



**ENSP**  
ECOLE NATIONALE DE  
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

---

**Directeur d'Hôpital**

**Promotion 2004**

---

**MISE EN PLACE ET IMPLICATIONS  
D'UN FINANCEMENT DES POLES  
A L'ACTIVITE:  
L'exemple du CHU de Montpellier**

---

**Samuel PRATMARTY**

---

# Remerciements

---

J'adresse mes sincères remerciements à Monsieur Pierre SANTUCCI, mon maître de stage et Directeur du Groupe Hospitalier Lapeyronie - Arnaud de Villeneuve, pour l'accueil chaleureux qu'il m'a offert ainsi que pour ses précieux conseils en vue de l'exercice de mon futur métier.

Je tiens également à remercier Messieurs Thierry NEGRE et Jérôme LARTIGAU, respectivement Directeur et Directeur-adjoint du Pôle Finances, Analyses et Prospectives, qui, par leurs conseils, m'ont orienté sur la thématique de ce mémoire.

Ma plus vive reconnaissance va également à Mademoiselle Sidonie LASCOLS, mon encadrant mémoire et Directrice de l'Analyse de gestion du CHU de Nice, pour son assistance à la fois méthodologique et technique ainsi que pour sa très grande disponibilité tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Ce travail doit beaucoup, par ailleurs, aux conseils et encouragements de Madame Patricia FILHOL, responsable du Contrôle de Gestion, Mademoiselle Clarisse MOLINA, responsable adjointe et chef de projet T2A, ainsi que Madame Marie-Thérèse HARBULOT, responsable de l'Informatique Décisionnelle. Qu'elles en soient toutes les trois remerciées.

J'exprime, enfin, toute ma gratitude à Monsieur le Docteur Didier HEVE, responsable de l'Unité de Prospective Stratégique, dont l'expertise et le sens de la pédagogie méritent d'être soulignés.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1. DYNAMISER LA GESTION DE PROXIMITE EN FINANÇANT A L'ACTIVITE.....</b>	<b>7</b>
<b>1.1 D'un effet de mode à une impérieuse nécessité.....</b>	<b>7</b>
1.1.1 Un contexte porteur .....	7
1.1.1.1 Une contrainte budgétaire croissante qui invite à une réflexion sur les coûts .....	7
1.1.1.2 La diversification des modes de financement externes.....	10
1.1.1.3 L'inadéquation des solutions alternatives .....	12
1.1.2 Une médicalisation souhaitable des budgets déconcentrés .....	14
1.1.2.1 L'insuffisante médicalisation de la déconcentration traditionnelle malgré les efforts entrepris en ce sens .....	14
1.1.2.2 La mise en place de la T2A offre l'occasion d'une véritable médicalisation des budgets déconcentrés .....	18
1.1.3 Le passage d'une logique budgétaire à une logique économique : un aboutissement de la déconcentration budgétaire.....	20
1.1.3.1 La nécessité d'une approche globale des questions budgétaires.....	20
1.1.3.2 Une autonomie budgétaire accrue : des centres de coûts aux centres de profits ? .....	21
<b>1.2 Une mise en oeuvre complexe.....</b>	<b>23</b>
1.2.1 Du budget théorique... ..	23
1.2.1.1 Les principes de construction du budget théorique.....	24
1.2.1.2 Les préalables à lever .....	26
1.2.2 ... au budget déconcentré .....	35
1.2.2.1 Principes et modalités de construction du budget déconcentré.....	36
1.2.2.2 Les limites du modèle de décomposition analytique des produits .....	39
1.2.3 Une gestion budgétaire renouvelée .....	40
1.2.3.1 Garantir une approche infra annuelle du contrat interne d'objectifs et de moyens : une conciliation difficile entre l'ajustement trimestriel des crédits et le principe de l'annualité du contrat.....	40
1.2.3.2 Des tableaux de bord plus complets et dynamiques .....	42

<b>2. UN MODE DE FINANCEMENT QUI IMPOSE UN RENOUVELLEMENT DES MODES DE PILOTAGE .....</b>	<b>47</b>
<b>2.1 Une responsabilisation accrue des pôles qui confère une nouvelle     dimension à la contractualisation interne .....</b>	<b>47</b>
2.1.1 Responsabiliser les pôles sur leurs stratégies de recettes.....	48
2.1.1.1 Améliorer le recensement de l'activité réalisée.....	48
2.1.1.2 Développer quantitativement l'activité .....	51
2.1.1.3 Recueillir les fruits d'une gestion efficace et dynamique .....	56
2.1.2 Responsabiliser les pôles sur leurs stratégies de dépenses .....	60
2.1.2.1 La reconfiguration de l'offre de soins interne .....	60
2.1.2.2 Améliorer l'utilisation des ressources .....	63
2.1.3 Une responsabilisation étroitement dépendante de l'autorité dont disposera le management du pôle .....	67
2.1.3.1 Le coordonnateur de pôle doit disposer d'une autorité reconnue et respectée par tous .....	68
2.1.3.2. L'administration doit valoriser le rôle du cadre administratif de pôle .....	70
<b>2.2 Une administration qui voit son organisation et son mode de     fonctionnement profondément impactés: une administration qui se met     au service des pôles.....</b>	<b>73</b>
2.2.1 Se réorganiser au service des pôles : l'exemple du CHU de Montpellier.....	73
2.2.1.1 Une réorganisation autour du concept de guichet unique .....	74
2.2.1.2 Le développement d'une fonction d'assistance conceptuelle et technique .....	78
2.2.2 Préserver la logique institutionnelle .....	82
2.2.2.1 Garantir l'équilibre institutionnel ou de la nécessité d'organiser des mécanismes de péréquation .....	82
2.2.2.2 Préserver les marges de manœuvre institutionnelles .....	86
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>89</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>I</b>
<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>	<b>VII</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>ARH</b>	Agence Régionale de l'Hospitalisation
<b>CCAM</b>	Classification Commune des Actes Médicaux
<b>CH</b>	Centre Hospitalier
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>DIM</b>	Département d'Information Médicale
<b>DMS</b>	Durée Moyenne de Séjour
<b>DOSC</b>	Département de l'Offre de Soins et de la Clientèle
<b>DRI</b>	Département des Ressources et de l'Ingénierie
<b>ENC</b>	Echelle Nationale des Coûts
<b>EPRD</b>	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
<b>FHF</b>	Fédération Hospitalière de France
<b>PFAP</b>	Pôle Finances, Analyses, Prospective
<b>GHM</b>	Groupe Homogène de Malades
<b>GHS</b>	Groupes Homogènes de Séjours
<b>ISA</b>	Indice Synthétique d'Activité
<b>MIGAC</b>	Missions d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation
<b>MIG</b>	Missions d'Intérêt Général
<b>MCO</b>	Médecine Chirurgie Obstétrique
<b>ONDAM</b>	Objectif National d'évolution des Dépenses d'Assurance Maladie
<b>PMSI</b>	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
<b>RSS</b>	Résumé de Sortie Standardisé
<b>SAU</b>	Service d'Accueil des Urgences
<b>SIH</b>	Système d'Information Hospitalier
<b>SSR</b>	Soins de Suite et de Réadaptation
<b>T2A</b>	Tarifcation A l'Activité
<b>UAM</b>	Unité d'Anesthésie Médicale
<b>UPS</b>	Unité de Prospective Stratégique

## INTRODUCTION

En application du plan Hôpital 2007, rendu public par le Ministre de la Santé le 20 novembre 2002, les pôles d'activité semblent devoir devenir la structure médicale de droit commun au sein des établissements publics de santé, en lieu et place des services, dont l'existence n'est toutefois pas remise en cause. Après n'avoir constitué qu'une simple possibilité, bien que largement encouragée par les pouvoirs publics, l'organisation en pôles titulaires d'une délégation de gestion devrait être généralisée à l'ensemble des hôpitaux publics. Cette décision peut légitimement surprendre, dans la mesure où les récents rapports sur l'organisation interne de l'hôpital, s'il vantaient effectivement les mérites d'une structuration en pôles associée à une délégation de gestion, réclamaient avant tout une liberté totale d'organisation, les établissements devant rester libres de déterminer eux-mêmes l'organisation interne qui leur paraisse la mieux adaptée.

A l'horizon 2007, tous les établissements publics de santé du territoire devront avoir mis en place en leur sein des pôles d'activité & initié un transfert de compétences de l'administration centrale au profit de ces derniers. Le chantier qui attend les responsables hospitaliers est d'une ampleur sans précédent : on leur demande à la fois de refondre leur organisation et de revoir leurs modes de fonctionnement. L'atteinte de cet objectif ambitieux, passe par une réflexion approfondie sur l'ensemble des points qui structurent la mise en place de la Nouvelle Gouvernance. Certaines thématiques viennent tout de suite à l'esprit tel que le découpage des pôles, le contenu de la délégation ou encore l'organisation et le fonctionnement interne des pôles. D'autres peuvent n'apparaître que dans un second temps, au fur et à mesure de l'avancement de la réflexion et en particulier à l'approche de la mise en œuvre opérationnelle qui met toujours en lumière des problèmes négligés jusqu'ici. On peut comprendre que, pour des raisons méthodologiques, ces différents points puissent éventuellement être abordés séparément, du moins dans un premier temps, mais le succès de la démarche dépend en tout état de cause d'une mise en musique conjointe au moment de la finalisation du projet, tant ils sont intimement liés.

La question du mode d'allocation budgétaire des pôles est exemplaire de ce point de vue. Loin d'être secondaire, cette problématique est au contraire stratégique. Elle ne doit en aucun cas être considérée comme une simple question technique que l'on peut traiter indépendamment du reste de la démarche. La question du mode d'allocation budgétaire est, en effet, plus transversale qu'il n'y paraît au premier abord. D'abord parce qu'elle est étroitement dépendante des choix qui seront faits quant au périmètre du pôle ou aux

compétences déléguées. Ensuite parce qu'elle devrait se retrouver au cœur des discussions avec le corps médical au moment d'aborder le contrat d'objectifs et de moyens et la mise en œuvre opérationnelle de la délégation de gestion. Les médecins, appelés à prendre de nouvelles responsabilités, devraient veiller à ce que le mode d'allocation budgétaire soit le plus juste possible, en répartissant les moyens de manière équitable sur la base de critères incontestables.

La problématique du mode de financement des pôles se distingue de celle de l'opportunité ou de la faisabilité de la contractualisation interne en matière budgétaire et financière avec laquelle elle ne doit pas être confondue bien qu'elle en soit proche. Le postulat de départ est que cette dernière est acquise et fait partie à part entière de la déconcentration de gestion. La contractualisation interne perd tout intérêt sans déconcentration de la gestion budgétaire. La liberté d'utilisation des crédits, permise par le principe de fongibilité du budget, est le principal facteur de motivation du corps médical pour qui cette souplesse est la contrepartie de ses nouvelles responsabilités. La question du mode d'allocation budgétaire des pôles d'activité reste en revanche entière : comment doivent aujourd'hui être déterminés les montants de crédits inscrits au budget des pôles?

La réponse à cette question est loin d'être univoque. Le régime juridique de la contractualisation interne issu de la loi du 31 juillet 1991 et de l'ordonnance du 24 avril 1996 est en effet très souple. Les promoteurs de cette nouvelle forme d'organisation avaient souhaité laisser aux établissements le maximum de latitude afin de ne pas les dissuader de s'engager dans cette voie. Aucune disposition contraignante ne vient régir le mode d'allocation budgétaire des entités déconcentrées. En l'état actuel des choses, sans que l'on puisse préjuger cependant des évolutions futures, le projet de texte sur la nouvelle gouvernance reste également muet sur cet aspect de la déconcentration. Les établissements conservent ainsi, à priori, une totale liberté dans le choix du mode d'allocation budgétaire le plus adapté.

A ce jour le montant des crédits délégués aux pôles peut être déterminé selon trois modalités. La première consiste en une reconduction des crédits octroyés l'année précédente. Cette modalité est la seule à avoir été retenue jusqu'à présent au sein des rares établissements à avoir mis en œuvre jusqu'au bout une déconcentration de gestion avec des budgets de service. La deuxième se fonde sur les besoins réels calculés après remise à plat des dépenses. Connue sous le nom de budget base zéro, cette procédure est exempte d'exemples d'application au sein des établissements publics de santé. La troisième modalité se base, elle, sur les recettes générées par le pôle ou le service en fonction de son activité.

Il est bien évident que, dans le contexte de la tarification à l'activité, cette dernière modalité est, de toutes, celle qui est la plus en vogue. L'apparition de la T2A renouvelle, en effet, la réflexion sur le mode d'allocation budgétaire interne le plus approprié. On vient d'y faire allusion : jusqu'à présent les établissements privilégiaient systématiquement une transposition interne du mode d'allocation budgétaire externe à savoir le budget de reconduction, sans être totalement convaincus toutefois de l'opportunité de ce choix, ce qui explique les tentatives pour corriger cette technique et l'utilisation du PMSI en interne. Aujourd'hui ils disposent avec la T2A d'une alternative crédible, qui correspond mieux aux attentes du corps médical.

Si elle éclate au grand jour à la faveur de la T2A, cette consécration plus que probable du financement des pôles à l'activité est en fait le fruit d'un long processus. La circulaire du 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne au sein des établissements publics de santé envisageait déjà, bien que de manière incidente, l'établissement d'un lien entre les ressources octroyées et l'activité : *"Les objectifs et perspectives d'évolution des moyens humains, techniques et financiers, notamment en fonction des variations d'activité, figurant dans le contrat de délégation de gestion, s'articulent avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu avec l'ARH."* On ne peut donc parler d'un effet de mode mais bel et bien d'une tendance de fond qui a mis du temps à émerger, faute d'outils satisfaisants.

La concomitance dans le temps entre la nouvelle gouvernance et la T2A n'est probablement pas due au hasard. Elle constitue à n'en pas douter une invitation à un rapprochement organique et fonctionnel entre les deux. Les liens et les complémentarités entre ces deux axes majeurs de la politique du Ministère de la Santé sont évidents. Toutes les deux vont, en particulier, dans le sens d'une modification forte du mode de management avec un glissement progressif vers une gestion médico-administrative. Il est tentant de dire que le découpage des établissements publics de santé en pôles titulaires d'une délégation de gestion est une conséquence de la mise en œuvre de la T2A. Cette affirmation est chronologiquement erronée dans la mesure où les réflexions sur la déconcentration de gestion sont antérieures à la mise en place de la T2A. Il faut par conséquent présenter le problème autrement : l'organisation en pôles constitue une réponse adaptée aux défis soulevés par la mise en place de la T2A d'où la relance de la déconcentration de gestion. Le financement des pôles à l'activité serait, si il devait être choisi, le meilleur exemple de l'intégration totale entre ces deux réformes. Mais la transposition en interne du nouveau mode d'allocation budgétaire des établissements soulève un grand nombre de questions.

Le choix d'un mode d'allocation budgétaire ne peut pas se faire que sur la base d'une heureuse coïncidence entre deux réformes, quels que soient les liens qu'elles entretiennent. L'intérêt, la faisabilité et les conséquences de ce choix doivent être envisagées avant de s'engager dans une voie dont il sera difficile de sortir par la suite. Le mode de financement mis en oeuvre n'est jamais anodin et répond toujours à une vision ou à une finalité particulière. Celui qui sera envisagé dans ce mémoire se profile comme étant particulièrement structurant et impliquant. La question est donc de savoir si le mode d'allocation budgétaire externe est transposable en interne, à quelles conditions et jusqu'où ?

Le CHU de Montpellier s'est engagé dans la voie de la déconcentration de gestion depuis maintenant deux ans, sur la base de l'ordonnance du 24 avril 1996, avant que le Ministre de la Santé de l'époque ne fasse connaître son projet de Nouvelle Gouvernance. Dans ce cadre, une première réflexion avait été conduite par le service du Contrôle de gestion afin de déterminer le meilleur mode d'allocation budgétaire pour les pôles, en balayant le champ du possible, sans à priori. C'est ainsi que les trois modalités précédemment évoquées ont été étudiées. En raison du coup d'arrêt porté à la démarche de déconcentration, notamment du fait du refus du Conseil d'Administration de rentrer dans la procédure d'expérimentation de la Nouvelle Gouvernance, cette réflexion a été, elle aussi, mise en sommeil en attendant d'y voir plus clair. A l'issue des premiers travaux, les responsables du CHU semblaient cependant vouloir privilégier la piste du financement des pôles à l'activité, sans toutefois qu'une étude poussée ne soit mise en oeuvre. Cette voie avait, en effet, le mérite de bénéficier d'un à priori favorable d'une majorité du corps médical.

En prévision de la reprise de la réflexion sur cette thématique et l'arrêt d'une position définitive, ce mémoire se propose de cadrer le débat, sans prétendre pour autant épuiser le sujet, pour le moins vaste. Il s'agit modestement et au regard des premières recherches et réalisations du CHU de Montpellier ainsi que celles conduites au sein d'autres établissements tels que les Hospices Civils de Lyon ou encore le CHU de Toulouse, d'apporter quelques éclairages ou éléments de réponse sur les différents aspects du financement des pôles à l'activité qui ne manqueront pas d'être soulevés. La réflexion n'en est qu'à ses débuts : aussi ce mémoire n'a-t-il pas la prétention de présenter un modèle de financement abouti pour lequel l'ensemble des procédures techniques serait défini avec précision. L'approche se veut ainsi plus politique que technique. La démarche est par ailleurs nécessairement prospective : l'absence d'application effective sur le terrain ne permet, à l'heure actuelle, aucun recul.

Ce travail repose sur l'hypothèse du schéma cible initial, à savoir une T2A à 100 % et non sur la base du régime transitoire avec une montée en puissance progressive de la part T2A. Si les difficultés techniques sont identiques quelle que soit la part de la T2A dans le financement total des établissements et donc des pôles, les effets restructurants, eux, diffèrent. Plus cette dernière est importante, plus la pression est forte sur les gestionnaires de pôles, incités à mettre en œuvre les mesures nécessaires pour préserver les équilibres financiers dont ils seront désormais responsables.

La première partie cherchera à démontrer en quoi le financement des pôles sur la base de leur activité constitue une véritable opportunité. La transposition en interne du mode d'allocation budgétaire externe semble, en effet, de nature à dynamiser la gestion de proximité en conférant un véritable sens à la notion ancienne de centre de responsabilité, à condition toutefois de surmonter les nombreux obstacles techniques qui complexifient le passage du principe à la mise en application pratique.

La seconde partie s'attachera, quant à elle, à démontrer le caractère structurant de ce mode d'allocation budgétaire dont les implications devraient être fortes, au-delà de ce que la déconcentration de gestion traditionnelle a pu produire. Le financement à l'activité jouant comme un effet démultiplicateur, on peut s'attendre à un renouvellement profond des modes de pilotage des établissements de santé dans le sens non seulement d'une plus grande responsabilisation des acteurs de terrain, mais aussi du repositionnement stratégique de l'administration.

# **1. DYNAMISER LA GESTION DE PROXIMITE EN FINANÇANT A L'ACTIVITE**

Encouragée par les pouvoirs publics depuis 1983, la déconcentration de gestion au sein des établissements publics de santé a connu des développements inégaux, au fil des relances successives. Elle a incontestablement souffert depuis l'origine d'un mode d'allocation budgétaire inadapté. L'introduction du financement à l'activité semble de nature à lui donner un nouveau dynamisme, à condition, toutefois, de surmonter des difficultés techniques inévitables.

## **1.1 D'un effet de mode à une impérieuse nécessité**

Le financement des pôles à l'activité pourrait s'analyser comme une simple mode. En réalité plusieurs facteurs expliquent la montée en puissance de cette idée. Elle bénéficie tout d'abord d'un contexte favorable. Elle s'inscrit par ailleurs dans le prolongement de deux mouvements anciens et à la recherche d'un second souffle, la médicalisation des budgets et leur déconcentration pleine et entière, pour lesquels elle constitue une forme d'aboutissement.

### **1.1.1 Un contexte porteur**

#### **1.1.1.1 Une contrainte budgétaire croissante qui invite à une réflexion sur les coûts**

En dépit des efforts de gestion entrepris depuis plusieurs années par les hôpitaux publics, leurs dépenses sont en constante augmentation. Selon les dernières statistiques de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, celles-ci ont encore progressé de 5,5 % sur l'année 2003. Ce chiffre doit néanmoins être rapproché de l'ONDAM hospitalier pour 2003, qui prévoyait une augmentation de 5 %. Il n'en reste pas moins supérieur aux prévisions et s'inscrit dans la continuité des dépassements des années précédentes.

Le décalage croissant entre les dépenses et les recettes des hôpitaux publics se traduit logiquement par une dégradation de leur situation budgétaire. L'amplification du mécanisme des reports de charges symbolise à lui seul cette dégradation des comptes. Ces dépenses qui auraient normalement dû être financées sur l'exercice en cours et qui, par insuffisance de crédits, ont finalement été payées sur l'exercice suivant, avec les

crédits de l'exercice suivant constituent un dysfonctionnement majeur, aux lourdes conséquences, aussi bien pour les établissements contraints d'y recourir que pour leurs fournisseurs. Tout d'abord, ils faussent complètement la perception des coûts réels de fonctionnement. Ensuite, dans le cas des établissements sous dotés, ils amputent systématiquement, et dès le début de l'année, le budget en cours, du montant des charges reportées, réduisant d'autant les moyens réellement disponibles. Enfin ils rallongent les délais de paiement des fournisseurs au-delà de ce que prévoit la réglementation.

Un récent rapport de la Fédération Hospitalière de France (FHF)<sup>1</sup>, qui leur est consacré, fait état de chiffres préoccupants. Sur le seul exercice 2003, les reports de charges s'élèveraient à 310 millions d'euros, auxquels il convient d'ajouter la partie couverte par les vacances de postes médicaux pour un montant de 93,5 millions. En y rajoutant les reports cumulés, on atteindrait fin 2003, un chiffre d'au moins 650 millions d'euros.

Les aides exceptionnelles octroyées par le Ministère de la Santé, 300 millions d'euros depuis le début de l'année, sont insuffisantes pour permettre le retour à l'équilibre. D'autant que la tarification à l'activité fait sentir ses premiers effets : certains établissements ont d'ores et déjà vu leur budget reculer par rapport à 2003. L'improbable hausse des recettes dans les années à venir ne laisse d'autre choix aux hôpitaux publics que de s'interroger sur le niveau de leurs dépenses.

Ils y sont d'ailleurs fortement incités par l'actualité. Deux récents rapports viennent, en effet, de jeter la suspicion sur la rigueur de la gestion hospitalière, en particulier sur l'opportunité de certaines dépenses. Tous les deux insistent sur l'existence de marges de manœuvre sous exploitées.

Le premier, en cours d'élaboration par le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie mais dont le contenu commence à filtrer, se montre sévère sur la gestion des établissements publics de santé, qu'il juge approximative. Il s'étonne que les coûts des soins varient considérablement d'un établissement à un autre. Il laisse tout particulièrement entendre que les hôpitaux publics français coûteraient plus cher que les établissements privés pour des prestations équivalentes. Leur méconnaissance des processus de formation des coûts, autre point faible, pourrait expliquer de tels écarts et

---

<sup>1</sup> FHF, Conférences des directeurs de CH et CHU. *Analyse des reports de charge 2003 dans les hôpitaux*. Juillet 2004.

l'absence de politique tendant à leur résorption. Ces critiques ont suscité une vigoureuse réponse de la part de la FHF, estimant que le Haut Conseil comparait des choses qui n'étaient pas comparables, que les écarts de coûts constatés pouvaient s'expliquer par des raisons objectives et notamment les contraintes pesant spécifiquement sur les hôpitaux publics.

Les conclusions du deuxième rapport<sup>2</sup> vont dans le même sens. Portant plus spécifiquement sur la gestion des achats hospitaliers, ce rapport dresse un constat accablant pour les acheteurs publics. D'après la Mission d'Expertise et d'Appui Hospitalière (MEAH), qui a chiffré les écarts de coûts d'achats entre différents hôpitaux, les prix de produits identiques peuvent varier du simple au double voire au quintuple. Au terme d'une extrapolation peut être un peu trop optimiste, une optimisation de la fonction achat au sein des hôpitaux publics permettrait d'économiser chaque année 1,6 milliards d'euros sur les achats hospitaliers, ce qui représente tout de même plus de 12 % du volume total des dépenses dans ce domaine (11,9 milliards d'euros en 2003).

Tout en reconnaissant que certains postes de dépenses connaissent des taux de croissance effectivement importants, la FHF fait valoir que ces fortes augmentations découlent en grande partie de facteurs externes à l'hôpital sur lesquels les établissements n'ont pas de prise. Le prix des médicaments, par exemple, est en partie administré par le Comité économique des produits de santé. Quant à l'explosion des primes d'assurance, elle s'explique essentiellement par une évolution de la législation qui renforce le risque de contentieux.

L'augmentation des dépenses liées aux achats apparaît ainsi en grande partie inéluctable : il est difficile de s'opposer au progrès de la médecine ou aux demandes des usagers. Mais les contraintes externes ne peuvent tout expliquer. Certaines des dérives constatées tiennent avant tout à une gestion insuffisamment dynamique, illustrée en particulier par l'absence de démarche de « benchmarking », pourtant incontournable en matière d'achats.

Ce doute sur la rigueur du suivi des dépenses hospitalières est d'autant plus surprenant que l'on assiste depuis plus d'une dizaine d'années au développement d'outils d'analyse des coûts.

Les hôpitaux publics doivent avoir mis en place une comptabilité analytique hospitalière (CAH) en complément de la comptabilité générale. L'apport de la CAH est déterminant

---

<sup>2</sup> Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier. Rapport d'étape, *Les achats dans les hôpitaux et les cliniques*. 15 octobre 2003.

pour la connaissance des coûts hospitaliers et de leurs processus de formation de par sa vision micro-économique du fonctionnement de l'hôpital. Elle permet, en effet, de dépasser l'analyse globale au niveau de l'établissement pour rentrer dans le détail des coûts par services, par activités ou encore par séjours.

Le développement de la CAH s'accompagne de la constitution de bases nationales de coûts, telles que l'Echelle Nationale de Coûts (ENC) qui détermine les coûts moyens par séjours ou encore la base dite d'Angers qui développe, elle, les coûts moyens d'une trentaine d'activités. Ces bases nationales apportent un éclairage supplémentaire aux décideurs hospitaliers. La connaissance de ses propres coûts, au travers de la comptabilité analytique, est insuffisamment révélatrice. Seule la comparaison avec des coûts de référence, issus de l'une des deux bases précitées, permet d'identifier ses points forts et ses points faibles. Ces bases de coûts, couplées à la comptabilité analytique propre à l'établissement, s'imposent de plus en plus comme un outil de pilotage incontournable.

On ne peut pas cependant dire que les hôpitaux publics aient, pour le moment, exploités jusqu'au bout les potentialités offertes par ces outils d'analyse. Il est vrai qu'ils ont pendant très longtemps été perçus plus comme des outils destinés à informer les tutelles que comme des instruments de gestion interne. La mise en place de la tarification à l'activité devrait cependant renouveler l'intérêt des établissements à leur égard. Par comparaison aux tarifs de référence, la CAH permettra, en effet, de cerner les activités, les GHM ou les pôles coûtant plus qu'ils ne seront rémunérés et par conséquent d'identifier les points sur lesquels faire prioritairement porter les efforts d'adaptation.

#### 1.1.1.2 La diversification des modes de financement externes

La diversification des sources externes de financement plaide, elle aussi, en faveur d'une transposition en interne du nouveau mode de financement des hôpitaux.

Le phénomène est relativement ancien, mais était jusqu'à présent moins perceptible. La prééminence de la dotation globale qui représentait entre 90 et 95 % des ressources des hôpitaux, masquait l'existence d'autres sources de financement, certes anecdotiques au regard de cette dernière mais bien utiles pour équilibrer le budget : les activités subsidiaires, les financements au titre des contrats d'objectifs et de moyens, la part laissée à la charge des usagers ou de leurs mutuelles ...

Ce processus de diversification des modes de financement vient de prendre une nouvelle ampleur avec la mise en place de la tarification à l'activité. Le budget des établissements publics de santé repose désormais sur six grandes modalités de financement aux logiques et modes de calcul distincts<sup>3</sup>.

⇒ Trois modalités générales de financement directement liées à l'activité réalisée :

- le paiement d'un tarif par séjour (Groupes Homogènes de Séjours ou GHS) pour les activités d'hospitalisation comprises dans le champ MCO, avec ou sans hébergement.
- le paiement d'un tarif par prestation pour les activités de consultations et actes externes, d'urgence, de prélèvements d'organes, ainsi que l'hospitalisation à domicile (activités non décrites par les GHS)
- le paiement de certains consommables médicaux (médicaments et dispositifs médicaux implantables onéreux) en sus des tarifs par séjour.

⇒ Une modalité de financement mixte, pour certaines activités de soins, correspondant à un montant de ressources annuelles fixe mais déterminé en fonction de l'activité réalisée :

- un forfait annuel pour financer les coûts fixes du service d'accueil des urgences;
- un forfait annuel pour financer les coûts fixes de la coordination hospitalière des prélèvements;

⇒ Deux modalités de financement indépendantes de l'activité réalisée et ne relevant donc pas à proprement parler de la tarification à l'activité :

- une enveloppe pour le financement des missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation (MIGAC);
- une dotation annuelle de financement, calculée selon les mêmes procédés que l'actuelle dotation globale, pour les activités comprises en dehors du champ MCO (psychiatrie, soins de suite et de réadaptation).

