de différentes phases : préparation, négociation, suivi et évaluation. Il s'agit moins d'un document que d'un processus qui s'inscrit dans la durée et qui a vocation à évoluer. La réussite de la contractualisation s'explique en grande partie par le fait qu'elle valorise les principes de subsidiarité et de

⁹ Les établissements publics de santé peuvent mettre en place des procédures de contractualisation interne. A cette fin, les équipes médicales et paramédicales peuvent à leur initiative proposer au directeur de l'établissement la création de centres de responsabilité. Ces propositions sont soumises pour avis à la commission médicale d'établissement et au comité technique d'établissement. La décision du directeur est motivée. Le directeur peut également décider de créer un centre de responsabilité après avis de la commission médicale d'établissement, du comité technique d'établissement et des équipes médicales et paramédicales concernées. Le responsable de chaque centre de responsabilité est proposé par les structures médicales qui le composent parmi les médecins, biologistes, odontologistes et pharmaciens membres des unités, services, départements et fédérations concernés. Le responsable est désigné par le directeur par décision motivée. Les centres de responsabilité bénéficient de délégations de gestion de la part du directeur. Ces délégations de gestion font l'objet d'un contrat négocié par le responsable du centre avec le directeur. Ce contrat définit également les objectifs, les moyens et les indicateurs de suivi des centres de responsabilité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat.

transparence. En étant comptable de l'action qu'ils mènent, les cocontractants disposent de marge de manœuvre plus grande dans leur action.

Le CPOM, outil de déclinaison du PRS, illustre ce mouvement de contractualisation qui tend à porter, au sein des territoires, la politique sanitaire.

En annexe 5 figure un exemple du contrat de pôle mise en place au CHU de Nice.

B. Des doutes demeurent sur l'opportunité de formaliser un contrat avec les pôles fonctionnels.

Le management par les pôles tel qu'il est appliqué dans de nombreux EPS constitue une réussite en ce qu'il a permis de responsabiliser les acteurs de l'offre de soins. En contractualisant avec la direction générale, les pôles ont disposé d'une latitude plus grande pour atteindre leurs objectifs de production de soins tout en garantissant un équilibre médico-économique.

L'idée originale d'une transposition de ce modèle aux pôles fonctionnels n'est pas sans susciter des interrogations. En effet, les objectifs assignés d'une direction fonctionnelle telle qu'une direction achats et logistique pourraient faire l'objet d'une contractualisation avec la direction générale et / ou avec les pôles cliniques. Le contrat serait également négocié, suivi et évalué selon un calendrier fixé préalablement. Aboutir à la rédaction d'un contrat avec les directions fonctionnelles présente un double intérêt : en interne il s'agit de piloter, et en externe, il s'agit de communiquer et d'intéresser.

Pour autant, cette hypothèse présente des zones d'ombre et ne paraît pas adaptée. En effet, compte tenu de la nature et de la position hiérarchique des directions fonctionnelles vis-à-vis de la direction générale, une éventuelle contractualisation avec cette dernière pourrait être perçue comme une relation institutionnelle « incestueuse ». Au regard du lien de subordination qui prévaut, un contrat entre la direction générale et les pôles fonctionnels serait dépourvu de sens. La négociation et l'absence de hiérarchie qui fondent le contrat seraient caduques.

Des interrogations subsisteraient également au moment de l'évaluation du contrat. Dans la mesure où la direction générale serait juge et partie, il est loisible de douter d'une évaluation objective des résultats obtenus.

L'autre idée de contrat interne qui pourrait être retenue viserait à formaliser un engagement entre les pôles cliniques et les pôles fonctionnels. Mais là encore, la nature

des pôles fonctionnels diffèrent significativement de celle des pôles médicaux. Les directions support ont pour objet d'accompagner les pôles cliniques et constituent davantage des prestataires de service que des cocontractants. Au CHU de Nice, il est d'ailleurs précisé dans la politique de management par les pôles que les pôles médicaux doivent exiger de leurs prestataires de services internes (logistiques, administratifs, médico-techniques) des prestations à un coût compatibles avec un objectif d'équilibre général. De leur côté, les directions fonctionnelles dotées de compétences techniques spécialisées (achat, logistique, politiques sociales, qualité) garantissent la cohérence de l'institution. Elles accompagnent les pôles dans la conduite de leurs projets avec leurs expertises et leurs conseils. Ce positionnement asymétrique semble intuitivement contrevenir à l'idée d'une idée de contrat qui présuppose une relation *a priori* égalitaire.

Ainsi, la démarche de contractualisation des pôles fonctionnels gagnerait à s'inspirer des contrats de pôles cliniques mais une transposition sans aménagement paraît incertaine dans la mesure où les pôles fonctionnels et pôles cliniques ne sont pas de même nature et ne poursuivent pas les mêmes buts : un hôpital sans les pôles administratifs ne fonctionnerait pas, un hôpital qu'avec les pôles administratifs aurait-il un sens ?

Néanmoins, si l'idée de contractualisation ne semble pas suffisamment mature pour voir le jour, il n'en demeure pas moins que la fixation concertée de cibles à atteindre et le pilotage d'objectifs peuvent être davantage formalisés, notamment pour encadrer une politique d'intéressement.

C. La politique d'intéressement impulse un nouveau management au service de la performance.

La politique d'intéressement est souvent érigée, dans le discours managérial, comme un levier important de la performance.

Avec le développement de la culture de résultat, l'idée d'un retour collectif des économies générées par la réduction des effectifs est aujourd'hui communément partagée. Tel était le leitmotiv de la RGPP : le non renouvellement d'un fonctionnaire sur deux partant à la retraite était compensé par une hausse du niveau de rémunération des fonctionnaires liée aux gains de productivité réalisés.

Si cette idée d'intéressement est d'abord apparue dans la sphère marchande, elle existe également au sein de la fonction publique depuis longtemps. Déjà en 1946, Maurice

THOREZ¹⁰ (...) entendait « proportionner la rémunération du fonctionnaire ou d'un groupe donné de fonctionnaires, à l'intensité et à l'efficacité de l'effort ».

Dans le secteur hospitalier, la politique sociale et les modalités d'une politique d'intéressement se fondent sur l'article L. 6143-1 du CSP. Il s'agit de doter les pôles d'un outil leur permettant d'agir sur la motivation des équipes.

L'idée selon laquelle le système d'intéressement, en valorisant l'effort collectif, constituerait un ressort puissant d'une meilleure performance de l'action publique est répandue. Dans un environnement marqué par la maîtrise des dépenses publiques et la recherche de gains d'efficacité, la politique d'intéressement constitue un vecteur de motivation et rend tangible le retour sur investissement des efforts consentis. Cette forme de pacte social assis sur l'association capital-travail aux fruits du développement des activités économiques serait déterminée par une démarche structurée d'évaluation du résultat et du service rendu.

Pourtant, bien qu'intéressement et performance paraissent fortement liés, la corrélation mécanique entre le dispositif d'intéressement et l'amélioration de la performance est moins certaine. En effet, les études menées en la matière ne permettent de conclure que l'intéressement conduit, de manière systématique, à l'obtention de meilleurs résultats.

En revanche, l'intéressement est source d'un management plus efficace. Sans surestimer sa portée, la politique d'intéressement constitue un outil capable de fédérer les équipes et de créer un sentiment d'appartenance. L'intéressement présente l'avantage de gratifier les agents et de favoriser la réalisation de projets financés par l'intéressement. En effet, le mécanisme de récompense collectif peut faire jaillir un esprit d'équipe dans la mesure où les fruits récoltés seront redistribués et réinvestis dans des projets professionnels collectifs. En ce qu'il fédère les équipes, l'intéressement constitue un bon outil de management et le retour positif des pôles cliniques en la matière atteste de la portée de cet outil.

Ainsi, rarement déclencheur d'un projet de changement, le système d'intéressement n'en demeure pas moins un instrument permettant de motiver les gens autour d'objectifs communs et de mettre en lumière la trajectoire à suivre. Il permet de sublimer les intérêts

¹⁰ Maurice THOREZ, Vice-président du Conseil, Secrétaire général du Parti communiste français, Extrait de la discussion du projet de loi créant le Statut général des fonctionnaires, 1946

individuels et de recréer du lien au sein des équipes. Au service de la performance hospitalière, la politique d'intéressement instaure une nouvelle politique managériale.

Demeure cependant un écueil que la politique d'intéressement doit éviter : elle ne doit pas conduire à une vision fragmentée et cloisonnée de l'établissement, dans laquelle les pôles seraient en situation de concurrence et de mise en tension trop forte. Cette situation contreviendrait à la stratégie globale de l'établissement et aboutirait à des résultats contre-productifs. La nature et la gestion de l'intéressement collectif doivent être encadrées préalablement en maintenant un équilibre entre logique institutionnelle et principe de subsidiarité. La politique d'intéressement ne saurait renforcer l'image d'un hôpital comme « mosaïque de féodalités ».

1.2 La contractualisation est présentée comme un levier de performance mais l'intérêt de cette démarche est loin d'être sans effets négatifs.

1.2.1 En s'appuyant sur des prérequis solides, la démarche de contractualisation constitue l'occasion de dynamiser les directions fonctionnelles.

A. Le pilotage par objectif et un portage institutionnel fort constituent les prérequis à la démarche de contractualisation.

Sans répondre de manière tranchée sur la finalité et la nécessité de contractualiser avec les pôles administratifs pour améliorer leur performance, la question des conditions d'existence d'une relation contractuelle demeure. Deux types de conditions subordonnent la contractualisation d'un pôle fonctionnel.

Tout d'abord, la mise en œuvre d'une politique de pilotage par objectifs semble indispensable. Elle permet de conduire des équipes étoffées et de piloter au plus juste une activité fonctionnelle. Pour ce faire, les managers publics doivent disposer d'outils leur permettant de piloter finement l'activité et d'en améliorer le fonctionnement. A titre d'exemple, les pôles cliniques ont été dotés d'outils élaborés pour mesurer leur performance : tableau de bord de suivi de l'activité, CREA, tableaux des effectifs, données du PMSI. La mise en place d'un contrat passe par la mise en place d'instrument permettant un pilotage au plus fin de l'activité.

Ensuite, la légitimité du contrat interne repose sur un périmètre de définition des règles. Avant même d'actionner les leviers de la performance, il est nécessaire de définir au préalable quels sont les outils acceptés et acceptables par tous, sur lesquels s'appuieront les résultats objectivés. Il semble malaisé de faire l'économie sur une concertation de la méthodologie des outils tels que les CREO ou les tableaux de bord. En outre, les règles devront également prévoir les effets et conséquences pour les cocontractants en cas en cas d'inexécution du contrat. En d'autres termes, il s'agit de poser au préalable de la démarche toutes les règles afin de ne pas laisser planer de zone d'ombre sur lesquelles pourraient s'appuyer les parties prenantes afin de remettre en question la crédibilité même du contrat.

Enfin, cette politique doit être portée par un discours institutionnel fort et volontariste. La contractualisation entre les pôles médicaux et la direction générale a fait l'objet de nombreux débats et de pédagogie. Il est difficile d'affirmer que la performance est un processus abouti dans les pôles cliniques. Tant en termes de résultat que de culture de travail, des marges de progrès subsistent et les dialogues de gestion réguliers sont l'occasion d'améliorer encore les pratiques. En revanche, il est certain, notamment au CHU de Nice, de prétendre qu'aujourd'hui, une véritable culture de gestion a été introduite au sein des pôles médicaux. Le contrat de pôle s'est révélé comme étant un moyen de communiquer sur un projet et de maintenir les bonnes pratiques de gestion de la performance. Le management par les pôles s'est donc concentré à contractualiser sur les bonnes pratiques et la gouvernance. Sur ce point, il convient de préciser que la contractualisation ne doit pas être simplement animée par le besoin de reconnaissance de la valeur travail et la récompense du mérite. Il est possible de réussir sans contractualisation des pôles administratifs. Ce fut notamment le cas du CHU de Nice entre 2007 et 2012 puisque le management par les pôles était dépourvu de contrat. Toutefois, la contractualisation scelle la trajectoire à suivre. Le contrat est le garant, dans l'esprit collectif, de la politique institutionnelle.

C'est la raison pour laquelle cette stratégie globale est portée de manière forte par l'institution. A Nice, elle s'est notamment appuyée sur la création de la DNG qui a porté la dynamique institutionnelle avec les pôles cliniques, en leur conférant une plus grande autonomie et une responsabilité accrue.

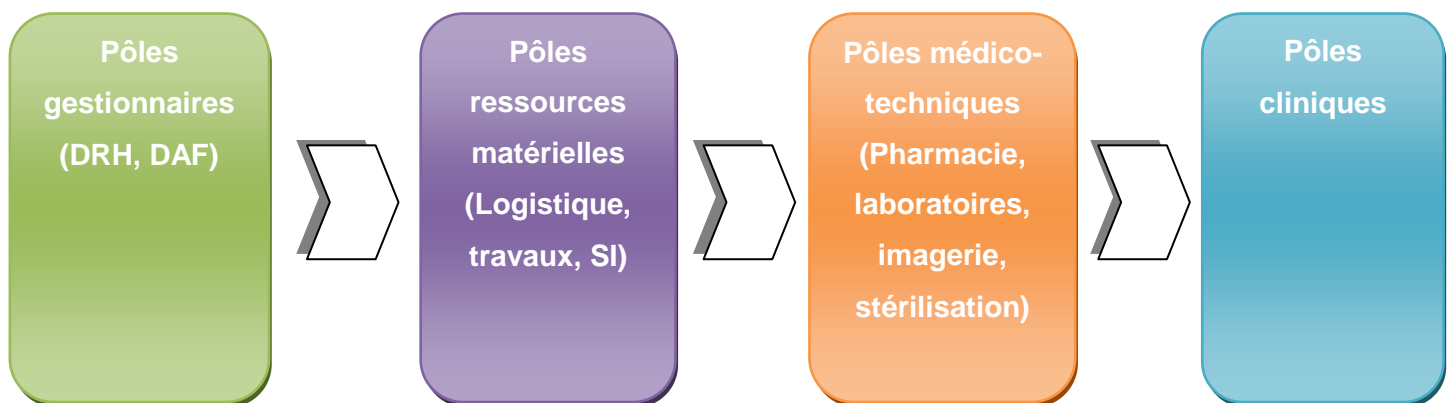
L'idée de transposer la forme contractuelle telle qu'elle existe pour les pôles cliniques aux pôles fonctionnels comme la DAHAL paraît donc subordonnée au pilotage de l'activité et des ressources d'une part, et à la volonté politique d'étendre ce que l'on connaît déjà des pôles cliniques aux pôles fonctionnels d'autre part. Au regard de ces conditions, la question de la maturité des secteurs à contractualiser doit être abordée : font-ils l'objet d'un pilotage efficace reposant sur des indicateurs fiables, objectivés et transparents ; est-il légitime que l'institution porte cette politique pour les pôles administratifs ?

B. La contractualisation d'un pôle fonctionnel favorise une vision partagée et une image valorisée des services.

La démarche de contractualisation peut constituer deux opportunités.

En premier lieu, elle participe au décloisonnement institutionnel dans la mesure où le contrat reprend les objectifs généraux définis par la direction générale.

En effet, il est usuel de représenter l'ordonnancement fonctionnel des acteurs de l'hôpital de la manière suivante :



Dès lors, les directions fonctionnelles ont pour mission de décliner au sein de leurs secteurs respectifs les actions en vue de servir, *in fine*, les pôles cliniques. Partant de ce constat, la démarche de contractualisation peut conduire à l'émergence d'une nouvelle démarche de contrôle de gestion à l'hôpital, et ainsi, renforcer le pilotage médico-économique.

Trop souvent, les outils de contrôle de gestion demeurent circonscrits à la logique budgétaire, et pas suffisamment exploités pour améliorer les organisations et les circuits de fonctionnement. Par conséquent, l'émergence de la notion de contractualisation interne peut venir en réponse aux imperfections du contrôle de gestion, à condition que celui-ci soit perçu comme un élément majeur de la construction de la stratégie de l'hôpital, comme outil d'aide à la décision, et comme support au dialogue de gestion. La contractualisation interne est donc l'occasion de faire émerger un concept nouveau : le contrôle de gestion partagé. Le contrat devient le catalyseur d'une vision partagée du contrôle de gestion.

En second lieu, la mise en place du contrat d'une direction fonctionnelle est l'occasion de redorer l'image de services méconnus ou souffrant d'une réputation dégradée.

