



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Promotion 2004

**CONNAISSANCE DES COÛTS ET TARIFICATION A
L'ACTIVITE : UNE ANALYSE PAR LES PROCESSUS.
L'EXEMPLE DES CHIMIOTHERAPIES AU CENTRE HOSPITALIER
DU MANS**

David RIVIERE

Remerciements

J'adresse mes sincères remerciements à Monsieur Philippe ROUSSEL, directeur du Centre Hospitalier du Mans, pour la qualité de l'accueil qui m'a été offert tout au long de mon stage professionnel, ainsi qu'à l'ensemble de l'équipe de direction, qui a contribué à ma pleine intégration dans l'établissement.

Je tiens à remercier en particulier Monsieur Francis CHRETIEN, directeur adjoint chargé des services financiers et maître de stage, pour son accompagnement au quotidien durant ces premiers mois de contact avec le terrain hospitalier.

Que les personnes qui ont contribué à faire progresser ma réflexion sur le thème de la gestion par les processus, médecins, cadres de santé, cadres de direction, tant au Centre Hospitalier du Mans que dans d'autres établissements, soient ici remerciées, bien qu'il ne me soit pas possible de toutes les citer ici.

Ce travail doit beaucoup aux conseils, suggestions et remarques de Madame Sidonie LASCOLS, mon encadrant mémoire, directeur en charge du contrôle de gestion au CHU de Nice, ainsi qu'à ceux de Monsieur Franck PIGNON, logisticien au Centre Hospitalier du Mans. Qu'ils en soient ici tous deux remerciés.

Tous auront contribué, notamment à travers ce mémoire professionnel, à donner une image positive du métier de directeur d'hôpital et à conforter la justesse de mes choix d'orientation professionnelle.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
ENJEUX RENOUVELES ET PROPOSITIONS D'HYPOTHESES POUR LE CH DU MANS.....	5
1.1 Etat des lieux du CHM au regard du nouveau système de financement.....	5
1.1.1 Les principaux enjeux qui s'attachent à la mise en place du contrôle de gestion au CH du Mans dans le cadre de la tarification à l'activité.	5
A) De nouvelles règles de financement	5
B) Des enjeux attachés à la réactivité.....	6
C) L'information médico économique, condition de la réactivité	7
1.1.2 La situation du CH du Mans avant l'entrée en vigueur de la réforme du mode de financement à compter du 1 ^{er} janvier 2004.	9
A) La situation aujourd'hui dans les E.P.S. en terme de contrôle de gestion... ..	10
B) La nécessaire mutation des E.P.S. dans ce domaine avec la T2A.....	11
C) Différentes possibilités pour traiter les UM déficitaires	12
D) Les premières orientations prises par le contrôle de gestion au CH du Mans 14	
1.1.3 Etat des lieux des informations de nature médico-économique disponibles en routine et de l'exploitation qui en est faite au CH du Mans	14
A) Le diagnostic posé par la mission d'appui de la DHOS et les réalisations.. ..	15
B) Le Schéma Directeur du SIH pour la période 2004-2008.....	18
C) La mise en œuvre de la comptabilité analytique au CH du Mans.....	19
D) Synthèse de l'état des lieux du CH du Mans à travers la grille de lecture retenue par la Meah.....	22
1.2 DEFINITION DES HYPOTHESES.....	24
1.2.1 Approche méthodologique de ce que rémunère la T2A.....	25
A) Ce que la T2A ne rémunère pas	25
B) La T2A rémunère en réalité des structures et des processus	26
1.2.2 Approche empirique tirée de plusieurs retours d'expérience.....	28
A) L'information ne signifie pas l'action	28
B) Des éléments de compréhension à travers les processus	29
C) L'existence de marges de manœuvre.....	30
D) Des actions centrées sur l'organisation	31

E)	L'enjeu des interfaces	32
1.2.3	Une approche spécifiquement centrée sur l'insuffisance de coordination entre les acteurs de la prise en charge hospitalière.....	33
A)	Le constat : une rupture dans la coordination	33
B)	Une insuffisance de coordination horizontale.....	34
C)	Une insuffisance de coordination verticale	34
1.2.4	Présentation de la gestion par les processus :les concepts de base.....	35
A)	Le processus, de quoi parle-t-on ?	35
B)	Deux paramètres clés : le délai et la qualité, ou les composantes de la valeur d'une prise en charge.....	36
C)	Le coût de la qualité et de la non-qualité à l'hôpital	38
D)	Un état des lieux confirmé par le rapport de l'ANAES de septembre 2004 ..	41
E)	La T2A est compatible avec la qualité, estime le directeur de l'ANAES.....	42
1.2.5	La question de l'évaluation des processus.....	43

UNE DECLINAISON PRATIQUE DE LA GESTION PAR LES PROCESSUS AU

CHM.....	45
1.3 Le choix du processus à étudier.....	45
1.3.1 Méthodologie de choix des processus à étudier.....	45
A) Simulation de la T2A.....	45
B) La méthode employée pour établir les comptes de résultats.....	46
1.3.2 Comparatif dépenses / recettes : le choix du département de Médecine interne et onco-hématologie	48
A) La détermination de la cible de notre étude	48
B) La cohérence avec les objectifs stratégiques de l'établissement.	51
C) L'impact du processus	52
D) La gravité estimée des dysfonctionnements.....	53
1.4 Evaluation du poids du processus étudié.....	56
1.4.1 Les données issues de la comptabilité analytique	56
A) Le coût des examens de laboratoire lié aux demandes de numération pour les chimiothérapies	57
B) La part des «dépenses médicales et pharmaceutiques » rattachées aux trois services	57
1.4.2 L'approche par le PMSI	58
A) Le suivi des mutations inter services	59
B) Les séjours de patients hospitalisés pour chimiothérapies	60
C) L'indice de performance.....	61
D) Synthèse de l'exploitation des bases de données	62

1.5	L'initialisation de la démarche.....	63
1.5.1	.Une démarche participative pour dissiper la méfiance.....	63
A)	Disposer au sein de son établissement d'un « référent méthodologique » qui possède la méthodologie d'une gestion par les processus.....	64
B)	L'assimilation du fonctionnement	65
C)	La production d'une liste d'activités du processus étudié.....	66
1.5.2	Des grilles en deux volets	67
A)	Le premier volet ou l'analyse statique (GAS).....	67
B)	Le second volet ou l'analyse dynamique (GAD)	67
C)	Le résultat :une nomenclature d'activités.....	68
1.5.3	De la description à la cartographie du processus des chimiothérapies.....	69
A)	La cartographie du processus.....	69
B)	De la cartographie du processus à l'analyse de ses dysfonctionnements... 70	
1.6	Les actions de réorganisation envisageables.....	71
1.6.1	Les fiches de dysfonctionnement.....	71
1.6.2	La perspective des tableaux de bord prospectifs	72
A)	Les évolutions pour les tableaux de bord à l'hôpital.....	73
B)	La mise en oeuvre des tableaux de bord prospectifs	75
CONCLUSION		77
BIBLIOGRAPHIE.....		79
LISTE DES ANNEXES.....		I
REILLY.....		13

Liste des sigles utilisés

ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ARH	Agence régionale de l'Hospitalisation
CH	Centre Hospitalier
CHM	Centre Hospitalier du Mans
CME	Commission Médicale d'Etablissement
COM	Contrat d'Objectifs et de Moyens
CR	Centre de Responsabilité
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DIM	Département d'Information Médicale
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DSIO	Direction du Système d'Information et de l'Organisation
ENC	Etude (ou Echelle) Nationale des Coûts
EPS	Etablissement Public de Santé (synonyme utilisé ici :hôpital)
GAD	Grille d'Analyse Dynamique
GAS	Grille d'Analyse Statique
GHM	Groupe Homogène de Malades
GHS	Groupe Homogène de Séjours
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
PMSI	Programme de Médicalisation du Système d'Information
RSS	Résumé de Sortie Standardisé
T2A	Tarifcation à l'Activité
TCCM	Tableau Coût Case Mixe
UM	Unité Médicale

Introduction

L'année 2004 voit la mise en œuvre progressive de la réforme du système de financement des établissements de santé publics et privés français, non seulement pour les harmoniser, mais surtout pour tenter de remédier aux insuffisances de modèles qui fonctionnent depuis plus de vingt ans.

La réforme de la «tarification à l'activité», abrégée «T2A», est devenue effective avec la publication, au Journal officiel du 19 décembre 2003, de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la Sécurité sociale pour 2004. Dans ses articles 23 à 34, cette loi définit le dispositif juridique nécessaire à la mise en œuvre d'un nouveau système de financement, en décrivant les principales dispositions du modèle et ses modalités d'application progressive. Elle signe le passage à une ère nouvelle, préfigurant des changements à la fois stratégiques et organisationnels pour l'ensemble des établissements de santé. Il s'agit là d'une réforme d'ampleur, qui ne se limite pas à un simple aspect technique, ses implications pratiques embrassant le champ de la gestion, du fonctionnement et du management¹.

La réforme de la tarification à l'activité s'intègre dans un vaste programme censé répondre au «désenchantement hospitalier» décrit par le rapport de la mission parlementaire sur l'organisation interne de l'hôpital, présenté par René Couanau. Cette réforme seule n'a pas l'ambition de régler tous les problèmes auxquels sont confrontés aujourd'hui les établissements de santé, mais c'est un élément qui participe à la cohérence plus générale d'un vaste plan de rénovation. Le plan Hôpital 2007, lancé en novembre 2002, se donne pour objectifs de lutter contre les rigidités externes de l'hôpital et d'en assouplir le fonctionnement interne. Sans énumérer de manière exhaustive chaque mesure, il est possible de retenir les trois axes de réforme suivants :

- alléger les contraintes et les procédures (marchés, planification, gestion interne) ;
- inciter les établissements de santé à optimiser l'utilisation de leurs ressources (T2A, régime budgétaire et comptable) ;
- soutenir l'investissement de modernisation, de coopération et de d'adaptation (plan investissement).