Ce foisonnement de dotations, auxquelles il faut toujours ajouter les participations des usagers, celles des mutuelles, ainsi que les recettes subsidiaires, rend moins naturel

---

<sup>3</sup> cf. Mission T2A, " La tarification à l'activité, modèle d'allocation des ressources et modalités de mise en œuvre", octobre 2003.

qu'auparavant le financement des pôles par le biais d'une mini dotation globale. Quand la dotation globale représentait, à elle seule, l'essentiel des produits de l'établissement la transposition en interne de ce mode de financement s'imposait d'elle-même. Maintenant que l'établissement lui-même perçoit ses ressources selon différentes modalités, il semble difficile de ne pas faire de même pour les pôles. La logique commande, en effet, de transposer en interne ce qui est applicable en externe, à la fois pour des questions de simplicité, de lisibilité et d'acceptabilité internes. Les personnels médicaux et soignants ne comprendraient pas qu'on ne les fasse pas profiter d'un mode de financement dont la direction vante les mérites en externe. Sans corrélation entre les deux, il existe par ailleurs un risque non négligeable d'incohérence et de décrochage : une règle de répartition interne différente de la règle externe finirait inmanquablement par déboucher sur un décalage entre les possibilités financières de l'établissement et les demandes des pôles.

Il semble ainsi préférable de financer les pôles à l'activité lorsque l'établissement est lui-même financé en grande partie à l'activité. Cela est d'autant plus vrai que les solutions alternatives apparaissent inadéquates.

#### 1.1.1.3 L'inadéquation des solutions alternatives

Si le financement des pôles en fonction de la valorisation de leur activité s'impose peu à peu, c'est aussi en raison de l'inadaptation des solutions alternatives. Deux autres modèles de construction budgétaire sont en effet possibles : le budget de reconduction bien connu des gestionnaires hospitaliers, ainsi que le budget base zéro (BBZ) qui l'est moins. Tous les deux font partie des hypothèses de travail du service du Contrôle de gestion du CHU de Montpellier. Seul le dernier sera néanmoins abordé dans cette partie. Le premier y aurait également sa place, mais sera traité pour des raisons méthodologiques dans la partie suivante.

Mis en œuvre à titre expérimental dans les années soixante sur le budget du Ministère de la Défense des USA, le BBZ n'a jamais véritablement réussi à s'imposer comme modèle de construction budgétaire de droit commun. Son application au sein d'une structure hospitalière publique aurait, si il avait été retenu, constitué une première.

La procédure du BBZ est basée sur le principe que rien n'est jamais acquis. La reconduction automatique d'un budget d'une année sur l'autre est donc exclue par principe. Il se traduit par une remise à plat intégrale et périodique du budget au terme de

laquelle chaque dépense doit être justifiée. En ce sens, le BBZ est l'antithèse du budget de reconduction.

On ne part donc ni des dépenses passées (budget de reconduction), ni des recettes attendues (tarification à l'activité) mais des besoins réels. Ces besoins sont définis en fonction de deux variables principales, qui conditionnent le niveau de ressources nécessaires : le volume d'activité prévisible d'une part, et un niveau de prise en charge de base, d'autre part.

Le budget du pôle, version BBZ, doit donc correspondre strictement à ce qui est nécessaire pour traiter un volume donné d'activité à un niveau de qualité explicitement choisi. Cela suppose d'être en mesure de prévoir avec précision l'activité et surtout de s'entendre sur la notion de niveau de prise en charge de base.

Les prévisions d'activité posent un premier problème, bien que secondaire par rapport aux autres. L'activité constitue, en effet, une variable extérieure à l'établissement, sur laquelle ce dernier n'a que peu de prise. Les prévisions en ce domaine restent néanmoins du domaine du possible. Les responsables hospitaliers peuvent s'appuyer par exemple sur les statistiques d'activité des années passées, à partir desquelles une extrapolation sera effectuée, en tenant compte notamment des données épidémiologiques. Les établissements de santé n'ont de toute façon plus le choix : BBZ en interne ou non, la mise au point chaque année de l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) dans le cadre de la T2A les contraindra à un exercice régulier de prospective sur les niveaux d'activité futurs.

La définition d'un niveau de prise en charge de base s'avère encore plus problématique au point de mettre en évidence les limites du modèle. Médecins, soignants ou administratifs n'ont pas la même définition d'un niveau standard de prise en charge et il devrait leur être difficile de s'entendre là dessus. Si placer le débat sur cette question est somme toute logique, le risque est grand de réveiller les vieux discours sur l'insuffisante prise en compte des patients et sur le manque de moyens. De quoi rendre interminable une procédure budgétaire suffisamment complexe en elle-même ...

Si le BBZ va dans le sens de la qualité de la prise en charge, puisque calée sur des standards acceptables par tous, si elle est de ce fait de nature à satisfaire les personnels médicaux et soignants, elle ne suit pas nécessairement les préoccupations de l'administration. Le BBZ ne paraît pas la meilleure voie à suivre pour faire des économies. Dans le contexte hospitalier où, quoi qu'on en dise les budgets sont serrés, le BBZ risque surtout de faire ressortir des besoins insatisfaits jusque ici et ce, d'autant plus si l'on

place le curseur du standard de la prise en charge médicale au plus haut niveau. Appliqué à l'hospitalisation publique le BBZ peut donc avoir un effet inflationniste ou mettre la Direction dans une position où elle ne peut, compte tenu des ressources, accéder aux demandes des équipes.

Alors que l'application de la T2A fait peser de lourdes incertitudes sur la pérennité de certaines ressources, il peut apparaître dangereux d'allouer les moyens financiers aux pôles en fonction de leurs besoins plutôt qu'en fonction des ressources disponibles, même si cela constitue un idéal. Le découplage entre le mode de financement interne et le mode de financement externe représente un risque que les établissements de santé ne peuvent prendre. Conscient de ces problèmes le Pôle Finances, Analyses et Perspectives du CHU de Montpellier a renoncé à recourir au BBZ pour déterminer les budgets des pôles, lui préférant une solution plus adaptée au contexte.

### **1.1.2 Une médicalisation souhaitable des budgets déconcentrés**

La médicalisation des bases budgétaires constitue une évolution inéluctable. Elle correspond à une revendication de longue date des médecins qui déplorent l'insuffisante prise en compte des données médicales dans la détermination des budgets déconcentrés. Après quelques améliorations permises par l'utilisation du PMSI en interne, la gestion déconcentrée médicalisée devrait connaître un aboutissement avec la mise en place de la T2A.

#### **1.1.2.1 L'insuffisante médicalisation de la déconcentration traditionnelle malgré les efforts entrepris en ce sens**

L'analyse des diverses expériences de déconcentration budgétaire menées ces dernières années montre une prépondérance des bases historiques dans la construction des budgets de service ou de pôles. Les établissements concernés n'ont fait ainsi que décliner en interne le mode de construction budgétaire qui leur est applicable : le budget de reconduction.

Le budget de reconduction correspond aux moyens nécessaires à la poursuite de l'exécution des missions et des activités dans des conditions identiques à celles approuvées l'année précédente. Il se caractérise donc par une grande continuité d'une

année sur l'autre, continuité qui sécurise les gestionnaires mais qui n'est pas sans effets pervers, comme on le verra par la suite.

Concrètement, le budget de l'année N est égal au dernier budget approuvé de N-1 (budget primitif modifié par les décisions modificatives successives), corrigé en plus de l'effet en année pleine des mesures accordées pour une partie de l'année N-1 et en moins, des crédits non reconductibles. On applique alors à la nouvelle base budgétaire ainsi obtenue un taux d'actualisation pour tenir compte de l'augmentation naturelle des coûts. Ce taux est en principe identique au taux notifié à l'établissement par l'ARH, mais on peut aussi le moduler entre les pôles, comme le fait l'ARH elle-même entre les établissements, pour tenir compte de leurs efforts de productivité respectifs. Se rajoutent enfin, les crédits destinés au financement de nouveaux projets, qu'il s'agisse de projets défendus par les pôles ou de projets portés par l'institution. Il s'agit de permettre à la marge une modification de la structure du budget de reconduction.

Tout l'enjeu consiste, au moment où l'on met en place le système, à déterminer avec précision la base budgétaire de chacun des pôles. Cette étape prend d'autant plus d'importance que cette base budgétaire n'a pas vocation à être par la suite négociée annuellement au moment de la définition du contrat interne d'objectifs et de moyens. Les seules marges de manœuvre portent encore une fois sur le taux d'actualisation et les nouveaux projets.

La détermination de la base reconductible repose sur la comptabilité analytique qui permet de donner une image assez fidèle des dépenses passées du pôle. Autant les coûts par séjour restent approximatifs et doivent être pris avec prudence autant les coûts par structure de prise en charge sont précis et constituent une solide base de travail. Par mesure de prudence, néanmoins, les coûts sont le plus souvent lissés sur plusieurs exercices consécutifs en vue d'atténuer l'impact d'éventuelles dépenses exceptionnelles.

Le choix de la déclinaison en interne du budget de reconduction s'inscrit dans une démarche de maîtrise comptable des dépenses de santé et non d'une maîtrise médicalisée, pour reprendre l'expression consacrée. Il constitue le meilleur moyen de s'assurer que la déconcentration budgétaire ne débouche pas sur un accroissement des dépenses. Mais il donne du coup de la déconcentration une image presque exclusivement financière.

Non sans un certain cynisme, l'administration hospitalière reprend à son compte en interne un mécanisme qu'elle critique sévèrement en externe. Car la transposition en interne ne fait pas disparaître les effets pervers du système, ce que ne manquent pas de faire remarquer les médecins. Le principal défaut du budget de reconduction est, en effet,

de reproduire les inégalités historiques entre les pôles. Les pôles sur-dotés avant la déconcentration le restent et les pôles sous-dotés également. Il ne favorise pas une meilleure répartition des moyens entre les pôles alors même que l'un des objectifs affichés de la déconcentration est de permettre un fonctionnement plus harmonieux des services qui les composent.

Rapidement jugé insatisfaisant, le mécanisme du budget de reconduction comme mode de construction des budgets déconcentrés, a fait l'objet de correctifs en vue de le rendre plus juste. C'est ainsi qu'est apparue l'idée d'utiliser le PMSI en gestion interne avec pour principal apport une prise en compte progressive de l'activité réelle dans la détermination du budget des pôles.

L'utilisation du PMSI dans le cadre de la déconcentration budgétaire a bénéficié des encouragements du Ministère de la Santé dans une lettre-circulaire du 22 août 1995 : « *sur le plan interne, le PMSI doit enrichir les outils de gestion que constituent par exemple les projets d'établissement, ou les systèmes de gestion par centres de responsabilité. Il appelle en complément un développement rapide de la comptabilité analytique qui doit permettre aux établissements de mieux identifier les coûts des activités et les responsabilités propres de chacun des acteurs de l'hôpital dans le processus de formation des coûts.* »

Après plusieurs études et quelques expérimentations grandeur nature, il est possible de dresser un premier bilan de l'utilisation du PMSI en interne. Si elle est jugée globalement positive, elle souffre aussi de nombreuses limites qui en réduisent la portée.

Le PMSI présente le double avantage de permettre l'établissement d'une base budgétaire plus objective dans le respect des contraintes budgétaires de l'établissement.

Schématiquement la démarche consiste à valoriser le casemix du service ou du pôle en multipliant le nombre de points ISA produits, l'année précédente, dans le service ou le pôle et connus par le biais du PMSI, par la valeur du point ISA de l'établissement. On obtient ainsi le budget théorique du service ou du pôle. Ce budget théorique reflète le budget que le pôle ou le service devrait disposer si les crédits étaient répartis sur la base de l'activité produite, mesurée en point ISA. Après rapprochement et comparaison avec le budget réel, il est possible de repérer des éventuelles sur ou sous-dotations. Autrement dit l'utilisation du PMSI en interne permet au moins d'objectiver les situations budgétaires

respectives des différents pôles. On peut également comparer ce budget théorique à l'Echelle Nationale des coûts, pour déterminer d'éventuels écarts.

L'utilisation du PMSI rend par ailleurs le système d'allocation budgétaire interne plus acceptable. Le critère de répartition des crédits entre les pôles suit désormais une logique médicale à travers la prise en compte de l'activité. Une activité mesurée non pas de manière administrative, en nombre d'entrées, mais selon une logique médico-administrative, en nombre de GHM produits pondérés par leur valeur en point ISA pour refléter la lourdeur de la prise en charge. Le progrès est certain par rapport à l'établissement de la base budgétaire en fonction des coûts historiques.

L'autre avantage de cette méthode, du point de vue de l'administration cette fois, est d'opérer une redistribution à moyens constants. Elle s'inscrit, en effet, parfaitement dans le cadre de l'enveloppe globale de l'établissement. Il n'y a moins de risque de décrochage entre l'évolution des budgets de pôles et celle du budget de l'établissement.

Mais au-delà de la comparaison avec le budget réel, la question est de savoir jusqu'à quel point on prend en compte les résultats dans la notification des nouvelles bases budgétaires. Deux attitudes sont en effet possibles : soit on opère la redistribution des cartes en une seule fois au risque néanmoins de déstabiliser les services qui perdent des crédits, soit on effectue une correction progressive à la manière de ce qui est fait par l'ARH entre les établissements, en modulant différemment les taux d'actualisation d'un pôle à l'autre. La correction des inégalités prend plus de temps mais permet aux pôles sur-dotés de s'adapter et de prendre les mesures nécessaires en douceur. Car il ne s'agit pas encore une fois de dépouiller des pôles au profit d'autres mais de déboucher sur une redistribution plus équitable des crédits sur des bases non seulement objectives mais plus crédibles aux yeux des médecins.

Sans chercher à remettre en cause l'apport de l'utilisation du PMSI en gestion interne il convient cependant d'en souligner les nombreuses limites.

Tout d'abord, le PMSI ne couvre que les activités d'hospitalisation du champ MCO. La répartition des crédits afférents aux autres activités est donc impossible par le biais du PMSI. Les budgets de pôles de psychiatrie ou de long séjour, par exemple, ne peuvent ainsi faire l'objet d'une valorisation que sur la base de coûts historiques. Un autre problème réside dans le traitement des séjours multi-pôles, qui rend encore plus complexe la répartition de crédits sur la base de l'activité. Il convient, en effet, de trouver une clé de répartition du produit des GHM ayant fait l'objet d'une prise en charge dans des unités médicales relevant de pôles différents. De la même manière le PMSI ne prend

pas en compte les séjours hors normes qui doivent faire l'objet d'une valorisation particulière. Enfin, et c'est probablement le principal écueil, le PMSI ne décrit l'activité médicale que de manière relativement grossière. La classification en GHM est nécessairement réductrice et ne peut par conséquent que renvoyer une image déformée de l'activité du pôle.

La prise en compte de l'activité médicale dans la détermination des budgets déconcentrés semble être la bonne voie. Au vu des limites que l'on vient d'évoquer, le modèle appelle néanmoins de nombreux perfectionnements. Il semble que la mise en place de la T2A constitue de ce point de vue une opportunité.

#### 1.1.2.2 La mise en place de la T2A offre l'occasion d'une véritable médicalisation des budgets déconcentrés

La mise en place de la T2A offre l'occasion d'une véritable médicalisation des budgets déconcentrés dans la mesure où elle crée un environnement favorable. Elle va, en effet, dans le sens d'un approfondissement et d'un élargissement de la démarche d'utilisation du PMSI en interne. La réflexion qui l'a précédée a d'ailleurs permis de lever certaines des limites reprochées à cette dernière.

Grâce à la T2A, le champ des activités couvertes par un financement médicalisé est beaucoup plus large. Dans le cadre de l'utilisation du PMSI en interne la médicalisation du budget ne bénéficiait qu'au seul champ MCO. Les autres activités étaient financées de manière forfaitaire sur la base des coûts constatés. Avec la mise en place de la T2A, la logique médicalisée s'élargit à de nombreuses autres activités ou plus exactement d'autres prestations : l'insuffisance rénale chronique, les interruptions volontaires de grossesse, les soins palliatifs, les passages aux urgences, les prélèvements d'organes, l'hospitalisation à domicile ainsi que les consultations et les actes externes.

A l'image des séjours en MCO à travers les GHS, chacune de ces activités fait l'objet d'une valorisation économique propre sous forme de forfait unique et national. Il existe un tarif, que l'activité soit comprise dans un GHS ou non. Cette valorisation est d'ailleurs désormais directe, exprimée en euros, il n'est plus nécessaire de passer par l'intermédiaire du point ISA. On note également pour les activités comprises dans le champ MCO et financées par le biais de GHS, une modulation du tarif pour tenir compte d'une durée de séjour qui sort de l'ordinaire ou d'un passage en réanimation.

C'est bien la dimension médicale qui imprime sa marque sur la dimension budgétaire. Le financement est totalement déconnecté des coûts constatés dans l'établissement l'année

passée. La question de la fixation des tarifs à un juste niveau constitue, en revanche, un autre débat.

La déconcentration est facilitée par le fait que les données médicales en question sont dans la majorité des cas aisément rattachables à un pôle déterminé. La mise en place de la T2A s'accompagne, en effet, d'une amélioration du recueil de l'activité qu'elle soit comprise dans le champ du PMSI ou non. Cet effort de connaissance de l'activité de l'établissement profite aux pôles qui le composent. Le case-mix de ces derniers s'enrichit désormais, potentiellement, des consultations et actes externes, des passages aux urgences... C'est cette vision beaucoup plus complète de l'activité réalisée dans le pôle qui permet, si on le souhaite, d'en faire la base du financement.

La tarification à l'activité permet un approfondissement de la démarche d'utilisation du PMSI en interne parce qu'elle s'accompagne également d'une amélioration de la description de l'activité médicale : amélioration de la classification des GHM et apparition de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) pour les actes techniques et bientôt cliniques.

Dans la perspective de la mise en place de la T2A il est, en effet, apparu nécessaire d'affiner la classification des séjours. Il n'était pas possible de faire reposer le nouveau système d'allocation budgétaire des établissements sur une classification présentant autant d'imperfections. Tant qu'elle n'avait qu'une fonction essentiellement statistique, ces imperfections, bien qu'insatisfaisantes, prêtaient moins à conséquence. Dans le cadre d'un financement à l'activité, l'instrument qui sert à décompter et classer les séjours hospitaliers se devait de mieux refléter la réalité de l'activité hospitalière. Cet objectif explique le passage en 2004 à la version 9 de la classification des GHM. La priorité a été donnée à l'amélioration des GHM qui présentaient les plus grandes disparités de durées de séjours ou de coûts entre établissements. Mais l'attention s'est également portée sur le phénomène des pathologies multiples. C'est ainsi qu'ont été segmentés une centaine de GHM (sur le critère de la présence d'une co-morbidité associée) pour une meilleure prise en compte du degré de sévérité des cas traités. De même la CM 24 a été étendue des séjours inférieurs à un jour, aux séjours de moins de deux jours. La difficulté a été de ne pas accroître dans des proportions trop importantes le nombre de GHM, qui semble aujourd'hui constituer un équilibre satisfaisant entre l'objectif d'une description précise de l'activité médicale et celui d'une tarification fondée sur le principe des coûts moyens.

La mise en place concomitante de la Classification Commune des Actes médicaux (CCAM), plus précise que l'actuel Catalogue des Actes Médicaux et que la Nomenclature

Générale des Actes Professionnels, devrait permettre par ailleurs d'affiner la description des séjours et des actes externes. Elle sert, en effet, de base non seulement au codage des actes pour la détermination des GHM mais aussi à la cotation des actes et consultations externes. Elle décrit de manière beaucoup plus détaillée et exhaustive les actes médicaux que ne le faisait le CdAM ou la NGAP, devenus obsolètes. En ce sens, elle pousse aussi dans le sens de la médicalisation en conférant plus de fiabilité et de précision à la description de l'activité du pôle. Plus fiable celle-ci peut devenir la référence pour la détermination du budget et la répartition des crédits.

La conjugaison de ces deux mouvements, élargissement de la valorisation directe de l'activité et plus grande précision des outils de description, donne une crédibilité supplémentaire à la démarche de déconcentration, qui peut s'appuyer sur des bases plus solides. Elle permet de prendre encore plus ses distances avec une détermination des bases budgétaires fondées sur la reconduction des crédits de l'exercice précédent. La répartition des crédits entre les pôles peut obéir désormais à une logique incontestable, une logique médicale, les crédits étant distribués sur la base de l'activité réelle des pôles.

### **1.1.3 Le passage d'une logique budgétaire à une logique économique : un aboutissement de la déconcentration budgétaire**

Le financement des pôles à l'activité marque le passage d'une logique budgétaire à une logique financière. Derrière cette expression, peut être excessive, il faut entendre que les pôles développeront une approche globale des questions budgétaires et bénéficieront d'une plus grande autonomie dans la gestion de ce budget. C'est en ce sens, et seulement en ce sens, que l'on peut parler d'aboutissement de la déconcentration budgétaire.

#### 1.1.3.1 La nécessité d'une approche globale des questions budgétaires

L'une des insuffisances de la déconcentration budgétaire traditionnelle, assise sur le budget de reconduction, est de ne permettre qu'une perception partielle des questions budgétaires, limitée aux seules dépenses autorisées. Cette vision tronquée de la réalité budgétaire, qui fait abstraction de l'aspect recettes, ne favorise pas une prise de conscience réelle de la part de la communauté médicale et des chefs de pôle en

particulier, sur les possibilités financières de l'établissement. Elle encourage une certaine surenchère dans les demandes des crédits, alimentée par la croyance en l'existence de réserves dissimulées par l'administration.

L'un des aspects positif de la T2A, à plus forte raison si elle est déclinée en interne pour allouer le budget des pôles, est d'ouvrir les yeux de tous sur la réalité de la situation budgétaire. Elle s'analyse comme une opération vérité, bien utile pour mettre fin à certains mythes.

Le financement des pôles à l'activité oblige ces derniers à envisager d'une manière globale les questions budgétaires, et en particulier, à intégrer le lien, pourtant évident, entre les recettes disponibles et les dépenses possibles. La T2A renverse la logique traditionnelle, qui pouvait effectivement donner l'impression que les recettes suivaient naturellement les dépenses. La nouvelle logique ne laisse place à aucune ambiguïté : c'est le niveau des recettes qui conditionne le niveau des dépenses.

Comme au niveau de l'établissement, cette nouvelle approche devrait se matérialiser au niveau des pôles à travers un Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses par pôle annexé au contrat interne d'objectifs et de moyens. Les prévisions d'activité du pôle permettront d'effectuer une prévision des recettes correspondantes qui permettront elles-mêmes de fixer un niveau de dépenses, lui aussi prévisionnel. Il conviendra de se livrer en permanence à un ajustement entre ces données pour préserver l'équilibre global. Le budget pourra être revu à la hausse en cours d'année si l'activité et donc les recettes augmentent et inversement si elles diminuent.

Autrement dit, les responsables de pôle devront raisonner en véritables gestionnaires et non plus en tant que simples consommateurs de crédits. La responsabilisation des gestionnaires locaux, l'une des ambitions de la déconcentration de gestion, prend désormais tout son sens.

#### 1.1.3.2 Une autonomie budgétaire accrue : des centres de coûts aux centres de profits ?

L'introduction de la T2A marque un renversement symbolique très fort. Les pôles apparaissent clairement comme à l'origine des ressources de l'établissement. La richesse collective repose essentiellement sur l'activité médicale produite dans les structures cliniques et médico-techniques, quelles qu'elles soient.

Dans ces conditions le financement des pôles à l'activité s'analyse comme un juste retour des choses. Le pôle devient un « centre de profits » et n'est plus perçu seulement comme un centre de coûts. Il se voit attribuer les coûts mais aussi, et c'est nouveau, du moins de manière aussi évidente, les bénéfices qui y sont rattachés. La notion de centre de responsabilité qui reflète la nature administrative et juridique des pôles est ainsi rétablie dans sa plénitude.

Les pôles y gagnent beaucoup en autonomie. Les crédits sont attribués en vertu d'une règle de répartition stricte et non plus en fonction du bon vouloir de l'administration. Au moment de la négociation budgétaire annuelle le responsable de pôle peut faire valoir ses droits sur des bases plus solides. Cet automatisme dans l'attribution du budget constitue une garantie supplémentaire pour les responsables des pôles qui peuvent s'engager dans certains projets sans avoir à craindre une remise en cause arbitraire des crédits. Il convient néanmoins de garder à l'esprit qu'une remise en cause liée à une fluctuation à la baisse de l'activité reste, elle, toujours possible...

L'autonomie accrue des pôles, bien qu'incontestable, ne doit pas faire illusion. La gestion du système reste centralisée. Les pôles n'ont pas d'autonomie juridique et par conséquent ne peuvent avoir d'autonomie financière au sens strict. Ils ne perçoivent pas directement le produit des tarifs des GHS et autres prestations. L'établissement, en tant que seule entité juridique reconnue, est le seul dépositaire des fonds. Il les redistribue ensuite entre les pôles sur la base de l'activité. Le qualificatif de centre de profit est avant tout d'ordre symbolique. Les pôles ne présentent pas les caractéristiques d'un véritable centre de profit au sens habituel du terme. Leurs marges de manœuvre sont moins importantes que ne peuvent l'être celles des centres de profits composant certaines entreprises : ils ne déterminent pas seuls leur champ d'activité, ne choisissent pas leurs clients, ni leurs fournisseurs d'ailleurs, ils ne fixent pas non plus librement leurs prix. Leur autonomie s'exprime dans un cadre réglementaire qui reste fondamentalement contraignant, malgré les quelques assouplissements consentis.

Le financement des pôles à l'activité n'est finalement qu'une règle interne de répartition et d'affectation des crédits entre les différents gestionnaires, dont les pôles, dans le cadre d'une procédure comptable globalement inchangée. Mais une règle à la fois logique, objective et juste, du moins dans son principe. Son application sur le terrain devrait, en effet, soulever certaines difficultés et mettre également en évidence quelques effets pervers.

## **1.2 Une mise en oeuvre complexe**

L'apparente simplicité du principe du financement des pôles à l'activité explique en grande partie le succès dont bénéficie ce nouveau mode d'allocation budgétaire. Sa mise en pratique se présente en revanche comme plus complexe. La logique et les concepts qui le sous-tendent diffèrent radicalement de ce que l'on a connu jusqu'à présent. Le financement des pôles à l'activité est à la fois trop récent et trop éloigné des modes d'allocation budgétaires traditionnels pour pouvoir déboucher rapidement sur un modèle abouti. Il n'existe pas encore de guide méthodologique et les établissements les plus avancés dans la démarche n'en sont qu'au stade de la réflexion. La méthode reste à affiner et surtout à valider après expérimentation.

Le CHU de Montpellier a entamé cette réflexion, en explorant l'une des méthodes possibles de construction d'un budget déconcentré sur la base de l'activité. Il convient d'emblée de préciser le champ de cette étude : ne sont pas concernés les budgets des pôles spécialisés dans les soins de suite et de réadaptation, la psychiatrie dans la mesure où ils ne relèvent pas, du moins pour le moment, de la problématique du financement à l'activité. Leur financement est à l'heure actuelle forfaitisé selon la logique du budget historique. Cette exception met en évidence la persistance d'un mode de financement que l'on peut désormais qualifier de dérogatoire. Les budgets des pôles médico-techniques seront abordés indirectement à travers la question des prestations inter-pôles. Autrement dit seuls les budgets des pôles cliniques du champ MCO et assimilés sont concernés par le mode d'allocation budgétaire qui suit.

L'élaboration du budget de pôle se fait en deux étapes successives à travers la détermination dans un premier temps d'un budget théorique, suivi dans un deuxième temps de la détermination du budget réel effectivement déconcentré. L'intérêt de décomposer la démarche réside dans une prise en compte progressive et chronologique des différentes problématiques à l'œuvre. La mise en pratique révèle en effet plus de questions qu'elle n'en résout véritablement.

### **1.2.1 Du budget théorique...**

Etape essentielle, l'élaboration du budget théorique de pôle conditionne le reste de la procédure. Le budget théorique représente un socle à partir duquel plusieurs options sont

possibles. Il doit, dans ces conditions, être construit avec la plus grande rigueur. Sa mise en place repose sur des principes simples qui empruntent largement à la construction des budgets de pôles dans le cadre de l'utilisation du PMSI en interne. La diversification des sources de financement consécutives à l'élargissement de l'activité prise en compte, rend néanmoins l'opération plus complexe et ce d'autant qu'il convient préalablement de prendre position sur l'affectation d'un certain nombre de ressources entre les pôles.

#### 1.2.1.1 Les principes de construction du budget théorique

La construction du budget théorique est simple dans son principe. Il s'agit d'effectuer une valorisation économique de l'activité de chaque pôle, indépendamment, dans un premier temps, de toute prise en compte du niveau de charges effectivement déléguées. Deux étapes successives sont nécessaires pour en arriver là. Dans un premier temps, il convient de déterminer le case-mix au sens large du pôle, en agrégeant l'ensemble des données d'activité du pôle. Ce n'est que dans un deuxième temps que l'on procède à la valorisation proprement dite en appliquant les tarifs qui correspondent.