La mise à l'écart des fonctions considérées comme peu valorisées et des métiers « invisibles » est un phénomène constaté au sein de l'hôpital. La déconsidération de certaines tâches à faible valeur ajoutée qui sont périphériques à l'activité traditionnelle hospitalière touche des directions de ressources matérielles. En effet, dans l'imaginaire collectif, l'hôpital est caractérisé par la figure emblématique du médecin ou de l'infirmière. Pourtant, ces fonctions dites « nobles » ne sauraient s'exercer sans l'existence d'une multitude d'autres métiers qui, loin des projecteurs, sont indispensables au bon fonctionnement de l'établissement de santé. Ces unités sont composées d'agents peu qualifiés (catégorie socioprofessionnelle défavorisée), âgés, exerçant des tâches peu valorisantes (fonctions logistique, technique, d'entretien). Ainsi, la contractualisation de ces services avec les pôles cliniques permettrait d'une part de promouvoir leur action au regard de l'institution, et d'autre part, de valoriser leur image si le contrat est rempli. Il s'agit donc d'un outil de communication interne non négligeable qui peut infléchir les stéréotypes ou les caricatures peu flatteuses de métiers indispensables pour les patients. Le lien entre la contractualisation et l'amélioration de l'image se retrouve également dans l'intéressement collectif fixé dans les termes du contrat. Déterminer des objectifs à l'appui d'un tableau de bord lisible présente l'avantage, en cas de réussite, de valoriser une direction au service de l'intérêt de l'établissement. Le contrat permettrait de valoriser des segments d'activité discrédités et d'objectiver des idées préconçues. Ce pourrait être aussi l'occasion de démontrer aux pôles de soins l'efficacité de services logistiques ou hôteliers internalisés en dépit des discours parfois réducteurs qui leur sont accolés.

Ainsi, en contractualisant, les directions fonctionnelles prendraient le pari de promouvoir leur image au sein des établissements en cas d'atteinte des objectifs. Le cas échéant, une forme d'intéressement financier collectif permettrait de réaliser des projets qui renforceraient la visibilité des fonctions supports. Ce serait aussi l'occasion d'améliorer le quotidien des équipes par le biais d'un petit budget dont la direction aurait la maîtrise totale, dans le respect des règles institutionnelles. En effet, contrairement aux pôles médicaux, les directions fonctionnelles ne sont pas intéressées sur le plan financier alors que le discours de la direction générale tend à inciter la réalisation de gains d'efficacité dans tous les champs d'activité hospitalier. En termes de management, l'aboutissement d'un tel projet porté par le directeur présente donc un intérêt conséquent : il s'agit de valoriser, de communiquer et d'intéresser des services souvent discrédités.

1.2.2 L'intérêt théorique de la contractualisation est loin d'être démontré.

A. Du fait de la sophistication de ses outils et d'un risque de fragmentation institutionnel, la démarche de contractualisation peut s'avérer contre-performante.

Le premier risque que comporte la démarche de contractualisation d'un pôle fonctionnel est de renforcer la complexité de la gestion administrative hospitalière.

En effet, les indicateurs sur lesquels reposent les outils du contrôle de gestion (tableaux de bord de suivi d'activité, indicateurs de performance, comptabilité analytique) comportent des imperfections auxquels il est parfois difficile de remédier. Quatre critères déterminent un bon indicateur : sa compréhension et son interprétation, sa présence dans les bases de données de l'organisation, son coût d'obtention, et la fiabilité de ses sources d'information. Or, il est évident que les indicateurs retenus ne sont pas exactement conformes à la réalité. Ils font donc parfois l'objet d'une contestation des professionnels¹¹.

Vient s'ajouter à cette technicisation du modèle de gestion une contrainte managériale supplémentaire pour les médecins déjà soumis à une logique de rationalisation

¹¹ A titre d'exemple, dans le secteur de la restauration, le choix d'indicateurs en matière d'approvisionnement n'est pas un exercice facile. Selon une expérience menée au Québec (Morgan, 2000), 40% des répondants se considèrent insatisfaits des indicateurs de performances qu'ils utilisent.

importante des moyens. En adoptant un nouveau rapport clients-fournisseurs entre les pôles cliniques et fonctionnels, le passage d'une logique d'accompagnement à une logique de prestations payantes pourrait accroître le mécontentement d'une partie du corps médical.

Un autre risque tient au manque de vision holistique de l'établissement.

En effet, si la démarche de contractualisation comme facteur favorable au décloisonnement institutionnel a été évoqué, un point de vigilance doit être observé dans la mesure où la contractualisation peut également conduire à une fragmentation des relations en développant des intérêts et des objectifs divergents avec les pôles.

Un des risques identifié est que la contractualisation freine ou entrave le fonctionnement global et l'activité des pôles. En multipliant les contrats, le danger est de segmenter les relations et les objectifs poursuivis en oubliant la stratégie globale de l'établissement. Ainsi, il ne peut y avoir de contractualisation au même titre que les pôles médicaux dans la mesure où les pôles administratifs ont pour mission de soutenir l'activité médicale et d'accompagner les pôles médicaux. L'écueil du processus de contractualisation réside dans l'éclatement stratégique des directions du fait d'un manque de cohérence des politiques contractuelles : certes, des objectifs seraient probablement remplis mais manqueraient de la cohésion nécessaire à l'équilibre collectif. Se pose donc la question de l'articulation entre la logique polaire et la solidarité institutionnelle.

Enfin, le corps médico-soignant semble manifester des signes d'essoufflement dans la logique de rationalisation des moyens. Si les contrats de pôles au CHU ont été la cheville ouvrière du redressement structurel de la situation financière de l'établissement, la logique de performance et de sacrifice demandées aux pôles médicaux semblent avoir atteint ses limites. Un point de vigilance est donc à observer afin de ne pas rompre l'adhésion des professionnels de santé à cette logique de performance. Le risque d'ajouter une contractualisation supplémentaire avec les pôles fonctionnels pourrait ajouter une tension supplémentaire aux efforts déjà demandés. Projet partagé et confiance doivent donc guider la démarche de contractualisation.

B. La question des conséquences en cas d'inexécution du contrat ne doit pas être occultée.

En engageant une démarche innovante et expérimentale, la pérennisation et l'extension du projet de contractualisation interne aux secteurs fonctionnels est incertain. A ce stade, il paraît difficile de présager de la réussite des contrats pourraient être passés avec les pôles fonctionnels.

Aussi, se pose la question inévitable de l'anticipation des conséquences en cas d'inexécution du contrat. Plusieurs pistes peuvent être envisagées, le cas échéant.

Tout d'abord, il serait regrettable, en cas d'échec, de mettre fin au projet dès la première année. La démarche qualité doit ici permettre de faire évoluer les termes du contrat, les objectifs et les outils. L'apprentissage par l'erreur et la démarche constructive peuvent donner lieu à une analyse plus précise des imperfections potentielles. Il s'agit donc de mettre en place une démarche d'amélioration continue des processus et des instruments qui fondent le contrat. La révision des processus doit permettre d'envisager des réajustements, tant sur le fond que sur la forme. Pour donner du sens à la démarche de contractualisation, un recul temporel est nécessaire et un dialogue continu est préconisé.

Poursuivant dans cette voie, la préparation de la certification V2014 peut être l'occasion de renforcer la performance par la qualité et de donner de l'épaisseur au contrat. En saisissant l'opportunité de la certification, des progrès peuvent être réalisés en termes d'organisation et de fonctionnement des activités. L'analyse de la roue de Deming (Plan, Do, Check, Act) est une occasion structurante pour piloter la performance par la qualité. Le contrat peut prévoir plusieurs clauses qualitatives (certification ISO, enquête de satisfaction, création de groupes de travail autour de thématique qualitative) qui s'inscrivent dans la durée. C'est la raison pour laquelle, en cas d'insuccès dès la première année, la démarche d'amélioration continue est susceptible de renforcer la légitimité de la contractualisation.

S'agissant de l'intéressement, l'inexécution du contrat conduirait à l'absence d'un droit de recettes subsidiaires initialement prévues. En effet, il serait injuste et désincitatif pour les autres acteurs d'allouer un intéressement collectif à un secteur qui n'aurait pas rempli ses objectifs préalablement définis.

A l'inverse, il convient d'éviter la mise en place d'un mécanisme pénalisant les services qui n'aurait pas rempli leur contrat. La sanction financière d'un cocontractant défaillant viendrait le pénaliser à double titre : d'une part il serait non éligible au versement d'un intéressement, et d'autre part, l'introduction d'une sanction dégraderait sa situation financière. Adopter une telle mesure reviendrait à instaurer un mécanisme de double peine : un pôle qui n'atteindrait pas ses objectifs se verrait pénalisé sur le plan financier.

Cet effet aggravant serait délétère et rendrait insoutenable un tel contrat. En d'autres termes, la solidarité interne au sein de l'établissement doit être préservée et les mécanismes de sanction sont à éviter.

Enfin, l'inexécution du contrat peut être le résultat d'un comportement non coopératif. Il n'est pas certain que tous les acteurs jouent le jeu du contrat dès le départ, compte tenu de l'aspect novateur du projet. Dans ce cas, il serait regrettable d'abandonner la procédure contractuelle du fait du refus des acteurs de s'inscrire dans cette démarche. C'est en s'appuyant sur un discours managérial fort et une communication pédagogique pour expliquer les desseins du contrat qu'il sera possible de surmonter la défiance vis-à-vis de ce nouveau dispositif.

2 Pour améliorer le pilotage de sa performance, la DAHAL s'est dotée de plusieurs outils parmi lesquels un CREO restauration, à titre expérimental.

La politique de réduction des déficits publics accentue la pression des budgets hospitaliers. Face au tarissement des gisements d'économie des secteurs traditionnels, la question de l'anticipation et de l'innovation apparaît majeure. Elle permet de trouver des relais au levier de mutualisation et d'économies d'échelle. Au plan local, cette démarche se traduit par la rédaction du projet d'établissement qui permet de tracer les grandes lignes directrices des années à venir. Au CHU de Nice, le projet de contractualisation de la DAHAL pourrait prendre une place importante dans le projet de direction. Cette démarche innovante et la création d'outils managériaux nouveaux visant à piloter efficacement les services de la DAHAL participent à la modernisation du CHU.

Surtout, un rapport nouveau client-fournisseur pourrait voir le jour entre la DAHAL et les pôles cliniques. Cette relation inédite et atypique dans le secteur hospitalier vise à retrouver des gains d'efficacité tant dans les secteurs médicaux que dans les directions fonctionnelles. Il s'agit donc de faire émerger un partenariat gagnant-gagnant.

La mise en place opérationnelle d'un CREO et l'élaboration d'un projet de contractualisation avec la restauration donne corps à cette idée novatrice.

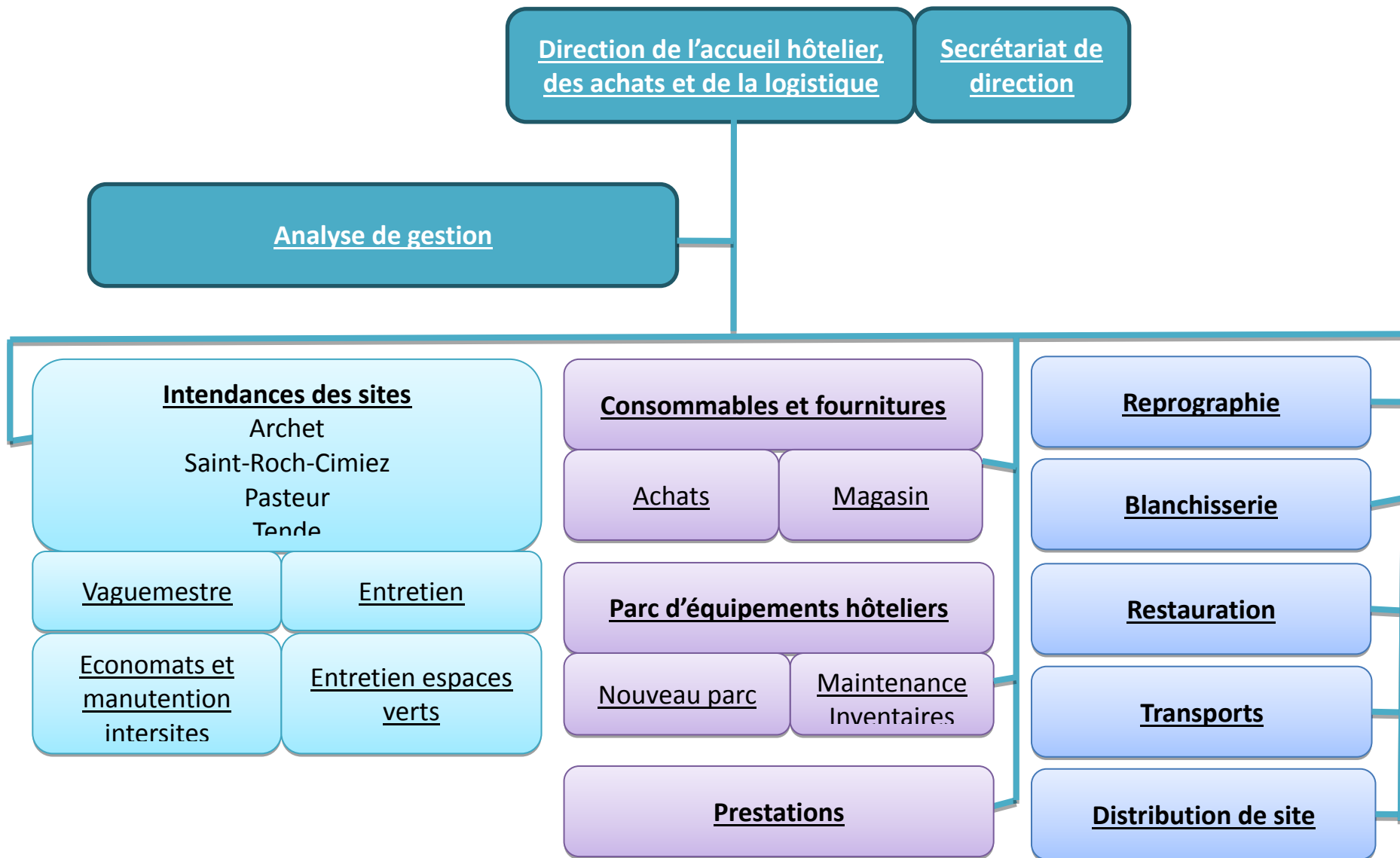
2.1 Pour développer le concept d'externalisation en interne, la DAHAL s'est appuyée sur la création d'un tableau de bord synthétique et a engagé une réflexion sur l'élaboration d'un CREO.

2.1.1 Du fait de ses activités « externalisées en interne », la DAHAL entend disposer d'un tableau de bord synthétique afin d'améliorer le pilotage de sa performance.

A. La DAHAL est constituée de trois secteurs porteurs à forte valeur ajoutée.

La DAHAL a pour mission de produire les prestations supports et d'organiser les flux logistiques pour l'ensemble du CHU. Dans la mesure où les facteurs de production de ces prestations sont internalisés, la DAHAL joue un rôle majeur au CHU de Nice compte tenu de la taille de l'établissement et du nombre d'activités médicales présentes. Composée de près de 600 agents, elle regroupe trois grands secteurs : l'accueil hôtelier, les achats et les fonctions logistiques.

L'organigramme de la DAHAL est constitué comme suit :



Anciennement DSE, la création de la DAHAL est intervenue en 2012 et poursuit un triple objectif :

- améliorer la qualité de l'accueil hôtelier dans un souci d'amélioration de l'image de l'établissement auprès du public ;
- poursuivre et renforcer la dynamique achat en lien avec les orientations nationales du programme PHARE ;
- développer la coordination des secteurs logistiques dans une logique « clients-fournisseurs ».

Sans détailler avec précision le champ d'activité que recouvre ces secteurs, ni décliner leurs objectifs respectifs, un tableau succinct des différentes missions peut être dressé, en particulier pour les achats et la logistique.

En premier lieu, s'agissant de la politique achat, le principal objectif que la DAHAL s'est assigné consiste à coordonner les achats des différents secteurs du CHU pour développer une vision stratégie globale. Pour ce faire, un plan d'action a été adopté et vise à :

- renforcer la coordination des unités d'achat du PRM ;
- définir une politique institutionnelle partagée entre les différentes directions du pôle des ressources matérielles ;
- élaborer un plan d'actions achat institutionnel.