Certaines réformes accompagnent plus particulièrement la tarification à l'activité et participent, comme elles, à la volonté d'assouplir et de moderniser les règles qui

¹ Expert P. et Merle P., Cahier Pratique Tissot, mars 2004

s'imposent aux établissements de santé. En premier lieu, l'évolution du régime budgétaire et comptable des établissements est un impératif dans le prolongement de la réforme du financement des hôpitaux. En second lieu, le remodelage de la gestion interne, dans le sens d'un allègement des contraintes qui pèsent sur l'hôpital, passe par une réforme du Code des marchés publics afin de rendre l'achat hospitalier plus efficace et plus rapide. Enfin, les travaux actuels autour du thème de la modernisation de la « gouvernance » hospitalière visent à remédier à la rigidité et au décloisonnement interne de l'hôpital. Sont actuellement en question les modalités d'organisation et de contractualisation interne des établissements, les statuts des praticiens et des directeurs d'établissement, l'objectif étant la clarification du rôle de chacun dans la gestion interne d'un établissement. Ces réformes d'ampleur définissent le cadre dans lequel la réforme de la T2A pourra s'inscrire, l'enjeu étant de pouvoir apporter à ce nouvel outil technique un environnement gestionnaire favorable et cohérent.

C'est dans ce contexte général de réformes que s'inscrit ce mémoire professionnel, la candidature du Centre Hospitalier du Mans ayant été retenue au nombre des 104 établissements expérimentateurs de la « nouvelle gouvernance ». Pour répondre à cette « nouvelle donnée », la direction de l'établissement a notamment procédé au recrutement d'un contrôleur de gestion issu du secteur privé, sans expérience préalable du milieu hospitalier. Le choix du sujet de ce mémoire a été guidé par la conjonction de ces différents éléments que sont la mise en œuvre de la T2A, le développement d'un véritable contrôle de gestion et la nécessité pour la direction d'apporter des réponses aux services pilotes engagés dans une démarche de contractualisation interne qui s'appuie sur la production de tableaux de bord de service orientés T2A.

Il s'agissait notamment de cerner les attentes en termes d'analyse que les responsables des services expérimentateurs pouvaient adresser au contrôleur de gestion. A cet effet, la littérature consacrée aux retours d'expériences de la part d'établissements engagés préalablement dans des démarches volontaires de contractualisation interne est riche d'enseignements. Ceux-ci ont pu servir de pistes exploratoires nous guidant dans nos propres démarches d'analyse. Deux de leurs leçons ont plus particulièrement retenu notre attention. D'une part, le constat récurrent est fait selon lequel les principaux surcoûts sont ceux liés à l'inorganisation, à entendre comme le défaut de coordination entre les différents acteurs qui interviennent dans le processus d'une prise en charge hospitalière. D'autre part, les insuffisances consécutives aux outils de gestion dont disposent les décideurs hospitaliers, qui ne permettent pas en général d'approcher finement la constitution des coûts de ces prises en charge.

Ces éléments ont contribué à forger notre conviction selon laquelle une des réponses appropriées aux questions soulevées par la publication à destination des praticiens des premiers comptes de résultats par unité médicale issus d'une simulation 100% T2A devait s'attacher à l'étude de la coordination des acteurs partie prenante dans les prises en charge hospitalières. Cette piste de réflexion a été abordée en tant qu'outil de gestion supplémentaire pouvant être à la disposition du contrôle de gestion. Il s'agit alors d'envisager sa complémentarité ainsi que les conditions de sa pérennisation au Centre hospitalier du Mans.

La méthodologie employée dans le cadre de la déclinaison pratique du mémoire s'attache à cerner ces processus de prise en charge. Nous avons choisi de nous inspirer directement de l'application au secteur de l'hospitalisation de la méthode de gestion par les processus qui se développe depuis plus de dix ans dans de nombreux autres domaines de l'activité économique. L'organisation hospitalière est restée relativement hermétique à cette approche bien que de nombreux éléments concourent à la justification de sa mise en œuvre à l'hôpital. Elle apporte une vision organisationnelle transversale centrée sur la valeur mobilisatrice du patient pour l'ensemble des acteurs et propose une méthode de gestion susceptible d'aider à analyser et résoudre les problèmes les plus aigus qui interviennent pendant une prise en charge².

La déclinaison pratique dans le cadre de ce mémoire de cette méthode qu'est la gestion par les processus visera l'étude du circuit des chimiothérapies au Centre hospitalier du Mans. Ce choix est motivé par deux raisons principales. En premier lieu, trois services consomment 80% des chimiothérapies préparées par la pharmacie, et ces unités médicales sont « déficitaires » dans le cadre d'une simulation budgétaire orientée en 100% T2A. En cela, le terrain d'expérimentation retenu correspond bien à l'une des préoccupations du contrôle de gestion, mais également aux réponses attendues par les praticiens concernés suite à l'envoi de ces projections budgétaires. En second lieu, les acteurs eux-mêmes s'étaient engagés dans une démarche de mise en assurance qualité du circuit des chimiothérapies, dans le but affiché de mieux répondre aux dysfonctionnements constatés empiriquement. Ce faisant, l'acculturation des acteurs était déjà faite, ce qui présentait un gain de temps et d'efficacité dans le cadre d'une démarche qui s'inscrit dans un temps contraint de quelques mois.

Ainsi, ce mémoire traite de la diversité des outils de gestion à notre disposition dans le cadre de la connaissance des coûts à l'hôpital. Nous aborderons dans la

² Claveranne JP et Pascal C., Repenser les processus à l'hôpital, 2004

première partie du mémoire l'état des lieux au Centre hospitalier du Mans de la nature et de l'exploitation qui peut être faite des informations de nature médico économique dont nous disposons. Sur la base de ce constat, et face aux attentes des praticiens qui se font jour en terme d'analyse et d'explication de leurs comptes de résultat, nous proposerons une hypothèse qui puisse répondre aux enjeux renouvelés que pose la mise en œuvre de la tarification à l'activité dans l'établissement.

La seconde partie de ce travail présente la méthodologie et la déclinaison pratique de la gestion par les processus appliquée au circuit des chimiothérapies au Centre hospitalier du Mans, en envisageant ses perspectives notamment en terme de réorganisation et de conditions de pérennisation.

Enjeux renouvelés et propositions d'hypothèses pour le CH du Mans

L'objet de cette partie consiste à présenter une problématique d'actualité dans le cadre du déroulement de mon second stage hospitalier et qui fait l'objet d'un traitement particulier en tant que sujet de mémoire professionnel. Celui-ci est nécessairement contingent, relevant de la conjonction d'un dossier d'actualité avec un questionnement sur la plus-value que peut constituer la contribution d'un élève-directeur pendant une durée limitée et dans un périmètre donné.

1.1 Etat des lieux du CHM au regard du nouveau système de financement

1.1.1 Les principaux enjeux qui s'attachent à la mise en place du contrôle de gestion au CH du Mans dans le cadre de la tarification à l'activité.

A) De nouvelles règles de financement

La mise en œuvre progressive de la tarification à l'activité marque un changement de paradigme dans le mode de financement des établissements de santé. Celui-ci tient dans le passage d'une logique de financement dite « budgétaire » attachée à la dotation globale, à une logique qualifiée de « financière » propre à la T2A³. Schématiquement, la logique budgétaire s'inscrit dans le déroulement suivant. Dans un premier temps, les dépenses sont évaluées préalablement, puis les recettes sont assurées aux établissements « à l'euro près » dans le cadre du versement par douzième de leur dotation. Dans un troisième temps, les moyens sont financés grâce aux recettes, l'activité étant alors directement assujettie au montant des dépenses ainsi autorisées. Comme les dépenses sont contraintes par des taux d'évolution dits « restructurants », dans cette

³ Cahier Tissot, mars 2004

logique, le budget impose ses limites et conduit à contenir l'activité. Dans ce cadre, le « bon gestionnaire » est celui qui va parvenir à fixer des limites à l'exercice médical, de façon déconnectée de la seule satisfaction des besoins de santé de son bassin sanitaire.

Cette mise en œuvre de la réforme de la tarification à l'activité marque le passage à une logique dite « financière » dans laquelle l'enchaînement des séquences devient le suivant. C'est en premier lieu l'activité réalisée et déclarée qui va commander la perception des recettes correspondantes par application de tarifs nationaux. Ces recettes permettent de gager des dépenses à due concurrence de leur montant, fixant ainsi le niveau des moyens accordés aux services des établissements. On voit bien avec ce changement de paradigme les conséquences qui s'ensuivent pour le gestionnaire. Avec la T2A, le budget de l'établissement n'est plus limitativement arrêté a-priori, celui-ci peut alors engager des dépenses à hauteur des recettes qu'il perçoit. Dans cette logique nouvelle, le budget peut être revu à la hausse en cours d'année si les recettes (à savoir l'activité) augmentent. Le « bon gestionnaire » dans ce cadre est celui qui aura su développer l'activité à bon escient, ce qui suppose donc de pouvoir réagir rapidement.

B) Des enjeux attachés à la réactivité

Dans la logique de la T2A, on s'aperçoit bien que les hôpitaux devront a priori être plus réactifs pour se réorienter, et donc ne pas attendre des injonctions au niveau national ou régional pour réorganiser leurs activités. Le système de la T2A entraîne normalement une contrainte sur les coûts de production des établissements hospitaliers, ainsi amenés à repenser leur organisation interne. Ce système de financement va probablement avoir comme principal impact sur les missions des directeurs d'hôpital d'accroître leurs responsabilités⁴.

En effet, le changement de paradigme évoqué précédemment nous amène maintenant à réfléchir avant tout en termes de recettes. Cela supposera d'avoir la capacité d'opérer des arbitrages et de procéder à des choix auxquels il sera impératif d'associer les médecins car c'est la production médicale qui va alimenter (ou non) les finances de l'établissement. Le directeur d'hôpital aura ainsi beaucoup davantage de choix et d'arbitrages à opérer, mais il ne pourra pas les opérer seul. Il devra convaincre l'ensemble du personnel, médical et non médical, de la justesse des objectifs poursuivis

⁴ Peyret P., « Avantages et limites d'une tarification à l'activité », *Entreprise Santé* N°49, janvier 2004.

et mettre en place le management adéquat pour que tous les acteurs de l'hôpital agissent dans le même sens. L'objectif n'est pas uniquement la réalisation d'éventuelles économies mais également le souci d'offrir une meilleure performance globale et de meilleurs services.