La première étape consiste donc à déterminer le case-mix complet du pôle. Celui-ci ne se limite pas au case-mix au sens traditionnel, c'est à dire à l'éventail des GHM produits dans le pôle. Il convient de rajouter l'ensemble des éléments qui font désormais partie de l'activité au sens de la T2A : actes et consultations externes, suppléments pour les journées de réanimation, majoration et minoration pour les séjours extrêmes, passages aux urgences, séances de dialyse sans oublier les dotations forfaitaires pour le financement des coûts de structure de la Coordination Hospitalière des Prélèvements et des Urgences mais également les remboursements en sus de dispositifs médicaux implantables et médicaments onéreux.

Chacune des prises en charge, quelle qu'elle soit, réalisée au sein de l'établissement doit faire l'objet d'un rattachement à un pôle unique. Les unités médicales ne peuvent plus se contenter de prendre en charge des patients : elles doivent le faire savoir en s'assurant de la traçabilité de leur activité. La crédibilité de la démarche dépend bien évidemment de la performance du système d'information qui doit être en mesure de recenser dans le détail l'activité produite dans chacun des pôles. Malgré les efforts entrepris en ce sens par la majorité des établissements, la traçabilité de l'activité est loin d'être acquise pour nombre

d'entre eux.<sup>4</sup>Tel est particulièrement le cas de celle des médicaments et dispositifs médicaux implantables. Néanmoins le remboursement intégral des médicaments et DMI coûteux étant conditionné par la mise en place des prescriptions nominatives et donc par une traçabilité totale, les établissements en question seront contraints de prendre les mesures nécessaires si il veulent profiter de ce dispositif.

De ce point de vue le financement des pôles à l'activité participe au renforcement de la logique de territoire mais sur des bases plus saines. Le pôle devrait, ainsi, se définir principalement par son activité, plus que par les locaux ou les moyens mis à sa disposition.

Une fois l'activité du pôle déterminée avec précision le passage à la deuxième étape ne pose aucun problème particulier. Il s'agit d'appliquer à chacun des éléments d'activité le tarif qui lui correspond. Ces tarifs seront réactualisés chaque année à la hausse ou à la baisse dans le cadre de la régulation macroéconomique du système<sup>5</sup>. Le budget théorique ne tenant pas compte ce qui sera effectivement délégué, on attribue la totalité de la valorisation économique de l'activité au pôle qui en est à l'origine, sans procéder à des abattements. Le budget théorique correspond donc au budget auquel les pôles auraient droit si ils assumaient l'intégralité des charges de l'établissement, ce qui n'est bien sûr pas le cas.

L'intérêt de cette première étape est qu'elle permet de se faire une idée assez précise de l'assise financière du pôle. En ce sens, cette étape conditionne l'opportunité et la faisabilité du passage à l'étape supérieure. Il est en effet possible de rapprocher à ce moment le budget théorique, c'est à dire les recettes du pôle, de ses coûts réels, connus par le biais de la comptabilité analytique de l'établissement. On dépasse en cela le « tableau coût case-mix » (TCCM), qui perd de son intérêt avec la mise en place de la T2A. L'objectif n'est plus de comparer ses coûts à ceux de la moyenne des établissements mais de déterminer l'écart entre ses coûts et ses recettes après valorisation du case-mix. C'est ainsi l'équilibre économique du pôle qu'il s'agit de rechercher et non la réalisation d'économies brutes.

Si le budget théorique fait apparaître des déséquilibres trop marqués, les responsables de l'hôpital ont encore le temps de renoncer en partie ou en totalité à la délégation. Il est

---

<sup>4</sup> Cf. Mission Tarification à l'activité : Synthèse de l'état des lieux du Système d'information des Etablissements sous DG expérimentateurs de la réforme de la tarification. Juin 2003.

possible à ce stade de jouer sur les comptes budgétaires délégués. Il s'agit en fait de maintenir une gestion centralisée de certains comptes pour redistribuer équitablement les recettes couvrant les charges à l'origine des plus gros déséquilibres entre les pôles. La gestion centrale conserve des atouts du fait de la fongibilité intégrale des crédits à son niveau. Le CHU de Nantes, par exemple, a rapidement redécouvert les vertus de la gestion centrale des crédits il y a quelques années, dans un contexte certes différent mais avec une problématique très proche. Les crédits de personnel avaient été répartis entre les pôles sur la base du coût moyen par grade, sans tenir compte des coûts réels de personnel qui étaient très différents entre les pôles en raison d'une pyramide des âges différente d'un pôle à l'autre. Ceux qui avaient une pyramide des âges écrasée vers le bas s'étaient vus attribuer plus de crédits qu'ils en avaient besoin pour financer leurs charges de personnels alors que ceux dont la pyramide était évasée vers le sommet ne disposaient pas des crédits suffisants. Ce déséquilibre n'avait rien à voir avec une quelconque mauvaise gestion et ne tenait qu'à des facteurs sur lesquels les pôles n'avaient aucune prise. La décision a alors été prise de recentraliser la gestion des dépenses de personnels.

#### 1.2.1.2 Les préalables à lever

La définition de la base budgétaire des pôles est moins automatique qu'il n'y paraît. L'affectation des recettes soulève, en effet, dans certains cas des difficultés qui appellent une prise de position de la part des responsables de l'établissement. Il s'agit d'arrêter définitivement le périmètre budgétaire des pôles. Plusieurs points posent particulièrement question. La répartition du produit des séjours multi-pôles tout d'abord, la valorisation et l'imputation des prestations inter-pôles ensuite, la répartition de l'enveloppe MIG enfin.

#### La répartition du produit des séjours inter-pôles

La constitution de pôles de grande taille, même si elle va dans le sens de la réduction du nombre de séjours inter-pôles, ne les supprime pas totalement. Les mutations inter-pôles restent inévitables pour les patients poly pathologiques. Aucun pôle ne possède en son sein l'ensemble des compétences nécessaires pour prendre en charge seul cette catégorie de patients et ce malgré les efforts faits en ce sens. Cette problématique est, en effet, le plus souvent prise en compte au moment même du découpage de l'établissement en pôles. La faible présence de séjours inter-pôles est l'un des critères qui préside au

---

<sup>5</sup> Ceux applicables à l'exercice 2004 ont été définitivement fixés par l'arrêté du 22 août 2004.

regroupement des services en pôles au même titre que la taille critique, la proximité des disciplines, l'existence de filière de prise en charge...Le taux d'autarcie, c'est à dire la proportion de séjours mono-pôles, s'élève ainsi à 90 % en moyenne parmi les pôles du CHU de Montpellier.

Au-delà des difficultés matérielles liées aux transferts incessants de patients d'un pôle à l'autre, les séjours inter-pôles posent un problème d'imputation du produit du séjour entre les différents pôles concernés. La technique de groupage des RUM sur un séjour pour déterminer le GHM auquel appartient le patient et donc le GHS facturé, repose sur le diagnostic principal et la présence ou non d'un acte classant. Elle ne tient pas compte de la contribution de chaque pôle au traitement et à la prise en charge du patient. Seul le pôle au sein duquel le diagnostic principal a été détecté se voit par conséquent crédité du GHS correspondant. Si l'on peut très bien s'accommoder de cette situation dans le cadre d'une gestion centralisée où l'ensemble des produits est mutualisé, elle est en revanche inconcevable dans le cadre de la déconcentration de gestion et du financement des pôles à l'activité. Il convient dès lors de trouver le moyen de répartir le produit des séjours inter-pôles entre les différents pôles contributeurs à la juste hauteur de leur participation.

Les trois méthodes proposées en 1997 dans le rapport d'étape de la Mission PMSI intitulé « *Utiliser le PMSI pour construire des budgets par centres de responsabilité* » restent d'actualité. Le passage des points ISA à des tarifs en euros ne change rien sur le fond. L'optique est néanmoins très légèrement différente : il ne s'agit plus de répartir des points ISA, c'est à dire une production au sens strict, en vue d'une valorisation dans un deuxième temps, mais de répartir directement un produit.

La première méthode consiste à répartir le tarif du GHS au prorata de la durée de séjour dans les différents pôles fréquentés par le patient durant son séjour. Cette méthode est de loin la plus simple des trois, au risque d'être simpliste. La durée de séjour ne reflète, en effet, que très sommairement la réalité des coûts engendrés par le séjour du patient. Le coût d'une journée dans un service de chirurgie cardio-vasculaire et celui d'un service de médecine interne, par exemple, n'a rien de comparable. Le recours à cette méthode débouche sur une distribution inégalitaire et injuste des fruits de l'activité au regard de l'effort engagé.

La deuxième se traduit par la ventilation du tarif du GHS au prorata de la valeur attribuée à chaque RUM comme s'il s'agissait d'un séjour mono-pôle. La logique est ici différente : on ne tient plus compte de la durée de séjour mais uniquement du poids relatif de chaque RUM composant le RSS. Cette méthode a pour elle de faire prévaloir des critères

strictement médico-économiques à la différence des deux autres. Mais elle souffre d'un inconvénient majeur : l'algorithme de groupage sur laquelle elle repose est faux. Sa crédibilité s'en trouve sérieusement atteinte.

La troisième conduit à une répartition du tarif du GHS au prorata de la durée de séjour dans les différents pôles, pondérée par la valeur moyenne par jour des séjours mono-pôle des pôles concernés. Il s'agit d'une variante de la première méthode, affinée pour en atténuer les effets pervers. Il semble que cette méthode représente un compromis satisfaisant. Elle est simple tout en permettant de prendre en compte la lourdeur de la prise en charge. Son principal défaut est de ne tenir aucun compte dans le calcul de la valeur moyenne de la journée des coûts des séjours multi-pôles, comme si ceux-ci n'influençaient pas cette valeur. Elle n'est donc fiable que si la proportion des séjours multi-pôles dans le total des séjours ne dépasse pas un certain seuil. Si le financement des pôles à l'activité devait effectivement être mis en place au sein du CHU de Montpellier, et ce malgré cette ultime réserve, cette méthode serait, en principe, celle utilisée pour répartir le produit des séjours inter-pôles entre les différents budgets concernés.

Il convient d'avoir à l'esprit que, quelle que soit la méthode retenue, y compris la dernière pourtant jugée plus satisfaisante, la répartition que l'on obtient reste approximative et ne constitue en aucun cas une vérité absolue. La confrontation entre les résultats issus de ces trois méthodes donne une fourchette au sein de laquelle se situe probablement la vérité. Il semble néanmoins préférable de s'en tenir strictement à l'une de ces méthodes et une seule. Il faut une règle de répartition mécanique : l'application de critères complémentaires tels que le caractère sur ou sous doté du pôle ne ferait qu'alimenter les contestations.

La problématique des séjours inter-pôles prend au CHU de Montpellier une acuité particulière du fait de l'existence d'un Pôle Urgences regroupant différentes unités et services spécifiques autour du SAU. Cette organisation, associée à l'accroissement des hospitalisations non programmées, se traduit de fait par une multiplication importante de séjours multi-pôles d'un type particulier.

La valorisation des séjours partagés entre le pôle abritant le SAU et un pôle clinique, est prévue par les textes : si le passage aux urgences débouche sur une hospitalisation le GHS est attribué au pôle concerné. Logique et sans conséquence dans une organisation centralisée, ce système est préjudiciable au pôle Urgences dans le schéma de la déconcentration. Le passage du patient et sa prise en charge se traduisent par un coût non compensé financièrement, du moins que partiellement par le biais du forfait urgences.

Il convient par conséquent de mettre en place, là aussi, un mécanisme de redistribution, selon une technique plus proche de celle utilisée dans le cadre de la valorisation des prestations inter-pôles. Les GHS intègrent, en effet, pour partie le coût du passage aux urgences. Le Pôle Urgences peut légitimement revendiquer l'attribution de la fraction correspondante des GHS produits dans les pôles cliniques, qui lui revient de droit dans le cadre du financement des pôles à l'activité.

### La valorisation et l'imputation des prestations inter-pôles

Les autorités compétentes de l'hôpital, en étroite collaboration avec les responsables de pôles, doivent prendre position sur la question de l'imputation des prestations inter-pôles. Faut-il les imputer au pôle prestataire ou bien au pôle consommateur dit aussi pôle prescripteur ? Il ne s'agit pas uniquement de définir l'assise budgétaire de chacun des pôles concernés. Il convient d'avoir à l'esprit que le choix de l'une ou de l'autre de ces deux solutions possibles emporte des conséquences différentes sur le degré de responsabilisation des pôles.

Les prestations inter-pôles sont par définition diverses et variées, ce qui n'est pas sans poser de problème pour leur recensement qui constitue la première étape avant leur valorisation puis leur imputation budgétaire. Les prestations inter-pôles sont souvent moins connues que ne l'est la production médicale au sens strict, mesurée à travers le PMSI ou d'autres systèmes de recueil et exprimée en séjours, séances ou passages... L'exemple du CHU de Montpellier illustre la difficulté pour cerner avec précision ce phénomène. Cette difficulté s'explique en grande partie par le fait que les prestations inter-pôles ne sont pas toutes délivrées par des pôles qualifiés de pôles prestataires tels qu'on les entend habituellement. Certains pôles, dits cliniques, assurent également, même si ce n'est que marginal par rapport à leur activité principale, des prestations pour le compte d'autres pôles.

Il s'agit en premier lieu des prestations de kinésithérapie ou d'ergothérapie assurées par du personnel de rééducation rattaché pour des raisons de facilité à un ou deux pôles bien déterminés alors qu'elles bénéficient dans les faits à un public beaucoup plus large. Les pôles de rattachement, qui assument le coût de ces prestations, sont en droit de demander une contrepartie aux pôles consommateurs. Ils se heurtent toutefois au problème de la quantification des prestations en question, du fait d'un suivi et d'une traçabilité encore balbutiants. Des difficultés pour valoriser ces prestations pourraient aussi se poser : en l'absence de tarifs de référence, il conviendra donc de déterminer leur coût par le biais de la comptabilité analytique.

Il s'agit en second lieu des prestations d'imagerie. Dans le schéma de découpage retenu au CHU de Montpellier, les services de radiologie n'ont pas été érigés en pôle spécifique, malgré leur demande en ce sens, mais intégrés dans les pôles cliniques pour le compte desquels ils travaillaient le plus avant la réorganisation. Ces services travaillent à l'heure actuelle majoritairement pour le compte de leur pôle de rattachement mais aussi au profit d'autres pôles, dans une proportion pouvant aller jusqu'à 40 % de leur activité totale. Ces prestations sont, elles, mieux connues et comptabilisées mais encore faut-il ne pas oublier de les prendre en compte.

La valorisation des prestations médico-techniques (imagerie, examens de laboratoire...) est un des acquis de la comptabilité analytique hospitalière et ne pose à priori aucun problème particulier. Les établissements dotés d'un contrôle de gestion performant sont depuis longtemps en mesure de déterminer le coût, par unité d'œuvre produite, de chacune de ces prestations. La méthode mise en oeuvre consiste schématiquement à diviser les coûts imputés à chaque section d'analyse médico-technique par le nombre d'unités d'œuvre produites en son sein.

Cette méthode a été employée dans de nombreux hôpitaux engagés dans la démarche de déconcentration pour valoriser l'enveloppe des pôles consommateurs consacrée aux prestations médico-techniques. Cette démarche, dans le cadre du financement des pôles à l'activité, ne paraît en revanche pas pertinente. Il n'est plus logique de faire reposer la valorisation des unités d'œuvre produites sur la base des coûts réels constatés dans l'établissement au moment où le reste de l'activité est valorisé sur la base de tarifs nationaux qui ne tiennent aucun compte des dépenses de l'établissement en question. Il semble préférable, dans un souci de cohérence et pour être sûr de respecter le budget alloué, de conserver la méthode mais de changer de base de calcul en remplaçant les coûts réels constatés par la somme des fractions de GHS couvrant les coûts de chacune des catégories de prestations médico-techniques. Les tarifs de GHS sont des forfaits tout compris mais ne précisent pas la répartition et le poids respectif des coûts ainsi couverts. Aussi, faute de mieux, il est possible de se référer aux données de l'ENC qui détaille par grands postes de dépense les coûts induits par la prise en charge de chaque GHM. Les tarifs des GHS ont pour la plupart été construits en référence, sans pour autant coïncider complètement, aux coûts mis en évidence par l'ENC. On peut donc partir du principe que la fraction, pour chaque GHS facturé, couvrant les coûts de l'imagerie ou des examens de laboratoires est égale à la valeur moyenne du poste de dépense concerné du GHM correspondant. C'est ainsi que pour le GHM 05C10W "Chirurgie majeure de revascularisation plus CMA" le pôle concerné se verra attribuer à chaque intervention 426 euros au titre des frais d'imagerie (personnel et autres dépenses d'imagerie).

La dernière étape, celle de l'imputation budgétaire, soulève tout autant de questions et implique un choix fort de la part de la direction de l'établissement. Plus qu'un choix technique c'est un choix politique qui reflète le tour que l'on souhaite donner à la déconcentration. Deux alternatives se présentent : soit une imputation au pôle consommateur soit une imputation au pôle producteur, sachant que la solution technique et les implications diffèrent dans un cas comme dans l'autre.

Dans le premier cas, les crédits sont initialement inscrits au budget du pôle consommateur qui « achète » les prestations dont il a besoin auprès des différents pôles prestataires, qui eux les lui « facturent ». La logique client/fournisseur est ainsi poussée au maximum. Cette procédure passe par des virements de crédits entre les premiers et les seconds au fil des achats de prestations. Le budget du pôle prescripteur diminue progressivement en même temps que celui du pôle producteur se trouve alimenté petit à petit.

Ce mécanisme de vases communicantes bien que sans incidence comptable au sens strict se révèle lourd à l'usage. Certains parlent à son propos « d'usine à gaz », ce qui en dit long sur la complexité de sa mise en oeuvre. Cette complexité, à laquelle il faut ajouter une dimension symbolique pour le moins libérale, a poussé le CHU de Montpellier à écarter assez rapidement cette solution. Il n'est d'ailleurs pas le premier. Le CHU de Nantes, qui avait mis en place un tel dispositif est revenu sur ce choix devant le risque d'émergence de préoccupations exclusivement financières dans les relations entre pôles et de comportements de repli autarcique. Il est indéniable cependant que ce mécanisme a produit les effets escomptés en matière de responsabilisation des pôles prescripteurs. Le fait de voir une traduction budgétaire quasi immédiate de ses achats de prestations se révèle, en effet, particulièrement pédagogique.

La deuxième hypothèse, retenue par le CHU de Montpellier, avec imputation des crédits sur le budget du pôle producteur, paraît à la fois plus simple techniquement et plus acceptable politiquement. L'enveloppe consacrée à l'achat de prestations est dans ce cas intégrée au budget du pôle producteur qui dispose ainsi des crédits nécessaires à son bon fonctionnement et à l'accomplissement de sa mission. Le pôle consommateur ne gère donc plus aucun crédit mais dispose d'un droit de tirage sur l'enveloppe en question. Ce droit de tirage, le plus souvent contractuellement défini, peut être exprimé en valeur ou en nombre d'unité d'œuvre.

Il n'y a ainsi plus de virements à opérer d'un budget à l'autre, ce qui permet d'atténuer l'impression souvent mal vécue de relations commerciales entre entités appartenant au même établissement. La responsabilisation des différents acteurs n'en souffrent pas pour

autant, bien au contraire, dans la mesure où pour éviter de dépasser les limites de son budget le pôle producteur se voit contraint à la fois de veiller sur ses coûts de production et de faire la police auprès de ses « clients » pour refreiner leurs demandes. Il faut néanmoins pour cela que ces derniers soient convaincus que le volume de prestations auquel ils ont droit constitue un plafond indépassable, ce qui ne va pas de soi.

### La répartition de l'enveloppe MIG

La construction des budgets théoriques de pôle passe enfin par la redistribution interne de l'enveloppe MIGAC, attribuée établissement par établissement par l'ARH. Même si ces enveloppes ne rentrent pas exactement dans le cadre de la problématique du financement des pôles à l'activité, elles doivent être intégrées aux budgets de ces derniers dans la mesure où elles permettent le financement d'activités complémentaires de leurs activités principales.

L'enveloppe MIGAC, tout particulièrement la partie des missions d'intérêt général, couvre, en effet, des missions n'ayant pas vocation à être financées à l'activité. Leurs ressources ont ainsi été délibérément soustraites aux variations de l'activité, en vue de garantir la permanence du fonctionnement. On ne peut, de ce point de vue, les assimiler aux dotations forfaitaires dans le champ des soins de suite et de réadaptation ou de la psychiatrie. Il s'agit en effet dans ce dernier cas d'une solution provisoire en attendant de disposer des outils permettant un financement à l'activité.

L'enveloppe MIG recouvre deux sous-ensembles, la partie « RIRE » (« Recours, Innovation, Recherche, Enseignement ») et la partie « autres activités d'intérêt général », dont il convient de dissocier le sort dans la mesure où leur problématique, bien que proche, ne présente pas le même degré de complexité. Si la valorisation et la répartition de l'enveloppe RIRE pose de nombreuses difficultés techniques, celle de l'enveloppe consacrée aux autres activités ne soulève, en effet, aucun problème majeur.

Les activités dites de Recours, d'Innovation, d'Enseignement et de Recherche se recoupent en grande partie et concernent le plus souvent les mêmes établissements dont plus particulièrement les CHU et les grands CH. Ce sont l'ensemble des dépenses entraînées par ces missions dont cherche à rendre compte l'actuel mécanisme de l'abattement de charges de 13 %, appliqué au moment du calcul de la valeur du point ISA de l'établissement.

Dans l'avenir, le calcul des dotations théoriques au titre du RIRE devrait se faire selon toute vraisemblance sur la base d'une méthode en cours d'expérimentation mais dont on sait déjà qu'elle devrait abandonner le principe de la valorisation forfaitaire de 13 %. Il s'agit pour chaque établissement de déterminer et d'isoler, à partir d'une batterie d'indicateurs, la part des dépenses justifiées par ses missions de recours, d'innovation, de recherche et d'enseignement dans sa base budgétaire MCO actuelle. La somme des crédits ainsi « prélevés », ou plus exactement débasés, constituerait une enveloppe nationale disponible pour financer ces missions, qui serait ensuite redistribuée entre les régions, puis entre les établissements concernés selon les mêmes modalités de calcul. Chaque établissement retrouverait ainsi l'enveloppe qui lui aurait été initialement « prélevée ».

Relativement simple dans son principe cette méthode se révèle difficile à mettre en œuvre. Il n'est pas aisé d'identifier les surcoûts liés à ces missions d'intérêt général sur la base d'indicateurs, qu'ils soient quantitatifs ou qualitatifs, sur lesquels il n'existe d'ailleurs pas de consensus. Le CHU de Montpellier, à titre d'exemple, envisage ainsi de s'appuyer sur une revue de publications internationales sur le sujet et la collaboration d'un certain nombre de centres de recherche en économie de la santé pour définir les indicateurs les plus pertinents mais aussi les plus avantageux dans le cadre de la négociation de l'enveloppe 2005. Conscient des limites inhérentes à cette démarche, le CHU s'est également engagé dans un processus d'amélioration du recueil des moyens consacrés à ces activités. Il s'agit d'objectiver au maximum l'évaluation des coûts dont le financement sera pris en charge par le biais de l'enveloppe MIG. C'est ainsi qu'une enquête devrait être conduite auprès des médecins pour évaluer plus spécifiquement le poids de la recherche ou que le système d'information devrait être amélioré pour permettre de mieux connaître la répartition du temps passé entre l'enseignement et la recherche.

Cette dernière cristallise, en effet, l'essentiel des enjeux. Le Ministère de la Santé considère, que l'activité d'enseignement, c'est à dire la formation des internes, rapporte autant que ce qu'elle coûte dans la mesure où ces derniers travaillent pour le compte de l'hôpital. Il estime également que la plupart des coûts liés au recours et à l'innovation sont désormais pris en compte par les modalités générales de la tarification à l'activité par le biais des dispositifs suivants : nouvelle classification des GHM rendant mieux compte de la complexité des cas traités, supplément journalier facturable en sus du GHS en cas de dépassement de la borne haute du GHM, paiement en sus de certains médicaments et DMI onéreux...Les seules marges de manœuvre concerneraient dans ces conditions l'activité de recherche, laquelle est à l'heure actuelle insuffisamment valorisée, les PHRC ne prenant pas en compte le temps médical nécessaire, imputé à l'heure actuelle sur les activités de soins.

Cette méconnaissance des surcoûts liés aux activités de recours, d'innovation, de recherche et d'enseignement ne facilite bien évidemment pas la répartition des dotations correspondantes entre les pôles. Une répartition sur la base de l'existant est à écarter dans la mesure où, encore une fois, les données sont imprécises. La méthode, parfois évoquée, consistant à répartir ces dotations au prorata du poids des GHM produits dans les différents pôles paraît trop arbitraire pour pouvoir être retenue. La solution envisagée par le CHU de Montpellier semble la meilleure compte tenu du flou qui entoure la question. Elle consiste à repartir de zéro, à ne pas tenir compte de l'historique et à répartir l'enveloppe entre les pôles contractuellement, comme entre l'établissement et l'ARH, mais sur la base de projets définis après concertation. Il s'agit d'amener les pôles à se positionner sur un segment d'enseignement ou de recherche. Cette méthode, outre qu'elle permet une répartition des crédits sur des bases objectives, constitue également une occasion de remettre de l'ordre dans un domaine où la mise en place d'une stratégie globale se heurte souvent aux initiatives individuelles...

Comme il a déjà été dit, la valorisation et la répartition entre les pôles des « autres activités d'intérêt général » devraient se révéler beaucoup plus simple. Cette catégorie, pour le moins large, regroupe en fait des activités liées aux soins MCO mais affectées en dehors du champ MCO par les retraitements comptables : SAMU, Centre anti-poison... Le nouveau guide des retraitements comptables en dresse la liste à titre indicatif tout en précisant que « *leur identification ne préjuge pas de leur financement dans le cadre des MIGAC. Ces activités sont donc susceptibles d'être ré-imputées dans la SI 1A avant la constitution des bases 2005 si elles ne correspondent pas au champ des MIGAC tel qu'il sera défini par décret* ». Il convient donc de rester prudent quant au champ des activités couvertes par la deuxième fraction de l'enveloppe MIG.

Leur valorisation ne devrait soulever, en revanche, aucune difficulté. Les charges relatives à ces activités seront en effet intégrées à l'enveloppe MIG sur la base des dépenses constatées en 2003. L'opération est donc neutre pour les établissements qui verront cette dotation reconduite d'année en année. Les sommes en jeu sont d'ores et déjà connues à travers le compte administratif retraité de chaque établissement, qui précise pour chacune de ces activités le montant des charges directes. Elles s'élèvent ainsi par exemple à 39 092 697 euros pour le CHU de Montpellier, soit 7,8 % du total des dépenses prises en compte dans le compte administratif retraité.

La répartition de ces crédits entre les pôles devrait de la même manière se faire assez facilement. La plupart de ces activités peuvent, en effet être rattachées sans hésitation à un pôle particulier. Elles dépendent d'ores et déjà le plus souvent de services qui

devraient logiquement les conserver dans leur giron après leur regroupement en pôles. Celles qui ne pourront pas être rattachées à un pôle en particulier, le seront probablement à l'administration, notamment le budget des écoles paramédicales.

### **1.2.2 ... au budget déconcentré**

Le budget théorique constitue une étape déterminante de la démarche de déconcentration, mais cette dernière ne saurait s'arrêter à ce stade. Tout aussi intéressante qu'elle soit, la vision qu'offre le budget théorique est, en effet, insuffisamment opérationnelle. Le budget théorique repose sur une fiction, à savoir que les pôles, assumant la totalité des charges, sont les uniques récipiendaires des recettes générées par l'activité médicale de l'établissement. La réalité est tout autre : les pôles ne se voient traditionnellement déléguer qu'une partie des comptes budgétaires, plus ou moins importante selon les établissements.

Les gestionnaires de pôles doivent disposer d'un outil budgétaire plus opérationnel, qui détermine, entre autre, les crédits effectivement mis à la disposition du pôle. La forme que doit prendre ce document est libre et laissée à l'initiative des établissements. Néanmoins il apparaît logique de transposer en interne l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses dès lors que l'on transpose également le mode d'allocation budgétaire à l'origine de cette nouvelle présentation budgétaire.

L'enjeu principal se trouve toutefois ailleurs. Le financement des pôles à l'activité renouvelée, en effet, la problématique de la détermination du montant des crédits à inscrire au budget pour chacun des comptes délégués. Dans le cadre du budget de reconduction, l'inscription était quasi automatique : schématiquement, les crédits ouverts au titre de l'année N étaient égaux à ceux de l'année N-1 auxquels on appliquait un taux d'actualisation. Dans le cadre du financement à l'activité, la procédure à mettre en œuvre est beaucoup moins évidente dans la mesure où le montant des crédits ouverts au titre de l'exercice précédent ne sert plus de référence.