Ainsi, la fonction achats au CHU de Nice s'oriente de plus en plus vers des missions collaboratives à la recherche de valeur ajoutée. Elle est considérée comme un véritable levier stratégique global à piloter. Ses axes prioritaires sont la réduction des coûts, la maîtrise des risques, la création de valeur liée aux activités du CHU.

Un point est fait sur chaque levier de la performance Achats en termes d'atteinte ou non des objectifs et des travaux à poursuivre, notamment en s'appuyant sur le modèle de KRALJIC (cf. annexe 2) et le plan d'action achat qui en découle (cf. ci-dessous). Fin 2013, le gain réalisé était évalué à hauteur 690 000 €.

Fiche d'identité projet Achats	Montant financier du projet		Suivi du projet		
	2012	2013			
Intitulé du projet achats	Gains réalisés en 2012	Gains réalisés en 2013	Statut	Points d'attention	Actions correctrices
Parc bureautique connecté	0	-150 000	en cours	réduire la capacité d'investissement en équipements d'impression	
Gestion des DASRI	179 000	58 000	en cours	élargir la réflexion à l'ensemble des déchets	Mise en place des filières parallèles de valorisation des déchets. Actions de sensibilisation au tri ainsi que des formations sur l'ensemble du personnel du CHU
Fournitures de bureaux		1 900	réalisé	RAS	
Autolaveuses à disque de diamant	0	207	en cours	le gain a été calculé sur les 4 derniers mois de 2013	
Contrôle facture transport SDIS	0	700 000	en cours	Somme actuellement non réglée mais provisionnée pour possible contentieux	
Contrôle facture transport SSR	0	39 000	en cours		
Généralisation du plein/vide	92 500	0	en cours	les gains ont été chiffrés uniquement sur les retours de stock (les gains structurels sont en cours de chiffrage)	
Massification des achats de lits	90 000	42 500	réalisé	le gain consiste en une capacité supplémentaire à investir et non en une économie nette sur le PEH	42 500 euros = 20 lits standards ou 3 lits de réanimation
Convention photos		24 000	réalisé	nouvelle recette	
Convention élimination archives papiers et films		1 200	réalisé	nouvelle recette valorisation des films + récupération de ceux des patients économie sur destruction archives administratives	Mettre en place dans les différents points les moyens de récupération de cette nouvelle source de recettes
Mise à disposition de réchauffeurs		0	en cours	Gains sur la maintenance préventive et curative, les filtres, l'achat d'équipements de remplacement, le tarif et la gamme des couvertures, (standardisation des références dessus / dessous, 3200,00 € de gain sur le tarif des couvertures).	Début déploiement en janvier 2014 Gains à prévoir sur 2017
Transports d'examen d'immuno hémato EFS		0		choisir entre des récupérations à la demande ou programmées	mettre en place une traçabilité des externalisations pour un suivi et un engagement de la dépense
Marché nettoyage UNI-HA		12 968			
TOTAL gains d'exploitation	293 600	687 275			
CAPACITE TOTALE D'INVESTISSEMENT GAGNEE	90 000	42 500			

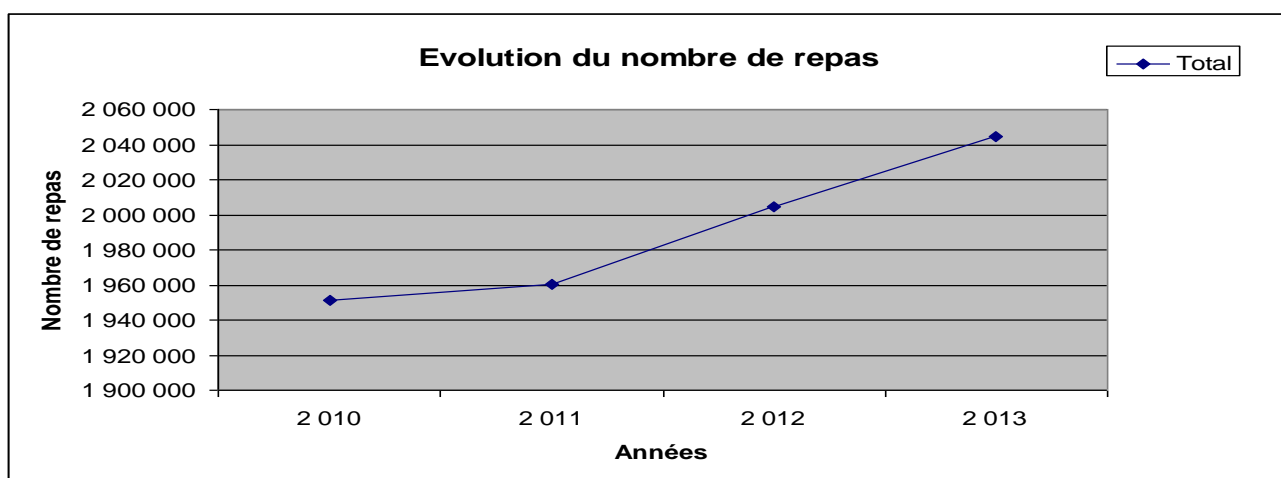
En second lieu, sur le plan de la logistique, l'objectif fixé est l'harmonisation des niveaux d'exigence sur l'ensemble des secteurs logistiques de la DAHAL (transports sanitaires, blanchisserie, distribution, magasin, restauration), notamment en pensant les

organisations au regard du triptyque « qualité – coûts – délais ». Il est donc clair que le pilotage de la performance de ces secteurs joue un rôle important.

Cela passe notamment par la mise en place d'une revue partagée des projets entre les différents secteurs logistiques et l'engagement des processus dans la démarche ISO 9 001 (qualité) et 14 001 (environnement) pour les secteurs logistiques non encore certifiés. Il est important de rappeler que la qualité et la certification des processus constitue un levier majeur de l'amélioration de la performance. Par conséquent, les indicateurs des tableaux de bord ne sauraient faire l'impasse sur cette dimension. La prise en compte de la démarche d'amélioration continue permet de mesurer la performance des processus logistique et de la valoriser dans les contrats internes.

Un des fleurons de la logistique du CHU de Nice est la restauration. Les tableaux ci-dessous retracent les principales données d'activité et évolution du nombre de repas servis :

	2012	2013
TOTAL du nombre de repas servis (avec Tende)	2 004 548	2 044 271
<i>dont GCS Lenval-CHU</i>	<i>338 744</i>	<i>337 132</i>
dont personnel (selfs et internats)	737 525	756 029
<i>dont GCS Lenval-CHU</i>	<i>115 231</i>	<i>116 239</i>
Enquête de satisfaction sur la qualité des repas servis aux patients		
Nombre de questionnaires exploités	293	288
% de patients satisfaits	87,24%	7,63/10



L'augmentation significative de l'activité globale entre 2012 et 2013 (+ 40 000 repas) s'explique principalement par l'augmentation du nombre de patients et la hausse du nombre de passages aux selfs des différents sites du CHU. Cette tendance haussière du nombre de repas produit ne s'effectue pas au détriment de la qualité des prestations fournies puisque les certifications ISO ont été reconduites et que la notation de l'agrément européen s'est également améliorée.

Enfin, s'agissant de d'accueil hôtelier, le champ d'action de ce secteur a pour objet de contribuer à l'amélioration de l'attractivité du CHU en axant ses efforts sur l'entretien des locaux communs, les conditions matérielles d'accueil et l'orientation des usagers et des accompagnants.

Cette démarche s'inscrit pleinement dans les orientations stratégiques du CHU de Nice, dans le contexte de l'ouverture du nouvel hôpital Pasteur 2 : attractivité pour les usagers et le personnel, efficience des organisations, et amélioration des performances.

Les axes de développement de cette politique sont :

- le confort hôtelier : contrôle, entretien, modernisation des parties communes, espaces verts et zones d'accueil du Public ;
- les prestations hôtelières : traitement des principaux motifs d'insatisfaction exprimés par les patients (cafétérias / distribution automatique / télévision), développement de la notion de convivialité ;
- l'accueil et informations délivrées aux usagers : sérénité du malade et de sa famille durant l'accès à l'hôpital et la phase d'accueil ;
- le support opérationnel des soignants et des Directions fonctionnelles.

B. Le pilotage de la DAHAL doit être renforcé et les outils actuellement disponibles paraissent insuffisants.

Le poids économique significatif que représente la DAHAL au sein du CHU de Nice exige un pilotage fin de ses secteurs en s'appuyant sur des outils performants.

A titre indicatif, l'étude Landry et *alii* (2001) a évalué le poids global de la logistique dans le budget des hôpitaux. Le budget logistique se décompose de la manière suivante : 70% en achats (produits pharmaceutiques), 15% en hôtellerie, 10% en distribution et transport, 5% en gestion de stock. Les auteurs soulignent une absence de connaissance des

dépenses logistiques et de leur répartition. Plus de 30% du budget hospitalier ne fait pas l'objet d'un suivi régulier et d'un pilotage efficace. Au regard de cette étude, le pilotage de la performance de la DAHAL apparait comme un levier majeur pour réaliser des gains substantiels d'économies et d'efficience.

Si le suivi de la production des secteurs logistiques a été entrepris depuis plusieurs années, l'absence d'outil synthétique et complet de pilotage global fait défaut à la DAHAL. Des zones d'ombre demeurent encore sur les connaissances des coûts et des imprécisions subsistent, notamment en matière de ressources humaines. Sur ce point en particulier, il est souvent difficile de recueillir des données, notamment en raison du cloisonnement entre les directions et de l'absence de données compte tenu de la caducité des systèmes d'information.

Outre ce manque de visibilité de l'emploi des facteurs de production, la DAHAL souffre de dysfonctionnements structurels dans certains services. Tel est notamment le cas pour l'UTSL qui pâtit, parfois à tort, d'une image négative et d'un discrédit général. Sans entrer dans un débat qui viserait à confirmer ou infirmer les raisons de cette réputation, force est de constater qu'un discours remettant en cause ce service et un manque de crédibilité manifeste sont constatés. Un des moyens d'infléchir cette situation passe par le déploiement d'un système de gestion de la performance qui tendrait à objectiver l'activité, les moyens employés et les résultats obtenus. C'est une des raisons pour laquelle le service s'est récemment doté d'un outil informatique qui permettra d'alimenter le tableau de bord du service d'éléments statistiques objectifs.

S'agissant des achats, la DAHAL envisage d'acquérir le logiciel PGA construit par le MiPiH. Le PGA complète la suite applicative de gestion économique et financière de l'hôpital en ce qu'il apporte une information actualisée et fiabilisée au pilote du processus achat et approvisionnement. Le suivi d'indicateurs de la performance de ces processus vient en appui du programme PHARE. Il offre ainsi une maîtrise des activités et des dépenses engagées. Mais surtout, il permet une vision transversale et partagée de l'établissement grâce à l'exploitation coordonnée et cohérente des données fournies par les différentes bases métiers de l'établissement. Ainsi, grâce à cet outil, non seulement le pilotage des achats permettrait de donner un véritable accélérateur à la politique achat du CHU, mais surtout il serait plus aisé d'évaluer les gains réalisés en fonction des segments d'activités et des marchés.

C. La nouvelle relation « client-fournisseur » impulsée par la DAHAL encourage le pilotage de la performance.

Selon Mintzberg (1982), l'hôpital n'est plus une « bureaucratie professionnelle ». La multiplicité des objectifs (amélioration du service rendu, polyvalence des compétences, amélioration de l'attractivité) ont conduit à réviser la gestion et la production de ses services. Pour les prestations réalisées en interne, il s'agit désormais d'optimiser la création de la valeur et de réduire les coûts de production.

Contrairement aux pôles de gestion tels que la DAF ou la DRH, la DAHAL est une direction qui produit de la valeur ajoutée, au sens économique du terme. Les services logistiques s'assimilent à des lignes de productions industrielles et la politique achat dégagent des gains d'économies significatifs. Pour rappel, ces gains doivent atteindre un rythme annuel de 3% du volume achat.

Ainsi, par la production interne de leurs services, la DAHAL est un fournisseur de biens (linge), de services (transport, repas) et de prestations (achats) nécessaires à la réalisation de l'activité des pôles. Ces activités doivent répondre à des critères qualitatifs et de délai pour garantir la satisfaction du pôle cliniques, défini comme « pôle-client ».

Cette singularité du monde hospitalier fait appel au concept d'externalisation en interne. En effet, des fonctions qui produisent de la valeur ajoutée comme la logistique pourraient être externalisées. Sans commenter les revirements récents et les effets du mouvement global d'externalisation des fonctions supports au secteur privé, force est de constater que les acteurs publics internalisent à nouveau ce type d'activité. Cet infléchissement et ce refus de l'externalisation brute s'expliquent par deux facteurs : d'une part l'externalisation conduit à une perte d'autonomie et d'indépendance de la politique de l'établissement. Or, si le principe de responsabilité et de subsidiarité prévalent dans la fonction hospitalière, ils sont intimement liés à celui de l'autonomie. D'autre part, les études, notamment menées à Nice pour une éventuelle externalisation, révèlent que le marché ne propose pas un meilleur prix que l'hôpital. Une étude dans le domaine des transports a notamment démontré que l'externalisation de la fonction transports aux sociétés d'ambulances privées ne constituerait pas un gain d'économie pour l'EPS niçois.

Cependant, le processus d'externalisation en interne porte l'idée d'une exigence forte des prestations offertes aux services de soins tout en maintenant un haut degré d'exigence qualitative. Cette notion d'externalisation en interne permet ainsi d'articuler logique de production industrielle connue dans le secteur privé et indépendance de l'établissement

public. Cette formule hybride présente également l'avantage de placer ces activités sous le sceau des valeurs du service public et de renforcer ainsi le sentiment d'appartenance collective et de solidarité interne.

Pour ce faire, un pilotage fin de l'activité, tant sur le plan de la production que sur les ressources humaines est nécessaire. Une évaluation régulière, une relation concertée avec les pôles clients, la recherche de certification qualitative, la réduction des coûts de fabrication doivent constituer la feuille de route des services de la DAHAL. Objectiver les activités, les rendements, les consommations et les coûts apparaît indispensable pour la DAHAL compte tenu de la contrainte budgétaire qui s'accroît. Bien évidemment, tout cela doit se réaliser en prenant en compte les impondérables de la structure publique (statut, dialogue social), ce qui vient complexifier l'enjeu.

C'est la raison pour laquelle a été mise en place, au sein de la DAHAL, une cellule de pilotage et d'analyse de gestion dite « Unité de suivi budgétaire » chargée de :

- suivre les indicateurs de performance (qualité, de gestion des risques, de développement durable) ;
- analyser et prévoir les performances économiques des différents secteurs de la DAHAL, sur le volet financier et RH.

En disposant de données objectives et plurielles, la création de cette cellule de gestion constitue la structure faitière du pilotage de la performance de la DAHAL. La construction de tableaux de bord s'inscrit pleinement dans cette démarche.

2.1.2 La création d'un tableau de bord synthétique et d'un CREO pour les secteurs logistiques permettent de mesurer la contribution de la DAHAL à la performance globale.

A. La conception d'un tableau de bord doté d'indicateurs pertinents vise à améliorer le pilotage de la DAHAL.

La modélisation de tableaux de bord est désormais chose courante. Nombreux sont les domaines où désormais l'activité est pilotée au plus près, en s'appuyant sur des indicateurs de toute sorte. Pour rappel, un tableau de bord ne constitue pas une fin en soi mais permet, en tant qu'outil de gestion, de conduire une activité au plus près de la réalité

en suivant notamment les indicateurs simples et transparents. Il permet ainsi au gestionnaire de suivre les enjeux et les points sensibles de ses activités.

Fondement d'un langage commun entre équipes médico-soignantes et administratives, le tableau de bord doit être légitime et acceptable pour constituer le socle d'une contractualisation. C'est d'ailleurs cette démarche qui a été engagée avec les pôles cliniques. Sans crédibilité de l'outil, il semble difficile de faire adhérer les équipes médicales dans un projet de contrat interne avec les directions fonctionnelles.

Pour prendre en compte l'ensemble des dimensions de la performance (quantitative, qualitative, temporelle), la DAHAL a choisi de retenir le schéma suivant pour construire son propre tableau de bord synthétique.