La mise en place de la réforme dès l'année 2004 se fait à moyens constants, notamment techniques. En attendant 2006, date à laquelle la réforme doit atteindre son rythme de croisière, la période qui s'ouvre actuellement est une phase de transition qui voit se juxtaposer la coexistence de deux voire trois systèmes. Une partie du financement reste attachée à une logique budgétaire de type dotation globale (qui dans la réforme devient la DAC :dotation annuelle complémentaire), une part du financement est liée directement à l'activité à hauteur de 10% en 2004, vraisemblablement 20% l'année prochaine. Enfin, l'enveloppe MIGAC qui correspond aux missions d'intérêt général et à la contractualisation. En attendant, l'un des aspects positifs attendu tient dans le fait que les hôpitaux, indépendamment des incertitudes attachées à certaines modalités pratiques de la mise en œuvre de la réforme, sont tenus d'engager des réflexions sur l'adéquation de leur organisation actuelle à cette nouvelle donne budgétaire. Une dimension de cette réflexion suppose de réfléchir en interne aux modes de collecte des informations et à la mise en place d'une comptabilité analytique.

C) L'information médico économique, condition de la réactivité

Les informations dont nous pouvons disposer en routine dans un établissement de santé sont désormais médicales, quantitatives, économiques, et qualitatives. Ces informations peuvent être croisées, recoupées avec d'autres, voire comparées en interne et en externe au regard de normes et de références inter établissements. Ce travail ne peut s'exécuter correctement que dans l'hypothèse d'une parfaite coordination entre l'information médicale et l'information comptable. Même dans cette hypothèse, l'utilisation qui peut être faite des outils dont nous disposons actuellement démontre parfois son insuffisance si l'on cherche à les exploiter dans le cadre d'une prise de décision stratégique (réorganisation d'un service, réorientation d'activité). Toute cette information, matière brute pour comprendre et analyser notre activité, ne peut pas non plus être diffusée sans retraitement ni validation⁵. Sans organisation de leur diffusion, ces nombreux flux d'informations sont peu opérationnels, faute d'une exploitation efficace et

⁵ Gibert P., « Critères de gestion et mesure des coûts dans les hôpitaux », RHF N° 486

rapide. Or, avec la mise en œuvre de la tarification à l'activité, c'est bien notre capacité de réaction qui va conditionner la performance de l'établissement.

Cette capacité à réagir rapidement, qualité première que l'on attache au « bon gestionnaire », est conditionnée en premier lieu par la qualité de l'information dont il dispose. Support premier nécessaire à son action, l'information constitue donc un véritable enjeu puisqu'elle conditionne directement la réactivité des gestionnaires concernés. En particulier, les données mises en évidence doivent renvoyer à l'organisation et au fonctionnement de chaque centre de responsabilité, avec la mise en évidence de ses forces et ses faiblesses.

L'enjeu majeur pour les gestionnaires « principaux » que sont les directeurs consiste alors à rendre, à leur tour, les médecins et les cadres de santé gestionnaires de manière ciblée, car la priorité doit rester aux soins⁶. Ceci renvoie au système d'information et aux outils de gestion qui doivent être précis (indicateurs fiables, pertinents et publiés en temps réel ou proche) et à la qualité des analyses qui doivent permettre d'éviter les actions de type « catalogue » et les économies qui ne seraient qu'à la marge des principaux processus mis en œuvre dans la prise en charge des patients.

Au final, nous pouvons constater que pour les responsables hospitaliers, une bonne compréhension de ces nouveaux enjeux attachés à la mise en œuvre de la T2A est une condition nécessaire mais pas suffisante. Leur capacité à agir restera déterminée par trois conditions essentielles qu'il s'agit de réunir. Sans ces préalables, il serait aléatoire de viser une modification dans les comportements des acteurs. Or, il s'avère que leur mise en œuvre relève de la responsabilité de chaque direction d'établissement.

La première condition est relative à l'information, laquelle doit remplir quatre critères cumulatifs :

- un SIH organisé autour du patient,
- la publication régulière de tableaux de bord présentant des indicateurs pertinents,
- un accès proche du temps réel,
- un partage de cette information à des fins d'analyse pluridisciplinaire.

La seconde condition est celle des compétences disponibles à cet effet, l'essentiel étant de ne consacrer à la gestion que le temps strictement nécessaire, en apprenant à aller à

⁶ Gustin P., « Contractualiser pour responsabiliser », Gestions Hospitalières Novembre 2002

l'essentiel. Lorsqu'une structure a atteint son point d'équilibre (ses résultats financiers sont équilibrés, ses indicateurs sont satisfaisants), la gestion doit passer au second plan. Cette gestion requiert des compétences plurielles puisqu'elles sont non seulement médicales, mais également financières et de terrain, et l'approche se doit donc d'être pluridisciplinaire. Troisième et dernier pilier de ce triptyque, celui du pouvoir, entendu comme la capacité de « faire » qui est attachée aux acteurs. Il s'agit de reconnaître un droit d'initiative aux responsables de structure (service, département, pôle), dans le cadre précis et formalisé d'une délégation d'action reconnue. Ceci suppose l'existence de relations de confiance entre la direction et les responsables bénéficiant des délégations.

En somme, les outils informatiques hospitaliers, après avoir livré des données, doivent être capables de fournir des informations ; c'est-à-dire des éléments comptables, d'activité et financiers qui pourront influencer les pratiques des professionnels de santé⁷. Fondamentalement, l'information est la clé de voûte de toute action collective. Les « mots clés » de cette informatique nouvelle sont les suivants : un dossier patient informatisé et commun à l'ensemble des services. Le SIH est organisé autour du patient. Sa raison d'être n'est plus administrative ; ce dossier est un véritable socle de communication. Il permet la liaison entre les autres applications (administratives, médico-techniques, logistiques...) ; la saisie est décentralisée afin de se rapprocher du temps réel et de limiter les erreurs de transcription ; un info centre et des outils d'aide à la décision et à l'analyse complètent ce dispositif.

Avant de présenter un état des lieux de la situation du CH du Mans sur les aspects techniques attachés à son système d'information ainsi que l'utilisation qui est faite des outils de comptabilité analytique, il s'agit de retracer les grandes lignes du calendrier et du contexte de la mise en place du contrôle de gestion.

1.1.2 La situation du CH du Mans avant l'entrée en vigueur de la réforme du mode de financement à compter du 1^{er} janvier 2004.

Au CHM, le positionnement du directeur adjoint chargé des finances à la veille de la mise en place de la réforme est conditionné par deux critères principaux. D'une part, le souci de disposer des outils qui lui permettront de répondre aux besoins nouveaux

⁷ Gushing JP., « Le PMSI dans le management des EPS », RHF N°481

qu'entraîne la réforme. D'autre part, cette mise en place au CH du Mans s'est accompagnée du recrutement d'un professionnel du contrôle de gestion. Il lui importe avant toute chose de savoir comment l'établissement se situe dans cette réforme, et avant tout de cerner à quelles conditions sa «survie » est possible dans ce nouvel environnement. La tarification à l'activité concerne le champ de la DGF, soit 82 % des ressources du CH du Mans en 2003 (169,4 M d'euros sur un total de 205,2 M d'euros).

Le directeur adjoint chargé des finances a commencé par communiquer une « feuille de route » précisant le séquençage de la démarche liée au recrutement du contrôleur de gestion. Celle-ci a été diffusée en novembre 2003 et elle précise quel devait être le séquençage de la démarche et permet de présenter la façon dont a été envisagée la mise en place du contrôle de gestion, les axes prioritaires de cette démarche ainsi que les objectifs intermédiaires qui ont pu être fixés. En outre, cette présentation permet de situer le contexte de mon intervention et donc de ma contribution.

A) La situation aujourd'hui dans les E.P.S. en terme de contrôle de gestion

La « feuille de route » présente la situation du CH du Mans en terme de contrôle de gestion en la mettant en perspective avec les différentes situations que l'on peut trouver dans les établissements publics de santé :

- Ceux qui ne font rien ou presque.
- Ceux qui fournissent des informations au corps médical en vue de le sensibiliser ou de le responsabiliser (*le CHM fait partie de cette catégorie, mais ses informations sont partielles et ont peu d'impact*). Ces informations concernent, selon les établissements, les activités (*indicateurs classiques, voire points ISA pour les plus performants*) et les moyens (*dépenses directes*).
- Ceux qui parviennent à confronter ces éléments à des données prévisionnelles, donc à détecter des écarts.
- Ceux, enfin, qui parviennent à analyser ces écarts avec les responsables et à rechercher et mettre en œuvre des actions correctives (*ce qui constitue ni plus ni moins la définition d'un véritable contrôle de gestion*), mais, ils sont très peu nombreux.

B) La nécessaire mutation des E.P.S. dans ce domaine avec la T2A

- **L'enjeu essentiel de la T2A pour les établissements** : limiter leurs dépenses aux recettes générées par l'application des tarifs des GHS. Ces dernières dépendant directement des activités produites (*séjours – consultations et soins externes – passages aux urgences*), il est non seulement impératif, mais vital, d'assurer un contrôle permanent de l'évolution des activités et des dépenses et de rectifier le tir dès lors que des dérives sont constatées. Un contrôle limité à l'évolution globale des activités et des moyens était inopérant (*il relève plutôt du constat*), il est nécessaire de l'exercer au niveau des centres de responsabilité.

- Dès lors, le contrôle de gestion doit, dès sa mise en place, être exhaustif et couvrir tous les C.R. (centre de responsabilité). Un contrôle exhaustif dans le cadre de la T2A devrait consister pour chaque activité :
 - A établir des prévisions mensuelles d'activités (*séjours – consultations externes – passages aux urgences – prélèvements d'organes*) avant le début de la période, donc, à calculer un chiffre d'affaires prévisionnel.
 - A établir, en regard, des prévisions mensuelles de dépenses par grands groupes. Ces prévisions devraient faire l'objet d'un contrat entre la direction et chaque C.R.
 - A recueillir chaque mois, les résultats obtenus et à établir une comparaison entre prévisions et réalisations.
 - A analyser les écarts relevés et chercher des explications et parades possibles avec les chefs de C.R.
 - Ultérieurement, à établir le coût de production réel de chaque activité (GHS notamment).