Comment dans ces conditions répartir le produit de l'activité médicale entre les comptes gérés par l'administration et ceux délégués aux pôles et au sein de ces derniers entre les comptes délégués eux-mêmes ? Il s'agit de passer d'une recette qui au niveau de l'établissement prend la forme d'un forfait tout compris, sans affectation précise, à un montant de crédit compte par compte, proportionnel à l'activité produite dans le pôle et au coût de prise en charge couvert par les différents tarifs. La réponse à cette interrogation

semble résider dans la décomposition analytique des produits de l'activité médicale. C'est en tout cas dans ce sens que s'orientent, non sans difficultés, les premières réflexions sur la question.

#### 1.2.2.1 Principes et modalités de construction du budget déconcentré

L'assiette du budget déconcentré dépend du périmètre de la délégation de gestion. Il s'agit donc de déterminer avec précision la liste des comptes budgétaires dont la gestion incombe aux pôles. Ces comptes seront énumérés dans le contrat interne d'objectif et de moyens. La liste des comptes devrait être stable dans le temps, à moins qu'il apparaisse souhaitable de recentraliser la gestion de certains d'entre eux en cours de route. En revanche, le niveau de crédits inscrits sur ces comptes dépend directement de l'activité produite, et est donc, par nature, fluctuant. Il convient ainsi de distinguer deux notions complémentaires mais différentes : la structure budgétaire, d'une part, et le niveau de crédits, d'autre part.

La fixation des comptes délégués soulève de nombreux enjeux, à la fois politiques et techniques. Le principe qui préside à cette délégation est le même dans tous les établissements qui se sont engagés dans la démarche : ne sont délégués que les seuls comptes correspondant à des charges sur lesquelles les pôles ont une prise réelle. Dans la mesure où l'un des objectifs premiers de la délégation est la responsabilisation des acteurs hospitaliers, il serait vain de déléguer des dépenses sur le niveau desquelles les pôles ne peuvent agir.

La question est ainsi de savoir jusqu'où il faut aller dans la déconcentration. Doit-on se limiter à quelques comptes ou bien déléguer la totalité des charges directes et éventuellement des charges induites du pôle ? Il n'y a pas de réponse unique dès lors qu'aux considérations techniques se mêlent des considérations d'ordre plus politique, propres à chacun des établissements. Il convient quoi qu'il en soit d'arrêter une position pour pouvoir procéder, dans un deuxième temps, à la répartition des crédits entre l'administration et les pôles qui reste la problématique majeure.

Les GHS, mais également les autres modalités de financement mises en œuvre dans le cadre de la T2A sont construits selon une logique de coûts complets. Leurs tarifs couvrent

en principe la totalité des coûts induits par la prise en charge du patient,<sup>6</sup> mais de manière forfaitaire sans préciser la répartition entre les différents postes de dépenses couverts. Il est donc impossible, à priori, de distinguer parmi les crédits, ceux qui couvrent des charges déconcentrées et ceux couvrant des charges relevant de l'administration. Devant cette méconnaissance la Conférence des Directeurs Généraux de CHU a d'ailleurs demandé au Ministère de la Santé de préciser la décomposition exacte des tarifs de GHS pour pouvoir procéder à une juste répartition des charges entre les différents gestionnaires de comptes au sein des établissements publics de santé, que certains d'entre eux soient délégués ou non. Cette requête ayant reçu une fin de non recevoir, le problème reste entier.

A défaut de pouvoir se référer à une décomposition officielle des coûts, les établissements conservent toujours la possibilité de procéder à une affectation plus ou moins arbitraire des crédits entre les différents gestionnaires. La position du Ministère s'explique d'ailleurs en partie par le souhait de ne pas enfermer les établissements dans une structure budgétaire prédéfinie. Néanmoins, une répartition arbitraire des crédits ne semble pas souhaitable dans la mesure où elle est contraire au principe même du financement des pôles à l'activité. On ne peut plus parler de financement à l'activité si les crédits ne collent pas au plus près des dépenses prises en charges par les pôles. Ces derniers doivent conserver une juste part des produits de leur activité. Si une répartition exacte, voire scientifique, n'est pas réaliste, une solution médiane semble envisageable.

Cette question peut être abordée selon deux angles différents. Soit on essaye de déterminer les montants relevant de chacun des pôles, compte par compte, soit on se contente de déterminer le montant global des crédits affectés à chaque pôle sans chercher à détailler la répartition. Le degré de complexité n'est pas le même entre ces deux opérations. Dans le premier cas, il convient de décomposer totalement les GHS et les autres dotations pour déterminer la part de chacun des postes de dépense. Il s'agit d'un travail à la fois long et approximatif. Dans le second cas, on procède par élimination en soustrayant au tarif global uniquement ce qui relève de l'administration centrale. Le nombre de postes de dépenses à isoler et déduire du GHS est moins important ce qui limite le risque d'erreurs. Cela équivaut à procéder à un abattement sur le tarif au profit de l'administration. L'attribution au pôle devient le principe et celle à l'administration, l'exception. Ce dernier choix ne paraît pas incompatible avec la bonne administration des

---

<sup>6</sup> Il ne s'agit en fait que du coût moyen, le coût réel pouvant varier d'un patient à un autre

pôles dans la mesure où l'on affirme en parallèle le principe de fongibilité des crédits. L'essentiel est que la masse globale de crédits mis à sa disposition corresponde au niveau de charges théoriques couvertes par le GHS. Le pôle est ensuite libre d'effectuer une répartition interne en fonction de ses priorités. Dans ces deux cas, il convient néanmoins de trouver un moyen de décomposer analytiquement les tarifs des GHS.

La méthode qui vient immédiatement à l'esprit consiste à s'appuyer sur les données issues de l'ENC, du moins pour les GHS issus des GHM. L'ENC, qui constitue à l'heure actuelle le seul référentiel de coûts par séjours disponible, semble fournir l'ensemble des informations nécessaires à la décomposition analytique des GHS. C'est ainsi qu'elle décompose les coûts des séjours par grands postes de dépenses : salaires médecins, salaires IDE, imagerie...

Cette méthode repose sur l'hypothèse d'une correspondance exacte entre, d'une part, les tarifs des GHS et, d'autre part, les coûts par GHM, mis en évidence dans l'ENC. Cette dernière ayant servi de base au Ministère de la Santé pour fixer la valeur des GHS, il est tentant d'effectuer un rapprochement entre les deux, que ce soit au niveau du montant global, qu'au niveau des coûts décomposés qui nous intéressent plus particulièrement ici. On part ainsi du principe que la part d'un GHS consacrée à tel poste de dépense, en vue de son affectation au pôle, est identique au coût identifié par l'ENC pour ce même poste de dépense dans le GHM correspondant.

Bien que pour partie fondé, ce raisonnement pêche par son caractère simpliste. La plus grande prudence s'impose avant de le mettre en pratique. Pour des raisons méthodologiques la décomposition des coûts de l'ENC n'est pas directement transposable aux GHS. L'ENC a certes servi à fixer les valeurs des tarifs des GHS, mais leur valeur relative, c'est à dire le rapport d'un GHS à l'autre, et non leur valeur absolue. Il s'agissait, en effet, de rentrer dans le cadre de l'enveloppe financière disponible ce qui nécessitait de pondérer les différents GHS. Il faut par ailleurs prendre conscience que l'assiette des coûts par GHM issus de l'ENC et celle des tarifs des GHS ne coïncide pas exactement. La définition du coût de séjours de l'ENC 2004 diffère sensiblement de celle qui avait été retenue dans les versions précédentes. Même si le choix qui a prévalu est celui d'une production de coûts quasi-complets, certaines charges n'ont pas été prises en compte dans le calcul des coûts par séjours. C'est le cas, par exemple, des coûts de structure (amortissements immobiliers et frais financier notamment). La part des tarifs 2004 devant couvrir ces dépenses de structure a fait l'objet d'une estimation nationale qui ne s'appuie pas sur les données de l'ENC. A l'inverse, l'ENC intègre les dépenses de

médicaments onéreux de la CMD 5 comme les coûts de la réanimation qui, eux, ne sont pas inclus dans les tarifs des GHS mais donnent lieu à une tarification spécifique.

Il n'y a donc pas de correspondance exacte entre les tarifs des GHS et les montants de l'ENC. La comparaison entre les deux est en partie biaisée. Seul un important travail de retraitement permettrait de repartir sur des bases comparables. Il semble néanmoins que ce soit le prix à payer pour déterminer indirectement la valeur des postes de dépense couverts par les GHS et objectiver, dans la mesure du possible, la répartition du produit de l'activité médicale entre les différents gestionnaires.

#### 1.2.2.2 Les limites du modèle de décomposition analytique des produits

Au-delà des contraintes liées aux précautions méthodologiques, incontournables si l'on souhaite disposer de résultats valides, la démarche de décomposition analytique des produits de l'activité médicale par comparaison avec l'ENC, se heurte à plusieurs questions.

Une première difficulté, que l'on pourrait qualifier de technique, tient à l'absence de coïncidence exacte entre la nomenclature comptable de la M21 et le découpage en postes de dépenses de l'ENC. Cette dernière fait coexister une présentation des charges par nature (« salaires médecins » par exemple) et par destination (« restauration » par exemple). Cette cohabitation entre deux modes de présentation des charges ne facilite pas, voire rend impossible dans certains cas, les comparaisons et les passages des postes de dépenses de l'ENC aux comptes budgétaires. Même dans le cas des charges présentées par nature, la comparabilité n'est pas toujours beaucoup plus aisée. Les regroupements de charges de l'ENC sont, en effet, beaucoup plus grossiers que ceux de la nomenclature comptable, en particulier pour les charges de groupe III.

Ces problèmes ne sont pas insurmontables mais leur résolution nous éloigne toujours un peu plus de l'idéal d'une technique de répartition objective. Une part d'arbitraire et d'approximation basée sur des clés de répartition interne est pour le moment inévitable. Cette constatation milite en faveur d'une déconcentration maximale couplée à une fongibilité totale des comptes budgétaires. Cela réduirait au minimum les calculs nécessaires pour déterminer la part de l'administration. Le solde du tarif, qui représenterait en l'occurrence la majeure partie de ce dernier, reviendrait en bloc au pôle concerné.

Une deuxième difficulté, rédhibitoire celle là, ne peut être occultée. L'ENC n'est d'aucun secours pour décomposer une bonne partie des nouvelles modalités de financement : GHS non issus des GHM, dotations couvrant les frais de structure des services d'urgence ou des coordinations hospitalières des prélèvements, passages aux urgences ou encore activités de RIRE. L'ensemble de ces activités n'entre pas, en effet, dans son champ d'étude. Il n'existe pas, par ailleurs, d'équivalent permettant de connaître avec exactitude les coûts couverts. La seule solution, bien qu'insatisfaisante, consiste là encore en une distribution des produits purement arbitraire sur la base de clés de répartition qui restent à trouver.

### **1.2.3 Une gestion budgétaire renouvelée**

Le choix du financement des pôles à l'activité renouvelle certains aspects de la gestion budgétaire. Deux des outils de la déconcentration sont particulièrement impactés par la relative précarité qui caractérise ce mode d'allocation budgétaire : le contrat interne d'objectifs et de moyens qui détermine le montant de crédits disponibles et les tableaux de bord qui permettent un suivi des crédits et la reddition des comptes en fin d'exercice. Tous les deux doivent s'adapter à ce nouveau contexte, plus mouvant. C'est pourquoi il convient de garantir l'approche infra annuelle des contrats internes d'objectifs et de moyens ainsi que rendre les tableaux de bord de nouvelle génération à la fois plus complets et plus dynamiques.

1.2.3.1 Garantir une approche infra annuelle du contrat interne d'objectifs et de moyens : une conciliation difficile entre l'ajustement trimestriel des crédits et le principe de l'annualité du contrat

Le nouveau mode d'allocation budgétaire interne appelle plus de souplesse dans l'exécution du contrat interne d'objectifs et de moyens. Le contrat doit ainsi se mettre en phase avec le nouveau calendrier budgétaire. La très grande souplesse du régime juridique des contrats internes devrait favoriser cette adaptation.

La mise en place de l'EPRD au niveau de l'établissement, associée au versement trimestriel par les caisses d'assurance maladie des sommes dues au titre de l'activité du trimestre précédent, fragilisent les engagements consignés dans le contrat. Au moment de sa signature, le contrat prévoit le budget disponible sur l'année en fonction des

prévisions d'activité. Il s'agit d'un exercice de style périlleux dans la mesure où par définition des prévisions sont toujours sujettes à caution. Aussi à date régulière, pour tenir compte de l'activité réellement effectuée et éventuellement de la révision des tarifs dans le cadre de la régulation prix volume, il convient d'ajuster ses prévisions de recettes et de dépenses pour se rapprocher petit à petit du budget réel. Plus on se dirige vers la fin de l'exercice, plus on réduit la marge d'incertitude à la fois sur ses recettes et sur ses besoins en crédits.

Cette dérogation au principe de l'annualité du contrat n'est pas nouvelle en soi mais prend une nouvelle importance dans le cadre du financement des pôles à l'activité. L'annualité du contrat est en effet difficilement conciliable avec des ajustements fréquents du montant de crédits disponibles. Les contrats traditionnels intègrent certes le principe d'ajustements infra annuels, mais il s'agit dans les faits d'augmenter le budget, non pas de réduire les crédits disponibles. Or, dans le cadre de la T2A, cette perspective dépasse le stade de la simple hypothèse d'école pour devenir une menace réelle.

De fait, la durée de validité du contrat d'objectifs et de moyens ne devrait pas à l'avenir dépasser les trois mois, du moins pour la rubrique "moyens". Le financement des pôles à l'activité est donc synonyme pour leurs responsables d'incertitude et de manque de visibilité sur le niveau de ressources disponibles. Le contrat s'éloigne de sa fonction première qui est précisément de garantir une certaine visibilité sur le long terme et se coule dans une logique de précarité sans pouvoir en réduire les effets. Cette relative précarité des sources de financement est d'autant plus délicate que les objectifs assignés aux pôles paraissent, eux, plus rigides. Il semble par voie de conséquence plus prudent de prévoir un dispositif parallèle de révision des objectifs pour tenir compte du fait que leur mise en oeuvre dépend du niveau de ressources disponibles et pour ne pas mettre les pôles en difficulté.

Le rythme des ajustements est loin d'être anodin et doit faire l'objet d'une attention particulière dès lors qu'il conditionne pour partie le bon fonctionnement de la délégation. Le souci d'un parallélisme exact avec le budget de l'établissement conduit à privilégier un ajustement trimestriel mais on peut envisager un seul ajustement en fin d'année avant le dernier trimestre. Cette dernière solution présente l'avantage de laisser le champ libre aux pôles sur les neuf premiers mois de l'année tout en s'accordant, à priori, le temps nécessaire pour corriger une éventuelle dérive. Cette solution n'est cependant pas sans risque. Il peut être déjà trop tard. Compte tenu du caractère évaluatif des crédits et non plus limitatif, il est en effet possible d'engager des dépenses sur la base de prévisions d'activité et donc de recettes erronées. Autrement dit, des dépenses peuvent être engagées en toute bonne foi au-delà des capacités réelles du pôle. Il existe ainsi un

risque non négligeable d'effet ciseaux, insensible sur le moment, entre l'évolution des dépenses et celles des recettes réelles. C'est la raison pour laquelle il semble plus prudent de s'en tenir à la solution plus classique de l'ajustement trimestriel. Ce rythme permet non seulement de faire un point régulier sur la situation budgétaire du pôle mais aussi de lisser les effets de l'évolution de l'activité sur l'année, si le besoin s'en fait sentir.

Ce risque de dérive budgétaire rend d'autant plus déterminante la mise au point de tableaux de bord performants en vue de garantir un suivi fin et surtout concomitant des recettes et des dépenses.

### 1.2.3.2 Des tableaux de bord plus complets et dynamiques

Les tableaux de bord sont devenus en peu de temps des outils incontournables de la déconcentration de gestion, en assurant la diffusion des informations nécessaires à destination des entités déconcentrées, pôles ou services. Une évolution de ces outils semble aujourd'hui souhaitable pour suivre celle des besoins des responsables de pôles. Les tableaux de bord de la première génération, mis en place dans les premiers hôpitaux à s'engager dans la voie de la déconcentration, se révèlent inadaptés face au nouveau mode d'allocation budgétaire des établissements de santé. Ils prennent, en effet, insuffisamment en compte les données médico-économiques qui sont désormais à la base du management hospitalier.

La transposition en interne du mode d'allocation budgétaire externe milite dans le sens du développement de tableaux de bord de nouvelle génération au contenu enrichi et au rythme de production plus rapide. Les équipes du Contrôle de Gestion et de l'Informatique Décisionnelle du CHU de Montpellier travaillent actuellement sur une maquette de tableaux de bord en vue de la mise en œuvre prochaine de la déconcentration de gestion<sup>7</sup>. Il ne s'agit pour le moment que d'une maquette élaborée de manière unilatérale sans que les pôles aient été consultés, faute d'interlocuteurs. Néanmoins ces outils ont vocation à s'adapter aux souhaits des coordonnateurs de pôles et de leur assistant de gestion, qui en seront les principaux utilisateurs. Si une base commune est inévitable, l'objectif à terme est de personnaliser au maximum les tableaux de bord en fonction des particularités de l'activité ou de l'organisation.

---

<sup>7</sup> Maquette confidentielle à ce jour.

Les tableaux de bord en cours de réalisation frappent avant tout par la grande richesse de leur contenu qui tranche avec le caractère parfois sommaire des tableaux conçus jusqu'à présent. Ils s'organisent ainsi autour de quatre rubriques principales:

⇒ Structure et organisation. A travers cet item, les responsables de pôle peuvent prendre connaissance des données de base du pôle, telles que le nombre de lits, les effectifs en personnel affectés dans le pôle, les activités principales...Autant d'informations qui peuvent paraître évidentes mais que les principaux intéressés ne maîtrisent pas toujours et qu'il n'est pas inutile de rappeler. On peut se demander néanmoins si ces données ont leur place au sein d'un tableau de bord. L'ensemble de la littérature consacrée à ce sujet est unanime pour dire que les tableaux de bord ne doivent comporter que des données qui fluctuent de manière régulière, ce qui n'est pas le cas de celles-ci qui ne changent que très rarement. Leur but est, entre autre, de suivre des évolutions, et non de présenter des informations statiques. Ces dernières ne sont ni inutiles ni inintéressantes mais leur place est, a priori, ailleurs.

⇒ Environnement. La remarque faite pour la rubrique précédente vaut pour celle-ci également mais la nature des informations présentées et leur caractère stratégique justifie leur inscription dans le tableau de bord. Par environnement il faut comprendre les informations relatives au recrutement, aux parts de marché du pôle, ainsi qu'au circuit du patient au sein de l'établissement. L'existence de cette rubrique traduit la nature profonde de l'outil développé par le CHU de Montpellier qui prend ses distances avec la définition traditionnelle du tableau de bord. Il dépasse le stade de l'outil de pilotage opérationnel pour devenir un outil de pilotage stratégique qui se situe sur le long terme. Ces informations seront, en effet, surtout utiles pour la définition du projet de pôle, plus que pour la gestion quotidienne.

⇒ Suivi budgétaire. Cette rubrique, grand classique voire raison d'être des tableaux de bord, se retrouve bien évidemment dans la maquette à l'étude. Elle permet le suivi, au jour le jour, des dépenses, compte par compte, pour les dépenses qui font l'objet d'une délégation. Il s'agit principalement des dépenses directes d'exploitation qui peuvent être directement imputées aux pôles. Mais elle comprend également le suivi des droits de tirage sur les prestations des pôles "fournisseurs" dont disposent les pôles cliniques et qui correspondent aux charges induites par leur activité.

⇒ Equilibre coûts/recettes. Cette rubrique, novatrice à plus d'un titre<sup>8</sup>, doit directement son existence à la mise en place de la T2A. Son apparition représente le principal apport de cette nouvelle génération de tableaux de bord. Le tableau écart coûts/recettes devrait rapidement devenir l'indicateur le plus suivi par les responsables de pôles : ils disposent, en effet, à travers lui, d'un condensé d'informations stratégiques. Il constitue une des premières traductions concrètes de la logique induite par la T2A. On ne peut plus se contenter aujourd'hui de suivre les consommations de crédits. Le montant de crédits disponibles n'a désormais de sens que confronté aux recettes.

Bien qu'intéressantes en soi, ces informations sont insuffisantes pour éclairer une prise de décision. Aussi le tableau de bord complète-t-il ces données de base par des indicateurs de causalité. Il s'agit, en effet, d'être en mesure de dépasser le simple constat pour déterminer l'origine précise des dérives. Cette nouvelle fonctionnalité du tableau de bord exige un degré de finesse dans l'information rarement atteint. A titre d'exemple, sont mis en avant les GHM sur lesquels les efforts doivent le plus porter au regard des exigences en matière d'équilibre. Cette information est essentielle pour que les prescripteurs puissent changer de pratique. Le but est de faciliter au maximum la tâche des coordonnateurs de pôle, en partant du principe que plus ils auront à leur disposition une information claire et précise, plus ils pourront prendre des décisions opportunes.

Aussi perfectionnés soient-ils, les tableaux de bord de nouvelle génération ne peuvent se substituer totalement aux réunions entre les responsables de pôles et ceux du contrôle de gestion, qui conservent tout leur intérêt. Il faut à tout prix éviter une lecture mécaniste des tableaux de bord qui pourrait conduire à des décisions précipitées. Le risque est grand, en effet, d'interpréter hâtivement des informations, certes valides, mais sorties de leur contexte. C'est pourquoi l'analyse croisée des données par ceux qui sont à l'origine de la production hospitalière et ceux qui en assurent le suivi s'impose pour lever toute ambiguïté. Les tableaux de bord ne sont pas uniquement des outils d'aide à la décision, ils sont aussi des supports pour le dialogue et la confrontation des points de vue.

La question qui se pose est de savoir si cette abondance d'information, de nature variée, ne brouille pas le champ de vision des responsables de pôles. Ces derniers peuvent réagir différemment face à cette multiplicité de facteurs. Si certains sauront en tirer parti, d'autres peuvent ressentir une sorte de paralysie. Les théoriciens des tableaux de bord insistent sur la nécessité de se concentrer sur un nombre réduit d'indicateurs, les plus

---

<sup>8</sup> A notre connaissance, seul le CH de Blois a mis en place une rubrique comparable, avec une différence toutefois : les GHM sont valorisés en point ISA et non pas en euros.

pertinents, sans chercher à être exhaustif. Ceux à l'étude au CHU de Montpellier s'éloignent incontestablement de ce modèle. Seul l'usage permettra de valider ou non ce choix.

Autre caractéristique majeure de cette nouvelle génération de tableaux de bord : leur rythme de production et de diffusion beaucoup plus rapide que la moyenne. On ne peut plus, dans un contexte aussi mouvant que celui dû à la mise en place de la T2A, se contenter d'une diffusion trimestrielle. Les coordonnateurs de pôle doivent disposer des informations appropriées dans les plus brefs délais pour pouvoir réagir le plus rapidement possible. Il s'agit d'avoir le temps de redresser la barre avant qu'il ne soit trop tard : freiner le rythme des dépenses en cas de tassement des recettes, réduire la DMS pour développer l'activité...

Seul le suivi des engagements peut faire l'objet d'une actualisation journalière. La plupart des données seront actualisées mensuellement, en particulier les données d'activité et par conséquent le niveau de recettes disponibles. Certaines d'entre elles ne le seront qu'annuellement, du moins dans un premier temps. Il s'agit, en premier lieu, des informations contenues dans les deux premières rubriques dont l'actualisation régulière n'est pas indispensable. Il s'agit, en second lieu, des données relatives aux coûts de production par GHM. En raison du travail nécessaire et de contraintes techniques ces coûts ne peuvent, pour le moment, être calculés qu'une fois par an, mais le service du Contrôle de Gestion et de l'Informatique Décisionnelle ambitionne de pouvoir le faire mensuellement à moyen terme.

Cette performance repose sur une exploitation maximale des potentialités du système d'information hospitalier qui permet de faire remonter et centraliser l'information issue des différentes applications (GEMA pour les données relatives aux entrées et sorties, Qbloc pour les actes chirurgicaux...et bien sûr les données du PMSI).

Dans une optique identique, il est prévu une mise en ligne de ces tableaux de bord sur l'intranet du CHU. La diffusion de l'information et la souplesse d'utilisation devraient s'en trouver améliorées. Le support informatique confère par ailleurs une grande convivialité à cet outil de travail grâce à un environnement à la fois fonctionnel, agréable et simple d'utilisation. Cet aspect est loin d'être anodin : il va, en effet, dans le sens d'une appropriation rapide par les utilisateurs.

L'ensemble de ces caractéristiques fait des tableaux de bord de nouvelle génération de véritables outils de pilotage au sens où on l'entend habituellement, c'est à dire tournés vers l'action. On en revient à la définition originelle des tableaux de bord, parfois dévoyés

et réduits à de simples outils de communication, par ailleurs incomplets, alors qu'ils sont fondamentalement des outils de gestion : " *Le tableau de bord est l'instrument qui permet au responsable d'effectuer en permanence un contrôle sur les recettes et les dépenses liées à sa zone d'investigation. Il attire son attention sur des points clés, fait apparaître ce qui a un caractère anormal ou ce qui a une incidence importante sur le résultat de l'entreprise, en un mot il donne au responsable les informations qui lui sont indispensables pour agir à court terme.*"<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Gervais M, Contrôle de Gestion, Economica, 1997

## **2. UN MODE DE FINANCEMENT QUI IMPOSE UN RENOUVELLEMENT DES MODES DE PILOTAGE**

Le financement des pôles à l'activité impacte bien au-delà des seules sphères budgétaires et financières. Elle devrait inévitablement déboucher sur un renouvellement complet, non seulement de l'organisation et du fonctionnement de l'institution hospitalière, mais aussi du rôle des différents acteurs. Deux mouvements parallèles semblent se dessiner : d'une part, une responsabilisation accrue des pôles à travers le renforcement de la contractualisation interne et d'autre part, une modification profonde du rôle et de l'organisation de l'administration malgré le maintien de certaines prérogatives.

### **2.1 Une responsabilisation accrue des pôles qui confère une nouvelle dimension à la contractualisation interne**

Le choix du financement des pôles à l'activité n'est pas neutre. Il illustre un choix politique de forte responsabilisation de ces derniers. La T2A trouve en eux la structure d'accompagnement idéale pour mettre en œuvre les restructurations nécessaires. Il aurait été vain d'attendre un tel effort de la part des services ou de l'administration centrale. Les services n'auraient probablement pas adhéré à la démarche et n'ont pas une taille critique suffisante pour permettre des économies d'échelle. Quant à l'administration elle aurait probablement initié une restructuration à l'aveugle, immanquablement jugée technocratique et guidée essentiellement par un souci d'économies. Les pôles, au contraire, sont susceptibles de mettre en œuvre les mesures nécessaires tout en préservant la qualité de la prise en charge des patients qui reste l'objectif premier. Comme on a pu parler de financement médicalisé, on peut parler de recomposition médicalisée. De fait, la recherche des marges de manœuvre devrait être transférée du niveau central vers le niveau opérationnel et l'effort d'adaptation reposer essentiellement sur les pôles.

Ce mouvement devrait donner un nouveau souffle aux contrats internes d'objectifs et de moyens, dont la rubrique « objectifs » devrait être plus soignée et étoffée qu'à l'habitude. Les contrats viendront en effet formaliser, une fois négociée avec la Direction Générale, la stratégie à mettre en œuvre et dont les pôles assumeront la responsabilité opérationnelle. Ils comporteront à cet effet de nombreux objectifs de nature à assurer l'équilibre entre les charges et les recettes.

## **2.1.1 Responsabiliser les pôles sur leurs stratégies de recettes**

Cette responsabilisation passe par deux axes majeurs : d'une part, il est primordial de recenser de manière exhaustive l'activité qui mobilise les ressources hospitalières et, d'autre part, dans une approche plus économique que budgétaire, il convient de favoriser le développement des activités, notamment lorsqu'il est impossible de diminuer les charges fixes.

### **2.1.1.1 Améliorer le recensement de l'activité réalisée**

La T2A établit un lien direct entre le financement et l'activité médicale des établissements de santé. Cette dernière devient même leur principale source de financement. Si dans le cadre du financement par la dotation globale, déterminée en fonction du niveau des dépenses, la connaissance précise et détaillée de l'activité médicale produite était accessoire et n'avait qu'un intérêt statistique, elle devient désormais primordiale. L'importance de l'enjeu est telle qu'elle appelle un dépassement des frontières traditionnelles entre administration et médecins, réunis autour d'une problématique commune.

Un nouvel objectif prioritaire s'impose à l'ensemble de la communauté hospitalière, ainsi que le répète inlassablement le Directeur Général du CHU de Montpellier : tous les actes, toutes les prises en charge effectués au sein de l'établissement et potentiellement facturables dans le cadre de la T2A doivent l'être effectivement. Aucun acte ne doit échapper à la vigilance des personnes responsables du codage car toute dépense doit désormais, dans la mesure du possible, générer une recette équivalente. Cet activisme peut choquer, mais l'équilibre financier de l'établissement en dépend.