Partant de ce modèle, les tableaux de bord ont été déclinés dans les secteurs respectifs de la direction (accueil hôtelier, achat, logistique). Si les indicateurs en matière de production ou de prestations de service diffèrent selon les secteurs, ceux qui renseignent les ressources ou la manière de manager demeurent inchangés.

Comme mentionné précédemment, la définition d'un indicateur est malaisée. Mais différents critères peuvent être retenus, parmi lesquels la simplicité. C'est la raison pour laquelle la DAHAL s'est attachée à évaluer les productions et prestations de manière lisible et simple, sans négliger la qualité (horaires de livraisons, quantités respectées, retour des insatisfactions). Si un indicateur est par définition imparfait, il présente, en revanche, le mérite de partager une base commune à l'appui de laquelle seront prises des décisions. C'est pourquoi les conditions de transparence et de sincérité sont indispensables. L'annexe 3 synthétise les critères pertinents qui peuvent être retenus pour des indicateurs dans le secteur logistique.

Les indicateurs retenus à la DAHAL permettent également de mettre en lumière les zones d'interface qui existent entre les acteurs. En effet, la production constitue une grande partie de l'activité de la DAHAL. L'approvisionnement et la distribution sont deux autres champs importants de l'action de la direction. Aussi, les interfaces entre les différentes activités logistiques présentent des enjeux majeurs : l'activité d'un secteur affecte le périmètre d'action d'un autre secteur et la performance globale dépend de la coordination entre chaque secteur. Selon Michel Porter¹², « l'avantage concurrentiel provient souvent autant des liaisons entre les activités que les activités elles-mêmes » ; d'où l'importance de l'agencement et de l'articulation entre les activités.

Les annexes 4 et suivantes détaillent les différents tableaux de bord et les indicateurs retenus. Sans faire l'exégèse de tous ces éléments, il est intéressant d'en évoquer quelques-uns à titre d'illustration. S'agissant des achats, le tableau de bord conçu permet d'évaluer les effets de la politique achat à la DAHAL. Les indicateurs retenus visent à estimer les calculs gains / pertes d'achats effectués en lien avec le programme PHARE. Ce tableau de bord est à relier avec le plan d'action achat de la DAHAL et permet donc un pilotage infra-annuel du déploiement de la politique achat à la DAHAL. De même, le taux de réalisation du plan d'équipement médical et plan d'équipement matériel donnent une vision macro de la réalisation des achats effectués.

Concernant la méthode de pilotage, un suivi mensuel paraît approprié. L'existence de tableau de consommation avec les données mensuelles et cumulées permet d'avoir une vision globale et fine dans le temps afin d'identifier les écarts et les tendances. La référence au niveau des stocks comparé à la période N-1 est également nécessaire afin de dessiner les grandes tendances et le cas échéant, de les expliquer soit par des phénomènes endogènes, soit par des faits exogènes.

¹² Michael Porter, *L'avantage concurrentiel. Comment devancer ses concurrents et maintenir son avance*, 1986

Pour avoir une lecture juste et pertinente du tableau de bord, le seul suivi des produits et des services sur lesquels il existe un écart significatif par rapport à l'EPRD ne suffit pas. Il est donc nécessaire de comparer les données avec l'évolution de l'activité, et donc de les comparer avec l'activité des pôles cliniques. L'analyse financière et économique reposant avant tout sur les phénomènes tendanciels, il s'agit de s'attacher à analyser la consommation par rapport au budget prévisionnel, puis dans un second temps et si un décrochage est constaté, d'examiner quelle est l'évolution de l'activité. Cette analyse doit bien évidemment être menée de manière concertée avec le contrôle de gestion. La cellule de gestion mise en place à la DAHAL constitue, à cet effet, un atout majeur.

De même, le solde intermédiaire de gestion doit être attentivement observé dans la mesure où il permet de savoir si le CHU Nice est plus rentable grâce aux actions de la DAHAL. En effet, quid de l'évolution des recettes de l'établissement : est-elle supérieure ou inférieure à l'évolution des charges ? Pour répondre à cette question, il s'agit de faire en sorte que l'évolution des dépenses soit toujours inférieure à celle des recettes. C'est la raison pour laquelle le solde intermédiaire de gestion permet d'ajuster en permanence le fonctionnement des services au regard de l'activité globale. Ainsi, la DAHAL peut mesurer sa performance au regard de l'activité générale de l'hôpital.

Reste qu'il n'est pas toujours aisé de recueillir l'ensemble de ces données constitutives des tableaux de bord, soit parce que les systèmes d'information ne sont pas configurés pour, soit parce que le recensement des données dépend d'autres directions. Obtenir par exemple des statistiques en matière de ressources humaines est complexe du fait parfois de la sensibilité des données et des contraintes qui pèsent sur cette direction.

B. En s'inspirant des CREA, la comptabilité analytique a prévu la mise en place de CREO permettant de mesurer la contribution de la performance de direction fonctionnelle.

La CAH permet à un établissement d'estimer la contribution de chacun de ses pôles à son équilibre financier. En effet, avec un financement désormais fondé sur l'activité réalisée par les pôles cliniques, l'hôpital s'est doté d'outils analytiques ayant pour objet de suivre le résultat économique et financier des pôles générant des recettes.

L'objectif est donc de mesurer la contribution de chaque pôle en comparant d'une part les recettes générées par son activité, et d'autre part, l'ensemble des dépenses générées par son activité, à savoir non seulement les charges directes mais également les charges indirectes (logistique générale, prestations prescrites aux pôles médico-techniques, logistique médicale). Pour ce faire, l'ENCC sert de référence, en particulier pour évaluer les charges directes et indirectes. Dans le modèle de l'ENCC, les charges des SAMT, SALM ou SALGG sont intégralement déversées sur les activités cliniques. Ce mécanisme de déversement est appliqué pour les CREA dans la mesure où les pôles cliniques « achètent » aux pôles de soutien leurs prestations non pas à leur coût de production mais à un coût recalculé sur la base d'une clef de répartition. C'est la raison pour laquelle il est nécessaire d'identifier les unités d'œuvre produites par les pôles médico-techniques et logistiques.

Le schéma ci-dessous synthétise la logique des CREA telle qu'elle est appliquée au CHU de Nice :

■ **Ses activités**

- | | |
|----------------|-------------------------|
| ▶ Externes | Recettes externes |
| ▶ Hospitalisés | Recettes des GHS |
| ▶ MIG | Recettes MIG (majorées) |

R

■ **Ses charges**

- | | |
|--------------------------|---|
| ▶ Charges directes | Salaires, consommables ... |
| ▶ Logistique médicale | Pharmacie, stérilis°, bio-méd |
| ▶ Logistique générale | Prest° logistique (DSI, BE, Sces hôteliers) |
| ▶ Prestations prescrites | Labo, radio, bloc, explo ← Déversement |

D

Résultat = R-D (soit Déficit soit Excédent)

A travers la mise en place des CREA pour les pôles médicaux, la mise en concurrence et le contrôle des résultats obtenus ont donné lieu à une émulation collective. Les dialogues de gestion infra-annuel au sein des pôles et la présentation des CREA en assemblée générale des pôles permettent de mettre en lumière la contribution de chaque pôle à la performance globale. Ce contrôle par les pairs et la compétition qui s'exerce au sein du

corps médical présentent un effet vertueux en ce qu'il a pour effet d'inciter à être plus performant.

Ainsi, les CREA constituent des outils médico-économiques pour connaître et analyser la contribution des pôles au résultat global de l'établissement. Mais il ne s'agit pas d'en faire une lecture simpliste dans la mesure où la méthodologie présente des limites et des imperfections. En outre, il serait réducteur de faire un lien automatique entre solde déficitaire et absence de performance. Il s'agit davantage de tracer des trajectoires et d'extraire un sens de l'usage du CREA ; l'objectif final étant de faire comprendre au pôle qu'il serait plus pertinent d'agir sur tel ou tel levier.

Partant de ce constat, la question se pose de savoir si ce modèle de comptabilité analytique peut être transposé aux autres pôles, en particulier aux directions fonctionnelles et aux secteurs logistiques.

En effet, la mise en place d'un CREA pour les secteurs de la DAHAL permettrait d'analyser les résultats de production et de prestations fournies aux pôles cliniques. En d'autres termes, à l'appui des instruments de la comptabilité analytique, il serait possible de savoir combien la production des secteurs logistiques rapporterait à la DAHAL si elle vendait sa prestation aux autres pôles. Le retour sur investissement et la mesure des efforts fournis par des directions de soutien seraient donc envisageables.

Cependant, la comptabilité analytique telle qu'elle est appliquée pour les pôles cliniques ne saurait convenir aux secteurs dits de soutien (médico-techniques, logistiques). D'abord parce que dans le modèle analytique classique, les SAMT, SALM et SALGG sont des sections de soutien aux sections principales que sont les pôles médicaux. Il est donc nécessaire d'analyser les SAMT comme des sections principales et non plus uniquement des sections auxiliaires se déversant sur les pôles cliniques. Ensuite parce que les SAMT/SALGG ne disposent pas, ou très peu, de recettes externes. Par conséquent, il faut réviser les modèles d'identification des dépenses et des recettes. Cela a pour effet également de venir modifier les résultats des pôles cliniques. Ainsi, la construction d'un outil analytique pour les SALGG suppose une adaptation des règles de la comptabilité analytiques retenus dans l'ENCC pour la détermination des charges, et pose la question de la définition et de la valorisation de recettes. C'est la raison pour laquelle le CREO a été créé.

Le schéma ci-après illustre la construction du CREO et permet de cibler les différences avec le CREA :

■ **Ses activités**

▶ Externes	Recettes externes	Tarif factur° Tarif ENCC + % Logistique
▶ Hospitalisés	Facturation aux pôles cliniques	
▶ MIG	<u>Recettes MIG</u>	

R

■ **Ses charges**

▶ Charges directes	Salaires, consommables ...
▶ Logistique médicale	Pharmacie, stérilis°, bio-méd
▶ Logistique générale	<u>Prest° logistique (DSI, BE, Sces hôteliers)</u>

D

Résultat = R-D (soit Déficit soit Excédent)

8

Le CREO est un outil permettant d'analyser annuellement des résultats financiers des pôles, y compris les pôles médico-techniques et logistiques. Il s'agit donc d'une « V2 » des CREA pour les fonctions de soutien. Cet instrument a vocation à inciter les pôles médicaux à mieux consommer. L'objectif général est donc de bien soigner au bon tarif et de cibler la juste prescription. Ensuite, il permet à chacun de mieux piloter son domaine d'activités, et de recevoir les résultats de ses efforts. La notion de retour sur investissement est au cœur de cette nouvelle méthodologie. Cela suppose donc la mise à disposition d'outils et d'indicateurs qui traduisent fidèlement la réalité des pratiques et qui soit équitable. Tels est le dessein que poursuit le CREO.

Cet outil a deux effets majeurs :

- sur le plan méthodologique, la valorisation des prestations réalisées pour les patients hospitalisés sera facturée aux pôles cliniques ; d'où la nécessaire question de la bonne valeur d'échange de cette prestation et la définition de l'unité d'œuvre tarifée. Le CREO implique de déterminer entre le pôle clinique et la direction fonctionnelle un tarif contractuel des prestations internes qui constituera la base objective d'appréciation de la performance d'un pôle. Ce prix virtuel permet la valorisation théorique de l'activité et la facturation aux pôles clients des prestations fournies ;
- l'instauration d'une nouvelle relation client fournisseur avec les pôles cliniques. Les secteurs logistiques ne sont donc plus considérés

Mais la construction d'un tel instrument n'a de sens que pour accompagner la mise en œuvre d'une décentralisation budgétaire et d'une contractualisation interne prévoyant un intéressement.

C. Les CREO conduisent à la mise en place d'une politique d'intéressement encadrée.

Si le CREO permet de mesurer la contribution des directions fonctionnelles à la performance globale, il paraît normal de pouvoir intéresser ces pôles en cas de résultats positifs. La responsabilisation des acteurs a pour corolaire le retour sur investissement de leurs efforts. C'est la raison pour laquelle la politique d'intéressement vise à doter les pôles d'un outil leur permettant :

- d'agir sur la motivation des équipes¹³
- d'être en capacité « d'améliorer son quotidien » par le biais d'un budget dont il aura la maîtrise, dans le respect des règles institutionnelles.

Il s'agit donc d'un dispositif incitatif et cette politique s'inscrit dans une volonté d'accompagnement positif des pôles vers la réussite de leurs objectifs. Elle est donc avant tout incitative mais reste indissociable du principe de solidarité institutionnelle.

Elle ne porte que sur l'évaluation des contrats internes et il ne peut s'agir que d'un intéressement collectif. En effet, l'intéressement collectif semble être avant tout un mode de reconnaissance, plutôt qu'une source d'enrichissement monétaire. C'est pourquoi la question de l'utilisation des sommes est pertinente.

La nature de l'intéressement pourrait se traduire par une dotation budgétaire constituant un droit de tirage pour le pôle, pour des dépenses dont la nature sera préalablement définie.

Sans entrer dans le détail, le calcul de l'intéressement pourrait être fondé sur :

¹³ Cf. L'étude d'E. MAYO (1932) met en avant l'importance de l'effet groupal dans la motivation. La motivation individuelle est une fonction croissante du sentiment d'appartenance à un collectif.

- une part forfaitaire qui permettrait d'attribuer de l'intéressement sur des critères qualitatifs en non pas exclusivement financiers (exemples : délai des prestations réalisées, rupture des stocks)
- une part variable qui serait basée sur un pourcentage d'intéressement direct aux résultats engagés par le pôle. Ce résultat pour être variable en fonction de la situation globale de l'établissement et en fonction des situations relatives de chacun des pôles.

Enfin, les droits de tirage pourraient être envisagés pour l'achat de petits équipements, la prise en charge d'heures supplémentaires, des frais de mission ou de formation, des travaux d'aménagement des locaux.

La mise en place, à titre expérimental, d'un CREO pour la restauration au CHU de Nice suppose donc l'élaboration d'une politique d'intéressement. Cette expérimentation a vocation à s'étendre au sein de la DAHAL, notamment pour ne pas laisser de situation asymétrique, en termes de traitement de faveur. Il serait difficilement acceptable, à terme, d'intéresser certains services et pas d'autres au sein d'une même direction. L'absence d'égalité de traitement conduirait à une contestation sociale compréhensible.

2.2 Projet expérimental de la DAHAL, le CREO restauration permet de poser les bases d'une future contractualisation interne même si des obstacles demeurent.

2.2.1 En s'appuyant sur la méthodologie institutionnelle, la première version du CREO restauration donne lieu à des résultats prometteurs.

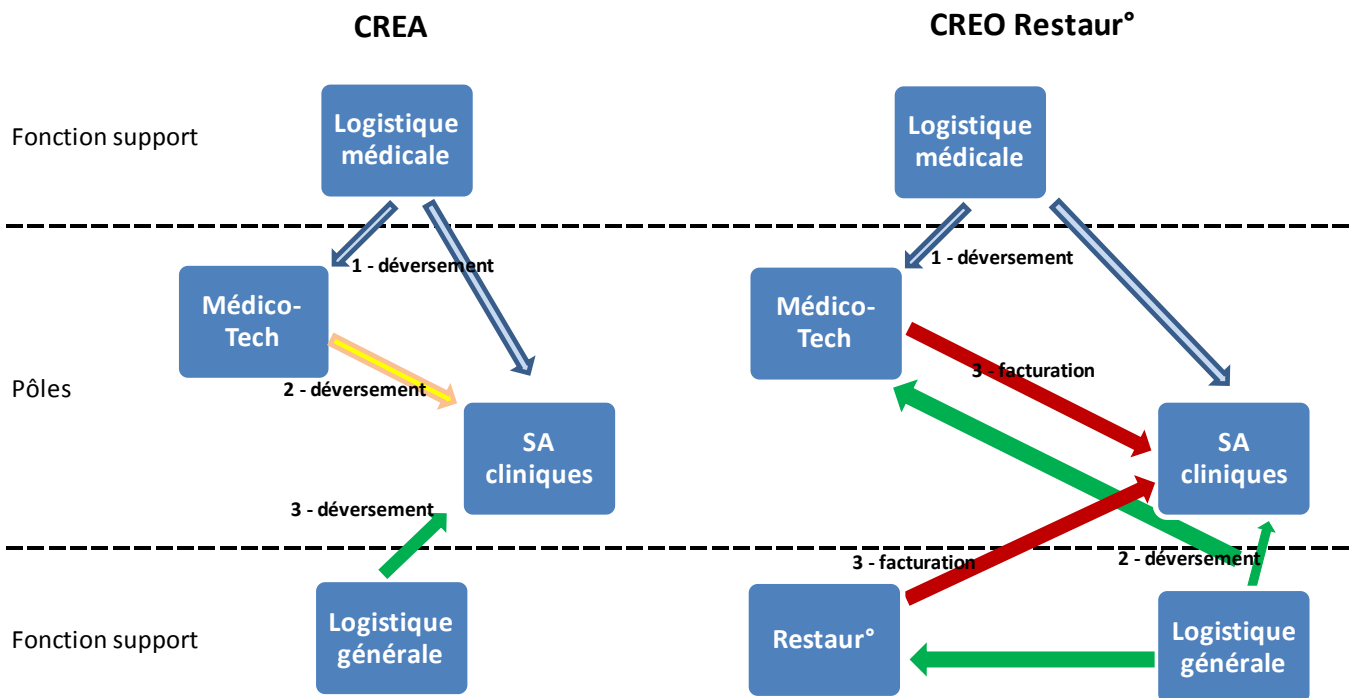
A. Le CREO restauration est encadré par la méthodologie institutionnelle.