Il s'agit là d'un très gros chantier pour le Centre Hospitalier du MANS compte tenu du nombre important de C.R. (*un regroupement ultérieur s'impose*) et qui nécessitera une collaboration sans faille entre l'équipe de contrôle de gestion, les services financiers, et,

surtout, le D.I.M. car le «chiffre d'affaires » dépendra de la qualité et de la rapidité du codage effectué par le corps médical.

La réussite sera également fonction de la qualité de l'outil dont disposera le contrôle de gestion pour interfacer les données qui existent aujourd'hui dans les différents logiciels de gestion existants (*ou à mettre en place*).

Il ressort de cette présentation dispensée par le directeur adjoint chargé des finances le basculement d'un système de financement qu'il juge « sécurisant mais figé », à un autre mode de financement qui constitue une « complète inconnue ». Sa première préoccupation étant de voir comment il est possible de se préparer pour anticiper les changements dans un contexte incertain, il revient au contrôleur de gestion de présenter les réponses possibles, tant en préparation qu'en accompagnement.

C) Différentes possibilités pour traiter les UM déficitaires

Un bon directeur n'est pas seulement un directeur économe. L'objectif n'est pas de faire des économies à tout prix, mais de rendre le service attendu par la population à un coût qui offre le meilleur rapport qualité / prix. Quand vous coûtez trop cher, il y a deux façons de faire diminuer le coût : soit vous diminuez les charges ; soit vous faites une sortie par le haut et essayez avec les mêmes ressources de produire sinon davantage à tout le moins mieux, ou de réorienter vos activités⁸. C'est cette seconde option que souhaitent les promoteurs de la réforme du financement à l'activité, tablant sur l'hypothèse qu'il y a au sein des établissements hospitaliers des ressources qui peuvent être mobilisées pour répondre à des besoins qui ne sont actuellement pas satisfaits. Ainsi les établissements qui seraient efficaces verraient leur production augmenter et, partant, leurs ressources augmenter. Il ne rentre pas dans le champ de ce mémoire d'envisager les aspects de régulation macro économique en terme de sanctions éventuelles pour un établissement qui n'arriverait pas à diminuer ses coûts et continuerait à perdre de l'argent. De même pour la question de l'éventuelle fermeture d'une activité «non rentable », laquelle se posera uniquement à condition que cette activité soit prise en charge par ailleurs, car c'est la règle de la santé publique.

⁸ Peyret P., 2004, op. cité

Une piste possible consiste à établir un premier diagnostic à partir de la performance des organisations médicales de l'établissement, afin de cibler les secteurs prioritaires sur lesquels intervenir lorsque plusieurs UM sont déficitaires. Un premier « tri » peut être effectué à partir des données issues du PMSI et des nombreux indicateurs qu'elles permettent de construire. Dans une démarche d'analyse des organisations médicales, nous pouvons utiliser l'écart entre la DMS constatée et la DMS standardisée. Cette dernière correspond au rapport entre le nombre de journées théoriques de l'établissement et le nombre de séjours réalisés. Le nombre de journées théoriques correspond au nombre de journées qu'aurait produit l'établissement si les DMS par GHM avaient été égales aux DMS nationales par GHM. L'écart entre la DMS constatée dans la structure considérée (service, pôle...) et la DMS standardisée sur la pathologie est un bon indicateur de performance de l'organisation médicale.

Dans l'hypothèse d'une DMS sensiblement supérieure, un certain nombre de questions se posent. Est-ce dû à des erreurs de codage systématiques ? Sinon, pourquoi cet écart ? Pour une cause externe à l'établissement ou pour une cause interne ? Un exemple classique de cause externe se repère lors des discussions avec les responsables d'un service qui confirment que la DMS d'une activité particulière est allongée par incapacité de dégagement vers des lits de soins de suite, et que, dans les faits, le service effectue une activité de soins de suite, faute de structures de SSR disponibles. Rappelons que la durée de séjour est la principale variable explicative du coût des séjours en MCO hors séjours de moins de vingt-quatre heures.

Un exemple de cause interne se repère facilement lorsque deux services de la même spécialité ont des écarts à la DMS standardisée très différents entre eux⁹. Le traitement des causes liées aux défauts d'organisation relève de la concertation entre la direction et les responsables des services, médicaux et soignants. Afin de dégager les UM qui devront faire l'objet d'un traitement en priorité, deux approches peuvent être combinées. La première consiste à engager des actions en premier lieu en direction de l'UM dont le solde « recettes/ dépenses » de son compte de résultat issu des simulations 100% T2A est le plus déficitaire, puis de classer les autres par ordre décroissant. Ce classement peut servir à fixer l'ordre chronologique des actions à entreprendre.

Une seconde approche consiste à visualiser sur un graphique l'impact relatif de l'organisation médicale des UM déficitaires de l'établissement. En abscisse se trouve la part d'activité (en volume de séjour) du service rapporté à l'établissement, et en ordonnée

⁹ Echard Y., Lagarde P., « Evaluation de la pertinence des journées d'hospitalisation pour AVC », *Gestions hospitalières*, N° 406.

l'écart à la DMS de référence (en jours). Quitte à mettre de l'énergie sur la réorganisation d'un service, autant s'atteler au problème dont la solution aura le plus d'impact, à savoir les UM se trouvant dans le cadran « Nord-Est » du graphique. Cette visualisation permet en outre de demander et d'obtenir une réorganisation de l'UM concernée avant l'éventuelle extension de son activité pour éviter d'aggraver les conséquences de ce défaut d'organisation. Dans l'hypothèse (d'actualité dans un contexte de constitution de pôles d'activité) où il s'agit de rapprocher deux services de même nature, il s'agira de s'appuyer sur l'exemple de celui qui est bien organisé¹⁰.

D) Les premières orientations prises par le contrôle de gestion au CH du Mans

Il convient par ailleurs de préciser ici que les contours initialement prévus de ma contribution dans cette mise en place du contrôle de gestion ont nécessairement évolué étant donné le décalage inévitable entre ce calendrier théorique et les impératifs survenus pendant le temps du stage. C'est ainsi que le dossier relatif à la recherche de l'outil informatique s'est trouvé décalé devant la nécessité d'avancer en priorité sur l'élaboration des tableaux de bord de service orientés T2A. Cet agenda renouvelé correspond à l'inscription du CH du Mans parmi les 104 établissements retenus au titre d'expérimentateur de la nouvelle gouvernance.

Ainsi resituée dans la planning de la direction des services financiers et de l'établissement, la contribution qui est l'objet de ce mémoire renvoie à l'item « recherche d'explications et de parades possibles » suite à l'analyse des écarts relevés au niveau des centres de responsabilité entre le niveau de ses recettes et celui de ses dépenses. Afin de présenter le contexte général de l'établissement dans lequel s'inscrit ce travail, nous allons présenter un état des lieux des informations de nature médico-économiques disponibles en routine ainsi que l'exploitation qui en a été jusqu'ici faite au CH du Mans.

1.1.3 Etat des lieux des informations de nature médico-économique disponibles en routine et de l'exploitation qui en est faite au CH du Mans

Nous avons vu que la capacité à disposer en temps réel d'une information médico-économique fiable revêt un enjeu stratégique majeur dans le cadre d'un système de

¹⁰ Lesteven P. et Tardif L., « PMSI et projet médical », RHF N° 481.

financement rattaché à l'activité, en ce sens qu'elle conditionne la capacité d'adaptation et donc la réactivité de l'établissement. L'état des lieux des principaux axes techniques qui conditionnent la réactivité du CH du Mans peut être abordé ici sous deux angles. Le SIH et les orientations qui lui sont données d'une part, l'utilisation qui est faite de la comptabilité analytique d'autre part. Ce diagnostic est mis en perspective à travers deux audits récemment conduits dans l'établissement.

A) Le diagnostic posé par la mission d'appui de la DHOS et les réalisations.

La mission avait pour but d'effectuer un état des lieux de l'hôpital, tant financier qu'en terme d'organisation, afin de déterminer les raisons d'une situation budgétaire tendue en 2001. Les membres de la mission d'appui ont pu visiter l'ensemble des services du CHM les 29,30 et 31 janvier 2002. A partir de cette analyse, la mission devait ensuite valider les propositions de la nouvelle équipe de direction en matière de redressement. De cet état des lieux général, nous pouvons retenir certains éléments utiles dans le cadre d'une description de la situation précédant la mise en œuvre du contrôle de gestion et apportant une mise en perspective utile pour le champ d'étude de ce mémoire.

L'analyse des problèmes a notamment fait ressortir un cloisonnement excessif dans la transmission des informations entre services de soins et services administratifs nuisant à la qualité de l'activité. Une véritable interrogation est soulevée sur la qualité des informations recueillies et leur exploitation. Le constat de la faible exploitation des tableaux de bord a également été fait. Enfin, le peu de recherche d'économies au niveau de la pharmacie a également été pointé par la mission DHOS. Pour ce qui est du champ de notre étude, deux thèmes peuvent être présentés plus largement, en ce qu'ils permettent de cerner le type d'informations disponibles en routine au CH du Mans. Il s'agit d'une part de la présentation du SIH, et d'autre part de l'exploitation qui était faite des tableaux de bord avant la mise en œuvre progressive de la réforme du financement à l'activité.

⇒ Un SIH considéré comme peu évolutif.

Parmi les préconisations de la mission d'appui de la DHOS pour le volet financier, celle-ci juge indispensable la mise sur pied d'une véritable comptabilité analytique pour assurer la pérennité des mesures qui pourront être prises pour le redressement financier de l'établissement. De même le système d'information dans son ensemble est considéré

comme étant à revoir, la mission recommandant une mise à plat générale par un audit externe et l'élaboration sur cette base d'un Schéma Directeur réalisé en étroite collaboration avec le corps médical.

⇒ Une faible exploitation des tableaux de bord

Les tableaux de bord élaborés dans le cadre du comité de liaison économique et financier (CLEF) sont à faire partager, leur impact ne pouvant être réel qu'à compter du moment où ils correspondront aux attentes de leurs utilisateurs (chef de service et cadres de santé dans un premier temps). En effet, la mission d'appui de la DHOS constate qu'il y a au CH du Mans un « décalage entre la perception de l'absence de tableaux de bord et la réalité ». Il existe un certain nombre de documents dont la qualité intrinsèque ne semble pas poser de problème. En revanche, l'exploitation qui est faite de l'information disponible, la forme des documents diffusés et, plus encore, « l'impact réel des informations sur le pilotage est à analyser ». Par ailleurs, le diagnostic établi pointe le caractère « fragmentaire » du travail d'échange d'informations, de confrontation de chiffres, entre la cellule d'analyse et de gestion (qui servira de base au contrôle de gestion mis en place à compter de décembre 2003, nldr) et les autres directions, les services de soins ou le DIM. Au final, la mission d'appui de la DHOS pointe l'absence d'exploitation et de partage d'une information dont le recueil est par ailleurs assuré.