Aujourd'hui seule l'activité comprise dans le champ MCO est connue par le biais du PMSI. Mis en place initialement à des fins statistiques, cet outil se retrouve au cœur du dispositif de recensement de l'activité médicale. Mais cette dernière dépasse largement le seul champ MCO : elle comprend également les soins de suite et de réadaptation, les soins de longue durée, les soins en psychiatrie, la prise en charge aux urgences ainsi qu'une kyrielle d'activités plus ou moins connues ou reconnues et qu'il convient désormais de mieux circonscrire. Les données médicales relatives à ces activités, non prises en compte par le PMSI, sont à l'heure actuelle relativement sommaires et reposent essentiellement sur les bureaux des entrées.

La relative méconnaissance de l'activité générée dans les services de soins de suite ou de réadaptation, de soins de longue durée ou ceux de psychiatrie ne prête pas véritablement à conséquence dans la mesure où les activités en question devraient être financées par le biais de dotations forfaitaires fixées sans lien direct avec l'activité réelle. L'absence de données fiables relatives à l'activité des urgences ou à celles des consultations externes est en revanche beaucoup plus préjudiciable.

Deux axes de travail se dégagent ainsi pour les établissements de santé : parfaire le codage des données PMSI, encore défaillant malgré des années d'efforts et revoir entièrement le recueil de certaines activités telles que les actes et consultations externes ou encore les passages aux urgences.

L'importance du recueil de l'activité médicale a parfois pu échapper au corps médical qui l'a vécu, et le vit souvent encore, comme une charge supplémentaire de travail, imposée par l'administration et sans utilité immédiate. En témoignent les statistiques publiées trimestriellement par le DIM. Au terme du premier trimestre 2004 le taux d'exhaustivité du codage PMSI au sein du CHU de Montpellier se situait à 96.88 %. Cet excellent chiffre est encourageant pour l'avenir : l'objectif d'un taux d'exhaustivité de 100 % dans les délais réglementaires paraît atteignable à court ou moyen terme. Mais il ne s'agit que d'une moyenne sur l'ensemble de l'établissement. Les résultats par pôle se révèlent beaucoup plus contrastés. Si certains, tels que les pôles Urgences ou Os et articulations, peuvent se prévaloir d'une exhaustivité totale, d'autres font en revanche état de résultats beaucoup moins satisfaisants. L'un d'entre eux atteint ainsi péniblement 72 %...

Ces différences entre pôles s'expliquent pour partie par des raisons objectives. Le volume d'actes à coder en est une. Les pôles ne sont pas égaux de ce point de vue. Certains cumulent même deux handicaps : un nombre de lits important associé à un turnover fréquent. En revanche, les premières études montrent qu'il n'y a pas de corrélation systématique entre l'exhaustivité du codage et le nombre de secrétaires médicales dans les services. Ce sont en fait essentiellement le degré d'investissement du chef de service et la plus ou moins bonne volonté des praticiens qui font la différence.

Laisser cette situation perdurer dans l'avenir, alors que le codage prend une nouvelle dimension, serait irresponsable. Il devient indispensable de faire prendre conscience aux derniers médecins récalcitrants de l'importance du recueil de l'activité médicale.

L'amélioration du recueil des données médicales, constituera dès lors sans aucun doute l'un des piliers de la contractualisation interne, dans le nouveau contexte induit par la

T2A. Cette disposition devrait figurer à court terme dans l'ensemble des contrats conclus entre les pôles et l'administration et ce, quel que soit le mode de financement applicable. Cependant, dans le cadre d'un financement à l'activité, cette obligation de coder sera sans conteste vécue de manière moins contraignante.

Le financement des pôles à l'activité apparaît en effet, aux yeux de beaucoup, comme la solution au défi que représente le recueil exhaustif de l'activité médicale. Dans un tel système les médecins ont un intérêt direct à coder. Tout retard ou tout manque d'exhaustivité pénalise directement le pôle qui voit ses crédits réduits à due concurrence. Les dépenses engagées par le pôle pour prendre en charge ses patients ne sont plus couvertes par l'attribution de la fraction du GHS ou de la dotation qui lui revient normalement. Ce processus débouche inévitablement sur une dégradation rapide de l'équilibre budgétaire du pôle, dont les médecins sont les premières victimes.

Le financement des pôles à l'activité devrait en toute logique amener les médecins responsables du recueil à changer d'état d'esprit et faire preuve d'auto discipline. En théorie l'intervention de l'administration ne devrait plus être nécessaire. Le codage devrait rapidement devenir naturel et ne plus poser de problèmes. La communauté médicale de pôle devrait se charger elle-même de mettre au pas les derniers récalcitrants. En fait les promoteurs du système attendent une prise de conscience collective de la part du corps médical.

En revanche il n'est pas prévu, contrairement à ce qui devrait se faire dans d'autres hôpitaux, que l'exhaustivité, la rapidité et la qualité du codage soient prises en compte au titre de l'intéressement. Le codage est en effet considéré par les autorités du CHU comme une obligation de base pour le corps médical, un travail normal qui ne justifie pas de récompense particulière.

Il n'est, à priori, pas non plus nécessaire de prévoir des sanctions en cas de non respect des objectifs assignés au pôle en matière de recueil, dans la mesure où ce comportement revient à se pénaliser soit même. Des doutes subsistent cependant sur la capacité des coordonnateurs de pôle, du moins dans un premier temps, à mobiliser leurs confrères autour de la question du recueil de l'activité médicale. C'est la raison pour laquelle un dispositif plus coercitif reste envisagé. L'administration se trouve confrontée à une véritable gageure : comment sanctionner les médecins récalcitrants sans pénaliser pour autant les patients ou l'activité du pôle ?

Compte tenu de cet impératif, les sanctions devraient rester de l'ordre du symbolique. Sont ainsi envisagées, sans que rien ne soit toutefois arrêté, les mesures suivantes :

- En premier lieu, la diffusion trimestrielle devant la CME d'un palmarès du recueil par pôles. L'objectif est de permettre aux différents pôles de se situer les uns par rapport aux autres et de susciter une réaction de la part des représentants des pôles en fin de liste, blessés dans leur amour propre après l'étalage en public de leurs mauvaises performances.

- En second lieu, des sanctions d'ordre individuel pour les médecins codeurs les moins performants, lesquels sont parfaitement identifiables par le biais du système d'information de l'établissement, pourraient être prises. Ces sanctions sont d'un type tout à fait inédit. Il est d'ailleurs possible que leur mise en œuvre se révèle plus complexe que prévu. L'idée est de pénaliser individuellement les « mauvais élèves » en traitant leurs demandes diverses, en particulier celles relatives aux déplacements professionnels, en retard. Ceci suppose donc que les services administratifs raisonnent à chaque fois en fonction des mérites respectifs de la personne concernée au regard de son obligation de codage.

L'amélioration du recueil de l'activité médicale devrait constituer ainsi pour les pôles l'une des voies privilégiées de développement de leurs recettes. En comparaison avec les autres mesures possibles cette dernière apparaît comme l'une des plus faciles à mettre en œuvre. Elle ne demande objectivement qu'un modeste effort à la portée de tous, à condition toutefois que l'organisation nécessaire ait été mise en place. Ses effets ne se feront cependant principalement sentir que lors de l'effort de rattrapage et seront moins sensibles en rythme de croisière. Elle est donc nécessaire mais non suffisante.

#### 2.1.1.2 Développer quantitativement l'activité

Dans un contexte de tarification à l'activité, l'accroissement de l'activité médicale à moyens constants s'impose comme la solution naturelle à la problématique du manque de moyens. Plus l'activité, mesurée en nombre de GHS « produits », est importante, plus les recettes le sont également. Il convient néanmoins de dépasser les évidences et de s'interroger sur la pertinence d'une relation plus complexe qu'il n'y paraît : des recettes supplémentaires ne sont, en effet, pas nécessairement synonyme d'un meilleur équilibre financier. Le développement quantitatif de l'activité ne portera ainsi ses fruits que pour autant que les pôles en feront une utilisation raisonnée.

L'activité médicale est traditionnellement considérée comme une donnée sur laquelle les hôpitaux, en particulier les hôpitaux publics, n'auraient aucune prise. Elle s'imposerait à eux sans qu'ils puissent s'y soustraire. En raison des obligations de service public qui

sont les leurs, il leur est effectivement très difficile de refuser des patients. Mais en sens inverse, le développement de l'activité apparaît comme une voie ouverte.

Contrairement à la logique prévalant dans le secteur privé, le développement de l'activité n'a jamais constitué un objectif en soi, ni pour les responsables des hôpitaux, ni pour le personnel médical ou soignant tant que perdurait le système de DGF. Au risque de caricaturer, on peut dire que les hôpitaux ne refusaient pas les patients mais n'allaient pas les chercher. De fait le système de la dotation globale n'incitait pas à augmenter le nombre de personnes prises en charge. La crainte était grande que cette augmentation, effectuée le plus souvent à moyens constants, ne se traduise par une dégradation de la qualité de la prise en charge pour les patients et une dégradation des conditions de travail pour le personnel. La T2A change la donne en mettant en avant les effets positifs de l'accroissement de l'activité, à savoir l'accroissement concomitant des recettes.

Il ne faut pas s'attendre à une explosion de l'activité. Le marché de l'hospitalisation n'est heureusement pas extensible à l'infini. Toute augmentation de l'activité enregistrée dans un établissement a pour contrepartie une baisse dans une autre et les transferts seront nécessairement limités. Mais les établissements publics de santé, à travers leurs pôles d'activité, devront être prêts pour prendre en charge les personnes supplémentaires. Les pôles apparaissent en effet, compte tenu à la fois de leur taille critique, de la mutualisation des moyens et de leur relative proximité avec les patients, comme les mieux à même de mettre en œuvre les mesures nécessaires.

Les marges de manœuvre sont connues mais encore faut-il les faire jouer. Les pôles peuvent s'appuyer sur deux leviers complémentaires. Il s'agit, d'une part, de la réduction de la durée moyenne de séjour et, d'autre part de l'amélioration du recrutement.

Les pôles devraient s'orienter en premier lieu dans la voie d'une réduction de la durée moyenne de séjour (DMS) dans les unités d'hospitalisation complète. La DMS par GHS est un bon indicateur de mesure du potentiel d'augmentation de l'activité. En effet, si la DMS enregistrée dans le pôle est supérieure aux références externes (en particulier les DMS de la base ENC), c'est qu'il existe des marges de recrutement supplémentaire, en calant la DMS sur ces références. L'amélioration de la rotation des patients permet alors de multiplier le nombre de séjours. Il s'agit de parvenir à une utilisation plus rationnelle des lits qui constituent le support de l'activité.

Cet effet positif de la réduction de la DMS se double d'un deuxième : l'optimisation de l'utilisation des ressources. En effet, la recette générée par un GHS étant constante, à l'exception des séjours extrêmes, et ce quelle que soit la durée de séjour réelle, plus la durée de séjour est courte, plus le gain est important. Ce cercle vertueux rencontre

néanmoins une limite avec les séjours compris entre 24 et 48 heures. Ce constat inattendu s'appuie sur une étude de rentabilité réalisée par le Contrôle de gestion du CHU de Montpellier. Cette étude révèle une grande hétérogénéité des coûts de prise en charge au sein du GHS couvrant les séjours compris entre 0 et 48 heures. Si globalement le coût des prises en charges inférieures à 24 heures est moins important que le tarif du GHS, celui des séjours compris entre 24 et 48 heures dépasse en moyenne ce même tarif. On se trouve ainsi dans un cas de figure où il est dans l'intérêt du pôle d'augmenter très légèrement la DMS, d'une nuit très exactement, faisant ainsi basculer le séjour sur un GHS bien plus rémunérateur, calculé sur la base d'une DMS moyenne beaucoup plus longue.

Pour porter ses fruits, sans danger pour les patients, la réduction de la DMS doit faire l'objet d'une réflexion préalable approfondie notamment sur les pratiques médicales. Il ne s'agit pas de réduire arbitrairement la durée de prise en charge et de signifier brutalement leur sortie aux patients. La réduction de la DMS est avant tout une question d'organisation. Le regroupement des services en pôles médicaux représente de ce point de vue une avancée majeure. En abolissant les frontières traditionnelles il garantit une meilleure collaboration des professionnels entre eux, une collaboration de nature à fluidifier la prise en charge des patients et à accélérer leur sortie, sans que la qualité de la prise en charge n'en souffre pour autant. Ce dernier impératif milite en faveur d'un accompagnement méthodologique de la part de l'administration. Si nul ne conteste la qualité de la réflexion mise en œuvre au sein des pôles, la réduction de la DMS ne s'improvise pas et ne peut leur être déléguée sans contrôles.

La réduction de la DMS doit s'accompagner d'un taux d'occupation des lits constant. Rien ne sert de raccourcir la durée de séjour des patients si les lits ainsi libérés doivent rester vides faute de recrutement. L'amélioration de leur recrutement devrait ainsi constituer l'un des objectifs prioritaires des pôles, que ce soit en vue de résorber un déficit par rapport aux capacités de prise en charge existante ou dans la perspective d'une extension des capacités de prise en charge.

Les filières de recrutement existantes sont, à ce jour, insuffisamment exploitées. Tel est particulièrement le cas des consultations externes, pourtant considérées comme l'une des portes d'entrée privilégiées de l'hôpital et demain du pôle.

Dans le cadre de la T2A, les consultations externes du CHU de Montpellier coûtent plus qu'elles ne rapportent. L'étude réalisée par le service du Contrôle de Gestion dresse en la matière, un constat alarmant. Les consultations externes devraient constituer dans les années à venir un foyer récurrent de pertes pour le CHU. D'où l'importance d'un recueil

exhaustif. D'où également l'importance de rentabiliser indirectement les consultations externes en leur faisant pleinement jouer leur rôle.

Ainsi que le préconise une étude réalisée pour le compte du CHU de Montpellier les consultations doivent mieux cibler leur clientèle<sup>10</sup>. Les consultations hospitalières doivent redevenir de réelles consultations hospitalières. L'intérêt médico-économique d'une consultation est en effet de déboucher sur une hospitalisation. Il serait cependant illusoire d'attendre de chaque consultation qu'elle débouche sur une admission. Pour autant le taux de transformation des consultations en hospitalisation devrait être dans l'avenir au centre des préoccupations.

Les patients pris en charge dans une consultation hospitalière devront avoir été préalablement qualifiés, par les médecins libéraux qui les envoient mais aussi par les autres services de l'hôpital, en particulier les urgences. La constitution de réseaux et le partenariat étroit qui en résulte devrait permettre d'obtenir des résultats rapides.

Les pôles devront également s'attacher à revoir l'organisation et le fonctionnement de leurs consultations. Les consultations sont la vitrine du pôle et doivent faire l'objet de toutes ses attentions. L'amélioration de l'accueil et le raccourcissement des délais de rendez-vous devraient ainsi figurer au rang des priorités.

Le manque de ressources financières ne doit plus, à priori, constituer un obstacle au développement de l'activité. Dans le cadre de la T2A les crédits nécessaires suivent théoriquement cette dernière. La T2A introduit de fait une véritable logique entrepreneuriale, inhabituelle dans le domaine de la gestion hospitalière : les pôles investissent dans une prise en charge, que ce soit en terme de temps de travail, de prestations médico-techniques ou de produits de santé, en vue du retour sur investissement que représente l'attribution d'un tarif de GHS (ou d'une fraction de dotation globale pour les activités financées forfaitairement).

L'accroissement des ressources financières ne lève cependant pas l'ensemble des contraintes, même si nombre d'entre elles procèdent effectivement de l'insuffisance de crédits budgétaires. Les pôles resteront confrontés à des contraintes difficilement surmontables, telles que le manque d'espaces ou bien la présence en nombre insuffisant de personnels compétents sur le marché de l'emploi.

---

<sup>10</sup> Cabinet Perspectives

La gestion par pôle devrait néanmoins permettre de régler une partie du problème des espaces disponibles en repensant la répartition des locaux dévolus aux différents services. Une utilisation plus rationnelle des espaces est en effet possible. Les pôles du CHU de Montpellier ont d'ailleurs reçu une invitation en ce sens. Certains locaux pourraient faire l'objet d'une mutualisation en vue de dégager des espaces suffisants pour installer des lits supplémentaires. Rien de déterminant toutefois. Aussi, dans bien des cas, la seule solution, encore qu'elle ne soit pas applicable partout, résidera dans la réalisation de travaux d'agrandissement. Mais ceux-ci, ne l'oublions pas, dépassent de loin la compétence des pôles et ne devraient pas figurer au titre des obligations contractuelles opposables à ces derniers.

L'augmentation quantitative de l'activité représente ainsi potentiellement une stratégie efficace de réduction de l'insuffisance de financement. Toute augmentation de l'activité entraîne mécaniquement une augmentation des recettes. Il convient néanmoins d'aller au-delà de cette conclusion. L'augmentation des recettes liée à l'augmentation de l'activité ne signifie pas amélioration de l'équilibre financier. Elle s'accompagne en parallèle d'une augmentation des coûts, pas nécessairement d'ailleurs dans les mêmes proportions. Aussi, plus que sur l'augmentation brute des recettes, l'attention doit se porter sur l'écart comptable entre les recettes supplémentaires et les coûts supplémentaires.

Une première étude menée sous l'égide de la conférence des directeurs des affaires financières<sup>11</sup> permet de tirer les conclusions suivantes. Tout dépend du rapport entre coûts fixes et coûts variables mais également de la part que représente la T2A dans le total des recettes.

Si le pourcentage de T2A applicable est inférieur au pourcentage des coûts variables (évalué entre 25 et 30 %), toute augmentation des recettes sera de fait inférieure à l'augmentation des coûts variables, à moins qu'elle ne s'accompagne d'une réduction drastique des coûts. C'est particulièrement le cas en 2004 où la T2A ne représente que 10 % des recettes. En effet, une augmentation d'activité jouera sur 10% des recettes alors qu'elle entraînera une augmentation des coûts de 30 % en moyenne. Cette conclusion est valable que l'activité soit rentable ou non. Les pôles n'ont ainsi dans cette hypothèse, d'un point de vue strictement économique, aucun intérêt à développer leur activité.

Si le pourcentage de T2A est supérieur ou égal au pourcentage des coûts variables, ce qui devrait être le cas à partir de 2005, l'augmentation d'activité devient en revanche

---

<sup>11</sup> Document diffusé le 01/06/2004

intéressante financièrement. Encore faut-il cependant distinguer selon les cas de figure. En ce qui concerne les GHS «rentables » cette relation se vérifie systématiquement. L'augmentation de l'activité permet d'augmenter les recettes plus que proportionnellement à l'augmentation des coûts variables et donc d'accroître la marge de rentabilité. En ce qui concerne les GHS «non rentables » l'augmentation de l'activité permet à minima de réduire les pertes sur le segment considéré. Toutefois, si l'augmentation en question est supérieure à celle des coûts variables il devient même envisageable de rendre les GHS concernés rentables.

### 2.1.1.3 Recueillir les fruits d'une gestion efficace et dynamique

Les pôles doivent pouvoir bénéficier des fruits potentiels d'une gestion efficace et dynamique. Derrière cette formule apparaît la nécessité de prévoir un dispositif d'intéressement, à la fois sur les économies réalisées et sur les recettes supplémentaires issues des activités dites subsidiaires.

L'intéressement sur les économies est une disposition classique que l'on retrouve dans la totalité des contrats internes d'objectifs et de moyens. Il est l'une des contreparties naturelles de la délégation de gestion. L'intéressement sur les recettes subsidiaires se rencontre en revanche moins fréquemment, peut être parce que plus délicat à mettre en œuvre.

L'intéressement est essentiellement envisagé par l'ordonnance du 21 avril 1996 relative à la contractualisation interne sous l'angle de la motivation des agents. Il est avant tout un outil de motivation destiné à récompenser les pôles les plus méritants du point de vue de la gestion ou à inciter les pôles moins bien placés à le devenir. Mais l'intéressement peut être également étudié sous un angle strictement budgétaire : il représente aussi un complément de ressources. C'est cet angle qui nous intéresse principalement ici.

Le dispositif d'intéressement que s'apprête à mettre en place le CHU de Montpellier ne correspond pas à la définition classique de l'intéressement. Il n'y a pas, en effet, à proprement parler de mise à disposition de moyens supplémentaires. Il s'agit d'un intéressement strictement comptable, dont le seul critère réside dans l'existence, au moment de la clôture de l'exercice, de crédits non consommés par rapport aux crédits alloués. Les crédits ainsi économisés pourront, soit être reportés à l'exercice suivant, soit être mis en provision sous réserve que l'ARH accepte ce mécanisme. Celle-ci ne devrait pas manifester son opposition dans la mesure où le futur EPRD devrait prévoir

expressément cette possibilité au niveau de l'établissement, pour tenir compte de la nouvelle logique budgétaire induite par la T2A.

Les crédits issus de l'intéressement ne se distinguent en rien des crédits budgétaires de l'exercice en cours. Il n'a donc pas été jugé nécessaire de prévoir un encadrement strict de l'utilisation de ces crédits, comme cela est recommandé dans le cadre des mécanismes traditionnels d'intéressement. Ces crédits seront donc utilisables dans des conditions identiques aux crédits mis à disposition au cours de l'exercice, que ce soit pour couvrir des charges de fonctionnement ou des charges d'investissement. Les mêmes précautions d'usage seront néanmoins de mise : les pôles devront notamment veiller à ce que les dépenses gagées par ces crédits reportés ne génèrent pas de surcoûts d'exploitation. C'est ainsi que les dépenses d'investissement, par exemple, ne seront possibles que sous réserve de la compensation des surcoûts d'exploitation durant la totalité de la durée de l'amortissement.

Le mécanisme arrêté par le CHU de Montpellier, est ainsi très proche dans son principe et ses modalités du mécanisme classique du report des crédits. Il part du principe que les pôles seront d'autant plus incités à réaliser des économies qu'ils les conserveront pour eux-mêmes et qu'elles ne seront pas reversées dans le pot commun.

Il présente l'immense avantage de s'inscrire dans le cadre de l'enveloppe inscrite initialement au budget de chaque pôle. Il ne nécessite pas d'alimenter un fonds de péréquation ad hoc, toujours tributaire du résultat global de l'établissement et aux règles de répartition complexes. Le choix du CHU de Montpellier se distingue en effet de l'autre option disponible à savoir la constitution d'un fonds d'intéressement unique au niveau de l'établissement alimentée par une partie des excédents d'exploitation de l'établissement, quand ils existent. L'avantage certain de ce dernier système est de replacer l'intéressement dans le cadre du fonctionnement global de l'établissement. L'intéressement par pôle n'est en effet possible que lorsque la situation financière globale de l'établissement le permet. Mais il faut alors assumer le fait que les pôles vertueux ne puissent bénéficier d'aucun intéressement si l'établissement dans son ensemble n'a pas dégagé d'excédent en raison du déficit enregistré dans d'autres pôles.

L'abandon des bases budgétaires historiques permet de limiter, à défaut de pouvoir l'éviter totalement, l'un des effets pervers de ce mode d'intéressement. Dans le cas d'un budget calculé en fonction des coûts historiques les différents pôles ne sont pas, en effet, égaux face à l'intéressement. Les pôles disposant traditionnellement de gros moyens peuvent par la force des choses dégager plus facilement des économies que les pôles

ayant depuis toujours eu une gestion serrée des crédits. L'élaboration du budget sur la base de l'activité remet les pôles, en théorie, dans une position égale. En théorie seulement car certains GHS sont plus « rentables » que d'autres, ce qui favorise les pôles qui les prennent en charge.

Ce mécanisme souffre d'une autre faille majeure. L'économie de crédits peut résulter aussi bien d'une meilleure utilisation du budget délégué que d'une moindre sollicitation en raison d'une baisse de l'activité. Toute diminution de l'activité se répercute, en effet, immédiatement sur le niveau des charges variables. Dans ce dernier cas, le report des crédits non consommés d'une année sur l'autre paraît illégitime. Les crédits en question devraient en toute logique être remis en cause et reversés au pot commun. La solution pour prévenir une telle situation serait, à l'image du mécanisme mis en place par le Centre Hospitalier d'Avignon ou par le CHU de Nantes, de doubler le critère de l'économie de crédits par un deuxième relatif à la productivité du pôle. Le ratio coût/niveau d'activité permet alors de déterminer si les économies sont dues à une baisse de l'activité ou aux efforts de réduction des coûts.

On peut se demander, enfin, si ce mode d'intéressement est suffisant. Bien sûr les responsables de pôles ne peuvent que se satisfaire de voir les crédits économisés reconduits d'une année sur l'autre en plus des crédits de l'exercice en cours. Mais en pratique les crédits en question ne pourront être que très faibles, du moins dans la majorité des pôles. Comment dans ces conditions préserver la motivation de pôles qui ne parviennent pas à dégager des économies malgré des efforts de gestion certains ? On ne peut pas faire abstraction de cet aspect. La mise en place d'un deuxième mécanisme d'intéressement reposant cette fois sur un fonds d'intéressement et dont les crédits seraient attribués sur la base d'autres critères que les seules économies comptables, efforts d'adaptation ou engagement dans la démarche qualité par exemple, pourrait se révéler utile. Il s'agit en fait de renouer avec la vocation première de l'intéressement : récompenser les efforts, quels qu'ils soient.

Le dispositif d'intéressement sur les économies se double d'un deuxième, reposant cette fois sur les recettes générées par les activités subsidiaires du pôle.

L'intéressement sur les recettes subsidiaires s'intègre particulièrement bien dans la logique du financement des pôles à l'activité. Car si l'activité en question consiste bien sûr majoritairement en une activité médicale, elle recouvre également toutes les autres activités mises en œuvre au sein des pôles et notamment les activités subsidiaires. Les recettes subsidiaires viennent ainsi en complément des recettes de l'activité médicale.

Cet apport devrait se révéler non négligeable pour quelques pôles. Il est évident que certains d'entre eux seront plus favorisés que d'autres, le Pôle Laboratoires en particulier, du fait des nombreuses prestations réalisées pour le compte de clients extérieurs à l'établissement.

Cette question a fait l'objet de nombreux débats au sein du groupe de travail chargé de réfléchir au contenu de la déconcentration. Il en est ressorti que ces recettes étaient acquises en totalité par les pôles qui en étaient à l'origine. Contrairement au choix fait dans d'autres établissements engagés dans la déconcentration budgétaire il n'est donc pas prévu de prélever une partie de ces recettes au profit du budget de l'administration. Il s'agit clairement d'encourager le développement des activités subsidiaires. Il semble que les préventions à l'égard de ce type de recettes aient disparues à l'occasion du passage à la tarification à l'activité.

Mais ce principe connaît deux exceptions de taille. Les marges sur les rétrocessions de médicaments, tout d'abord. Celles-ci ne seront pas conservées par le Pôle Pharmacie, comme on aurait pu le croire, en raison de leur importance financière. Elles apparaissent, en effet, complètement disproportionnées par rapport aux besoins réels de ce dernier. Les redevances d'activité libérale ensuite. Le souci de prévenir toute dérive est à l'origine de cette décision. Les responsables du CHU ne veulent pas encourager les pôles à privilégier l'activité libérale, même si celle-ci reste contrainte dans des quotas par praticien. L'intéressement sur les recettes subsidiaires ne doit pas, en effet, jouer contre l'intérêt des malades hospitalisés dans le cadre du service public hospitalier.

Là encore, les conditions d'utilisation des crédits supplémentaires issus des activités subsidiaires suscitent un certain nombre d'interrogations. Leur utilisation doit-elle faire l'objet de restrictions ? Dans le cadre d'un financement par une dotation globale déterminée sur la base des coûts historiques, ces crédits se démarquaient assurément par leur relative précarité. Des restrictions pouvaient alors se justifier. Il était ainsi la plupart du temps prévu que ces recettes ne servent à financer que des dépenses ponctuelles correspondant à des projets précis, réalisables dans l'année et ne suscitant pas de dépenses ultérieures. Cet encadrement semble moins nécessaire aujourd'hui. Dans le contexte de la tarification à l'activité, ces recettes ne sont en fin de compte guère plus précaires que ne le sont les recettes issues de l'activité médicale. Un traitement différencié se justifie moins dans ces conditions. La position du Pôle Finances du CHU de Montpellier semble tenir compte de cette nouvelle donne en s'autorisant une certaine souplesse. Plutôt que de décréter une règle générale qui ne manquerait de poser des difficultés d'application, ce dernier envisage, en effet, de se livrer à une analyse au cas

par cas, portant sur le caractère pérenne ou non de la recette, son importance et la nature des dépenses qu'elle pourra gager. Ce n'est qu'après prise en compte de l'ensemble de ces paramètres que le régime applicable sera précisé dans le contrat d'objectif et de moyens liant la direction au pôle concerné.

### **2.1.2 Responsabiliser les pôles sur leurs stratégies de dépenses**

L'impact financier lié à l'amélioration du recueil ou au développement quantitatif de l'activité, bien que non négligeable, devrait se révéler insuffisant. C'est la raison pour laquelle la politique d'augmentation des recettes doit s'accompagner impérativement d'actions de réduction des coûts. La stratégie de réduction des dépenses des pôles devrait prendre la forme à la fois d'une reconfiguration de l'offre interne en soins et d'une meilleure utilisation des ressources disponibles.