L'élaboration d'un CREO pour la restauration du CHU de Nice est un projet innovant et original, notamment parce qu'aucun établissement hospitalier ne s'est engagé dans cette voie. En effet, l'outil analytique du CREO est de plus en plus utilisé pour les pôles médico-techniques, mais quasiment jamais pour les pôles directionnels.

Le choix qui s'est porté sur la restauration pour initier ce projet tient à deux explications ; d'une part, ce secteur est considéré comme l'un des fleurons de la logistique et dispose de toutes les données nécessaires pour construire le CREO ; d'autre part, il s'agit d'un secteur alliant à la fois production de biens et fournitures de prestations. Il permet donc de lier une véritable relation client-fournisseur entre les pôles cliniques et la DAHAL.

Ainsi, l'objectif poursuivi par l'élaboration du CREO est de mesurer la performance de la restauration et d'aboutir à la contractualisation d'une prestation repas avec les pôles cliniques. Pour cela, la méthode de construction de l'outil présente un enjeu majeur. En effet, alors que la DAF et le contrôle de gestion présentent, fin 2014, la méthodologie des CREO pour un déploiement de l'outil aux pôles médico-techniques (laboratoire, pharmacie, imagerie) courant 2015, il serait malheureux d'adopter une méthodologie différente pour la restauration. La légitimité de cet outil tient dans sa lisibilité et dans sa compréhension par le corps médical. Les chefs de pôles cliniques, qui sont désormais acculturés aux CREA, appréhendent désormais le mécanisme du CREO pour les pôles médico-techniques. Aussi, la contractualisation de la restauration avec les pôles cliniques, à l'appui d'un CREO, n'a de sens que si cet outil s'inscrit dans la logique institutionnelle de l'établissement.

C'est la raison pour laquelle il doit correspondre au plus près de ce qui a été présenté pour les CREO des pôles médico-technique. En respectant la méthodologie institutionnelle, le CREO restauration évite de se voir opposer des contestations fondées sur le manque d'objectivité. Le schéma ci-dessous illustre la méthodologie adoptée au CHU et les différences existantes entre les CREA et CREO.

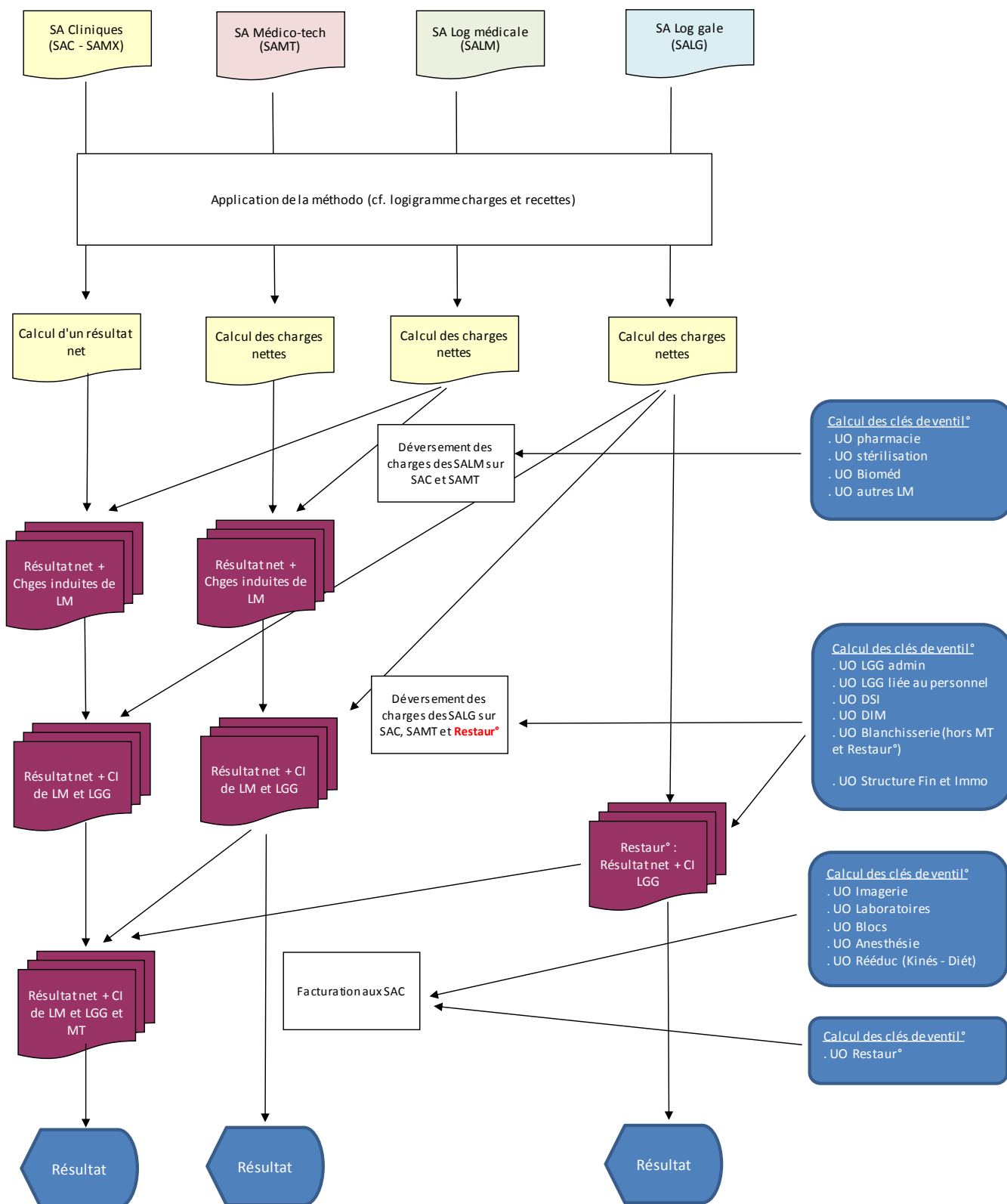


Sur le fond, le CREO restauration est construit à partir des données PMSI Pilote et de l'ENCC. La décomposition du CREO se traduit comme suit.

D'un côté, les dépenses comprennent :

- les charges directes, composées des consommations nécessaires à la production (personnels, matières premières, amortissements)
- les charges indirectes, composées des services administratifs, des systèmes d'information, et de la logistique générale à l'exception de la restauration. En effet, dans la méthodologie CREO, la restauration ne peut consommer de la restauration.

Le schéma ci-après synthétise les mécanismes de déversement des charges induites pour le CREO restauration à partir de la méthode adoptée par le CHU de Nice pour les pôles médico-techniques.



Au cas d'espèce de la restauration, la nature des charges qui sont déversées sur les dépenses de la restauration sont retracées dans le tableau ci-dessous, conformément à la méthode de la comptabilité analytique :

Résumé de filtrage							
- MRC : CREO (Restaur) (Tous Comptes (Guide CAH Tome 1 : CREA))							
- et Période : Décembre 2013							
- et Montants : Retenus							
- et SI/Fct/SA : Restauration							
Ventilation des Clés de répartition / UO							
SA Type	SA Code	SA Libellé	UO Libellé	UO Unité	Décembre 2013	Décembre 2012	écart
SALG	931,11	Services administratifs à caractère général	Brute	euro de charge	10 547 308,07	0,00	10 547 308,07
SALG	931,12	Services administratifs liés au personnel	Service administratif personnel	nombre d'ETPR	147,06	0,00	147,06
SALG	931,14	Direction des Systèmes d'Information (DSI)	DSI	nombre postes/PC	29,00	0,00	29
SALG	931,16	Services hôteliers	Services hôteliers	mètres carré SHOB	4 100,60	0,00	4 100,60
SALG	931,18	Entretien-maintenance	Entretien maintenance	mètre carré bâti	4 100,60	0,00	4 100,60
SALM	936,40	GÉNIE BIOMÉDICAL	Biomédical	euro d'actif brut	82 326,00	0,00	82 326
SAFER	937,40	SERVICES EXTERIEURS	Brute	euro de charge	10 547 308,07	0,00	10 547 308,07
SASTR	938,10	STRUCTURE FINANCIERE	Brute	euro de charge	10 547 308,07	0,00	10 547 308,07
SASTR	938,20	STRUCTURE IMMOBILIERE	Services hôteliers	mètres carré SHOB	4 100,60	0,00	4 101

D'un autre côté, les recettes sont constituées :

- de recettes propres liées à l'activité du secteur. Les repas des selfs et ceux fournis au GCS de Lenval constituent des recettes externes. Conformément à la méthode CREO, ces recettes viennent en déduction des charges directes ;
- de recettes internes des pôles liquidées à partir du tarif librement choisi et contractualisé. Il s'agit donc de déterminer un tarif contractuel des prestations internes. Quel que soit le tarif et son mode de calcul, la notion de recettes réelles est écartée et le résultat économique calculé s'analyse non pas comme un écart entre recettes et dépenses, mais comme une différence entre dépenses effectivement réalisées et charges théoriques. Aussi, les recettes sont donc le reflet d'une valorisation théorique de l'activité. Elles traduisent non pas un échange tarifé mais un objectif à atteindre.

B. Les résultats de la première version du CREO restauration sont probants.

Grâce au soutien du contrôleur de gestion, une première version du CREO restauration a été élaborée, en s'appuyant sur la méthodologie des CREO médico-techniques.

En synthèse, le tableau ci-dessous constitue une trame du CREO restauration au CHU de Nice :

Résumé de filtrage

- MRC : CREO (Restauration) (Tous Comptes (Guide CAH Tome 1 : CREA))
 - et Période : Décembre 2013
 - et Montants : Retenus
 - et UF/UM : CR_1140 - RESTAURATION

Options de visualisation

- Ligne coûts directs : 1-Regroupements TB de suivi mensuel
 - Ligne coûts induits : SA
 - Colonne : Unité
 - Type montant charge : Montants révisés
 - Type montant produit : Montants révisés
 - Unité : €

CREA (UF/UM)

	CREO (Restauration) - 2013	CREA - 2013	écart (€)	écart (%)
Total charges directes	10 547 308,07	10 547 308,07		
Total produits directs	2 085 890,06	2 085 890,06		
Résultat sur coûts directs	-8 461 418,01	-8 461 418,01		
Total charges induites nettes reçues	2 938 227,82		2 938 227,82	
Total charges nettes reversées	11 399 645,83	8 461 418,01	2 938 227,82	34,73%
Résultat sur coûts complets	0			

Détail

	CREO (Restauration) - 2013	CREA - 2013	écart (€)	écart (%)
Total charges directes	10 547 308,07	10 547 308,07		
Salaires personnel non médical	5 274 039,10	5 274 039,10		
Spéc. pharmaceutiques non FES	653,08	653,08		
Autres consommables médicaux	26 806,24	26 806,24		
Amortissement et location du matériel médical	151 135,11	151 135,11		
Autres charges	5 094 674,54	5 094 674,54		
Total produits directs	2 085 890,06	2 085 890,06		
Remboursements frais de personnel	521,22	521,22		
Reprise sur prov chges pers. non médical pour CET	5 496,88	5 496,88		
Produits déductibles	2 079 871,96	2 079 871,96		
Résultat sur coûts directs	-8 461 418,01	-8 461 418,01		

	CREO (Restauration) - 2013	CREA - 2013	écart (€)	écart (%)
Charges induites nettes reçues	2 938 227,82		2 938 227,82	
[931.11] Services administratifs à caractère général	712 379,87		712 379,87	
[931.12] Services administratifs liés au personnel	413 391,70		413 391,70	
[931.14] Direction des Systèmes d'Information (DSI)	106 076,12		106 076,12	
[931.16] Services hôteliers	792 859,87		792 859,87	
[931.18] Entretien-maintenance	358 504,52		358 504,52	
[936.4] GÉNIE BIOMÉDICAL	1 496,15		1 496,15	
[937.4] SERVICES EXTERIEURS	-1 860,16		-1 860,16	
[938.1] STRUCTURE FINANCIERE	75 848,09		75 848,09	
[938.2] STRUCTURE IMMOBILIERE	479 531,67		479 531,67	
Charges nettes reversées	11 399 645,83	8 461 418,01	2 938 227,82	34,73%
[GCS1] GCS CHU - Lenval	38 858,17	28 842,59	10 015,59	34,73%
[MC02] DGO	1 539 035,59	1 142 353,34	396 682,25	34,73%
[MC04] CUSMA	1 315 960,81	976 775,48	339 185,33	34,73%
[MC05] URGENCES ST ROCH	519 705,58	385 752,87	133 952,70	34,73%
[MC07] NEUROSCIENCES CLINIQUES	1 630 143,11	1 209 978,15	420 164,97	34,73%
[MC08] URO / NEPHROLOGIE	295 023,06	218 981,66	76 041,39	34,73%
[MC09] SPEC. MED. ET CHIR. HT PASTEUR	1 210 146,52	898 234,54	311 911,99	34,73%
[MC10] REANIMATION	79 492,85	59 003,79	20 489,07	34,73%
[MC11] GERONTOLOGIE	2 559 343,76	1 899 679,84	659 663,92	34,73%
[MC12] TENDE	1 510 397,91	1 121 096,94	389 300,97	34,73%
[MC14] CROA	691 475,36	513 249,46	178 225,90	34,73%
[MC14U] CROA - UCA	9 804,48	7 277,41	2 527,08	34,73%
[MT24] ODONTOLOGIE	258,61	191,95	66,66	34,73%

Eu égard aux points d'alerte énoncés plus haut, il est important de souligner deux choses :

- les recettes extérieures d'un montant de plus de 2 M€ sont déduites des charges directes ;
- les charges induites reversées constituent la tarification en interne des repas facturés aux pôles cliniques.

Pour que le premier CREO restauration présente un résultat à l'équilibre, le tarif théorique a été fixé à 11,45€ par repas. Il paraît important, en affichage et en termes de communication, de présenter un solde en équilibre du secteur de restauration. Le contraire serait en effet inique dans la mesure où, en comparaison avec d'autres UCP de CHU similaires, la restauration niçoise est performance. Les données de la base Angers (cf. annexe 5) confirment cette situation. Cette variable d'ajustement a vocation à évoluer, en fonction des négociations qui seront engagées entre la DAHAL et les pôles cliniques. Ce point majeur est développé ci-après.

2.2.2 Bien que les effets escomptés constituent une source d'efficience, des limites consubstantielles à l'outil subsistent.

A. Le CREO restauration, outil d'amélioration du pilotage des points forts et faibles, est une opportunité de contractualisation interne.

Le retour d'analyse des CREA des pôles cliniques est positif. Si le degré d'exigence de la performance peut encore amélioré, il n'en demeure pas moins que les pôles se sont approprié une culture de gestion leur permettant de dégager des gains d'efficience. Il est donc légitime d'espérer les mêmes attentes pour le CREO dans les directions fonctionnelles.

Sur le secteur de la restauration, les effets escomptés de la mise en place d'un CREO sont de plusieurs ordres.