⇒ Les avancées réalisées au premier semestre 2004.

Suite aux préconisations de la mission d'appui de la DHOS, les principales réalisations qui intéressent notre sujet ont été les suivantes. Tout d'abord, la direction des services financiers s'est attachée les services d'un contrôleur de gestion pour développer la comptabilité analytique dans le cadre de la mise en place de la T2A, recrutement qui s'est accompagné du rattachement de la DSIO à la direction des finances, ainsi que l'individualisation d'une unité de contrôle de gestion proprement dite. Ensuite, à travers le renforcement des moyens du DIM, permettant notamment de conseiller les médecins sur le codage et de fournir aux chefs de service une information mensuelle de la valeur du point ISA de leurs unités médicales. Cette action s'est prolongée avec l'élaboration dans le cadre de la CLEF de tableaux « activités-moyens » pour chaque service, pour une diffusion et un accompagnement personnalisé auprès de cinq services pilotes. Enfin, le premier semestre 2004 a vu l'évolution de ce dernier axe de travail en adaptant le contenu et la publication des tableaux de bord à la T2A autour d'un des cinq services pilotes que réunit la CLEF.

Il s'agit de noter ici que l'élaboration des tableaux de bord dans le cadre du groupe d'utilisateurs réuni au sein de la CLEF s'apparente au premier exemple d'un travail commun entre la direction et le corps médical pour élaborer des indicateurs d'activité médico-économiques. Auparavant, d'une part la direction élaborait la SAE annuelle, d'autre part le DIM fournissait son rapport d'activité, sans qu'il y ait de lien entre ces deux contributions, pas davantage qu'une exploitation croisée de ces données. Selon les dires des acteurs concernés, les principaux acquis dans le cadre de la CLEF sont de deux ordres : la simplification de la compréhension entre les acteurs médicaux et administratifs à travers l'accord sur des définitions homogènes (par exemple un seul et même mode de calcul de la DMS), et l'inscription de la démarche d'ensemble dans le sens des évolutions ayant cours au niveau national, à travers la convergence amorcée vers une harmonisation des indicateurs utilisés pour la SAE et le PMSI.

Le bilan dressé par les acteurs à propos du travail réalisé à ce jour dans le cadre de la CLEF, notamment le médecin DIM, est le suivant : ce qui peut être qualifié de « révolution culturelle » au niveau de l'établissement n'est en même temps pas novateur en soi dans le paysage des établissements publics de santé. Au final, ce travail est avant tout présenté comme un outil pédagogique à destination des services, en participant à leur prise de conscience quant au fait que leur propre fonctionnement impactait l'ensemble du CH du Mans. Le principal apport réside dans ces premières bases jetées pour la construction d'un « dialogue de gestion » entre les différents acteurs de l'établissement.

Suite aux préconisations rendues par la mission d'appui DHOS, nous terminerons par l'évocation des orientations prises par la direction dès 2002 dans la perspective de la mise en place de ce qui à l'époque s'apparentait à une « tarification à la pathologie ». Annoncée dans un avenir alors proche mais sans indication précise de ses modalités d'application, la décision suivante a été prise : ne disposant pas d'indications précises en termes de calendrier comme de contenu, les décisions relatives au choix des outils décisionnels et à la révision du SIH sont mises en attente de prochains éclaircissements. Etant donné le retard pris par le CH du Mans dans l'analyse de ses coûts et leur exploitation par un rattachement à l'activité médicale, la décision fut prise d'attendre des éclaircissements sur ces éléments nouveaux à venir plutôt que de recopier ce qui avait déjà été fait ailleurs.

B) Le Schéma Directeur du SIH pour la période 2004-2008.

L'information au sein des établissements de santé passe aujourd'hui par les technologies de l'information et de la communication, ce qui sous-entend un recours majeur à l'informatique. Ainsi, établir et mettre en œuvre un schéma directeur informatique permet, à plus ou moins long terme, de suivre l'évolution du système d'information hospitalier (SIH) défini selon la circulaire n° 275 du 6 janvier 1989 comme « l'ensemble des informations, de leurs règles de circulation et de traitement nécessaires à son fonctionnement quotidien, à ses modes de gestion et d'évaluation, ainsi qu'à son processus de décision stratégique », d'étudier le calendrier du plan prévisionnel d'actions et d'évaluer les moyens et les budgets nécessaires à leur réalisation. Élément transversal faisant partie intégrante du projet d'établissement, le schéma directeur est le fil conducteur qui mène à l'adéquation des ressources informatiques de l'hôpital aux objectifs du projet d'établissement. C'est avant tout un plan d'actions pluriannuel, qui ne se justifie que par un SIH en constante évolution. Il répond à trois objectifs que sont la préparation de l'évolution du SIH, la définition des orientations stratégiques de l'établissement en tenant compte des besoins des services, et la constitution d'un SIH autour du patient.

Au CH du Mans, l'élaboration du schéma directeur 2004-2008 du SIH a respecté les préconisations de la mission d'appui du DHOS. L'audit confié à la société ORESYS a été lancé en septembre 2002 et s'est poursuivi jusqu'en avril 2003. Cette première étape a permis de réaliser une analyse critique de la situation et d'identifier les besoins à couvrir, mais aussi de définir les grandes orientations du futur schéma. La seconde étape a consisté dans l'examen des diverses solutions et scénarii susceptibles de satisfaire les besoins retenus, de sélectionner certains d'entre eux, de les décliner en projets, de dimensionner les ressources nécessaires et de définir leurs calendriers de réalisation.

Le diagnostic réalisé montre que le CHM est en attente d'un nouveau projet qui lui permettra d'étoffer l'informatisation des fonctions médicales et soignantes. Le schéma directeur retenu constitue la réponse à cette attente, notamment en permettant d'outiller l'ensemble des fonctions liées au dossier patient. Parmi les éléments de ce diagnostic, il apparaît que le noyau REFERENCE constitue aujourd'hui un référentiel commun aux différentes applications (gestion des identités, des venues des patients, gestion des codes d'accès, de la structure) et peut être considéré comme structurant. Il ne limite pas de surcroît le développement futur du SIH. Sur le plan de l'exploitation des données (univers BO), des réalisations existent qui demandent à être consolidées et mises en cohérence. Par ailleurs, des efforts importants sont à faire dans certaines fonctions administratives

(principalement système décisionnel et comptabilité analytique), et transversales (exploitation des données en vue d'une traçabilité).

Les orientations retenues dans le cadre du schéma directeur du SIH et qui concernent plus particulièrement notre sujet sont celles relatives à « la mise en place d'un dispositif et d'un outil d'exploitation transversal des données » pérennisant les info centres actuels et les mettant en cohérence. Il s'agit de permettre notamment la restitution normalisée des tableaux de bord ainsi que la mise en place d'une véritable comptabilité analytique. Le cahier des charges concernant l'outil informatique qu'est le système décisionnel a été arrêté au troisième trimestre 2004, dans la perspective d'une mise en place pour le premier semestre 2005.

C) La mise en œuvre de la comptabilité analytique au CH du Mans.

La comptabilité analytique hospitalière (CAH) s'est progressivement installée à l'hôpital. S'appuyant d'abord sur le prix de journée, puis sur la dotation globale ainsi que les groupes homogènes de malades (GHM), elle évolue encore avec le passage aux groupes homogènes de séjour (GHS). Ainsi, elle revient au goût du jour avec la mise en place de la tarification à l'activité.

Au CHM, le service de la comptabilité générale de l'ordonnateur utilise le logiciel GEF «gestion économique et financière» de la société Mc Kesson HBOC France. Compte-tenu de l'organisation administrative établie au CH du Mans, ce service est responsable de tous les registres financiers à tenir et à transmettre au comptable public de l'établissement. Il gère l'ensemble des nomenclatures des comptes de dépenses et de recettes. Selon l'adjoint des cadres en charge du service de la comptabilité, le logiciel GEF est loin d'être satisfaisant. Depuis la mise en service du logiciel GAM «gestion administrative des malades», l'établissement exerce une édition concomitante de ses titres de recettes, mais il manque un état qui totalise l'ensemble des recettes GAM + GEF.

Le service comptabilité du CH du Mans exprime une attente forte quant à l'évolution du dossier «comptabilité analytique». En effet, l'ordonnateur doit tenir au moins trois comptabilités analytiques que sont le compte administratif retraité, le tableau de synthèse par activité suivant le guide méthodologique, ainsi que le calcul des tarifs des prestations. Actuellement, le logiciel GEF est inadapté pour réaliser automatiquement ces opérations comptables, ce qui rend difficile la sortie des coûts par activité. Le CHM ne dispose pas des outils techniques permettant de faire correspondre les données dont il

dispose par la comptabilité générale avec celles de la comptabilité analytique. Le logiciel de comptabilité générale GEF ne permet pas de faire des agrégats comme le ferait un logiciel de comptabilité analytique, ces derniers étant réalisés suite à des re-saisies manuelles sur des feuilles de calcul Excel.

L'utilisation qu'il est possible de faire de la CAH dans l'établissement n'apporte donc pas le « supplément d'action et de réaction » que l'on pourrait attendre, et cette lacune est d'autant plus préjudiciable, nous l'avons vu, dans le contexte renouvelé par la réforme du mode de financement. Le CH du Mans ne dispose en effet pas des outils de comptabilité analytique qui permettraient de répondre à la question « comment les coûts hospitaliers et les résultats sont-ils obtenus ? ». De ce fait elle reste en surface ou partielle, et d'un intérêt relatif pour conduire une analyse du type causes-effets.

Un éclairage utile pour mettre en perspective l'utilisation de la CAH au CH du Mans consiste à suivre le plan de la grille d'analyse retenue par la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (Meah) pour élaborer son rapport de synthèse de la première phase (octobre 2003 – mars 2004) portant sur « La mise en œuvre de la comptabilité analytique dans les hôpitaux ».