#### 2.1.2.1 La reconfiguration de l'offre de soins interne

Les pôles ne constituent, au moment de leur mise en place, qu'un agrégat de services dont ils reprennent dans un premier temps l'héritage, que ce soit en terme d'activité, d'organisation ou de fonctionnement. Les promoteurs de la réforme espèrent que les pôles ne s'enfermeront pas dans une gestion conservatrice de cet héritage et au contraire s'engageront rapidement dans la voie des restructurations nécessaires. L'héritage en question ne correspond, en effet, plus toujours aux besoins de la population ni aux standards modernes de prise en charge. Il est par ailleurs souvent exagérément consommateur de moyens, sans déboucher pour autant sur une prestation de meilleure qualité. En ce sens, la logique médicale et la logique économique se rejoignent pour promouvoir une recomposition de l'offre de soins interne. Cette dernière devrait par ailleurs être facilitée par le mouvement de rapprochement physique des différents services. Les pôles sont souvent, et notamment dans le cas des CHU, constitués d'entités disséminées dans l'espace. La logique et des considérations d'ordre pratique poussent dans le sens d'un rassemblement de l'ensemble de ces activités dans les mêmes murs. Les pôles n'auront d'autre choix pour réunir tout le monde dans les mêmes murs que de revoir leur organisation.

La reconfiguration de l'offre peut potentiellement prendre trois formes différentes : la sélection des pathologies traitées au sein du pôle, l'évolution des modes de prise en charge et enfin une réduction des capacités de prise en charge.

La première n'est que théorique. Les hôpitaux relevant du service public hospitalier n'auront, en effet, pas la possibilité de renoncer aux activités les moins rentables pour se positionner sur des secteurs plus porteurs. Cette stratégie serait probablement la plus efficace mais elle serait déontologiquement et politiquement inacceptable. Les contrats liant les pôles à la direction générale ne devraient contenir par conséquent aucune clause préconisant une sélection des GHM pris en charge. Aucun responsable hospitalier, qu'il soit administratif ou médical ne peut assumer officiellement une telle politique. Il n'est pas à exclure, en revanche, que certains responsables de pôles ou certains de leurs collaborateurs zélés ayant parfaitement intégré la logique de la T2A ne succombent discrètement à la tentation. Nul ne doute cependant que la tutelle, garante d'une offre riche et diversifiée et de l'égal accès aux soins, veillera à ce que ces pratiques ne s'installent pas, en procédant à une analyse fine de l'activité produite, ou s'attachera à en limiter les effets par la mise en place réseaux.

La réduction des capacités de prise en charge des pôles, autrement dit la suppression de lits, doit quant à elle être envisagée avec prudence. On ne peut la considérer, du moins à court terme comme une solution efficace. Les lits eux même ne coûtent rien ou presque. Ce sont les moyens, humains notamment, qui les accompagnent qui représentent l'essentiel de la dépense au cours d'une prise en charge et que l'on aimerait voir baisser. La prépondérance des charges fixes, qui jouait favorablement dans l'hypothèse d'un développement de l'activité, réduit au contraire les effets potentiels d'une réduction de l'activité. En réduisant les capacités de prise en charge, le risque est grand de se priver d'une fraction d'activité et des ressources qui vont avec, encore plus importante, sans pour autant faire des économies significatives. Là encore, les études devront donc porter sur l'équilibre comptable entre les économies réalisées et les pertes de recettes.

Dans ces conditions tous les espoirs sont placés dans la redéfinition des modes de prise en charge. Cette redéfinition n'est d'ailleurs pas sans lien historiquement avec la réduction des capacités de prise en charge : jusqu'à une date récente, en effet, la mise en œuvre des alternatives à l'hospitalisation complète était conditionnée par la fermeture de lits d'hospitalisation complète selon un ratio rigoureux.

Les pôles sont encouragés à reconsidérer la place respective des différents modes de prise en charge qu'ils mettent en œuvre, à savoir principalement l'hospitalisation

complète, l'hospitalisation de jour et les consultations. Ces trois modes de prise en charge n'obéissent plus désormais aux mêmes principes de tarification. A chacun correspondent des tarifs calculés au plus juste et qui ne couvrent que les coûts auxquels on est normalement en droit de s'attendre. Il devient ainsi primordial d'orienter les patients vers les modes de prise en charge médicalement adaptés bien sûr, mais aussi dont la rémunération coïncide le mieux avec les dépenses réellement engagées. La règle d'or est que le mode de prise en charge ne soit pas sous dimensionné par rapport aux besoins et aux coûts réels de prise en charge. L'hospitalisation dans le pôle doit donner lieu à des solutions gradées : consultations, hospitalisation de jour, hospitalisation de semaine puis hospitalisation complète. Les tarifs de la T2A conduisent donc à centrer les différentes modalités de prise en charge des patients sur leurs vocations premières. Deux d'entre elles sont tout particulièrement concernées : les consultations et l'hospitalisation de jour.

Les consultations tout d'abord. De manière générale ces dernières coûtent plus qu'elles ne rapportent aux établissements. L'application de la T2A ne fait que renforcer cette tendance ancienne comme en atteste l'étude précédemment évoquée réalisée par le service du Contrôle de gestion du CHU de Montpellier. La solution consiste à recentrer les consultations sur leur vocation première : les consultations doivent rester des consultations. Le coût des moyens para-médicaux mis en œuvre dans une consultation doit être limité, notamment celui des infirmières. Ainsi que le préconise l'étude du cabinet Prospective<sup>12</sup>, les consultations comprenant aujourd'hui beaucoup d'actes techniques doivent être transformées en hospitalisation de jour ou de demi-journée (la création d'un GHS spécifique est d'ailleurs envisagée par le Ministère de la Santé), notamment celles comportant des soins longs (pansement durant deux heures par exemple) ou celle comportant beaucoup d'examens (bilan cardiologique par exemple).

L'hospitalisation de jour ensuite. Elle est appelée, malgré les réserves précédemment émises, à se développer et pourrait devenir à terme un mode de prise en charge carrefour, celui par rapport auquel on oriente les patients. Le principal intérêt médico-économique de l'hôpital de jour est de diminuer le prix de revient de la prise en charge. En effet, le coût de ce mode d'hospitalisation ne comprend ni personnel de nuit, ni personnel de week-end.

Une meilleure affectation des patients entre l'hospitalisation de jour et les autres modes de prise en charge, en particulier les consultations doit être recherchée. L'hospitalisation de jour, par exemple, devrait devenir le déversoir des consultations trop lourdes, qui

---

<sup>12</sup> opus cit

trouveraient par ce biais une rémunération à leur juste valeur. Cette modification du mode de prise en charge pourrait même se révéler particulièrement rentable dès lors que le tarif du GHS des séjours inférieurs à 48 h est le même quel que soit la durée réelle de l'intervention. Les pôles doivent utiliser au mieux le système de la T2A dans la perspective d'une optimisation à la fois médicale et financière de la prise en charge. Cet exemple est ainsi particulièrement représentatif de l'intérêt que peuvent retirer les pôles de la reconfiguration de leur offre interne.

#### 2.1.2.2 Améliorer l'utilisation des ressources

Deuxième volet de la stratégie de réduction des dépenses, l'amélioration de l'utilisation des ressources est indissociable de la politique de reconfiguration de l'offre. Comme elle, elle participe de la recherche d'une prise en charge au meilleur coût.

Améliorer l'utilisation des ressources disponibles c'est avant tout faire le deuil de la traditionnelle augmentation budgétaire annuelle, aussi limitée soit-elle. Le financement à l'activité rend possible la diminution du budget d'une année sur l'autre. Cette relative précarité devrait faire prendre conscience les pôles du fait que les ressources sont rares et chères et qu'il faut par conséquent les utiliser au mieux. Non pas avec parcimonie, mais avec intelligence. Il ne s'agit pas de rationner les pôles mais de les encourager à réduire les gaspillages qui grèvent inutilement le budget. Un tabou est tombé : il n'est plus inconvenant de demander aux services de rendre compte de l'utilisation qu'ils font des ressources qui leurs sont allouées. C'est bien un effort de productivité qui est demandé aux pôles.

L'effort doit porter prioritairement sur la maîtrise des consommations. De l'avis général c'est le domaine dans lequel les marges de manœuvre et donc les gains potentiels sont les plus importants. Mais le réel enjeu se trouve ailleurs : dans une meilleure utilisation du personnel qu'il soit médical ou non médical. Compte tenu de la part que représente le budget du personnel dans le total des dépenses les pôles seront en effet contraints de s'engager sur une gestion optimisée des ressources humaines.

L'outil privilégié de la maîtrise des consommations réside depuis quelques années dans la contractualisation entre pôles consommateurs et pôles prestataires selon une logique client/fournisseur. Le contrat permet de formaliser la relation client/fournisseur, qui préexistait au contrat, en vue de la rendre plus transparente, plus rigoureuse. A travers la

contractualisation interne les prestations internes sont appelées à devenir plus quantifiables et plus lisibles. Mais le contrat n'est qu'un simple outil. Sa valeur juridique est d'ailleurs nulle. La réflexion qui le sous tend compte autant voire plus. A cette occasion les parties prenantes mettent en effet à plat leur relation et cherchent les moyens de la rendre plus performante. Car tel est le véritable objet du contrat : faire baisser le coût des prestations. Le contrat doit passer en revue l'ensemble des aspects de la relation susceptibles d'influencer directement ou indirectement sur le coût de la prise en charge.

Dans le domaine des prestations médico-techniques, un champ devenu classique de la contractualisation interne, trois facteurs apparaissent ainsi particulièrement stratégiques : les délais, les volumes et la qualité. La question des délais peut paraître anecdotique mais est souvent à l'origine de tensions entre pôles clients et prestataires, avec une répercussion sur les coûts non négligeable. Les demandes d'examens effectuées au-delà des horaires normaux d'ouverture du service prestataire, sous prétexte de leur caractère urgent, renchérissent notamment les coûts de personnel, du fait du paiement des heures supplémentaires ou du déplacement pendant une astreinte. Le contrat doit définir de manière limitative les cas qui relèvent manifestement de l'urgence et ceux qui sont qui n'en relèvent pas. Le pôle client s'engage alors à réserver le recours à la demande d'examens en urgence à des situations précises et limitées. Le laboratoire s'engage lui à limiter strictement les délais.

La répercussion sur les coûts du volume des demandes d'examens est plus évidente. Les pôles clients devraient naturellement y accorder une plus grande attention. Néanmoins il n'apparaît pas inutile d'intégrer dans le contrat des clauses relatives au nombre de demandes qui peuvent être faites auprès du pôle prestataire. Elles devraient systématiquement prévoir l'engagement du pôle client à limiter les demandes d'examens redondantes. Cet objectif est d'autant plus important qu'il participe également de l'amélioration de la qualité de la prise en charge. Sa mise en œuvre requiert néanmoins beaucoup plus que la simple bonne volonté ou rigueur du pôle client. Le plus souvent, ces derniers n'ont pas conscience du caractère abusif de leur demande, tout simplement parce qu'ils ne peuvent pas le savoir, en raison d'une mauvaise diffusion ou traçabilité de l'information. La mise en place prochaine du dossier médical partagé devrait de ce point de vue aider les praticiens à tenir leurs engagements. Cet exemple montre que, seule, la contractualisation interne peut rester lettre morte. Pour porter ses fruits, elle exige des mesures complémentaires.

Troisième facteur susceptible d'avoir un impact sur la maîtrise des consommations, la qualité des prestations est au cœur du contrat inter pôles. Il engage cette fois essentiellement le pôle prestataire. La qualité des résultats, outre l'amélioration de la

sécurité sanitaire, permet en effet d'éviter un grand nombre d'actes redondants. La rigueur et la qualité des examens ne sont donc pas incompatibles avec l'objectif de réduction des coûts, bien au contraire.

A côté de ce champ, maintenant classique, un nouveau champ de la contractualisation inter-pôles est en voie de développement à la faveur de la mise en place de la T2A. Il s'agit des médicaments et des dispositifs médicaux implantables (DMI). Par dérogation au principe selon lequel le tarif du GHS couvre l'ensemble des coûts qui entrent dans le coût total de prise en charge, le dispositif T2A prévoit le paiement de certains médicaments et DMI onéreux en sus. Sont concernés les médicaments et DMI qui sont à la fois onéreux et qui introduisent une hétérogénéité dans les tarifs par séjours. Le montant remboursé est en principe égal au prix d'achat. Le recours à ces produits est ainsi sans conséquence sur l'équilibre budgétaire de l'établissement ou du pôle au sein duquel ils sont prescrits. Des abus ne sont pas à écarter. La tentation peut être grande de prescrire ces produits à « guichet ouvert ». C'est la raison pour laquelle il est prévu un accompagnement contractuel du dispositif. Un contrat de bon usage doit ainsi être établi entre l'établissement et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, contrat au terme duquel l'établissement s'engage sur un ensemble de bonnes pratiques censées limiter un recours excessif à ces produits, sous peine de déremboursement partiel.

Ce contrat a logiquement vocation à être décliné en interne sous une forme ou sur une autre, soit en intégrant ses clauses dans le contrat d'objectifs et de moyens passé entre le pôle et la direction générale soit à travers un contrat inter-pôle conclu avec le pôle Pharmacie. L'application des mesures prévues au contrat reposant essentiellement sur un engagement des praticiens oeuvrant au sein des pôles on voit mal, en effet, comment ces derniers ne seraient pas associés. Le contrat interne apparaît dans ces conditions comme le meilleur moyen de garantir le respect des obligations contractuelles issues du contrat passé avec l'ARH.

D'autres champs, en revanche, devraient rester en friche. Dans le dispositif retenu au CHU de Montpellier les approvisionnements en consommables non médicaux ou en matériel hôtelier, par exemple, ne feront pas l'objet d'une contractualisation avec les pôles logistiques. Les pôles clients, utiliseront les droits de tirage ou les crédits budgétaires, qui leur auront été délégués et qui ont un caractère limitatif strict, en toute liberté, sans mécanisme de régulation contractuelle. Cette plus grande souplesse s'explique par la nature même des produits en cause. La rupture d'approvisionnement due à l'épuisement des crédits disponibles prêle moins à conséquence, en tout cas ne met pas en jeu la survie d'un patient. Le pôle est, dans ce cas, la seule victime de sa mauvaise gestion.

L'absence de toute possibilité de dépassement rend inutile l'encadrement contractuel de la consommation de moyens.

L'importance des actes médico-techniques ou des médicaments dans le diagnostic et le traitement des patients justifie au contraire la contractualisation de leur utilisation. Même si les consommations d'actes médico-techniques ou de médicament sont enfermées dans un budget précis, il apparaît difficile de les stopper sous prétexte d'un dépassement de l'enveloppe initialement prévue. Le caractère limitatif des droits de tirage ou crédits budgétaires nécessaires à leur « achat » est très largement théorique. C'est là que réside l'intérêt de la contractualisation des prestations inter-pôles : elle constitue un garde-fou supplémentaire, dont la fonction essentiellement préventive correspond mieux à la réalité du contexte hospitalier.

La spécificité du CHU de Montpellier tient au fait que la frontière entre pôles prestataires et pôles clients est moins nette qu'ailleurs. Contrairement au schéma traditionnellement retenu, et dont les CHU de Toulouse ou de Lille constituent les archétypes, le CHU de Montpellier n'a pas érigé l'ensemble de ses services prestataires en pôles autonomes. C'est ainsi que les services de radiologie ou ceux d'anesthésie réanimation, indépendants dans la plupart des hôpitaux organisés en pôles ont été intégrés aux pôles cliniques pour lesquels ils intervenaient le plus avant la réorganisation. Majoritairement ne veut pas dire exclusivement. Ces services intervenaient et continueront d'intervenir pour le compte d'autres services regroupés dans d'autres pôles. C'est ainsi que certains des pôles cliniques, dits clients, ont également la nature, dans des proportions plus ou moins marquées, de pôles prestataires. Cette situation devrait déboucher sur le développement de relations contractuelles croisées entre pôles non sans risques d'ailleurs pour la lisibilité du dispositif.

Il ne faut pas attendre de la gestion par pôle une révolution en matière de gestion des ressources humaines. L'effort de rationalisation devrait s'en tenir à la gestion des crédits de formation, des mensualités de remplacement et à la mutualisation de certaines équipes au sein de pools. Sont plus particulièrement concernés les secrétaires médicales ou les agents des services hospitaliers, mais le mouvement pourrait également toucher les infirmières et les aides-soignants.

En revanche l'introduction du financement à l'activité devrait profondément modifier les procédures de recrutement du personnel. L'incertitude permanente sur le niveau de crédits disponibles devrait contraindre les responsables hospitaliers à s'interroger au cas par cas sur l'impact médico-économique de tout nouveau recrutement. La problématique est la suivante : est-ce que le coût généré par une nouvelle recrue est susceptible d'être

compensé, à terme, par un gain en terme de qualité de la prise en charge et surtout par un accroissement des ressources financières à travers l'augmentation de l'activité ?

Préférant prendre les devants plutôt que devoir prendre un jour des décisions douloureuses, la Direction des affaires médicales du CHU de Montpellier, en accord avec la sous-commission des effectifs médicaux de la CME s'est d'ores et déjà saisie de la question. Depuis cette année, tous les chefs de service, et demain les chefs de pôle, sollicitant dans le cadre de la procédure de révision des effectifs de praticiens hospitaliers, la création de poste(s), doivent motiver cette demande et l'accompagner d'un état prévisionnel qualitatif et quantitatif des activités susceptibles d'être générées par cette création. La logique de la T2A se retrouve ainsi intégrée dans le recrutement du personnel médical. Il est cependant apparu nécessaire d'associer le contrôle de gestion pour objectiver la démarche. Celui-ci travaille actuellement sur une méthode qui devrait à terme permettre de proposer une évaluation de l'impact économique de tout recrutement en personnel médical, sur la base des prévisions d'activité transmises. A noter que cette démarche n'est applicable qu'aux seules disciplines MCO, financées par le biais des GHS et pour lesquels il existe un lien direct entre niveau d'activité et niveau de ressources. L'évaluation économique des recrutements présente, en revanche, moins d'intérêt pour les demandes qui s'inscrivent dans le champ des missions d'intérêt général ou dans le champ des activités financées par le biais de dotations forfaitaires comme la psychiatrie.

### **2.1.3 Une responsabilisation étroitement dépendante de l'autorité dont disposera le management du pôle**

L'effort de rationalisation que l'on attend des pôles est sans précédent. Il dépasse de loin tout ce que les services ont eu à consentir jusqu'à présent et probablement aussi ce qu'ils sont capables de supporter. De fait, il leur est demandé de mettre en oeuvre ce que l'administration hospitalière elle-même, a parfois eu du mal à réaliser. Les responsabilités qui incombent au management du pôle sont ainsi considérables. Si elle est la marque d'un certain pouvoir, la responsabilité est aussi un fardeau parfois lourd à porter. Il n'est pas certain que les médecins coordonnateurs de pôle souhaitent réellement investir le champ de la gestion financière et endosser à ce titre des décisions douloureuses et impopulaires. Le déroulement du programme d'actions exposé dans les chapitres précédents exige beaucoup de courage, de volonté et de pédagogie. La mise en place à la tête des pôles des médecins coordonnateurs, mi-médecins, mi-directeurs, sans expérience en matière de gestion, fait courir le risque de fragiliser une organisation

encore vacillante. L'ambition du financement des pôles à l'activité ne peut par conséquent prendre forme qu'à la double condition que le chef de pôle dispose d'une autorité reconnue et respectée par tous et qu'il bénéficie d'une assistance technique interne sur laquelle il puisse s'appuyer au jour le jour.

#### 2.1.3.1 Le coordonnateur de pôle doit disposer d'une autorité reconnue et respectée par tous

L'autorité du médecin coordonnateur de pôle sur ses pairs et au-delà sur l'ensemble du personnel du pôle est loin d'être acquise. Non seulement parce que la fonction est nouvelle et manque encore de consistance mais aussi et surtout parce qu'elle se heurte au maintien de la fonction de chef de service. Les pôles, en effet, ne se substituent pas aux services, ils les englobent au sein d'un ensemble plus vaste. Les services conservent une valeur symbolique très forte et restent le lieu officiel et reconnu de l'exercice médical au moment où les pôles, eux, se cherchent encore.

La légitimité du médecin coordonnateur de pôle apparaît bien faible au regard de celle du chef de service. Ce dernier reste la figure emblématique du milieu hospitalier. Alors que le Code de la Santé Publique consacre de nombreux articles aux chefs de service, le pôle et son chef, s'appuient, dans l'attente des évolutions à venir, sur une base législative et réglementaire plus réduite.

Le médecin coordonnateur de pôle peut faire valoir la délégation de gestion du directeur de l'établissement. Celle-ci lui assure théoriquement des pouvoirs importants sur la gestion des moyens du pôle. Il dispose en particulier à travers la gestion du budget du pôle d'un levier stratégique. Mais il devrait se voir contraint de composer en permanence avec les chefs de service pour pouvoir mettre en œuvre sa politique.

Le champ des compétences propres du chef de service, à défaut de changement de la réglementation, leur garantit, en effet de conserver dans l'avenir un rôle important. Le chef de service est incontournable dans le domaine de la gestion de la carrière des personnels médicaux. La formulation d'avis réglementaires marque l'exercice de cette compétence. Ces avis ne sont en théorie que consultatifs mais les autorités prennent rarement le risque de passer outre. Au quotidien cette gestion du personnel médical trouve sa concrétisation dans l'élaboration d'un tableau de service, qui consigne la répartition des tâches et le temps de travail des praticiens du service. Le pouvoir d'encadrement des étudiants dans le domaine des activités d'enseignement lui appartient également en

propre. Le chef de service exerce enfin un pouvoir général d'organisation médicale et technique de son service. La portée juridique de ce pouvoir général d'organisation du service est renforcée par la jurisprudence, qui consacre la chefferie de service comme le lieu par excellence d'exercice ultime de la responsabilité, après la responsabilité personnelle du praticien.

Aucune de ces fonctions ne semble devoir être remise en cause par les évolutions législatives en cours. L'enchevêtrement des compétences rend difficile l'émergence d'un management fort au sein du pôle. Le risque d'une concurrence entre les deux n'est pas à écarter. La gestion du personnel médical en est l'archétype. Si, dans le schéma retenu par le CHU de Montpellier, les chefs de service restent compétents par exemple pour l'élaboration des tableaux de service, il n'en reste pas moins que c'est le médecin coordonnateur qui gère les crédits sur lesquels sont rémunérés les personnels médicaux. Ce découplage juridique entre la gestion des carrières des personnels médicaux et la régulation de l'activité médicale est en contradiction avec l'approche intégrée voulue pour les pôles.

En attendant une hypothétique évolution de la législation, qui apporterait pourtant une utile clarification, coordonnateurs de pôles et chefs de service n'ont d'autre choix que de collaborer. L'articulation entre les pouvoirs des uns et des autres constitue ainsi l'une des conditions de la réussite du financement des pôles à l'activité et du déploiement en interne de la T2A.

Les médecins coordonnateurs de pôles disposent néanmoins d'un atout : leur mode de désignation. Ceux-ci sont certes nommés par le directeur de l'établissement mais sur proposition de leurs pairs. Ils peuvent en cela se prévaloir d'une légitimité démocratique que les chefs de service n'ont pas. L'implication du corps médical de chaque pôle dans le processus de désignation du coordonnateur ôte peut-être à ce dernier la sacralité que lui conférerait une nomination ministérielle, comme pour les chefs de service, mais lui assure pour la suite des événements un soutien plus solide. L'adhésion majoritaire à sa personne lui confère dans la compétition qui l'oppose aux chefs de service une autorité morale supplémentaire qui vient conforter ses compétences réglementaires.

Certains considèrent que l'emprise des coordonnateurs sur leur pôle serait complète si ils disposaient d'une autorité hiérarchique sur l'ensemble du personnel, à l'exception cependant du personnel médical qui conserverait son indépendance et son autonomie traditionnelle. La mise en place des pôles constituerait une occasion historique pour revoir entièrement les modalités d'exercice du pouvoir au sein des hôpitaux. Un tel projet

a ainsi été un temps envisagé par les autorités du CHU de Montpellier. L'idée était d'instaurer une ligne hiérarchique unique au sein de l'établissement, donc au sein des pôles, en mettant fin à la coexistence actuelle entre plusieurs lignes hiérarchiques parallèles.

Le coordonnateur de pôle étant placé, selon les termes de l'ordonnance de 1996, sous l'autorité hiérarchique du chef d'établissement pour les matières entrant dans le champ de la délégation il ne paraissait pas scandaleux que le coordonnateur, responsable de la mise en œuvre de la délégation, ait lui-même autorité hiérarchique sur le personnel du pôle. Le directeur général faisait même de l'existence ce pouvoir hiérarchique une condition indispensable de l'efficacité de son action.

Craignant un démantèlement de la structure de la filière soignante, les cadres de santé, soutenus par l'ensemble des syndicats de l'établissement devaient manifester cependant une vive opposition. S'appuyant sur le décret du 9 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins, ces derniers firent valoir, avec succès, que seuls les directeurs des soins disposaient, par délégation du chef d'établissement, de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé, que ce pouvoir ne pouvait être partagé avec les directeurs de pôles, que par ailleurs il n'était pas question dans le projet de modification du code de la santé publique de placer les cadres de santé sous l'autorité hiérarchique du praticien responsable d'un pôle d'activité clinique.

Cet épisode montre à quel point la question de l'autorité hiérarchique reste sensible dans le monde hospitalier, que ce qui constitue une évidence ailleurs se révèle difficilement transposable dans le domaine de la gestion hospitalière. Les coordonnateurs de pôle devront ainsi se contenter d'exercer une simple autorité fonctionnelle, la seule qui soit acceptée par la communauté soignante, même si l'exécution du contrat doit en souffrir.

#### 2.1.3.2. L'administration doit valoriser le rôle du cadre administratif de pôle

La gestion opérationnelle du pôle est exigeante et le coordonnateur de pôle n'est pas dans tous les cas en mesure de l'assurer, du moins de l'assurer seul. Faute de compétence tout d'abord. Rares sont les médecins à disposer d'une formation en gestion, pourtant indispensable pour s'approprier la fonction. Faute de temps ensuite. On considère généralement que le poste correspond à un mi-temps. Les médecins disposés à consacrer autant de temps à la gestion du pôle ne sont pas légion. Cela impliquerait de renoncer à une partie de leur activité médicale ou d'enseignement, qui reste leur priorité

malgré leur engagement dans la gestion du pôle. Faute de volonté réelle enfin. Il n'est pas évident que leur motivation résiste longtemps devant l'ampleur de la tâche.

L'ensemble de ces facteurs milite en faveur d'une déconcentration des tâches de gestion au sein même du pôle. Le coordonnateur de pôle ne doit pas assumer seul la responsabilité de la gestion de ce dernier. Il bénéficie d'ailleurs traditionnellement de l'appui d'une petite équipe composée d'un cadre soignant et d'un cadre administratif.

Les fonctions du cadre soignant sont globalement celles d'un cadre supérieur de santé. Les titulaires du poste sont d'ailleurs le plus souvent issus de ce corps. La délégation de gestion ne devrait pas bouleverser leurs habitudes de travail. L'apparition de la figure du cadre administratif au sein même des unités de soins symbolise au contraire la rénovation profonde des modes de gestion interne.

Le cadre administratif de pôle devrait être au quotidien la cheville ouvrière de la gestion du pôle. Ses attributions sont en effet très étendues. Il prépare et suit les comptes budgétaires délégués au pôle, il assure le suivi de l'activité et participe en lien avec le contrôle de gestion à l'élaboration des tableaux de bord, Il gère les instances du pôle (conseil de pôle, comité médical) et sert d'interface avec les services administratifs centraux. Sa place est donc essentielle dans les procédures de gestion déconcentrée. Il devient, de fait, la personne ressource en matière de gestion. Le médecin coordonnateur de pôle, et le cadre soignant dans une moindre mesure, risquent d'être désemparés, du moins dans un premier temps, face aux nouvelles compétences à endosser. Il y a toutes les chances pour qu'ils se tournent vers le cadre administratif qui incarne consciemment ou inconsciemment la permanence de l'administration.

Ce rôle, les cadres administratifs de pôle ne peuvent cependant l'assumer que sous certaines conditions. Il s'agit de ne pas les mettre en situation d'échec.