En termes de relation clients-fournisseurs, la mise en place du CREO vient affecter les différents pôles médicaux. En effet, ces derniers doivent supporter la tarification virtuelle

des repas prescrits. La facturation (cout du repas multiplié par le nombre de repas) donne lieu à une augmentation des charges des pôles. Cela étant, et après simulation du contrôle de gestion, il apparait que cet impact est résiduel au regard des montants en jeu. Cette tarification des repas a pour conséquence de faire diminuer le volume des repas commandés par les pôles cliniques. Bien évidemment, il ne s'agit pas ici de restreindre le nombre de repas au détriment de la qualité de prise en charge du patient. Néanmoins, il est souvent constaté dans les services de soins un gaspillage et un nombre de repas commandé qui ne correspond pas aux besoins réels. Aussi, la baisse du nombre de repas commandés pourrait conduire à une diminution du cout de la restauration, notamment en rationalisant les moyens de production.

La question qui s'en suit consiste à placer le curseur de tendance à la baisse : jusqu'où est-il possible d'aller pour optimiser le nombre de repas fournis aux pôles cliniques ? Il existe en effet un seuil plancher en deçà duquel les services de soins ne peuvent plus diminuer leur demandes, sauf à ne plus répondre aux besoins des patients, ce qui est évidemment exclu.

Du côté de la production, l'utilisation optimale des facteurs de production permettraient de réaliser plus de repas que le seuil plancher commandés par les services. En effet, la productivité globale des facteurs n'est jamais égale à la demande. Par conséquent, l'UCP aurait la capacité de produire des repas pour la vente extérieure. De manière synthétique, il est possible d'illustrer cette idée par l'exemple suivant. Les pôles médicaux commandent 5000 repas jour. Avec une facturation des repas, les pôles sont incités à réduire le nombre de repas : dès lors, ils passent de 5 000 à 4 500 repas / jour. Si la productivité globale des facteurs est estimée à 4 700 repas /jour, alors il est possible de vendre 200 repas à une entité extérieure (institutions publiques, collectivités territoriales, entreprises publiques). C'est sur la base de ce raisonnement que la blanchisserie du CHU de Nice avait d'ailleurs contractualiser avec la maison d'arrêt de Nice, à laquelle elle fournissait le linge moyennant une tarification contractualisée.

Sur le plan de la contractualisation, cet outil constitue le point de départ des négociations pour les parties cocontractantes. Ces négociations peuvent porter sur plusieurs dimensions :

- améliorer la qualité des prestations ;
- la diminution du nombre de commandes ;
- revoir le tarif à la baisse.

Ce dernier aspect est important. Le mode de facturation pourrait être négocié selon une périodicité régulière. En réduisant le nombre de repas commandés, le pôle clinique

exigera en effet une baisse du cout du repas. La DAHAL se verra donc dans l'obligation de contractualiser avec un objectif de prix plus exigeant en termes de performance et de rationalisation des couts (d'où le terme de CREO). Cette conséquence a deux conséquences : trouver des gains d'efficience pour tirer les couts de production vers le bas d'une part, identifier des parts de marché extérieures pour vendre les surplus.

En définitive, le CREO restauration présente donc un triple avantage : rationaliser le nombre de repas commandés par les services de soins ; réduire les coûts pour l'UCP ; s'engager dans une logique de négociation avec les pôles pour obtenir un meilleur prix.

B. Des limites à l'exercice demeurent compte tenu des imperfections de l'outil.

Sur le plan méthodologique, plusieurs observations doivent être soulignées.

La clef du CREO tient dans la fixation du tarif contractualisé. Pour cela, il semble essentiel de faire appel aux résultats de la base d'Angers.

La restauration du CHU de Nice est performante au regard des données puisque son cout de repas est moins élevé que la moyenne des établissements de même strate que le CHU de Nice. Le niveau de ce gain s'élève à 19% (cf. annexe 5). Partant de là, il est possible de calculer un tarif négocié pour le CREO, en admettant pour postulat de départ le fait d'avoir un CREO en équilibre. Afficher un déficit du CREO dès la première année alors même que les résultats de la base d'Angers soulignent la performance de la restauration au CHU de Nice viendrait vider de son sens le projet.

Ainsi, le prix de cession interne pourrait être calculé de la manière suivante :

- le tarif de facturation d'un repas correspond au montant pour que le solde du CREO soit équilibré ; au cas d'espèce 11,45€ ;
- le modèle de la base d'Angers appliqué au CHU de Nice indique un cout d'unité d'œuvre de près de 19% de moins que la moyenne de la strate des CHU ; soit près d'1€ par repas. L'UCP est donc très performant au regard des autres établissements. Il serait injuste de pas tenir compte de cette performance dans le prix de cession ;
- la DAHAL pourrait retenir comme principe que les pôles-clients bénéficient dans l'élaboration de son CREO de 50% de cet écart positif ;
- La DAHAL facturera donc les repas en interne au tarif suivant : prix d'ajustement (11,45€) + 50% de marge contractualisée (0,50€).

Le prix total de cession serait donc d'11,95€.

Il convient également de rappeler que la base d'Angers présente de plusieurs limites

- l'échantillon des établissements étudiés est très hétérogène. Même lorsqu'il existe une répartition par catégorie, l'homogénéité des catégories n'est pas assurée. La similarité de statut de l'établissement (CH, CHS, CHU) n'assure pas que l'activité soit réalisée dans des conditions identiques et comparables.
- elle ne prend pas en compte dans son analyse le même périmètre que la restauration telle qu'elle est organisée au CHU de Nice. Ainsi, les selfs et les internats sont exclus de son champ d'analyse ;
- elle prend en considération un coût de production globale sans discerner la nature des destinataires (patient, agents du CHU, accompagnants, interne), alors que les CREO s'attache à analyser que les patients hospitalisés du fait de leur lien avec les GHM.

Un problème demeure également dans la configuration de la clef de répartition. En effet, l'étude du CREO laisse apparaître un montant très élevé de charges induites déversées sur la restauration. Il est légitime de se demander si la clef de ventilation des charges telle qu'elle a été conçue dans le guide analytique est adéquate pour des secteurs logistiques.

Sur la forme, deux obstacles se présenteront rapidement.

D'abord, il ne sera pas aisé de faire accepter, aux chefs de pôles cliniques, la facturation des repas. Tout l'enjeu résidera dans la capacité à leur expliquer la démarche et les processus de fixation du prix de cession d'un montant équivalent à 11,45€ auquel viendra s'ajouter le bonus de la base Angers (soit environ 0,50€). Une politique pédagogique et une stratégie de communication devront être engagées afin que la légitimité du projet ne soit pas directement remise en cause. Le prix de cession interne fera d'abord l'objet d'un arbitrage politique au niveau de la direction générale, après discussion avec les pôles. L'incertitude sur les négociations qui seront menées reste entière.

Ensuite, l'extension de cette disposition expérimentale à d'autres secteurs doit être étudiée. Au regard de l'avis du contrôle de gestion et compte tenu des données disponibles dans PMSI Pilote et dans la base d'Angers, il s'avère plus difficile pour un

secteur tel que la blanchisserie d'élaborer un CREO, en particulier parce que la ventilation du linge par UF n'est pas précisée.

En revanche, le secteur des transports peut constituer un secteur intéressant pour échafauder un CREO. Le récent outil de pilotage de l'activité THEO acquis au CHU de Nice permettrait de suivre l'activité des transports ambulanciers. Sur la base des transports commandés, il est possible d'imaginer une tarification interne. Cependant, aucune donnée relative au cout n'est répertoriée dans l'ENCC, et la base d'Angers n'est pas exhaustive s'agissant des recettes et des charges.

Conclusion

Il est malaisé, à ce stade de la réflexion et au regard des travaux menés au CHU de Nice, d'affirmer que la contractualisation interne d'une direction fonctionnelle, en particulier d'un secteur logistique, s'impose comme une évidence. Cette démarche est incontestablement porteuse dans les pôles cliniques et demeure un levier majeur d'amélioration de la performance. C'est la raison pour laquelle la tentation de la transposer dans d'autres secteurs tel que celui de la logistique est forte.

Cependant, le contrat ne constitue peut être pas, pour le moment, le véhicule juridique adapté compte tenu des questions qui se posent en termes de cohérence institutionnelle et de légitimité vis-à-vis des pôles cliniques. Si le corps médical est acculturé à la gestion, il ne s'agit pas d'altérer cette évolution en rigidifiant la formalisation de prestations supports.

Ainsi, et sans retenir nécessairement la forme contractuelle, il est possible de trouver des dispositifs permettant de responsabiliser les acteurs, de piloter par d'objectifs et d'engager une politique d'intéressement pour les services « externalisés en interne ». Les tableaux de bord prévus à cet effet, les indicateurs de suivi d'activité, les dispositifs d'intéressement collectif déjà existant sont autant de leviers pour l'amélioration de la gestion de la performance et la réalisation de gains d'efficience.

Le choix de s'engager dans un projet innovant et de présenter un CREO restauration s'inscrit dans cette démarche. Si le contrat interne n'est pas formalisé, mettre en place un CREO restauration avec la fixation d'une tarification de prestations internes constitue en soi les prémices d'un contrat, tout au moins d'un accord. Cette expérience devra être évaluée et, le cas échéant, étendue aux secteurs dont l'activité s'y prête.

Tel est le pari audacieux qu'entend relever la DAHAL au CHU de Nice.

Bibliographie

Ouvrages généraux

- BOUSSARD V., 2008, *Sociologie de la gestion : Les faiseurs de performance*, éd. Belin
- GORZ A., *Métamorphoses du travail : Critique de la raison économique*, 2004
- DEMEESTERE R., 2005, *Le contrôle de gestion dans le secteur public*, éd. LGDJ

Mémoires EHESP

- JEHANNO L., 2010, *La politique d'intéressement dans les contrats de pôle : levier de nouvelles pratiques managériales et outil de mesure de la performance*
- SOULIERS M-P., 2009, *Les tableaux de bord de pôle, un préalable indispensable en vue d'une contractualisation cohérente et concertée. La démarche originale d'appropriation de ces outils par des projets de gestion de pôle au Centre hospitalier de Montélimar.*

Thèses

- PETIT N., 2013, *Le contrôle de gestion logistique hospitalière. Pratiques de performances et modélisation des coûts en TDABC.*

Articles spécialisés

- COLASSE S., NAKHLA M., 2011, *Les démarches de contractualisation comme processus de conception : l'émergence du contrôle de gestion médicalisé à l'hôpital*
- CAPPELLETTI L., 2006, *Le contrôle de gestion socio-économique de la performance : enjeux, conception et implantation*, Finance Contrôle Stratégie 9 (1): 135-155
- Enquête Saphora au sein de l'APHP, 2001 à 2010
- Finances hospitalières, *La comptabilité analytique par pôles*
- JOBIN M-H., BEAULIEU M. et BOIVIN A., 2003, *Gérer la performance de la logistique hospitalière*, in Cahier de recherche n°03-02
- IBN EL FAROUK I., TALBI A., JAWAB F., *Logistique hospitalière: proposition d'une grille de sélection des indicateurs pour le pilotage de la performance*

- SAMPIERI-TEISSIER N., 2002, *Proposition d'une typologie des pratiques logistiques des hôpitaux publics français. Enseignements à partir d'une étude empirique*, in Logistique et Management
- FONDACT, 2013, *L'intéressement collectif dans le fonction publique : atouts et mise en œuvre*

Documents internes

- Politique de management par les pôles au CHU de Nice, 30 octobre 2008
- La politique d'intéressement dans le cadre de la contractualisation interne au CHU de Nice
- La contractualisation interne et son évaluation au CHU de Nice
- Contrats de pôles du CHU de Nice
- Guide pratique d'utilisation du référentiel, Données ENC 2012, ATIH

Sites internet

www.performances.gouv.fr

www.mipih.fr

<http://www.pmsipilot.com/>

Liste des annexes

ANNEXE 1 : CONTRAT INTERNE DE POLE AU CHU DE NICE

ANNEXE 2 : MODELE DE KRALJIC

ANNEXE 3 : INDICATEURS DE PERFORMANCE DANS LE SECTEUR LOGISTIQUE

**ANNEXE 4 et suivantes : TABLEAU DE BORD SYNTHETIQUE DE LA DAHAL ET
INDICATEUR RETENUS**

**ANNEXE 5 : RESULTATS BASE ANGERS POUR LA RESTAURATION DU CHU DE
NICE**

ANNEXE 1 : CONTRAT INTERNE DE POLE AU CHU DE NICE



Centre Hospitalier Universitaire
de Nice

LA CONTRACTUALISATION INTERNE ET SON EVALUATION AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NICE

Le contrat interne défini à l'article L. 6145-16¹⁴ du CSP constitue l'outil opérationnel privilégié de pilotage des pôles. Il permet l'insertion cohérente des objectifs des pôles dans la politique générale de l'institution en précisant notamment les objectifs opérationnels qu'elle lui assigne et les moyens qu'elle lui attribue à cet effet.

Ce contrat définit les objectifs d'activité, de qualité et financiers, les moyens et les indicateurs de suivi des pôles d'activité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat.

Toutefois, les négociations permettant la mise au point du contrat doivent être menées dans le cadre d'une procédure de contractualisation préalablement définie par le conseil d'administration. De même, l'évaluation de la mise en œuvre du contrat doit se faire selon des modalités et sur la base de critères définis par le conseil d'administration.

¹⁴ Article L. 6145-16 (Modifié par Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 - art. 5 JO du 3 mai 2005)

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. Le contrat négocié puis cosigné entre le directeur et le président de la commission médicale d'établissement, d'une part, et chaque responsable de pôle d'activité, d'autre part, définit les objectifs d'activité, de qualité et financiers, les moyens et les indicateurs de suivi des pôles d'activité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat. La délégation de gestion fait l'objet d'une décision du directeur.

Les conditions d'exécution du contrat, notamment la réalisation des objectifs assignés au pôle, font l'objet d'une évaluation annuelle entre les cosignataires selon des modalités et sur la base de critères définis par le conseil d'administration après avis du conseil de pôle, de la commission médicale d'établissement et du conseil exécutif.

Ce document approuvé par le CA du 30/10/08 définit la procédure de contractualisation et d'évaluation retenue au CHU de Nice.

1 – Les parties contractantes :

Etabli sur la base du projet d'établissement et du projet de pôle, le contrat interne est négocié et co-signé par le Directeur Général du CHU de Nice, le Président de la CME et le Doyen de la Faculté de médecine ou d'odontologie d'une part, et par le responsable médical de pôle d'autre part.

Pour les pôles d'activité autres que cliniques et médico-techniques, le contrat de pôle est négocié entre le responsable de pôle et le Directeur général du CHU de Nice.

2 – Le contenu du contrat :

Conformément à la réglementation, il comporte a minima :

- des objectifs d'activité,
- des objectifs de qualité,
- des objectifs financiers du pôle,
- les moyens affectés au pôle,
- des indicateurs de suivi,
- les modalités d'intéressement aux résultats de leur gestion, les conséquences en cas d'inexécution du contrat,
- les délégations de gestion accordées aux pôles font l'objet d'une décision du directeur,
- les dispositions de suivi et d'évaluation dudit contrat,
- le niveau des responsabilités déléguées par le directeur.

Le contenu détaillé est précisé dans le contrat type validé en conseil exécutif du 20 octobre 2008 joint en annexe.

3 – La durée :

Le contrat est établi pour une année pour suivre le rythme budgétaire établi par l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD).

Les différentes actions prévues au projet de pôle peuvent cependant être décrites sur plusieurs années afin de mettre en perspective les axes de développement et/ou de réorganisation qui engagent l'avenir des pôles et des activités.

4 – Calendrier général et conditions d'élaboration du contrat :

Etape 1- Rapport préliminaire (avant le 1er octobre N-1)

A partir des données produites par le DIIM et le contrôle de gestion, le bureau de pôle pour les pôles cliniques et médico-techniques ou le directeur adjoint de pôle administratif ou logistique pour les pôles administratifs et logistiques :

- formalise une 1^{ère} version des prévisions d'activités,
- priorise les mesures nouvelles envisagées pour l'année N,
- évalue les moyens nécessaires à la réalisation de ses objectifs.

Ces orientations générales seront étudiées avec les directions concernées sous la coordination générale de la Direction des affaires financières pour être consolidées dans le rapport préliminaire¹⁵ prévu réglementairement dans la procédure budgétaire.

L'assistant de gestion pour les pôles cliniques et médico-techniques en lien avec le responsable et le cadre de pôle ou le directeur adjoint pour le pôle administratif ou logistique est le responsable opérationnel de cette phase. Il a notamment en charge :

- la rédaction des documents de travail et d'échanges,
- l'organisation et la préparation des réunions internes au pôle et auprès des prestataires médicaux et administratifs.