Ce tableau (voir *Annexe 1*) a pour seule vocation celle de situer le CH du Mans par rapport aux autres centres hospitaliers publics partie prenante à cette enquête (Avignon, Hôpitaux du Léman, Orsay, Sainte-Anne à Paris et CH des Quinze-Vingts). Il est utile à ce stade de rappeler quelques uns des constats généraux tirés par la Meah à l'issue de cette première phase. Tout d'abord, la faible utilisation réelle des outils de comptabilité analytique, que l'on ne voit guère « en train de servir » et sur lesquels les acteurs n'ont le plus souvent que des *a priori* sommaires. Ensuite, les outils de comptabilité suivant les principes du guide méthodologique de comptabilité hospitalière sont présents mais ne font pas l'objet d'une utilisation formalisée. Enfin, ces outils ne sortent guère de la direction financière, sauf pour être communiqués au directeur, lequel s'en sert lui-même rarement.

En revenant plus en détail sur les réponses portées dans le tableau ci-dessus, les précisions suivantes sont à prendre à considération pour mieux cerner l'utilisation réelle qui est faite de la comptabilité analytique au CH du Mans.

La « première année de mise en œuvre de la comptabilité analytique » renseignée est 1994. Elle correspond au premier retraitement comptable effectué. La réponse par l'affirmative à la question portant sur le « développement d'une comptabilité analytique conforme au guide » couvre uniquement le champ du tome 1 du guide méthodologique de CAH publié au Bulletin officiel le 1^{er} août 1997 par la DHOS.

Pour ce qui concerne l'élaboration du TTCM, la réponse apportée est négative, considérant que les premiers TTCM de service réalisés par le contrôleur de gestion à compter du mois d'août 2004 le sont manuellement, suite à des requêtes spécifiques émanant de deux services que les premières simulations budgétaires en T2A à 100% ont conduit à réagir, suite à un solde recettes / dépenses déficitaire. Cette pratique, encore ponctuelle, en est à ses débuts et n'est pas automatisée.

L'item «détermination des coûts par activité », compris comme l'application du tome 2 du guide méthodologique de CAH, n'est pas réalisé au CH du Mans. Cependant, il n'en a pas toujours été ainsi, puisque jusqu'à la clôture de l'exercice 1997, le CH du Mans possédait un outil de comptabilité analytique et un système d'informations comptables de la filière STAF, issu des logiciels TAGE et CANAL,. Ce système reposait sur un ensemble de procédures harmonisées procédant au découpage analytique d'imputations comptables et d'agrégations des comptes et des activités. L'établissement ne pouvait concevoir qu'une seule comptabilité à la fois, mais celle-ci présentait l'avantage d'être fiable et robuste. Elle permettait la production du tableau de synthèse par activité majeure qui reprenait l'ensemble des activités de l'établissement entendues au sens du tome 1 du guide, à savoir par fonction (laboratoire, chirurgie, consultations...). Son édition a dû être abandonnée avec la mise en service d'un nouveau logiciel, «GEF » qui ne permettait plus d'effectuer les requêtes nécessaires.

Enfin, concernant l'utilisation qui est faite de la comptabilité analytique, il convient de distinguer entre un usage en routine et à visée stratégique et un usage simplement ponctuel. En ce sens, ni la direction ni les services n'y ont recours à des fins stratégiques en interne, ce qui n'empêche pas son utilisation au coup par coup pour l'élaboration du retraitement comptable annuel, ou au niveau des services dans le cadre d'études de faisabilité du type « coût-avantage » concernant l'opportunité d'externaliser certaines activités. Il en est ainsi de la détermination du coût du B des laboratoires, rapproché des indications de la NGAP, dans l'hypothèse d'une facturation d'une partie de notre activité à destination d'établissements tiers.

- D) Synthèse de l'état des lieux du CH du Mans à travers la grille de lecture retenue par la Meah.

En ce qui concerne l'existence d'une comptabilité analytique au CH du Mans, celle-ci est présente au sens où l'on affecte des dépenses à une structure, mais il n'y a pas d'exploitation faite dans une optique de rapprochement des ressources par rapport à l'activité correspondante. La détermination des coûts par activité ou par séjour telle que préconisée par le guide méthodologique n'est pas effectuée. Les services n'utilisent pas la comptabilité analytique de manière généralisée ou harmonisée (exception faite de la pharmacie ou du service restauration). De même pour la direction, qui en dehors de l'élaboration du retraitement comptable annuel n'en fait pas d'utilisation en terme d'aide à la décision.

En effet, le CH du Mans ne possède plus d'outil spécifique fiable de comptabilité analytique depuis 1998 et la mise en service du logiciel GEF. Depuis la clôture de l'exercice 2000, le retraitement comptable est effectué sur Excel au moyen de copies d'écran issues de la comptabilité budgétaire. Plusieurs défauts pointés se révèlent bloquants et empêchent la poursuite des travaux, notamment le premier travail de constitution de la base analytique, essentielle à la production de toute comptabilité analytique. Ces constats sont partagés dans le cadre du groupe de travail « Comptabilité analytique » regroupant des établissements utilisateurs du progiciel GEF (CH Lens, CH Niort, CH Ste Anne Paris et CH du Mans). De manière générale, le groupe d'utilisateurs regrette l'absence de contrôles et de transparence de cet outil, ainsi que son manque de souplesse.

- Quant à l'absence de contrôles et de transparence :

- _ La base ECC utilisée pour la comptabilité analytique n'est pas rapprochée de la base budgétaire ;
- _ Les liens entre comptes ordonnateurs et comptes analytiques ne sont pas contrôlés ;
- _ L'ordre de répartition ou de ventilation des entités n'est pas maîtrisé ;
- _ L'absence d'états et de filtres de sélection dans le module rend difficile un grand nombre de contrôles.

- Quant au manque de souplesse :

- _ Si la notion de CAC prestataire est bien comprise, son usage est à revoir. Le choix de tel ou tel CAC prestataire rend impossible la construction de plusieurs vues avec une seule base analytique ;

_ Les dialogues de structure et de gestion des comptes devraient pouvoir être appelés via le dialogue de la comptabilité analytique.

Cet état des lieux permet de comprendre en quoi le « choix d'un nouvel outil » est perçu comme prioritaire dans le calendrier de la direction des services financiers. La mise en œuvre de la T2A rend en effet incontournable l'utilisation d'une véritable comptabilité analytique, même sommaire. Jusqu'ici, la situation du CH du Mans sur ce dossier est comparable à celle de la grande majorité des autres établissements comme l'indique le premier relevé de conclusions de la Meah.

Cette situation reste somme toute classique si elle est comparée à l'ensemble des établissements publics de santé. Elle s'explique notamment par le fait que les hôpitaux qui n'avaient pas fait jusqu'ici de la comptabilité analytique un axe fort ne s'en trouvaient pas pénalisés par rapport à ceux qui ont tenté d'en tirer un supplément d'efficacité. Les résultats le montrent : il n'y a pas de ligne de partage claire entre ceux qui « jouent avec » et ceux qui ignorent. A l'évidence, un décideur hospitalier pouvait faire sans, ce qui explique qu'elle ait eu une faible influence sur la perception de l'environnement ou sur les orientations stratégiques des établissements. Cependant, la mise en œuvre de la T2A rend inévitable de pouvoir analyser les coûts dans le détail, au moins pour assurer la viabilité financière de la structure. A terme, ce mouvement constitue une opportunité qui va conduire nécessairement à faire de la comptabilité analytique le cœur d'un système de gestion intégré. En effet, les véritables ordonnateurs des dépenses, et des recettes sont les cadres soignants, et surtout les médecins hospitaliers. Si les directeurs et leurs collaborateurs visent les titres de recettes et les engagements de dépenses, les coûts se constituent en amont. Ils sont dans la prescription médicale au sens large ; dans l'organisation du service dans les relations avec les autres unités (hospitalisation, services médico-techniques et logistiques). Sur ce point, l'apport de la comptabilité analytique renouvelée sera d'amener les médecins et les cadres soignants à jouer plus consciemment leur rôle « d'ordonnateurs de fait ».

Le calendrier de mon stage n'aura pas permis de voir se concrétiser le choix de ce nouvel outil devant répondre à ces exigences d'une comptabilité analytique « renouvelée ». Les raisons sont plurielles, qui tiennent notamment au contexte du marché des éditeurs de logiciels, lequel était propice en 2004 à un certain *statu quo*. Par ailleurs, les priorités de l'agenda de l'établissement ont dû être reconsidérées avec l'engagement dans la démarche d'expérimentation de la nouvelle gouvernance. La construction des tableaux de bord de service orientés T2A est devenu l'objectif premier à court terme, à moyens humains et techniques constants. Il s'agissait donc bien d'anticiper sur les besoins

d'analyse des UM (unités médicales) déficitaires « toute infrastructure technique égale par ailleurs ».

L'objet de ce mémoire s'attache à retenir puis décliner une hypothèse qui puisse répondre à la situation des services dont le solde recettes / dépenses est déficitaire dans une perspective de financement intégral à l'activité. L'hypothèse retenue doit permettre d'en approcher les causes explicatives et de proposer des pistes de solutions (partie 1.2).

Cela passera ensuite par le repérage d'une méthodologie qui contribuera à fournir des éléments d'explication, puis par son illustration à travers une déclinaison pratique dans le contexte du CH du Mans (partie 2).

1.2 DEFINITION DES HYPOTHESES

L'approche méthodologique de ce que rémunère la T2A va s'attacher à mettre en évidence le lien qui existe entre ce système de financement et le suivi des processus qui interviennent dans une prise en charge à l'hôpital. Concernant ces derniers, il s'agira plus précisément de porter son attention au niveau de l'articulation entre les différents acteurs qui interviennent au sein du séjour et qui participent à la prise en charge d'un patient. Ces « interfaces » qui sont à l'œuvre peuvent donc être l'objet d'une approche particulière puisqu'elles sont présentées comme porteuses de gains d'efficience pour peu que l'on s'attache à parfaire leur coordination. C'est en ce sens qu'une approche de type gestion par les processus semble porteuse de gains d'efficience et d'optimisation du séjour des patients.