Il convient tout d'abord de garantir un haut niveau de recrutement. La fonction de cadre administratif de pôle, de part l'étendue et la diversité de ses attributions, requiert une grande polyvalence. Les profils correspondants sont rares au sein de l'administration hospitalière. Seuls des attachés ou des adjoints des cadres ayant une longue expérience répondent potentiellement à ce critère. Encore faut-il que cette expérience ait été partagée entre différentes directions fonctionnelles. Il paraît dangereux de confier à de simples agents administratifs la gestion administrative d'un pôle. C'est pourtant ce qu'envisage de faire le CHU de Montpellier. Partant du principe que la réorganisation devait se faire à moyens constants aucuns crédits n'ont été dégagés pour financer des

postes de cadres administratifs de pôles. La seule voie possible reste celle du redéploiement du personnel oeuvrant à ce jour dans les services concernés par la délégation. Il n'est pas illogique en soi de dégarnir des services dont l'activité devrait diminuer voire disparaître avec la délégation d'une partie ou de la totalité de leurs attributions. Mais le recours à cette solution réduit l'éventail des choix possibles : deviennent de fait cadres administratifs de pôle non pas ceux qui sont volontaires ou motivés mais ceux qui sont disponibles. Or la grande majorité de ces personnes n'ont pas les compétences requises pour occuper l'emploi de cadre administratif de pôle. La plupart d'entre elles sont ultra-spécialisées dans un domaine bien spécifique, la GRH en l'occurrence, et n'ont pas la moindre idée de la manière dont on gère un budget. Ce n'est ni leur rendre service ni rendre service au pôle que de les placer ici.

C'est pourquoi il convient de fournir un important effort de formation pour préparer les personnes concernées à exercer leurs futures fonctions dans de bonnes conditions. La fonction de cadre administratif de pôle ne correspond à rien de ce qui existait jusqu'à présent. La maîtrise technique des procédures administratives ne suffit pas. L'intégration de nouvelles méthodes de travail, voire d'un nouvel état d'esprit, est indispensable. L'apprentissage du travail en commun avec les corps médicaux et soignants, sera à n'en pas douter l'un des principaux points d'achoppement, mais il conditionne largement la réussite du projet.

Il s'agit ensuite de valoriser la fonction. L'absence de statut spécifique, ou à minima de prime spécifique ne contribue pas à l'attractivité du poste. Il n'existe pas, en effet, dans la fonction publique de statut correspondant à ce type de fonction. Dans la plupart des hôpitaux ces postes sont occupés par des attachés d'administration hospitalière ou des adjoints des cadres. Leur statut et leur grade dépendent de ce qu'il était initialement. Il en est de même de leur rémunération. C'est ainsi qu'au sein d'une même institution des fonctions identiques sont exercées par des personnes ayant des statuts, des grades et des rémunérations différentes. L'absence de revalorisation rapide pourrait avoir des conséquences néfastes sur la motivation des personnes concernées dans les années à venir.

Il convient enfin de trouver un positionnement acceptable vis à vis du cadre soignant. Cadre soignant et cadre administratif sont tous les deux essentiels au fonctionnement harmonieux du pôle. On ne peut se permettre de laisser s'installer entre eux une forme de compétition pour le leadership au sein du pôle. Leurs attributions sont théoriquement différentes mais l'expérience montre que leurs champs respectifs d'intervention se recoupent en partie. L'effort de clarification doit porter principalement dans le domaine de

la gestion des ressources humaines où le risque de concurrence est le plus grand. Il faut veiller au maintien d'une certaine complémentarité sans que ni l'un ni l'autre ne se sentent pour autant dépossédés. Tel est l'objectif des fiches de poste en cours d'élaboration.

## **2.2 Une administration qui voit son organisation et son mode de fonctionnement profondément impactés: une administration qui se met au service des pôles**

L'administration ne peut échapper au mouvement de recomposition interne qui affecte l'hôpital. Elle aussi doit tirer, à la fois dans son organisation et dans ses modes de fonctionnement, les conséquences d'un éventuel choix de financer les pôles à activité.

L'application du principe de subsidiarité rend prévisible deux axes d'évolution. D'un côté l'administration doit se réorganiser pour mieux se mettre au service des pôles et les accompagner dans la définition et la mise en œuvre de leurs nouvelles responsabilités. De l'autre, elle doit maintenir, voire renforcer, sa fonction traditionnelle d'autorité et de régulation.

La redéfinition des missions ou de l'organisation de l'administration ne résulte pas directement du choix de financer les pôles sur la base de leur activité. Elle s'impose quel que soit le mode d'allocation budgétaire choisi. Elle tient avant tout au mouvement de déconcentration de gestion, dont elle constitue le pendant naturel. Mais le choix du financement des pôles à l'activité rend encore plus impérieux le repositionnement de l'administration. D'une part, parce que les pôles ne pourront mettre en œuvre les objectifs ambitieux énoncés dans contrat interne sans assistance stratégique et technique de la part de l'administration. D'autre part, parce que l'autonomie financière accrue des pôles, directement liée à la déclinaison interne du mode d'allocation externe, n'est pas dépourvue de risques et exige par conséquent un renforcement de la régulation institutionnelle.

### **2.2.1 Se réorganiser au service des pôles : l'exemple du CHU de Montpellier**

L'administration, elle aussi, doit donc se réorganiser. D'abord pour montrer l'exemple. Elle ne peut demander aux services de soins de revoir leur organisation sans faire de même. L'impératif d'efficacité et de productivité s'applique indistinctement aux services médicaux et administratifs. Ensuite parce qu'elle aussi est désormais dépendante des fluctuations

de l'activité. On en parle peu, mais le budget des services administratifs est de fait avec la T2A un budget dépendant de l'activité. Enfin et surtout pour être en ordre de marche pour mieux répondre aux attentes des pôles. Car la déconcentration, même si elle délocalise la prise décision, ne se traduit pas nécessairement par une diminution de la charge de travail pour l'administration.

La nouvelle organisation de l'administration centrale du CHU de Montpellier est directement issue de ces principes. Elle s'inscrit clairement dans la perspective de l'instauration d'une relation de type client/fournisseur avec les pôles. Son mot d'ordre pourrait être le suivant : faciliter la vie des pôles.

#### 2.2.1.1 Une réorganisation autour du concept de guichet unique

L'administration ne constitue, pas plus que les services de soins, un modèle d'organisation. Elle aussi souffre d'un cloisonnement et d'une mauvaise communication entre les services qui la constituent. L'organigramme, véritable passion administrative, reflète rarement la réalité de la répartition des compétences. Dans son ombre, se développent des circuits parallèles qui dessinent mieux les véritables lieux de pouvoir. L'administration est, et restera toujours, un mystère pour les médecins ou soignants amenés à la fréquenter.

Bien que caricaturale, cette vision de l'administration correspond à une certaine réalité. Celle d'une administration perçue comme lointaine parce que difficilement accessible. Consciente de ce problème, pour en faire les frais elle-même au jour le jour, la Direction Générale du CHU de Montpellier a entrepris une profonde refonte de son organisation. Dans la perspective de la mise en place des pôles et de la délégation de gestion, il était impératif de revoir une organisation initialement conçue pour une gestion centralisée et donc essentiellement tournée vers elle-même.

La délégation de gestion, paradoxalement, se traduit en fait par le développement des rapports entre les pôles d'activité et l'administration centrale. Dans ces conditions l'amélioration des relations fonctionnelles entre ces deux mondes traditionnellement séparés constitue l'un des enjeux de la Nouvelle Gouvernance et de la T2A. La réponse du CHU de Montpellier s'organise autour de deux concepts complémentaires : le guichet unique et l'intégration des prestations.

## La mise en place de guichets uniques

Les responsables du CHU partent du principe suivant : les responsables de pôle et plus généralement tous ceux qui ont à traiter avec l'administration ne doivent pas souffrir de son organisation défaillante. Il n'est plus acceptable que les interlocuteurs de l'administration se fassent « balader » d'un service à l'autre avant de trouver la personne compétente. Le coordonnateur de pôle accepte de prendre en charge une partie de la gestion opérationnelle de l'hôpital. Il doit pouvoir compter sur la compétence et surtout la disponibilité de l'administration, qui à défaut de venir à lui doit lui réserver le meilleur accueil possible.

De là est né le concept de guichet unique. Les différentes directions fonctionnelles ne disparaissent pas mais disposent désormais d'une porte d'entrée unique (le « front office »). Le coordonnateur de pôle n'a plus directement affaire à plusieurs directions fonctionnelles mais à un guichet unique. En l'occurrence, les guichets uniques sont... deux : le Département des Ressources et de l'Ingénierie (DRI) et le Département de l'Offre de Soins et de la Clientèle (DOSC).

Le DRI regroupe les six directions fonctionnelles du CHU auxquelles se joignent fonctionnellement la Pharmacie centrale et l'Unité d'analyse stratégique du DIM. Le DRI mobilise, en veillant à leur coordination, toutes les ressources financières, humaines, logistiques et techniques du CHU. Il se situe dans le rôle d'un prestataire de service pour les trois autres départements du CHU et la Direction Générale. Son premier « client » doit être le DOSC et à travers lui les pôles d'activité.

Le DOSC est issu quant à lui du regroupement des anciennes directions d'établissements auxquelles il faut rajouter une direction de la clientèle et une équipe projet Organisation de la prise en charge. Son objectif est d'améliorer la prise en charge des patients, dans le cadre d'un service rendu global et de qualité. Il est ainsi responsable de l'évaluation des bonnes pratiques médicales pour laquelle il met en place des indicateurs appropriés. Le DOSC a vocation à devenir le correspondant privilégié des coordonnateurs de pôles. Les directeurs référents du DOSC doivent assurer une assistance méthodologique et d'accompagnement pendant la période d'apprentissage de la délégation de gestion. Le Département participe également à l'instruction des dossiers présentés par les pôles dès lors qu'ils touchent à l'organisation des soins au sens large.

Dans les deux cas, le guichet unique assure l'accueil du demandeur et transmet dans un deuxième temps l'affaire au(x) service(s) compétent(s) qui la traitent dans les plus brefs délais (« back office »). La révolution tient au fait que le demandeur n'a plus à maîtriser les arcanes de l'administration pour être sûr de voir sa demande prise en charge. Une fois

prise en charge par le biais du guichet unique, il est de la responsabilité de l'administration d'y répondre le mieux possible en déployant de manière coordonnée et intégrée les moyens dont elles dispose.

L'absence de recul suffisant ne permet pas de juger d'ores et déjà du bien fondé de cette nouvelle organisation. Néanmoins, certaines faiblesses apparaissent d'ores et déjà.

Un premier effet pervers semble à l'œuvre : une hyper centralisation de la prise de décision qui ralentit la bonne marche de l'administration. Le circuit de décision est plus long qu'avant la réorganisation, avec pour conséquence l'augmentation du délai de traitement des affaires. La structure centrale du DRI, dont les capacités d'absorption sont par la force des choses limitées, est en effet débordée par les demandes qui tombent de tous les côtés. Pour reprendre une formule relative à la centralisation étatique du début de la III<sup>ème</sup> République, la porte d'entrée unique c'est « l'apoplexie au centre et la paralysie aux extrémités ».

La deuxième faiblesse tient paradoxalement au manque de lisibilité de la structure ainsi mise en place. La politique du guichet unique se traduit en fait par une bureaucratisation accrue de l'organisation administrative. Si, de l'extérieur, on semble bel est bien avoir affaire à une structure unique et intégrée, on se rend vite compte que la réalité est plus complexe. Derrière l'apparente unité se cachent plusieurs sous-ensembles, les directions fonctionnelles, qui ne communiquent pas beaucoup plus qu'avant. La multiplication de structures internes, associée au changement de nom de plusieurs des anciennes directions fonctionnelles, brouille la perception que peuvent avoir les interlocuteurs de l'administration. Car, et c'est aussi un échec, la plupart des personnes, prisonnières de schémas anciens, préfèrent en effet continuer à s'adresser directement à la direction fonctionnelle avec laquelle elles avaient l'habitude de travailler plutôt que de suivre le canal central. Le guichet unique peut parfois leur donner plus l'impression de jouer comme un filtre plutôt que comme un aiguilleur.

On peut se demander si finalement le meilleur organigramme n'est pas le plus simple, sans construction bureaucratique. Le plus important est que les attributions respectives des différentes directions fonctionnelles soient délimitées avec la plus grande rigueur, avec le moins possible de chevauchements. La coordination devrait se faire d'elle-même.

Séduisant sur le papier, le concept de guichet unique peine à s'imposer dans les faits. Il mérite néanmoins qu'on lui laisse le temps de faire ses preuves. Le concept de prestation intégrée, lui, semble appelé à un meilleur avenir, parce que probablement plus réaliste.

## Le développement de "prestations packagées"

La logique d'intégration s'exprime bien sûr avec le concept de guichet unique et le regroupement au sein d'une structure commune de l'ensemble des services administratifs. Elle prend forme, aussi et surtout, à travers les "prestations packagées" que le Pôle Achats, Logistique, Technologies & Travaux (PALTT), l'une des composantes du DRI, aspire à mettre en œuvre un jour dans son champ de compétences. L'expérience prouve, en effet, que les principaux problèmes rencontrés par les services de soins ont trait à la coordination entre les opérations de travaux et l'équipement en matériel lourd des espaces concernés. La mémoire collective du CHU se souviendra longtemps de certains exemples cuisants qui tournent à la caricature.

Pour que cela ne se reproduise plus dans l'avenir, le PALTT repense son organisation et ses modes de fonctionnement en vue de délivrer à court terme une prestation totalement intégrée. L'intégration se fait non pas au niveau global, mais par au cas par cas par projet. A chaque projet correspond un chef d'opérations qui a la responsabilité du projet dans sa globalité, sur les aspects à la fois financiers, techniques et organisationnels. Il est le seul interlocuteur du client qui n'a plus à s'adresser aux différentes directions fonctionnelles compétentes. C'est lui qui se charge de faire le lien entre elles et d'assurer leur coordination. Car l'exécution des tâches individuelles reste de la compétence de services spécialisés. Aucun service n'est en mesure d'assurer seul une prestation intégrée. C'est le chef de projet incarne l'intégration. Tout l'enjeu consiste alors à disposer de chefs de projets compétents en nombre suffisant. Le principal défaut de ce mode de fonctionnement est d'en effet d'être gourmand en ingénierie.

L'intégration ne sera, par ailleurs, parfaite que lorsqu'elle recevra une traduction comptable adéquate. A l'heure actuelle le plan comptable hospitalier opère une distinction précise entre travaux, équipement informatique, équipement biomédical...L'objectif d'un meilleur suivi comptable de ces "prestations packagées" milite en faveur de la création d'un compte spécifique dans la nomenclature comptable. Le Pôle Finances, Analyses, Prospective travaille actuellement sur la question, sans espoir, néanmoins, de solution à court et même à moyen terme, compte tenu de la difficulté technique, sans parler du fait que ce type de modification relève en dernière instance du Ministère.

### 2.2.1.2 Le développement d'une fonction d'assistance conceptuelle et technique

Dans le nouveau contexte issu de la déconcentration de gestion, l'administration ne s'identifie plus seulement comme le sommet stratégique de l'institution. Elle est placée, du moins dans l'idéal managérial, non plus au dessus des pôles d'activité mais à leurs côtés, comme force d'appui et de proposition. Sa fonction n'est plus de décider mais d'aider à décider. La perte de la gestion opérationnelle est ainsi compensée en partie par le développement d'une mission certes plus discrète, mais fondamentale, de soutien, d'appui ou de conseil.

Il s'agit en premier lieu d'aider les pôles dans la définition des projets stratégiques. Il incombe en effet aux pôles, dès leur mise en place effective, d'engager rapidement une réflexion sur leurs missions, leur organisation et leur fonctionnement pour les années à venir. Ils ont l'obligation de prévoir et susciter les adaptations nécessaires pour garantir le maintien, voire l'amélioration, du niveau de prise en charge. Leur responsabilité est, dans le cadre du financement à l'activité, particulièrement étendue : assurer une prise en charge moderne, de qualité et qui plus est efficiente. Cet exercice de prospective implique d'anticiper sur les évolutions futures, que ce soit en terme d'évolution des techniques médicales ou de modification du contexte épidémiologique. Le projet de pôle constitue aussi pour ces derniers le moyen de marquer, d'affirmer leur existence, face aux services notamment. Les pôles doivent démontrer leur plus-value en se positionnant d'emblée comme le lieu par excellence de la réflexion stratégique.

Mais les pôles n'ont pas les moyens de s'engager seul dans cette réflexion, ils dépendent en partie de l'administration qui les accompagne dans cette voie, ne serait ce que parce qu'elle ne peut pas se désengager totalement de la réflexion stratégique. Les travaux de l'Unité de prospective stratégique, qui dépend du Pôle Finances, Analyses et Prospective, en association avec le Contrôle de gestion, offrent un bel exemple d'assistance à la définition de projets stratégiques.

Un seul pôle a fait l'objet d'une étude mais l'objectif est à court terme une généralisation de la démarche à l'ensemble des pôles. Un schéma général de l'activité du Pôle Pédiatrie du CHU de Montpellier a ainsi été élaboré et présenté devant une assemblée composée de praticiens du pôle concerné et de représentants de la direction.

Il se présente comme un état des lieux avant travaux. Mais ne se contente pas d'établir un simple diagnostic, il donne aussi indirectement quelques pistes possibles en mettant l'accent sur les aspects les plus remarquables. C'est en cela que l'on peut réellement parler d'aide à la décision. L'Unité de prospective stratégique doit prendre garde néanmoins à ne pas outrepasser sa mission et orienter les responsables du pôle. Elle ne doit pas les déposséder de leurs prérogatives. Il s'agit d'une base de travail, non d'un plan d'actions.

Le document apporte l'ensemble des éléments d'information nécessaires à la définition de la stratégie future. Il comporte tout d'abord des statistiques précises sur l'activité, par services, par GHM, par mode d'hospitalisation. L'origine du recrutement fait l'objet d'une attention particulière : est-ce que les patients sont rentrés par les urgences ou plutôt dans le cadre d'une hospitalisation programmée, quelle est leur origine géographique ? Les relations avec les services des autres pôles sont également mises en évidence, une information très importante pour identifier les filières de soins. Les responsables de pôle peuvent y trouver enfin une analyse économique des séjours : comparaison entre les coûts CHU et les coûts de la base inter-CHU, analyse des principaux surcoûts... Autant d'éléments qui permettent aux médecins d'objectiver les projets qu'ils défendent.

Issu d'un travail en commun du service du Contrôle de gestion et de l'Unité de prospective stratégique, qui lui est rattachée fonctionnellement bien que dépendant du DIM, ce document est un exemple d'intégration réussie entre données médicales et données médico-économiques. Les deux entités ont su faire jouer leurs complémentarités et mettre en commun leur savoir faire. Elles travaillaient en effet antérieurement sur les mêmes problématiques mais selon des angles différents et surtout chacune de leur côté. Ce rapprochement réussi résulte d'un long cheminement progressif. Les personnes concernées ont appris à travailler ensemble sur des dossiers ponctuels, à se faire confiance. Ce n'est qu'au bout de quelques années qu'elles sont arrivées à une répartition harmonieuse et complémentaire du travail. Mais la plus value a été énorme. La T2A est venu consacrer ce rapprochement en offrant l'occasion de valoriser des années de recherches et de réflexions. Cet exemple illustre l'absolue nécessité pour un établissement de la taille du CHU de Montpellier de disposer d'une force de frappe intellectuelle sur laquelle il puisse s'appuyer pour définir ses orientations stratégiques.

Ce rapprochement préfigure-t-il par ailleurs une intégration encore plus poussée ? Celle-ci n'est pas encore à l'ordre du jour même si certains l'appellent de leurs vœux. Le CHU de Rennes, en revanche, vient de franchir le pas en regroupant au sein d'un pôle unique l'ensemble des services ayant trait au recueil, au traitement et à la valorisation financière de l'activité, conscient qu'ils étaient désormais dépendants les uns des autres.

L'Unité de prospective stratégique cohabite avec une autre entité : la cellule Organisation de la Prise en Charge : toutes les deux oeuvrent dans le même champ de la réflexion mais à des stades différents. La première intervient plus en amont, en tant qu'aide à la décision, alors que la cellule OPC se positionne plus en aval, en vue d'une mise en œuvre opérationnelle.

Il s'agit, en effet, dans un deuxième temps d'aider les pôles à trouver des solutions opérationnelles à leurs problèmes d'organisation, de fonctionnement et de gestion. La réflexion sur les chemins cliniques s'inscrit parfaitement dans ce cadre. Initié par le DOSC en 2003, ce projet novateur fait suite au constat de défauts d'organisation à l'origine d'une dégradation de la qualité de la prise en charge au sein de ce qui allait devenir le Pôle Tête et Cou. Le déroulement de certains séjours était en effet émaillé d'attentes" indues" pour le patient. Attente avant transfert vers un lit de soins de suite ou de réadaptation après un court séjour. Attente consécutive à la déprogrammation et au report d'une intervention chirurgicale. Il apparaît clairement que la prise en charge hospitalière s'organise plus autour des contraintes des différentes unités de l'hôpital (transports, services d'imagerie...) qu'autour du patient lui même. La résorption de ces "goulets d'étranglements" qui parasitent la trajectoire de soins constitue la raison d'être du projet chemins cliniques.

Le guide ANAES sur les chemins cliniques les définit comme " *..une méthode très utilisée en Amérique du Nord et en Australie car les bénéfices pour les patients et les professionnels sont largement reconnus. En France les professionnels de santé l'utilisent souvent de manière intuitive et non structurée. Centré autour du patient, le chemin clinique a pour but de décrire tous les éléments du processus de prise en charge en suivant le parcours du patient au sein de l'institution. C'est un outil de planification et de rationalisation des soins permettant d'améliorer la coordination des multiples acteurs engagés dans la prise en charge des patients présentant une même pathologie. De ce fait les prises en charge sont optimisées, l'efficacité des soins améliorée, l'information des patients facilitée*".

Le chemin clinique se traduit ainsi par l'élaboration d'un plan clinique, également connu sous le nom "d'agenda du patient". Celui-ci se présente concrètement sous la forme d'un calendrier qui précise jour après jour, heure par heure, la prise en charge. Les interventions de chacun des professionnels de santé y sont présentées avec à chaque fois une date optimale, un mode opératoire et même le résultat espéré. Il correspond donc à une modélisation de la prise en charge idéale.

La mise en place d'un chemin clinique est le fruit d'un long processus. Le premier temps est celui du diagnostic. Par voie d'interviews et de visites sur place, l'équipe projet de la cellule OPC, associée à la Cellule d'Organisation Hospitalière du CHU, met à jour les grandes étapes du processus de prise en charge : consultations, accueil en début de séjour, passage éventuel au bloc, préparation de la sortie...Chacune de ces étapes fait l'objet de mesures : exhaustivité du remplissage des demandes d'examens en fin de consultation, date de départ de la procédure de transfert vers un établissement de rééducation, taux de production de lettre de sortie...

Sur la base de ce diagnostic, le comité de pilotage, au sein duquel sont représentés l'ensemble des métiers impliqués dans la prise en charge des patients, arrête, dans un deuxième temps, un plan d'action en vue de remédier aux dysfonctionnements constatés. Il existe deux types de plans d'action. Les plans d'action généraux, d'une part, qui portent par exemple sur le plateau des consultations, la programmation d'une sortie. Ces derniers concernent tous les patients d'un service. D'autre part, les plans d'actions destinés aux patients d'une même filière (les prélèvements d'organes par exemple). Il s'agit alors de chemins cliniques proprement dits.

Dans les deux cas les plans d'action s'attachent à promouvoir un changement des pratiques, des comportements et une refonte de l'organisation. Ils visent également l'apparition d'une culture de la planification et du travail en commun au travers l'instauration de protocoles. Il s'agit en fait de passer d'une approche métier à une approche transversale centrée sur le patient.

Si l'objectif premier de la démarche reste l'amélioration de la prise en charge du patient, l'institution, elle aussi, peut en tirer profit. Cette rationalisation du parcours du patient va, en effet, dans le sens d'une réduction de la durée moyenne de séjour et par conséquent d'une optimisation de l'utilisation des ressources. Elle s'inscrit parfaitement dans le cadre des stratégies de réductions des coûts et de développement de l'activité consécutives à la mise en place de la T2A et à sa transposition éventuelle en interne.

D'inspiration industrielle, cette démarche peut néanmoins heurter la sensibilité des professionnels de santé. Les termes de "production", de "chaîne" ou de "standardisation" restent des gros mots dans le milieu de la prise en charge médicale. L'évolution des mentalités et le nouveau contexte lié à la mise en place de la T2A devraient néanmoins favoriser son développement. Cette réflexion constitue, en effet, une garantie contre les restructurations arbitraires que craignent tant les personnels des services cliniques.

## 2.2.2 Préserver la logique institutionnelle

Le recours aux principes de la tarification à l'activité en interne ne peut se limiter à la transposition telle quelle de la règle externe. Cette dernière nécessite des aménagements car elle n'est pas transposable en l'état. Elle a été avant tout conçue pour répartir les crédits entre établissements. Les défauts qui lui sont reprochés se trouveraient aggravés si on l'appliquait sans aménagement pour répartir les crédits entre les pôles. Elle ferait alors courir une menace non négligeable sur l'unité et la cohérence de l'établissement du fait d'un développement des déséquilibres internes et d'un affaiblissement excessif de l'administration.

La déconcentration se doit d'opérer un compromis entre l'autogestion des pôles, techniquement impossible, si tant est qu'elle soit souhaitable, et l'hyper centralisation, dépassée et qui n'est plus synonyme de bonne gestion. Dans ces conditions, l'administration doit faire valoir sa fonction traditionnelle d'autorité et de régulation. Face aux tendances « autonomistes » des pôles, l'administration doit s'attacher à maintenir une logique institutionnelle minimale. Il lui revient en particulier de promouvoir une solidarité entre les pôles tout en préservant ses propres marges de manœuvre.

### 2.2.2.1 Garantir l'équilibre institutionnel ou de la nécessité d'organiser des mécanismes de péréquation

L'équilibre budgétaire par pôle constitue-t-il un objectif en soi ? Cette question peut apparaître provocatrice alors que les contrats internes d'objectifs et de moyens semblent en grande partie tournés vers la réduction des écarts entre les coûts et les recettes. Elle traduit en fait un certain réalisme : l'objectif de l'équilibre par pôle est, en effet, en grande partie utopique et par ailleurs susceptible d'engendrer des effets pervers.

Une étude réalisée par le service du Contrôle de gestion et de l'Informatique Décisionnelle<sup>13</sup> du CHU de Montpellier, sous le titre "d'analyse de la rentabilité de l'activité d'hospitalisation et de consultation", confirme les craintes de déséquilibres marqués entre les pôles.

---

<sup>13</sup> Etude finalisée le 26 juillet 2004 et dont les résultats sont à ce jour confidentiels d'où l'absence de données précises

Les résultats sont très légèrement faussés du fait de contraintes méthodologiques. C'est ainsi que le case-mix de référence est celui de 2002 et non celui de 2003. De même, dans l'attente des résultats de la comptabilité analytique 2003, les calculs ont été effectués à partir des coûts de séjours 2002. Enfin seule une partie des médicaments et dispositifs médicaux implantables onéreux, financés en sus, n'ont pu être pris en compte, ce qui conduit à une surestimation globale des coûts de six millions d'euros. Néanmoins cette étude donne une première idée de la rentabilité par pôle.

Si la tarification à l'activité devait représenter 100 % des recettes des pôles, sur les douze pôles financés à l'activité<sup>14</sup>, neuf seraient en déficit. Seuls trois parviendraient à dégager un excédent, dont un seul conséquent. Pour le pôle le moins « rentable », le déficit représenterait 25 % de ses dépenses. Pour les autres, la moyenne tournerait autour de 10 %. Il faut prendre ces résultats pour ce qu'ils sont, c'est à dire une estimation. Mais ils traduisent l'ampleur du chemin à parcourir avant d'atteindre l'objectif de l'équilibre par pôle.

L'obsession de l'équilibre budgétaire par pôle peut, par ailleurs, porter indirectement atteinte à l'intérêt général de l'établissement, en favorisant le développement de comportements égoïstes. Les pôles ont été mis en place en partie en réaction à la balkanisation de l'hôpital par les services. Pourtant le risque d'une dérive identique n'est pas totalement à exclure : de part leur taille, leurs moyens et surtout l'autonomie que leur confère un financement à l'activité, les pôles constituent potentiellement des baronnies, certes moins nombreuses, mais encore plus puissantes que ne l'étaient les services. Le choix du financement à l'activité est susceptible d'accentuer ce penchant pour le repli autarcique. Ce comportement est bien évidemment surtout à craindre de la part des pôles excédentaires, dans la mesure où ils peuvent se passer de l'aide des autres ou de celle de l'administration.

Le déséquilibre constaté entre les pôles milite en faveur de l'établissement d'un mécanisme de péréquation. Les pôles doivent être solidaires entre eux. La transposition en interne du mode d'allocation budgétaire externe ne doit pas produire les mêmes effets

---

<sup>14</sup> Sont exclus de l'étude les deux Pôles Psychiatrie, le Pôle Laboratoires et le Pôle Pharmacies

secondaires. Autant une certaine émulation est souhaitable, autant il ne saurait y avoir de concurrence entre les pôles comme il en existe désormais entre les établissements.

Il revient à l'administration d'organiser et de mettre en œuvre cette solidarité, mais avec les crédits des pôles. Dans le système du financement des pôles à l'activité, pour peu que les compétences déconcentrées soient étendues, ce sont ces derniers qui gèrent l'essentiel du budget de l'établissement. Le budget de l'administration centrale n'est que résiduel, ce qui n'est pas sans poser de problèmes comme on le verra ultérieurement. Il revient donc aux pôles de fournir l'essentiel, voire la totalité, de l'effort de solidarité.