Les services prestataires d'information de gestion apportent un appui méthodologique à l'élaboration du contrat.

Etape 2 – La négociation (Décembre N-1 – Janvier N)

¹⁵ Article R. 6145-8 (Modifié par Décret n°2005-1474 du 30 novembre 2005 - art. 3 JO du 1er décembre 2005)

Le conseil d'administration délibère sur le rapport préliminaire, mentionné au 3° de l'article L. 6143-1, présenté par le directeur. Ce rapport porte notamment sur les objectifs et les prévisions d'activité de l'établissement pour l'année à venir et sur l'adaptation des moyens nécessaires pour remplir les missions imparties par le projet d'établissement, conformément aux engagements pris au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, ainsi que sur les prévisions de recettes et de dépenses pour les activités sociales et médico-sociales mentionnées au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Le rapport, accompagné de la délibération y afférente, est transmis au plus tard le 31 octobre de l'année précédant celle à laquelle il se rapporte au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, ainsi que le cas échéant à l'autorité de tarification compétente pour les services ou activités retracés dans un compte de résultat prévisionnel annexe.

Pour chacune des annexes constitutives du contrat, le bureau de pôle pour les pôles cliniques et médico-techniques ou le directeur adjoint de pôle administratif ou logistique reçoit les représentants des pôles prestataires concernés. Il définit avec eux les engagements respectifs du pôle et de ses prestataires (en termes d'activité, de qualité, de projets, etc.).

Pour être cohérents avec l'EPRD du CHUN, les objectifs quantifiés d'activité, les prévisions de recettes et de dépenses doivent être transmis à la Direction des affaires financières avant le 1^{er} février de l'année N.

L'assistant de gestion de pôle pour les pôles cliniques et médico-techniques ou le directeur adjoint de pôle administratif ou logistique coordonne les échanges préalables à la négociation avec les prestataires.

Le bilan du contrat de l'année N-1 réalisé pendant cette période est un élément constitutif majeur de la négociation.

Celle-ci se mène dans un cadre qui respecte nécessairement la réglementation applicable à l'ensemble des établissements de santé de même que les principes de gestion institutionnelle qui sont définis par les différentes politiques sectorielles.

Etape 3 – Validation et signature (Février - Mars)

Sur la base de l'EPRD voté par les instances et approuvé par la tutelle, la Direction des affaires financières valide avec les pôles les objectifs d'activité, les prévisions de recettes et de dépenses.

L'assistant de gestion pour les pôles cliniques et médico-techniques ou le directeur adjoint de pôle administratif ou logistique finalise le contrat en vue de sa signature (organisation des réunions nécessaires notamment avec le bureau de pôle).

Le projet de contrat est soumis au conseil de pôle et au conseil exécutif pour avis.

La signature du contrat par le responsable de pôle d'une part, le Directeur général du CHU de Nice, le Président de la CME et le Doyen de la Faculté de médecine ou d'odontologie (pour les domaines qui le concernent) d'autre part est organisée avant le 15 avril de l'année N.

Etape 4 – Suivi (Avril – Décembre N)

Le suivi au cours de l'année se réalise :

1°) en fonction des modalités prévues pour chacune des annexes à partir des indicateurs prédéfinis.

2°) sur la base des tableaux de bord disponibles dans le SIH.

A minima, trois réunions quadrimestrielles sont organisées chaque année par le bureau de pôle pour effectuer un bilan d'étape du contrat de pôle.

Sur la base de ces rapports d'étape, il peut être signé des avenants aux contrats pour tenir compte des changements notables dans les objectifs et/ou les conditions de réalisation de ceux-ci.

Les bilans d'étape quadrimestriels des pôles sont consolidés par la Direction des affaires financières qui présente aux instances consultatives et au conseil d'administration le rapport quadrimestriel réglementairement prévu dans la procédure budgétaire.

5 – L'absence de contrat

Si pour diverses raisons, un pôle n'est pas en mesure de signer son contrat, la direction pourra lui notifier un contrat « a minima » visant à préserver les intérêts généraux de l'institution.

Il porte principalement sur les objectifs d'activité « de reconduction » que le pôle devra réaliser pour ne pas mettre en péril la réalisation des objectifs institutionnels.

6 – Evaluation de l'exécution du contrat :

Les conditions d'exécution du contrat, notamment la réalisation des objectifs assignés au pôle, font l'objet d'une évaluation annuelle entre les co-signataires.

L'assistant de gestion pour les pôles cliniques et médico-techniques ou le directeur adjoint de pôle administratif ou logistique coordonne la production d'un rapport annuel sur la réalisation des objectifs du contrat de pôle.

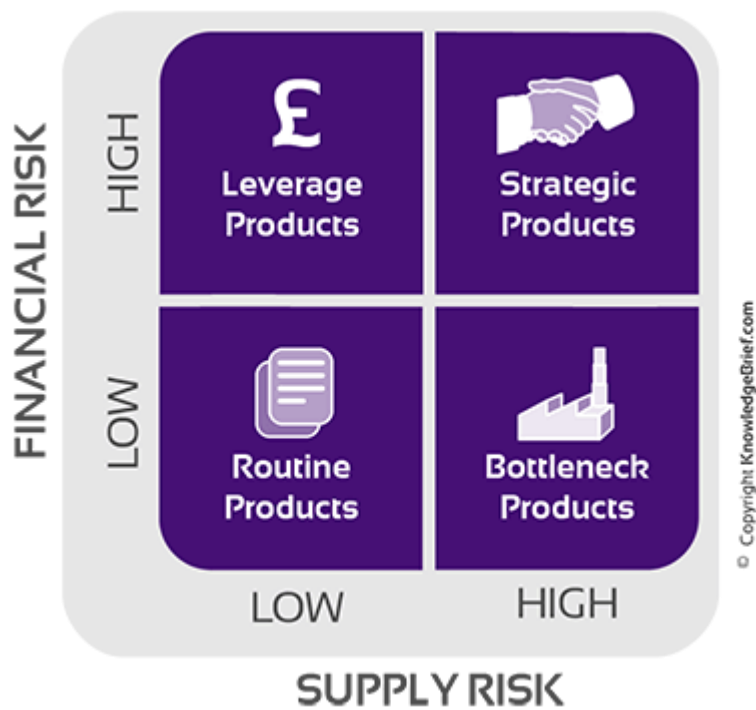
Une synthèse annuelle de l'évaluation de la réalisation des contrats internes est présentée en début de l'année N+1 au Conseil Exécutif par l'encadrement de pôle (avant fin février). Celui-ci rend compte de l'ensemble des résultats du pôle (activités, qualité, financiers) au regard des objectifs contractualisés.

Le Conseil Exécutif décide le cas échéant de l'octroi d'un intéressement ou des mesures correctives à mettre en oeuvre. Les modalités de l'intéressement du pôle aux résultats de sa gestion ainsi que les conséquences en cas d'inexécution sont détaillées dans le document de politique d'intéressement du CHUN (approuvé par le CA du 30/10/08).

Les conclusions du Conseil Exécutif en matière d'appréciation des résultats sont présentées aux instances puis communiquées à l'ensemble du personnel de l'établissement.

* *
*

ANNEXE 2 : MODELE DE KRALJIC



ANNEXE 3 : INDICATEURS DE PERFORMANCE DANS LE SECTEUR LOGISTIQUE

Indicateurs non financiers :

- Livraison à temps (nombre total de commandes expédiées à temps Vs nombre total de commandes expédiées)
- Satisfaction de la demande (nombre de commandes complètes Vs nombre de commandes expédiées)
- Exactitude des commandes (nombre total de commandes expédiées sans erreurs Vs nombre total de commandes expédiées)
- Cycle de temps des commandes : date réelle d'expédition Vs date d'expédition du client
- Cargaison endommagée : nombre de cargaisons endommagées Vs nombre total de cargaisons

Préoccupations de gestion des processus de logistique hospitalière

	PERFORMANCE		
PROCESSUS	Client (services internes ou usagers)	Financière	Opérationnelle
<u>Approvisionnement</u>	Satisfaction des clients internes	Economies dégagées sur les contrats signés Cout pour les produits sous contrats Cout pour les produits en achat direct (hors stock)	Exactitude des achats effectués Nombre de factures litigieuses des fournisseurs Nombre de contrats à renouveler au cours d'une période données
<u>Gestion des stocks</u>	Rupture de stocks	Rotation des stocks Exactitude des inventaires Cout de gestion (réception, lancement des commandes et	Niveau de service des fournisseurs Respect des horaires de livraison des fournisseurs Exactitude des factures

		gestion des stocks)	Révision des points de commande Nombre de commandes en souffrance Retard moyen sur le traitement des requêtes
<u>Réapprovisionnement</u>	Satisfaction des services (clients) internes	Rotation des stocks à l'unité de soins	Disponibilité des produits Temps de cycle Révision des quotas de fournitures conservées aux unités de soins Exactitude des commandes livrées
<u>Transformation</u>	Niveau de service Sondage auprès des usagers	Cout des intrants Cout de production (transformation)	Temps de cycle

ANNEXE 4 et suivantes : TABLEAU DE BORD SYNTHETIQUE DE LA DAHAL

TABLEAU DE BORD - DAHAL

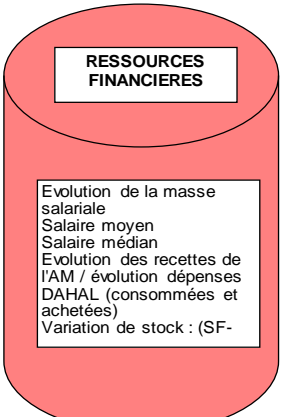
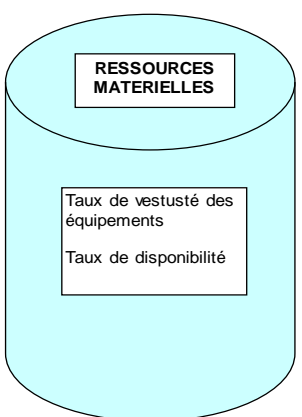
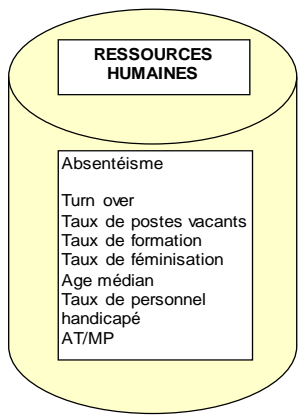
LOGISTIQUE

FACTEURS ENDOGENES

Norme ISO UCP / BIH / Reprographie (label imprimeur)
 Existence d'un Oui
 Modalité d'animation de l'équipe: plan d'action à l'appui d'un tableau de bord

	RESTAURATION	BLANCHISSERIE	MAGASIN / DISTRIBUTION	TRANSPORT	REPROGRAHIE
Activité	Nombre de repas servis (patients / personnels)	Kilos de linge produit	Evolution du stock en valeur	Nombre de transports comm	Nombre de tirages
	Budget alimentaire / nombre de repas			<i>Ambulances</i>	
	<i>CHUN</i>	<i>CHUN</i>	Nombre de préparations	Nombres de tournées prograr	<i>Public</i>
	<i>Lenal</i>	<i>Extérieur (Maison d'arrêt, Ste Marie, SDIS)</i>		<i>VSL</i>	<i>Privé</i>
Contrats de services	Nombre de réclamations des acteurs	Taux de respects des contrats	Taux de rupture pour les services	Taux de respect des horaires	Ouverture des droits couleur
	<i>Mensuelle</i>	<i>Mensuelle</i>	<i>Mensuelle</i>	<i>Ambulances</i>	
	<i>Annuelle</i>	<i>Annuelle</i>	<i>Annuelle</i>	<i>VSL</i>	
				<i>Transport en commun</i>	
Pertes	Taux de repas perdus	Nombres de pièces perdues	Ecart d'inventaire en valeur absolue	Achats des transports privés sur volume de transport total	Pertes de papier
			Stock de casse périmé	Nombre de sinistres	

POUR QUEL RESULTAT?



Le ratio de taux de vétusté des équipements rapporte le total des amortissements des comptes d'actifs d'équipements aux comptes d'actifs bruts concernés. Il mesure la part moyenne des équipements déjà amortis et permet d'en déduire l'âge moyen des équipements (à la réserve près de la variation dans le temps des durées d'amortissements des équipements).

Mode de calcul :
 Numérateur: soldes créditeurs des comptes :
 2815 « Amortissements des installations techniques, matériel et outillage industriel » + 2818 « Amortissements des autres immobilisations corporelles »
 Dénominateur: soldes débiteurs des comptes :
 215 « Installations techniques, matériel et outillage industriel » + 218 « Autres immobilisations corporelles » + 2315 « Installations techniques, matériel et outillage industriel – En cours » + 2318 « Autres immobilisations corporelles – En cours »

TABLEAU DE BORD LOGISTIQUE

TABLEAU DE BORD - DAHAL LOGISTIQUE

LES INDICATEURS

	Unité d'œuvre	Montants			Ecart valeur 2012/2011	Ecart %	Les moyens : Indicateur global de satisfaction	Facteurs Endogènes
		2013	2012	2011				
RESTAURATION								
Activité	Nombre de repas servis :		2004548	1960594	43954		Patients:	Norme ISO
		CHU						
		LENVAL						
	Budget alimentaire */ nombre de repas :		2,166	2,153	0,013		Self:	
	Prix de revient d'un repas (cf. Base Angers)							
Contrats de services	% réclamation des acteurs :							
		Mensuel						
		Annuel						
Pertes	% de perte**		4,280	4,800				

Budget alimentaire *: compte alimentation (9423)-nutrition entérale+achats directs de Lentral

% de perte **: % moyen de barquettes jetées sur les unités relais / au nombre de barquettes commandées à la cuisine centrale

	2013	Restauration		
		2012	2011	Ecart
RESSOURCES HUMAINES				
Absentéisme				
Turn over				
% postes vacants				
% formation				
% féminisation				
Age médian				
% personnel handicapé				
% AT / MP				
RESSOURCES MATERIELLES				
% vétusté des équipements				
% disponibilité				
RESSOURCES FINANCIERES				
Evolution de la masse salariale				
Salaire moyen				
Salaire médian				
Evolution des recettes et des dépenses de l'AM				
Variation de stock :				

TABLEAU DE BORD DES ACHATS

TABLEAU DE BORD - DAHAL ACHATS

LES INDICATEURS

	Unité d'œuvre	Montants			Ecart valeur 2013/2012	Ecart %	Les moyens : Indicateur global de satisfaction des clients (pôle)	Facteurs Endogènes
		2013	2012	2011				
EQUIPEMENT HOTELIER								
Activité	Volume acheté				0	#DIV/0!		
	<i>Investissement</i>				0	#DIV/0!		
	<i>Fonctionnement</i>				0	#DIV/0!		
	Gain / pertes achats par rapport au plan d'achat				0	#DIV/0!		
	Montant par acheteur				0	#DIV/0!		
Contrats de services	Part des déchets dans le volume des achats				0	#DIV/0!		
	% de réalisation du PEH dans les délais				0			
Pertes	Coût d'achat des produits dormants				0	#DIV/0!		
PRESTATION HOTELIERE								
Activité	Volume acheté				0	#DIV/0!		
	<i>Fonctionnement</i>				0	#DIV/0!		
	Gain / pertes achats par rapport au plan d'achat				0	#DIV/0!		
	Montant par acheteur				0	#DIV/0!		
	Part des déchets dans le volume des achats				0	#DIV/0!		
Contrats de services	Nombre de réserves avant signature du service fait				0			
Pertes	Coût d'achat des produits dormants				0	#DIV/0!		
PRESTATION MEDICALE								
Activité	Volume acheté				0	#DIV/0!		
	<i>Fonctionnement</i>				0	#DIV/0!		
	Gain / pertes achats par rapport au plan d'achat				0	#DIV/0!		
	Montant par acheteur				0	#DIV/0!		
	Part des déchets dans le volume des achats				0	#DIV/0!		
Contrats de services	Retour des produits non-conformes aux besoins				0			
Pertes	Coût d'achat des produits dormants				0	#DIV/0!		
FOURNITURE HOTELIERE								
Activité	Volume acheté				0	#DIV/0!		
	<i>Fonctionnement</i>				0	#DIV/0!		
	Gain / pertes achats par rapport au plan d'achat				0	#DIV/0!		
	Montant par acheteur				0	#DIV/0!		
Contrats de services	Retour des produits non-conformes aux besoins				0			
Pertes	Coût d'achat des produits dormants				0	#DIV/0!		
FOURNITURE MEDICALE								
Activité	Volume acheté				0	#DIV/0!		
	<i>Fonctionnement</i>				0	#DIV/0!		
	Gain / pertes achats par rapport au plan d'achat				0	#DIV/0!		
	Montant par acheteur				0	#DIV/0!		
	Part des déchets dans le volume des achats				0	#DIV/0!		
Contrats de services	Retour des produits non-conformes aux besoins				0			
Pertes	Coût d'achat des produits dormants				0	#DIV/0!		
Ordures ménagères (1) :								
DASRI :								

(1) Il s'agit du ratio : Tonne jetée / Volume d'achat total

TABLEAU DE BORD DE L'ACCUEIL HOTELIER

TABLEAU DE BORD - DAHAL								
ACCUEIL HOTELIER								
LES INDICATEURS								
	Unité d'œuvre	Montants			Ecart valeur 2013/2012	Ecart %	Les moyens : Indicateur global de satisfaction des clients (pôle)	Facteurs Endogènes
		2013	2012	2011				
ENTRETIEN								
Activité	Contrôle mensuel par loterie				0	#DIV/0!		
	Coût de l'entretien du M ²				0	#DIV/0!		
Contrats de services	% de service passé aux inventaires				0,00%			
Pertes	Nombre de mise au rebus				0	#DIV/0!		
	Valeur résiduelle des équipements jetés				0	#DIV/0!		
MANUTENTION								
Activité	Nombre d'inventaire des équipements				0	#DIV/0!		
	Temps d'occupation des équipes				0	#DIV/0!		
	Prestations externalisées des parties communes				0	#DIV/0!		
Contrats de services	% de service passé aux inventaires				0,00%			
Pertes	Nombre de mise au rebus				0	#DIV/0!		
	Valeur résiduelle des équipements jetés				0	#DIV/0!		