Cet outil de gestion sera alors envisagé sous l'angle de sa complémentarité avec la mise en place du contrôle de gestion au CH du Mans. Cette complémentarité sera évaluée en tant que porteuse d'enseignements pour l'analyse des unités médicales déficitaires, que ce soit en terme de diagnostic ou de recherche de solutions.

Après cette approche méthodologique qui vise à démontrer la pertinence de cette hypothèse, nous nous arrêterons sur l'étude empirique de certains retours d'expérience. Ils concernent des établissements qui se sont volontairement engagés depuis plusieurs années dans une démarche de délégation de gestion dans le cadre d'une contractualisation interne. Nous nous attacherons à cibler leurs apports autour de la notion de gestion par les processus, d'interfaces et de coordination des différents acteurs partie prenante dans la prise en charge des patients.

1.2.1 Approche méthodologique de ce que rémunère la T2A

Les débats et les préoccupations immédiatement nés de la mise en œuvre progressive d'un financement à l'activité ont porté sur la capacité des établissements publics de santé à assurer la production des données d'activité par le biais des « systèmes d'information ». Il s'agit d'un enjeu technique qui consiste dès 2004 à produire un plus grand nombre d'informations, avec de nouveaux outils techniques, dans des délais contraints et avec un niveau d'exhaustivité et de qualité maximal.

Mais l'enjeu introduit par la réforme du financement des établissements de santé ne se résume pas à cet aspect technique du système d'information. En effet, quelle cible doit viser l'analyse des résultats de l'activité ? Tenter de répondre à cette question, c'est s'attacher à repérer ce que rémunère la tarification à l'activité.

En reprenant la démonstration proposée par P. Expert et P. Merle¹¹, malgré les apparences la T2A ne rémunère pas des pathologies, mais des structures et des processus. Nous présentons ici une synthèse de leur propos.

A) Ce que la T2A ne rémunère pas

Une approche sémantique tout d'abord. Symboliquement, les termes « maladie » et « pathologie » ont été retirés de la réforme et des outils qui l'accompagnent. Ainsi la mission T2A qui pilote cette réforme a succédé à la mission « financement à la pathologie ». Le PMSI, sur lequel repose largement la réforme du financement parle de « groupes homogènes de malades » et non de « groupes homogènes de maladies ».

Au-delà de cet aspect sémantique, plusieurs autres arguments peuvent être développés :

- _ Les GHM sur lesquels sont calés les tarifs ne sont pas statistiquement fiables : ils sont hétérogènes (une cinquantaine sont des « fourre-tout) ;
- _ La quarantaine d'établissements qui alimente l'échelle nationale des coûts (ENC) n'est pas assez représentative ;

¹¹ Cahier Tissot, mars 2004

- _ L'affectation d'une partie des prix de revient des coûts des GHM contestable : les charges de personnel calculées à la journée ;
- _ la variance des coûts constatés par GHM oscille de 20 à 30% ;
- _ des études universitaires ont pu montrer que, sur certains GHM « homogènes » les écarts sont de 2 à 3 avec l'échelle officielle.

Les tarifs nationaux qui vont s'appliquer sont la traduction d'une volonté politique qui peut s'affranchir des coûts constatés. Un attachement au traitement de tel ou tel type de séjour peut entraîner un changement de ses règles de financement et rendre subitement ce groupe de séjours plus « porteur »... ou inversement.

Sur le plan éthique, s'engager dans la connaissance détaillée du coût par patient (si tenté que cette connaissance soit possible sur le plan technique) comporte en germe le risque de sélection des patients.

La conjonction de ces raisons plaide pour une analyse qui ne soit pas tournée vers une connaissance des coûts par pathologie. De plus, quelle fiabilité accorder à ces résultats, ou alors à quel prix, tant technique qu'humain (doter chaque acteur soignant voire certains non soignant d'un badge enregistrant le temps consacré à chaque malade) ?

On peut déduire de la série d'arguments qui précède que la T2A rémunère aussi mal les séjours, par rapport à la comptabilité analytique s'entend.

B) La T2A rémunère en réalité des **structures** et des **processus**.

En terme de « structure »:les tarifs retrouvent une crédibilité à l'échelle d'un pôle (regroupement de services). A cette échelle, la diversité des séjours traités lisse les inexactitudes qui s'attachent à chaque tarif. Ainsi, les tarifs n'ont de cohérence globale qu'au niveau de leur effet global qui tient compte à la fois :

- _ des séries
- _ de l'éventail des cas traités au niveau d'un service ou d'un pôle. On peut ainsi supposer qu'à cette échelle de structure un tarif « sur-côté » sera compensé par un autre « sous-côté » au sein d'une même unité. Or un service « vit » sur 50 à 100 types différents de GHS.

La piste à retenir pour l'exploitation des données est celle d'un suivi par structure, c'est à dire en fonction du niveau de découpage retenu : par UF, par service ou encore par centre de responsabilité. On évite ainsi le risque de sélection des patients en fonction de la maladie qu'ils présentent auquel pourrait conduire un suivi par pathologie. D'autre part, d'un point de vue technique, le SIH ne permet pas d'imputer les coûts par patient, en particulier pour le personnel. Par ailleurs, la comparaison d'un coût par pathologie peut être apparentée à une « recherche alibi » du ou des cas limites censés expliquer une dérive et occultant les questions touchant aux tendances lourdes. En dernier lieu, le suivi par structure renvoie au général : cela conduit à s'attacher d'abord à l'organisation et au fonctionnement interne de la structure et aux relations qu'elle entretient avec ses partenaires des services logistiques et médico-techniques.

Ainsi, la cohérence qui n'est pas obtenue par type de séjour va reprendre tout son sens à l'échelle d'un service et, a fortiori, d'une structure comme le pôle qui regroupe plusieurs services.

La T2A rémunère également des **processus**. Un processus s'entend comme une suite d'actions visant à produire un résultat donné. Or le PMSI, qui sert de base à la T2A, est le résultat des processus de prise en charge des patients. En effet, les actions successives qui sont réalisées sont repérées. Ainsi chaque GHM est rattachable à un tarif qui traduit l'intervention de plusieurs prestataires qui interviennent dans le processus de soins.

▷ Ce sont donc ces processus qu'il faut s'attacher à repérer au sein des établissements.

Cette connaissance des processus réels devrait être analysée à l'échelle de chaque structure qui a accueilli les patients. On voit que cette orientation, qui consiste à s'attacher à la connaissance des processus, par rapport à celle qui consisterait à repérer les coûts par pathologie, nécessite des moyens d'analyse plus modestes pour un impact plus sensible au plan des résultats de la structure considérée.

Après avoir exposé la pertinence qu'il y a à s'attacher dans le cadre du nouveau système de financement à une étude centrée sur les processus de prise en charge des patients, il s'agit d'envisager quels enseignements utiles nous apportent les retours d'expérience d'établissements. En effet, dès 1995, le ministre de la santé publique avait suggéré d'utiliser le PMSI couplé à la comptabilité analytique en gestion interne, insistant notamment sur le rôle que pouvait jouer cet outil dans « l'identification des responsabilités

propres de chacun des acteurs de l'hôpital dans le processus de formation des coûts ». Nous aborderons plus particulièrement ici les exemples des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg et du Centre Hospitalier de Blois.

1.2.2 Approche empirique tirée de plusieurs retours d'expérience

Nous nous attacherons dans cette partie à regrouper les enseignements tirés de ces expériences dans des rubriques traitant de l'information médico-économique, de l'existence de marges de manœuvre, d'une approche par les processus et de l'attention à porter aux interfaces qui entrent en jeu dans une prise en charge hospitalière.

A) L'information ne signifie pas l'action

Le constat dressé par les HUS dès 1998 est le suivant : « plus l'utilisation de ces outils est organisée au sein de nos établissements, plus nous prenons conscience de la nécessité de les compléter par d'autres outils »¹². Ce retour d'expérience comporte ainsi des éléments qui nous confortent dans la voie d'une analyse centrée sur l'étude de la coordination des acteurs. Pour les hôpitaux qui respectent le découpage de leur établissement à partir des normes du guide méthodologique jusqu'à produire dès 1997 des coûts par GHM et qui sont à même de décomposer toutes les activités qui ont donné lieu à des consommations budgétaires, il ne s'agit pas, de leur propre aveu, d'une maîtrise des dépenses ou d'un bon éclairage pour de bonnes prises de décisions.

Tous les services du CHU font l'objet d'un calcul de coût de revient selon différentes méthodologies, par le biais des TSA (tableaux de synthèse par activité), de l'ICR (indice de complexité relative- blocs, imagerie et exploration fonctionnelle), de la méthode ABC (laboratoires) et des GHM (tous les services cliniques). Mais ces informations sur le coût de revient de leurs activités ne «permettent pas de savoir beaucoup de choses. Peut-on croire que l'on peut avancer vers une maîtrise des coûts lorsque l'on dispose de tous ces éléments ? Rien n'est moins sûr dans l'hôpital public, car ces outils ne permettent absolument pas d'appréhender la chaîne du soin, ni la qualité de

¹² Faujour V., « L'utilisation du PMSI dans le cadre d'une démarche de benchmarking », Gestions hospitalières, juin 1998.

la prise en charge du patient. Or une grande proportion de nos surcoûts réside dans les défauts d'organisation des processus de prise en charge des malades ».

B) Des éléments de compréhension à travers les processus

Ces enseignements sont confirmés par le constat dressé par directeur du contrôle de gestion des HUS, pour qui les méthodes de contrôle de gestion et les outils qui les déclinent reflètent jusqu'à aujourd'hui le système de valeur qui a régi leur élaboration, à savoir une logique budgétaire, et non pas financière comme celle correspondant à la T2A. Les résultats obtenus jusqu'à ce jour ne permettent pas à la plupart des établissements de disposer des éléments d'information nécessaires pour allouer de façon pertinente leurs ressources en interne¹³. Les limites des outils aujourd'hui disponibles, à l'instar du référentiel en vigueur de la comptabilité analytique des CR, tiennent essentiellement au fait qu'ils n'appréhendent la performance que sous un angle économique ou financier, même si leur croisement avec les données issues du PMSI ouvrent des pistes intéressantes de gestion.