L'équilibre par pôle n'est pas une fin en soi. C'est l'équilibre au niveau institutionnel qui importe. Rappelons que le pôle ne dispose pas de la personnalité juridique ni de l'indépendance budgétaire. Autrement dit il ne s'agit pas d'une mini entreprise mais seulement d'un outil au service de la rationalisation de la prise en charge médicale et de l'utilisation des ressources.

Si l'équilibre par pôle est souhaitable, l'administration doit surtout veiller au maintien de l'équilibre global. La T2A est en principe conçue pour que l'équilibre se fasse au niveau global après compensation entre les GHS les plus rémunérateurs et les GHS qui le sont moins. Les déséquilibres internes ont moins d'importance et emportent moins de conséquences pour l'établissement. Il convient donc garder le sens des priorités. C'est l'hôpital qui enregistre comptablement un déficit, pas le pôle. Ce dernier ne fait que contribuer à sa formation sans en assumer totalement les conséquences.

Les pôles dits rentables sont-ils prêts cependant à jouer le jeu et à renoncer à une majeure partie, voire à la totalité, de l'excédent qu'ils ont dégagé? La péréquation n'est-elle finalement pas contraire à l'esprit du financement des pôles à l'activité? On peut légitimement se le demander. La péréquation joue dans le sens inverse de celui de l'intéressement, avec lequel elle entre en contradiction. Pour les coordonnateurs de pôles, elle ôte, en effet, beaucoup d'intérêt à s'engager dans la voie des économies puisque l'on perd en grande partie le bénéfice de ses efforts. Les pôles structurellement déficitaires ne peuvent que l'appeler de leurs vœux. Il se peut, en revanche, qu'elle suscite des réticences de la part des pôles excédentaires. Tout dépendra, en fait, du degré de leur sentiment d'appartenance à une même communauté.

Aucun dispositif de péréquation n'est, à ce jour, opérationnel. Les premières réflexions viennent tout juste d'être engagées. L'objet de cette partie n'est donc pas de présenter le fonctionnement d'un mécanisme de péréquation, mais de mettre en lumière les

interrogations auxquelles il faudra apporter une réponse pour pouvoir opérer une redistribution efficace et juste des fruits de l'activité.

La principale interrogation est la suivante : l'intégralité du déficit constaté doit elle être couverte ? Il convient d'avoir à l'esprit les conséquences de l'un ou de l'autre des choix effectués. Si on comble systématiquement le déficit des pôles déficitaires, ces derniers ne seront pas encouragés à faire des efforts de gestion et mettre en place les mesures de redressement nécessaires. On ne donne aucune chance aux vertus pédagogiques de la déconcentration. Une partie du déficit au moins doit être reprise sur l'exercice suivant et venir en déduction des recettes disponibles cette année là, sans quoi on ne peut pas parler de responsabilisation.

Pour autant les pôles déficitaires ne sont pas automatiquement fautifs. Des erreurs de gestion ne sont certes pas à exclure, mais le déficit peut aussi tenir à la faible rémunération des GHM pris en charge dans le pôle. Les pôles sont inégaux de ce point de vue. Certains, en effet, bénéficient de rente de situation avec des tarifs de GHS très généreux. Les tarifs en question ne se recoupent pas totalement avec les coûts référencés dans l'ENC. Cette dernière n'est d'ailleurs pas systématiquement représentative d'un coût moyen réel. Les GHM, quant à eux, ne sont pas toujours homogènes sur le plan médical ou économique. Autrement dit les tarifs des GHS sont pour partie artificiels. Ils ne sont pas neutres et avantagent structurellement les pôles qui prennent en charge les GHM les plus rentables.

Il est donc indispensable de faire la part, au sein du déficit, entre ce qui relève de la mauvaise gestion et ce qui relève de l'insuffisante rémunération des GHM. Mais cet exercice devrait se révéler extrêmement complexe et délicat. L'une des méthodes possibles consiste à comparer les coûts de prise en charge du pôle considéré sur chacun de ses principaux GHM par rapport au coût moyen des mêmes GHM, lesquels sont connus par le biais de l'ENC. Ce n'est pas l'écart coût/ recette qui est ainsi étudié mais l'écart entre le coût constaté et le coût de référence. Cette méthode permet de se faire une première idée sur la qualité de la gestion du pôle et notamment l'intensité des efforts consentis, au regard des standards de gestion.

L'absence de simulation ne permet pas de déterminer le mode de péréquation le plus performant. A l'issue des premières réflexions sur la question il semble que le plus pertinent, soit de jouer sur l'intéressement. La péréquation se traduirait par le prélèvement en fin d'exercice, en vue de l'exercice suivant, d'un pourcentage, à déterminer, de

l'intéressement des pôles excédentaires. La répartition de l'enveloppe ainsi constituée pourrait alors se faire au prorata de l'ampleur du déficit constaté.

La problématique de la péréquation met en lumière les limites du modèle d'allocation budgétaire des pôles basée sur l'activité. Elle constitue incontestablement l'un des maillons faibles du système. L'absence de péréquation est grandement susceptible de décourager les gestionnaires des pôles structurellement déficitaires. Les candidats aux postes de médecin coordonnateur de pôle ou cadre gestionnaire de pôles risquent de se faire plus rares. Après la gestion de la pénurie, pour reprendre une formule consacrée sur la déconcentration, la gestion des déficits... A l'inverse, une péréquation trop poussée risque de décourager ceux qui, par une gestion efficiente, ont su faire des économies. L'administration se trouve en face d'un vrai dilemme qu'il lui faudra prendre en compte et régler dès le départ, si elle ne veut pas courir le risque de voir le système remis en cause, à peine mis en place.

#### 2.2.2.2 Préserver les marges de manœuvre institutionnelles

Outre les risques de dérives autarciques, le financement des pôles à l'activité fait peser un risque de tensions dans la gestion de l'établissement. Si l'on n'y prend garde, on peut se retrouver rapidement en présence d'autant de politiques différentes que de pôles. L'administration peut bien sûr s'appuyer sur les contrats internes d'objectifs et de moyens pour mettre en cohérence la gestion par pôles et la gestion globale. Mais ce levier est insuffisant : l'administration doit également disposer de moyens propres. La préservation des marges de manœuvre institutionnelles s'impose comme un impératif vital. Elle suppose de dégager des crédits non seulement pour le fonctionnement courant de l'administration centrale mais aussi pour le financement des projets de niveau institutionnel.

Bien que très étendu, le champ des compétences et des comptes déconcentrés reste circonscrit. Il convient de garder à l'esprit que toutes les charges ne sont pas déconcentrables. Certaines d'entre elles continueront à être prises en charge et gérées au niveau de l'établissement, notamment l'ensemble des charges générales non imputables à un pôle en particulier (charges financières, logistique générale...).

Cet état de fait rend nécessaire le maintien d'une enveloppe budgétaire propre à l'administration, répartie entre les différentes directions gestionnaires selon les voies habituelles. Cette enveloppe serait alimentée par le biais d'un abattement sur les tarifs des GHS et des différentes dotations forfaitaires. Les pôles n'assumant pas la totalité des

charges couvertes par les GHS et autres dotations, il n'y a aucune raison pour qu'ils bénéficient de la totalité de leurs produits. Le principe serait le même que pour déterminer l'enveloppe des pôles. Les tarifs des GHS seraient décomposés sur la base de l'ENC, en vue d'isoler la fraction couvrant les charges relevant de l'administration, laquelle serait ainsi déduite du total.

Ce mode de financement semble suffisant pour assurer le fonctionnement courant de l'administration. Néanmoins, la part qui revient à l'administration constitue un simple solde. Cette dernière ne dispose que du strict minimum pour faire fonctionner ses services et couvrir les charges de structure. Ses moyens d'action s'en trouvent considérablement réduits. Elle ne peut plus compter sur d'éventuelles marges de manœuvre sur lesquelles jouer pour contrebalancer l'action des pôles. Il apparaît ainsi nécessaire d'aller au-delà du fonctionnement courant de l'administration et de dégager des crédits pour le financement de projets du niveau de l'établissement.

La question des crédits d'investissement entre pleinement dans le cadre de cette problématique.

Le CHU de Montpellier envisage en effet de déconcentrer au niveau des pôles les crédits relatifs à l'investissement. Ce choix participe de la volonté d'une déconcentration maximale du budget et obéit ainsi à sa propre logique. Il n'est cependant pas sans soulever de nombreux problèmes. Il est légitime de se demander si, en la matière, la déconcentration de gestion ne va pas trop loin.

De part sa dimension stratégique, voire politique, l'investissement fait partie du « domaine réservé » de l'administration. Il dépasse de loin les enjeux d'un seul pôle. L'investissement engage, en effet, l'avenir de l'établissement dans son ensemble. Il paraît difficilement envisageable, dans ces conditions, de le déléguer à un niveau de gestion qui ne dispose ni de la vision globale ni de l'ingénierie nécessaires.

Au-delà des principes, la déconcentration des crédits d'investissement pose aussi des problèmes d'ordre pratique. La gestion des crédits d'investissement se révèle en premier lieu beaucoup plus complexe que celle des crédits de fonctionnement, du fait notamment de liens entre section d'investissement et section de fonctionnement. Tout investissement est en effet à l'origine de surcoûts au niveau de la section de fonctionnement : amortissements, frais financiers, frais de maintenance... Si les frais de maintenance ou encore ceux d'installation peuvent éventuellement être gérés par les pôles, il apparaît

préférable, en revanche, que pour une meilleure planification notamment, la gestion des crédits du groupe 4 reste centralisée.

Les pôles voudront inévitablement et à juste titre que leurs crédits d'investissement soient fongibles au sein d'une enveloppe globale. L'existence d'un lien entre les deux sections du budget rend là encore cette fongibilité délicate. Elle n'est possible que sous réserve du respect par le pôle de l'égalité des surcoûts au niveau de la section de fonctionnement. Les pôles ne peuvent profiter des avantages de la fongibilité libres qu'à la condition expresse d'anticiper les conséquences potentielles sur la section de fonctionnement, dont l'équilibre général ne doit pas être modifié.

La déconcentration des crédits d'investissement, en elle-même, pose problème pour les raisons que l'on vient d'invoquer. Mais la détermination de l'enveloppe investissement du pôle sur la base de l'activité serait, si elle devait être choisie, encore plus lourde de conséquences.

Les crédits affectés à l'investissement sur la base d'une fraction des GHS pris en charge dans le pôle, selon la même technique que pour les autres comptes budgétaires délégués, seraient insuffisants car saupoudrés entre les pôles. Ils ne tiendraient par ailleurs aucun compte des besoins réels. L'enveloppe totale consacrée à l'investissement n'atteindrait pas la masse critique, c'est à dire le niveau minimum de ressources financières nécessaire pour concevoir, projeter, soutenir et ajuster des projets d'investissement sans avoir besoin de faire appel à l'administration.

Les crédits d'investissement peuvent éventuellement être déconcentrés mais les dotations ne doivent pas en tout état de cause être calculées sur la base de l'activité du pôle. Une répartition automatique entre les pôles des recettes couvrant les coûts d'investissement constituerait une aberration. C'est là que le rôle de l'administration prend tout son sens. En tant que garante de l'intérêt général de l'établissement, l'administration doit intervenir au moins pour fixer les priorités en matière d'investissement et déterminer les enveloppes en conséquence, à défaut de gérer elle-même les crédits.

Alors que le choix éventuel d'un financement des pôles à l'activité symbolise d'une certaine manière la victoire d'une vision libérale de la gestion hospitalière, l'affirmation du rôle de régulateur de l'administration apparaît par conséquent, et plus que jamais, nécessaire.

## CONCLUSION

Au terme de cette étude, il se dégage au moins une certitude, à savoir que l'on ne peut s'engager à la légère sur un mode d'allocation budgétaire aussi impliquant qu'est le financement des pôles à l'activité.

Si la logique plaide en faveur de la transposition en interne du mode d'allocation budgétaire externe, les nombreuses difficultés pointées dans ce mémoire incitent à une certaine prudence. La nécessaire mise en place, en particulier, de mécanismes de solidarité au profit des pôles structurellement déficitaires interfère avec le principe de départ d'un financement reposant sur l'activité réelle de chaque pôle, avec le risque de déboucher sur une " usine à gaz" ingérable. Or, un bon mode de financement est aussi un mode simple et compréhensible par l'ensemble des acteurs.

Dans ces conditions, c'est en conscience que les responsables de pôles devront s'engager dans cette voie si d'aventure elle devait être retenue. Un effort de pédagogie sans précédent devra être mené en amont pour expliquer les tenants et aboutissants du nouveau mode d'allocation budgétaire.

Une attention particulière devra par ailleurs être portée au contrat interne d'objectifs et de moyens qui doit rechercher un juste équilibre entre le niveau de ressources disponibles et le niveau des obligations mises à la charge des pôles. Celui-ci ne doit plus être un acte unilatéral maquillé mais la résultante d'une négociation véritable entre les parties. Plus que jamais les engagements respectifs des parties devront avoir été pesés et soupesés avec rigueur pour prévenir les mauvaises surprises et finalement l'échec de la déconcentration de gestion.

---

# Bibliographie

---

## OUVRAGES

ABBAD J. *Organisation du management hospitalier*. Paris, Berger-Levrault, 2001.

CAVALIER M, DALMASSO R, ROMATET J-J. *Médecins, directeurs : un pacs pour l'hôpital ?* Paris, Erès, 2003.

COCA E. *L'ISA et le PMSI : comment mieux gérer les établissements hospitaliers*. Paris Berger-Levrault, 1998.

CREMADEZ M, GRATEAU F. *Le management stratégique*. Paris, Masson, 1997.

DELNATTE J, GROLIER J. *Comptabilité générale et budget des hôpitaux*. Rennes, Editions ENSP, 2001.

GERVAIS M. *Contrôle de gestion*. Paris, Economica, 1997.

GROLIER J, PERARD Y, PEYRET P. *La comptabilité analytique hospitalière médicalisée*. Rennes, Editions ENSP, 2002.

LETEURTRE H, VAYSSE M. *Les tableaux de bord de gestion hospitalière*. Paris, Berger-Levrault, 1994.

SEGADE J-P. *La contractualisation à l'hôpital*. Paris, Masson, 2000.

## ARTICLES

Dossier *La contractualisation interne*, Gestions Hospitalières, mai 2002.

ANHOURY P, COINTEMENT S. *Le contrôle de gestion : d'une logique budgétaire à la gestion des performances*. Gestions Hospitalières, n°377, juin-juillet 1998.

BARRESI V. *Tarification à l'activité : vers une alliance médico-administrative*. Décision Santé, n°191, janvier 2003.

BOISGELOT L. *Où il est question de réduire les dépenses de santé sans pour autant réduire les prestations...* Gestions hospitalières, octobre 1999.

BRAS J-C. *La double dimension de la contractualisation interne*. Gestions Hospitalières, n°389, avril 1999.

CALMON M. *Contractualisation interne et délégation de gestion*. Revue Hospitalière de France, n° 6, novembre-décembre 1997.

COUTY E. *Contractualisation interne*. Gestions Hospitalières, n°408, août-septembre 2001.

EXPERT P. *Y a-t-il une vie après la contractualisation interne ?* Gestions Hospitalières, novembre 2002.

EXPERT P, LERME P. *Zoom sur la tarification à l'activité*. Cahier Pratique Tissot, mars 2004.

HENRIET D. *Tarification à la pathologie : enjeux et perspectives de l'expérimentation en France*. DREES, Dossiers solidarité et santé, juillet 2002.

EXPERT P, PERARD Y. *La comptabilité analytique au cœur de la prise de décision*. Revue Hospitalière de France, n°482, septembre-octobre 2001.

GARIN H. *Contrôles de qualité et valorisation de l'activité dans les hôpitaux*. Gestions Hospitalières, mai 1999.

GUSCHING J-P, EXPERT P. *Le PMSI dans le management des EPS : PMSI et gestion financière*. Revue Hospitalière de France, n°481, juillet-août 2001.

GUSTIN P. *L'intéressement : un coût ou une ressource ?* Techniques Hospitalières, janvier-février 1997

FERNANDEZ J, BONIFACI J, BOUTHIAUX J-P, DUJOLS P. *Qualité des informations et financement des hôpitaux : critique méthodologique du contrôle officiel de la qualité des données PMSI*. Informatique et Santé, vol 9, 1997.

LASCOLS S. *Tarification à la pathologie : le point du dossier*. Entreprise Santé, n° 44, mars-avril 2003.

LAUNAY G, PASSAGNE K, COURBIS T, DUJOLS P. *Contrôle de gestion médicalisé*. Journal d'économie médicale, Vol 13, n°6, octobre 1995.

LEONARD J-L. *DIM et management*. Gestions Hospitalières, novembre 1995.

PENAUD M, NISAND G, SCHOTT L. *L'utilisation du PMSI dans l'optique de la mise en place du budget de service*. Gestions Hospitalières, juin-juillet 1998.

PERRIN A. *Contractualisation interne : un principe séduisant mais peu appliqué*. Revue Hospitalière de France, n° 5, septembre-octobre 1999.

RAIKOVIC M. *Sur la voie de la contractualisation, les contrats d'objectifs internes*. Décision Santé, n° 130, juin 1998.

## **MEMOIRES DE L'ENSP**

BEAUDRAP S. *Accompagner la réforme de la tarification par le développement d'outils de gestion de la performance : le cas du Centre Hospitalier de Dax*. ENSP, Filière EDH, décembre 2003.

BRAS J-C. *L'organisation interne de l'hôpital en pôles, à partir de l'expérience de contractualisation interne du CHU de Nantes*. ENSP, Filière EDH, décembre 1998.

JEANNEY M. *Utilisation du PMSI en gestion interne : la construction de budgets par centre de responsabilité : l'exemple du pôle cœur d'Amiens*. ENSP, Filière EDH, décembre 1997.

GILARDI H. *Contractualisation interne et outils de gestion au CHU de Rennes : enjeux techniques et stratégiques*. ENSP, Filière EDH, décembre 1999.

HORELLOU A-M. *Le système d'information à l'heure de la tarification à l'activité : architecture, modalités d'information et utilisation de l'information. L'exemple du CHU de Poitiers.* ENSP, Filière EDH, décembre 2003.

LAURENT G. *La contractualisation interne a-t-elle un avenir à l'hôpital public ? Etat des lieux et perspectives au regard de l'expérience du Centre Hospitalier de Blois.* ENSP, Filière EDH, décembre 2003.

LASCOLS S. *Impulser et développer une démarche de déconcentration de gestion budgétaire : état des lieux et perspectives de l'expérience du Centre Hospitalier d'Avignon.* ENSP, Filière EDH, décembre 2000.

LEFRANC C. *La gestion de proximité au CHU de Nantes : analyse et enjeux du contrôle de gestion.* ENSP, Filière EDH, décembre 1999.

MOUSILLAT V. *Opportunité et faisabilité d'une déconcentration de la gestion budgétaire au Centre Hospitalier de Dax.* ENSP, Filière EDH, décembre 1999.

ROUSSEL A. *La contractualisation interne comme levier de modernisation de la gestion de l'hôpital : une étude de benchmarking entre les centres hospitaliers d'Auxerre et de Blois.* ENSP, Filière EDH, décembre 2002.

VIDAL L. *L'Etude Nationale des Coûts et les coûts par activité : Utilisation en analyse de gestion et modalités de participation à ces bases nationales. Applications au CHU de Clermont-Ferrand.* ENSP, Filière EDH, décembre 2001.

## **TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES**

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la Sécurité Sociale pour 2004.

Décret n° 97-374 du 18 avril 1997 relatif à la délégation de signature des directeurs des établissements publics de santé.

Circulaire DH/AF/AF3 n° 97-304 du 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne dans les établissements publics de santé.

Guide Méthodologique de Comptabilité Analytique Hospitalière, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Bulletin Officiel n°97/2 bis tome 1.

Guide Méthodologique de Comptabilité Analytique Hospitalière : le calcul des coûts par activités, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Bulletin Officiel n°97/2 bis tome 2.

Guide Méthodologique de Comptabilité Analytique Hospitalière : le calcul des coûts par séjour, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Bulletin Officiel n°97/2 bis tome 3.

## **DOCUMENTS OFFICIELS**

Assemblée Nationale, Commission des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales. *Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital*. Mars 2003.

DEBROSSE D, PERRIN A, VALLANCIEN G. *La modernisation des statuts de l'hôpital public et sa gestion sociale*. Avril 2003.

FHF. *Les coûts de l'hôpital. Le prix du service public*. Avril 2004.

FHF, Conférences des directeurs de CH et CHU. *Analyse des reports de charges 2003 dans les hôpitaux*. Juillet 2004.

Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier. *Mise en œuvre de la CCAM dans les établissements de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2004*. Version 1.1, juin 2003.

Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier. Rapport d'étape : *Les achats dans les hôpitaux et les cliniques*. Octobre 2003.

Mission T2A. *Synthèse de l'état des lieux du Système d'Information des Etablissements sous DG expérimentateurs de la réforme de la tarification*. Juin 2003.

Mission T2A. *La tarification à l'activité, modèle d'allocation des ressources et modalités de mise en œuvre*. Octobre 2003.

Mission PMSI. *Rapport d'étape du groupe de travail : Utiliser le PMSI pour construire des budgets par centre de responsabilité.* Juin 1997.

## **SITES INTERNET**

[WWW.atih.sante.fr](http://WWW.atih.sante.fr)

[WWW.fhf.fr](http://WWW.fhf.fr)

[WWW.sante.gouv.fr](http://WWW.sante.gouv.fr)

[WWW.le-pmsi.fr](http://WWW.le-pmsi.fr)

---

## Liste des annexes

---

**ANNEXE 1** : Liste et composition des pôles du CHU de Montpellier.

## **ANNEXE 1**

### Liste et composition des pôles du CHU de Montpellier

#### **Pôle Urgences**

- SAMU,
- Urgences,
- UAM Réanimation (DAR A),
- UAM anesthésie maxillo-faciale (DAR A),
- UAM allergeo-anesthésie (DAR A),
- Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie,
- Psychologie Médicale et Psychiatrie,
- Radiologie (Lapeyronie),
- Médecine Légale,
- Fédération de Thanatologie,
- Maison d'arrêt.

#### **Pôle Os et Articulations**

- Orthopédie 1,
- Orthopédie 2,
- Orthopédie 3,
- Consultation Orthopédie Adultes,
- Rhumatologie,
- Immuno-Rhumatologie,
- Service central de Rééducation Fonctionnelle,
- Consultation Immuno-Rhumatologie, Rhumatologie et Rééducation Fonctionnelle,
- UAM anesthésie orthopédie (DAR A)
- Bloc 1 (Lapeyronie).

#### **Pôle Rein, HTA, Endocrino-Métabolique, Brûlés**

- Néphrologie,
- Réanimation Médicale et Assistance Respiratoire,
- Réanimation Métabolique,
- Médecine Interne et Néphrologie,

- Maladies Métaboliques,
- Maladies Endocriniennes,
- Maladies Métaboliques et Endocriniennes Consultations,
- Brûlés,
- Urologie 1
- UAM Anesthésie Urologie (DAR A),
- Hématologie et Oncologie Médicale.

## **Pôle Naissance et Pathologies de la femme**

- Gynécologie-Obstétrique A et oncologie gynécologique mammaire,
- Gynécologie-Obstétrique B et médecine de la reproduction,
- Gynécologie-Obstétrique C et médecine materno-fœtale,
- UAM Anesthésie Gynéco-Obstétrique (DAR A),
- Laboratoire Biologie, Développement et Reproduction A,
- Laboratoire Biologie, Développement et Reproduction B,
- Laboratoire Biologie Cellulaire et Hormonale,
- Génétique Médicale,
- Bloc Opératoire Gynécologie-Obstétrique.

## **Pôle Enfant**

- Pédiatrie 1,
- Pédiatrie 2,
- Pédiatrie 3,
- Pédiatrie (Secteur commun),
- CAMSP,
- Neuropédiatrie,
- Chirurgie Orthopédique Pédiatrique,
- Chirurgie Viscérale Pédiatrique,
- Urologie 2,
- Médecine Psychologique Enfants et Adolescents (Saint-Eloi),
- Médecine Psychologique Enfants et Adolescents (La Colombière),
- Radiopédiatrie,
- Laboratoire Hormonal du Développement et de la Reproduction,
- UAM Anesthésie Pédiatrique (DAR A),
- UAM Algo-Pédiatrie (DAR A),
- Neurophysiologie Clinique de l'Enfant.

## **Pôle Cœur-Poumon**

- Cardiologie A,B Communs,
- Cardiologie B,
- Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire Communs,
- Chirurgie Thoracique et Vasculaire,
- Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire,
- Maladies Respiratoires,
- UAM Réanimation (DAR D),
- UAM Anesthésie CTCV (DAR D),
- Radiologie (Arnaud de Villeneuve),
- Dispensaire Anti-Tuberculeux,
- Bloc CTCV.

## **Pôle Pharmacies**

- Pharmacie Centrale Plate-forme Logistique,
- Pharmacie Saint-Eloi, La Colombière,
- Pharmacie Lapeyronie-Arnaud de Villeneuve,
- Unité Centralisée de Préparation des Cytotoxiques.

## **Pôle Laboratoires**

- Laboratoire d'Hématologie,
- Laboratoire d'Immunologie,
- Laboratoire de Biochimie,
- Institut Régional de Biothérapie,
- Laboratoire Anatomie et Cytologie pathologiques,
- Banque de Tissus,
- Laboratoire Génétique Moléculaire et Chromosomique,
- Physiologie clinique,
- Unité de Toxicologie,
- Pharmacologie clinique,
- Unité de Pharmacomonitorage,
- Centre Régional de Pharmacovigilance,
- Centre de Pharmacodépendance,

- Médecine Nucléaire (Lapeyronie),
- Centre d'Investigation Clinique.

### **Pôle Gui de Chauliac A**

- Neurologie A et Maladies Neuro-Vasculaires,
- Neurologie B,
- Exploration Neurologique et Epileptologie,
- Neuroradiologie,
- Médecine Nucléaire (Gui de Chauliac),
- UAM Anesthésie Neuroradiologie ( DAR C).

### **Pôle Gui de Chauliac B**

- Neurochirurgie A,
- Neurochirurgie B,
- Neurochirurgie (Communs),
- UAM Réanimation (DAR C),
- Oto-Rhino-Laryngologie A,
- Oto-Rhino-Laryngologie B,
- Oto-Rhino-Laryngologie A et B (Communs),
- Ophtalmologie,
- UAM Anesthésie Neurochirurgie (DAR C),
- UAM Anesthésie ORL (DAR C),
- UAM Anesthésie Ophtalmologie (DAR C),
- UAM Anesthésie Chirurgie Ambulatoire (DAR C),
- Odontologie, Soins, Recherche Dentaires,
- Blocs Opératoires (Gui de Chauliac),
- Unité de Chirurgie Ambulatoire.

### **Pôle Infectiologie**

- Laboratoire de Virologie,
- Laboratoire de Parasitologie,
- Maladies Infectieuses et Tropicales,
- Laboratoire Bactério-Virologie,
- Laboratoire Hygiène Hospitalière,

- Laboratoire Virologie (Lapeyronie),
- Stérilisation.

### **Pôle Digestif**

- Fédération Médecine et Chirurgie Digestive,
- Plateau Technique Endoscopie,
- UAM Réanimation (DAR B),
- UAM Centre Anti-Douleur (DAR B),
- UAM Psycho-Pathologie de la Douleur (DAR B),
- UAM Soins Palliatifs (DAR B),
- UAM Anesthésie Chirurgie Endoscopique (DAR B),
- Radiologie (Saint-Eloi),
- Bloc Opératoire (Saint-Eloi).

### **Pôle Cliniques Médicales**

- Médecine Interne A,
- Médecine Interne E,
- Médecine Interne F,
- Médecine Interne et Maladies Vasculaires,
- Médecine Interne Hospitalisation de Semaine,
- Dermatologie (Communs),
- Dermatologie, Allergologie, Photobiologie,
- Dermatologie et Phlébologie,
- Centre Régional de Traitement des Hémophiles.

### **Pôle Gériatrie**

- Soins de Longue Durée (Bellevue),
- Soins de Longue Durée (Balmès),
- Soins de Suite et de Réadaptation,
- Médecine Interne Soins Aigus Gériatriques,
- Communs Soins de Suite et de Réadaptation et Médecine Interne Gériatrie,
- Hôpital de Jour de Gériatrie.

## **Pôle Psychiatrie A**

- Polyclinique de Psychiatrie Adulte,
- Service Universitaire de Psychiatrie adulte Secteur Montpellier Ville 1,
- Psychiatrie adulte Secteur Montpellier-Mèze,
- Psychiatrie adulte Secteur Montpellier Nord-Est.

## **Pôle Psychiatrie B**

- Polyclinique de Psychiatrie Adulte,
- Psychiatrie adulte Secteur Montpellier-Lodève,
- Psychiatrie adulte Secteur Montpellier-Ville 2,
- Psychiatrie adulte Secteur Montpellier-Lunel,
- Psychiatrie adulte Secteur Montpellier-Littoral.