DEFINITION DES INDICATEURS RETENUS A LA DAHAL

Secteurs		Définition des indicateurs
LOGISTIQUE	<u>Restauration</u>	
		Nombre de repas servis aux patients et aux personnels
		Coût du repas: ratio budget alimentaire sur nombre de repas (CHU + Lenval)
		Prix de revient d'un repas: mode de calcul retenu sur la base Angers
		Nombre de réclamation des acteurs: (conseillers diététiciens, UF, patients) à la cuisine centrale
		Taux de repas perdus: ratio repas jetés / repas produits (Unités Relais, Self, Internat) avec pour objectif d'atteindre un résultat inférieur à 2%
	<u>Blanchisserie</u>	
		Kilos de linge produit
		Taux de respect des contrats: nombres de linges fournis / volume total des commandes. Calcul sur les 10 articles produits en quantité supérieure à 100 000 pièces par an.
		Nombre de pièces perdues (draps): différence entre ce qui est acheté et ce qui aurait dû être acheté (référence base Angers).
	<u>Magasin</u>	
		Evolution du stock en valeur
		Nombre de préparation / jour: nombre de pascalines préparées
		Taux de rupture pour les services: nombres de commandes insatisfaites / volume total des
		Ecart d'inventaire en valeur absolue: les écarts en plus et en moins sont compris
		Stock de casse / périmé: nombre de produits dont la date limite d'utilisation est dépassé et/ou endommagés
<u>Transport</u>		
	Nombres de transports commandes: il s'agit du nombre de transports demandés par les services de soin à l'ITS	
	Taux de respect des horaires: avec le logiciel THEO, les tournées sont prédéfinies incluant les parcours et les délais de trajet. Si un dépassement d'heure est dépassé (+/- 5 mn), un signal d'alerte est envoyé à la régulation. Le ratio nombre de signaux d'alerte / nombre de tournées programmées permet de mesurer le	
	Achats des transports privés/volume de transport total	
	Nombre de sinistres: véhicules tous confondus	
<u>Reprographie</u>		
	Nombre de tirages	
	Ouverture des droits couleur (impressions couleurs): nombre d'autorisation accordées au service pour publier en couleur	
	Perte de papier: différence entre le nombre de feuilles commandées et le nombre de feuilles imprimées	

ACHAT		
		Volume acheté en euros
		Gain / pertes achats par rapport au plan d'achat
		Montant par acheteur: ratio normé en euros sur la base des indicateurs PHARE
		Déchets (ordure ménagère et DASRI): volume d'achat de déchets (marché de prestation pour les DASRI ou convention pour les ordures ménagères) / volume total des achats. Exprimé en tonnes. 1 seul indicateur pour tous les segments d'achats.
		Taux de réalisation du PEH dans les délais reconductible tous les ans
		Cout d'acquisition / achat des produits dormants: volume de produits qui ne correspondent pas aux besoins, pour lesquels il n'y a pas de mouvement (en lien avec le magasin).
ACCUEIL HOTELIER	<u>Entretien</u>	
		Contrôle mensuel par loterie: nombre de contrôles d'hygiène de surface et de pièces (sur Pasteur 2, objectif 70 pièces par semaine)
		Cout de l'entretien du au mètre carré: à mesurer avec Pasteur 2
	<u>Manutention</u>	
		Nombre d'inventaire des équipements
		Temps d'occupation des équipes
		Prestations externalisées des parties communes en volume financier
		Redevances par site: montant des redevances versé au CHU par les prestataires
		Taux de services passés aux inventaire (inventaire tournant): nombre de services passés aux inventaires / nombre total des services
		Nombre de mise au rebus: nombre d'équipements jetés recensé en GMAO
	Valeur résiduelle des équipements jetés	

RESTAURATION HORS BIBERONNERIE 2012

Unités d'oeuvre : Nbre de repas total

Présentation par Nature de Charges

Comparaison à l'échantillon Catégoriel

COMPTES		CHU de NICE		ECHANTILLON CATEGORIEL (Coût de l'UO)						
		TOTAL	COÛT DE L'UO	MOYENNE	ECART (%)	ECART-TYPE	COEF. VAR.	INTERVALLE		NB OBS
N°	Libellé							INF.	SUP.	
B13	PERSONNEL NON MÉDICAL (Y COMPRIS 6721 ET 648 HORS 6481 ET 6482)	5 426 720,00	2,707	3,098	-14,4%	0,666	0,215	1,794	4,403	19
B15	PERSONNEL EMPLOIS AIDÉS (6416 ET 6417)			0,033		0,029	0,876 *	0,000	0,090	7
621	PERSONNEL EXTÉRIEUR À L'ÉTABLISSEMENT			0,022		0,023	1,020 *	0,000	0,066	3
TOTAL TITRE 1		5 426 720,00	2,707	3,111	-15,0%	0,663	0,215	1,811	4,417	19
6023	ALIMENTATION STOCKABLES	4 341 517,7	2,866	2,272	-4,9%	0,647	0,285	1,003	3,541	17
60261	COMBUSTIBLES			0,012		0,010	0,840 *	0,000	0,031	8
60262	PRODUITS D'ENTRETIEN	65 976,43	0,033	0,028	+15,2%	0,015	0,462 *	0,003	0,054	19
60263	FOURNITURES D'ATELIERS	120 469,25	0,060	0,029	+51,7%	0,025	0,838 *	0,000	0,078	11
602661	COUCHES, ALÈSES ET PRODUITS ABSORBANTS	8 929,17	0,009	0,002	+78,8%	0,001	0,894 *	0,000	0,004	3
602662	PETIT MATÉRIEL HÔTELIER	348 834,8	0,754	0,160	+19,5%	0,096	0,687 *	0,000	0,329	18
602664	MATÉRIEL ET FOURNITURES À USAGE UNIQUE STÉRILE (BLOUSE, CHARLOTTE...)	7 547,49	0,004	0,005	-25,0%	0,004	0,705 *	0,000	0,013	3
602668	AUTRES FOURNITURES HÔTELIÈRES	538,73	0,000	0,028		0,064	2,335 *	0,000	0,154	8
60268	AUTRES FOURNITURES CONSOMMABLES			0,019		0,036	1,919 *	0,000	0,090	5
60621	COMBUSTIBLES			0,005		0,004	0,824 *	0,000	0,014	3
60622	PRODUITS D'ENTRETIEN NON STOCKÉS			0,018		0,025	1,412 *	0,000	0,067	2
60623	FOURNITURES D'ATELIERS NON STOCKÉES	349,52	0,000	0,013		0,020	1,536 *	0,000	0,051	11
606261	COUCHES, ALÈSES ET PRODUITS ABSORBANTS NON STOCKÉS			0,009		0,000	0,000	0,009	0,009	1
606262	PETIT MATÉRIEL HÔTELIER NON STOCKÉ	3 563,03	0,002	0,083	-4 050,0%	0,122	1,466 *	0,000	0,321	9
606268	AUTRES FOURNITURES CONSOMMABLES NON STOCKÉES			0,035		0,053	1,505 *	0,000	0,188	4
6063	ALIMENTATION NON STOCKABLE	19 044,19	0,010	0,900	-9 373,2%	1,228	1,364 *	0,000	3,306	8
6068	AUTRES ACHATS NON STOCKÉS DE MATIÈRES ET FOURNITURES	17,43	0,000	0,029		0,062	2,145 *	0,000	0,150	9
613252	LOCATIONS MOBILIÈRES À CARACTÈRE NON MÉDICAL - EQUIPEMENTS	1635,84	0,004	0,008	-700,0%	0,010	1,206 *	0,000	0,028	8
613258	LOCATIONS MOBILIÈRES À CARACTÈRE NON MÉDICAL - AUTRES	31925,67	0,016	0,013	+18,8%	0,026	2,048 *	0,000	0,063	9
615251	ENTRETIEN ET RÉPARATIONS SUR BIENS MOBILIERS À CARACTÈRE NON MÉDICAL - MATÉRIEL	10 909,29	0,005	0,012	-120,5%	0,023	1,892 *	0,000	0,057	6
615258	ENTRETIEN ET RÉPARATIONS SUR BIENS MOBILIERS À CARACTÈRE NON MÉDICAL - AUTRES	6 792,14	0,003	0,030	-785,4%	0,030	1,008 *	0,000	0,090	15
615268	MAINTENANCE SUR BIENS À CARACTÈRE NON MÉDICAL - AUTRES	2 776,08	0,004	0,079	-5 604,4%	0,154	1,958 *	0,000	0,381	16
618	DIVERS SERVICES EXTÉRIEURS	945,52	0,000	0,000		0,000	0,960 *	0,000	0,001	16
6282	ALIMENTATION À L'EXTÉRIEUR (SOUS-TRAITEMENT DE REPAS TOUT PRÊT)			0,262		0,412	1,573 *	0,000	1,069	5
6286	PARTICIPATION AUX CHARGES COMMUNES (CRA)			0,123		0,000	0,000	0,123	0,123	1
6288	AUTRES PRESTATIONS DIVERSES À CARACTÈRE NON MÉDICAL	50 121,27	0,023	0,049	-96,0%	0,062	1,282 *	0,000	0,171	19
TOTAL TITRE 3		4 021 966,20	2,511	2,910	-18,9%	0,552	0,200	1,829	3,991	16
6811252	DOTATION AMORT. INSTALLATIONS TECHNIQUES, MATÉRIEL ET OUTILLAGE NON MÉDICAUX			0,126		0,041	0,322 *	0,047	0,205	11
6811288	DOTATION AMORT. DES IMMOBILISATIONS CORPORELLES - AUTRES			0,013		0,012	0,919 *	0,000	0,037	3
TOTAL TITRE 4				0,129		0,037	0,289	0,056	0,202	11
TOTAL BRUT		10 458 686,80	5,218	6,120	-17,3%	1,051	0,172	4,061	8,179	19
6319	REMBOURSEMENTS OBTENUS SUR IMPÔTS ET TAXES SUR RÉMUNÉRATIONS (ADMINISTRATIO	0,22	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	1
6419	REMBOURSEMENTS SUR RÉMUNÉRATIONS DU PERSONNEL NON MÉDICAL	26 079,24	0,013	0,013	-10,0%	0,016	1,308 *	0,000	0,045	19
64519	REMBOURSEMENTS SUR CHARGES DE SÉCURITÉ SOCIALE ET PRÉVOYANCE (PERS. NON MÉDI	6 008,91	0,003	0,006	-100,0%	0,006	0,984 *	0,000	0,019	3
64719	REMBOURSEMENTS SUR AUTRES CHARGES SOCIALES (PERS. NON MÉDICAL)	2,67	0,000	0,000		0,001	1,430 *	0,000	0,002	2
6489	REMBOURSEMENTS SUR AUTRES CHARGES DE PERSONNEL	66,11	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	1
7474	SUBVENTION - FONDS POUR L'EMPLOI HOSPITALIER (FEH)	1235,44	0,004	0,007	-600,0%	0,008	1,110 *	0,000	0,022	6
7541	REMBOURSEMENTS DE FRAIS - FORMATION PROFESSIONNELLE	65 898,60	0,033	0,013	+60,6%	0,012	0,906 *	0,000	0,037	8
7548	REMBOURSEMENTS DE FRAIS - AUTRES	145 506,18 **	0,073	0,013	+82,2%	0,024	1,919 *	0,000	0,061	8
758	PRODUITS DIVERS DE GESTION COURANTE	12 670,67	0,006	0,007	-16,7%	0,008	1,129 *	0,000	0,023	7
772	PRODUITS SUR EXERCICES ANTÉRIEURS	6 500,63	0,003	0,011	-266,7%	0,015	1,359 *	0,000	0,011	15
TOTAL PRODUITS DEDUCTIBLES		263 968,64 **	0,132	0,038	-12,1%	0,031	0,817 *	0,000	0,100	19
TOTAL NET		10 194 718,16	5,086	6,082	-19,6%	1,058	0,174	4,008	8,156	19
TOTAL GÉNÉRAL		10 167 936,31	5,072	6,082	-19,9%	1,058	0,174	4,008	8,156	19
Unités d'oeuvre : Nbre de repas total		2 004 548,000		1917 359,579	+4,3%					

* Coefficient de variation supérieur à 0,300 donc l'intervalle de confiance est non significatif mais donné à titre indicatif.

** Chiffre à l'extérieur de l'intervalle de confiance

ROSSIGNOL	KEVIN	<Date du jury>
DIRECTEUR D'HOPITAL Promotion 2013-2015		
La contractualisation peut-elle être un facteur d'amélioration du pilotage de la performance d'une direction fonctionnelle. Le projet de contractualisation de la direction accueil hôtelier achat et logistique		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : <Université VILLE>		
<p>Résumé :</p> <p>Sous l'effet de la contrainte budgétaire, l'amélioration de la performance est devenue un centre de préoccupation majeur pour les managers et cadres hospitaliers. Tous les champs d'activité sont désormais guidés par cette logique qui vise à conjuguer prise en charge de qualité et réduction des ressources. La direction accueil hôtelier achats et logistique (DAHAL) du CHU de Nice n'échappe pas à ce mouvement de fond.</p> <p>Allant dans le sens d'une gestion toujours plus exigeante, la contractualisation interne constitue la structure faitière de la performance hospitalière. Adossée à une politique d'intéressement, la démarche de contractualisation permet de responsabiliser les acteurs de l'offre de soins, et de tendre vers une optimisation des ressources.</p> <p>L'élargissement de cette la logique de performance aux directions fonctionnelles est en cours. A la DAHAL, les outils de pilotage sont déployés et des gains d'efficience ont été réalisés. Pourtant, il est possible de piloter, de manière encore plus optimale, la gestion de la performance de la DAHAL et des secteurs logistiques. Le présent mémoire a pour objet d'examiner si la réponse passe par une démarche de contractualisation interne.</p> <p>En élaborant à titre expérimental un CREO restauration, les bases d'une contractualisation entre direction fonctionnelle et pôles cliniques sont posées. L'existence d'un tel contrat est subordonnée à plusieurs conditions, mais constitue un outil précieux d'amélioration du pilotage de l'activité. Ce contrat pourrait être accompagné d'une politique d'intéressement</p> <p>Ce projet innovant devra être évalué pour apprécier l'opportunité de l'étendre à d'autres secteurs.</p>		
<p>Mots clés :</p> Pilotage de la performance – Contractualisation interne – Tableaux de bord – Indicateurs de performance – CREA – CREO – Intéressement – Logistique - Restauration		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		