L'introduction de méthodes qui complètent le contrôle de gestion hospitalier permet d'avoir une vision transversale de l'organisation en repérant les activités qui s'enchaînent au sein des processus de prise en charge des patients. En formalisant la succession des activités réalisées dans ces processus de soins (pour une pathologie définie ou bien de façon plus ciblée), on facilite une réflexion collective sur les opportunités d'amélioration des processus étudiés : les activités mises bout à bout révèlent souvent des redondances, des délais non justifiés, une coordination défailante qui suggèrent des actions correctrices.

Le caractère opérationnel des approches basées sur les processus a comme principal intérêt l'identification de leviers d'action efficaces, plus importante que la constatation, tardive donc passive, d'un écart de coût par rapport à l'objectif budgétaire. Les outils du type PMSI et les méthodes actuelles des coûts par GHM restent des outils rétrospectifs. Les informations qu'ils reflètent sont fondées sur une méthode de contrôle externe avec des modifications permanentes de normes de découpage analytique et de classification des GHM, avec introduction de nouveaux GHM qui valorisent mieux l'activité mais rend les comparaisons difficiles d'une année à l'autre. L'analyse des écarts de plus

¹³ Penaud M., « L'utilisation du PMSI dans l'optique de la mise en place du budget de service », Gestions hospitalières, juin 1998.

en plus complexes se résume à un état de contemplation. Aucune compréhension n'est possible sur les effets leviers de la performance.

A l'hôpital, un autre atout de ces méthodes centrées sur l'approche des processus provient de leur convergence avec l'approche du PMSI : des GHM, pris individuellement ou regroupés, peuvent concrétiser l'aboutissement de processus de prise en charge. Un contrôle de gestion sous cette forme ne peut être exercé exclusivement par des équipes administratives. Les activités sont étudiées sur le plan de leur enchaînement, dans le but d'optimiser les interfaces, et du point de vue du patient c'est l'ensemble de la chaîne de sa prise en charge qui doit bien fonctionner. Cette méthode d'analyse permet d'accéder aux « trous noirs » que ne révèle pas notre comptabilité analytique. Elle est par ailleurs un point d'entrée pour rechercher les axes d'amélioration de la prise en charge du patient sous l'angle de la qualité.

C) L'existence de marges de manœuvre

Des éclairages complémentaires peuvent être tirés des retours d'expérience initiées par le CH de Blois, qui utilise le PMSI en gestion interne depuis 1996, dans le cadre d'une démarche qui consiste à élaborer et à suivre des budgets de services à la fois en dépenses, à partir des données de la comptabilité analytique, et en recettes, sur la base du PMSI. Cette expérience lui a valu le « Prix National du conseil scientifique du PMSI » en 1996 et le premier prix de l'Innovation hospitalière en 1998. Parmi les nombreux apports de cette démarche, nous retiendrons dans l'optique qui est la notre ici, à savoir le repérage d'enseignements tirés de retours d'expériences validant la pertinence d'une approche en terme de processus, les éléments suivants.

Tout d'abord la remise en cause de certaines idées reçues, à commencer par la mise en évidence de la marge de manœuvre des services d'hospitalisation¹⁴. Un argument est souvent opposé lors de la présentation de ce type de projet aux services, celui selon lequel : « sachant que 70% de nos dépenses sont liées aux charges de personnel et qu'il est difficile, voire impossible, de supprimer des postes, notre marge de manœuvre est insignifiante ». Cet argument tombe dès la présentation des premiers tableaux de bord des services, qui informent les responsables de leur marge de manœuvre potentielle, bien supérieure à celle qu'ils estimaient : de fait, le personnel ne représentait en moyenne sur les quatre services expérimentateurs que 43% de

¹⁴ Gusching JP. et Expert P., « Une démarche de contractualisation interne au CH de Blois », *Gestions hospitalières* N° 378.

l'ensemble des dépenses d'un service. L'attitude fortement ancrée que les frais incompressibles liés au personnel ne permettent d'envisager que des actions à la marge a donc régressé.

Ce constat a donc révélé aux responsables que leurs seules demandes et habitudes de consommations étaient à l'origine de la grande majorité de leurs dépenses. Les prescriptions médicales se retrouvent à travers les dépenses de médicaments d'une part, et le recours aux services prestataires d'autre part. Ce sont là des leviers qui ne peuvent être actionnés que par les « décideurs médicaux ». Cela suppose entre autre une forte implication des praticiens dans la logique « client/ fournisseur », car trop souvent les qualités des prestations internes sont évaluées de façon subjective.

Ensuite, la mise en évidence de l'existence de liens de solidarité, l'expérience ayant confirmé que la réussite d'un séjour est le produit d'une organisation optimale non seulement du service d'hospitalisation, mais aussi de ses multiples prestataires. C'est ainsi que dans un second temps et très rapidement ont émergé les questions liées à l'organisation et le besoin d'expliquer les écarts entre les recettes (activité valorisée) et les dépenses. Dès lors apparaît la nécessité de disposer d'indicateurs qui vont dépasser le seul plan financier en l'enrichissant de la vision médicale avec le suivi plus précis de la qualité. Il en découle tout naturellement des actions de rééquilibrage qui doivent être initiées par le personnel médical et infirmier, sur la base d'éléments d'information provenant à la fois de l'administration, du DIM et du responsable de la qualité.

D) Des actions centrées sur l'organisation

L'étape suivante consiste naturellement à rechercher à agir avant tout sur des tendances « lourdes » du service, par opposition à une logique de coups consistant à intervenir sur des points très ponctuels. Les actions qui ont porté sur l'organisation sont citées ici à titre indicatif, parce que les premières réponses apportées sont propres au CH de Blois¹⁵. Cependant elles peuvent, à titre de pistes indicatives, permettre d'anticiper sur les futures réflexions qui auront cours au CH du Mans.

Les actions ont porté sur la durée de séjour, les séjours multi-unités, l'organisation des services pour la recherche de la masse critique et les relations de type client/fournisseur qui apparaissent entre les prescripteurs et leurs prestataires. Ces

¹⁵ Expert P., « Y a-t-il une vie après la contractualisation interne ? », Gestions hospitalières, novembre 2002.

actions sont portées par des acteurs de terrain devenus plus réactifs et sont mieux ciblées puisqu'elles avaient été bien identifiées au moment de l'analyse des tableaux de bord.

Citons à titre d'exemples :

- _ la modification des plages opératoires qui a permis à un service de chirurgie de réduire de près de 30% son recours à la réanimation et de simplifier le parcours interne des patients ;
- _ l'anticipation des solutions de sortie qui s'est traduite, pour un service de médecine, par la réduction de sa DMS et par une meilleure réponse aux attentes sociales des patients ;
- _ le renforcement de l'effectif médical dans un service de médecine interne, pourtant déficitaire sur le plan financier et qui, par ce renfort, a amélioré ses résultats ainsi que la prise en charge de ses patients ;
- _ la réduction du volume des demandes d'examens, liée à la prise de conscience des coûts de certains prestataires, ramenés à l'activité du service.

E) L'enjeu des interfaces

Conséquence logique de son utilisation du PMSI en gestion interne dès 1996, le CH de Blois s'est progressivement engagé dans une démarche de contractualisation interne. En se fondant sur le bilan d'étape qu'en dresse Patrick Expert fin 2002¹⁶, nous mettrons ici encore l'accent sur les enseignements qui contribuent à renforcer notre hypothèse d'une approche centrée sur les processus de prise en charge des patients, et plus particulièrement au niveau de leurs interfaces. Ce retour d'expérience est d'autant plus intéressant qu'il concerne directement la situation du CH du Mans au printemps 2004 en tant qu'établissement retenu au titre de l'expérimentation sur la nouvelle gouvernance. Il en ressort notamment qu'en cherchant avant tout à améliorer l'efficacité de l'établissement, la contractualisation interne «doit s'attacher tout particulièrement aux interfaces. Sur ce point, *les évaluations confirment que les défaillances dans la prise en charge des patients se situent régulièrement à ces interfaces qui se constituent aux points de rencontre des différents services hospitaliers* ».

L'expérience montre que les résultats d'un centre de responsabilité sont très régulièrement influencés par les intervenants qui agissent en amont et en aval du séjour, et par les prestataires médico-techniques et logistiques auxquels ont recours les unités dans lesquelles séjournent les patients. Pour ce faire, des indicateurs de processus sont à

¹⁶ in Gestions hospitalières, novembre 2002.

porter à la connaissance des responsables. Des exemples de ces indicateurs peuvent être cités, à travers le pourcentage de patients admis dans les CR faute de disponibilités en lits dans la discipline dont ils relèvent ; pourcentage de patients maintenus hospitalisés faute de solution de sortie ; nombre de demandes d'HAD formulées par la structure le mois précédent ; valorisation des prestations internes assurées par les services médico-techniques et logistiques pour le compte des unités d'hospitalisation.

Les responsables de service ont, de façon naturelle, pu prendre conscience à quel point leurs propres résultats étaient influencés par ceux des autres structures. Les relations d'interdépendance ont été valorisées par cette démarche. Un autre avantage connexe, souvent souligné, est le dégagement plus aisé des priorités d'action en matière d'organisation interne.

1.2.3 Une approche spécifiquement centrée sur l'insuffisance de coordination entre les acteurs de la prise en charge hospitalière

Une approche centrée sur l'insuffisance de coordination interne : l'exemple de la recherche-intervention de Thierry Nobre . Cette étude permet d'objectiver les constats et observations précédentes tout en reliant directement la constatation des défauts de coordination entre les acteurs avec le contrôle de gestion¹⁷.

A) Le constat : une rupture dans la coordination

La démarche employée dans cette recherche se place dans le cadre d'une méthodologie de recherche-intervention utilisant la méthode de l'étude de cas (Eisenhardt 1989, Huberman et Miles 1991, Lewin 1964, Liu 1997, Strauss 1991, Yin 1984).

Dans cette phase exploratoire, l'objectif est de recenser les dysfonctionnements réduisant la performance de l'hôpital, non perceptibles par la démarche budgétaire traditionnelle, en analysant les pratiques organisationnelles concrètes sur le terrain.

La première étape de la recherche, l'établissement des diagnostics dysfonctionnels, a consisté à recenser des phénomènes ayant une forte influence négative sur la performance et peu ou pas pris en compte actuellement. Les deux cas

¹⁷ Nobre T. « Quels tableaux de bord de pilotage pour l'hôpital ? », Politique et management public, Vol 13, n° 3.

analysés montrent les deux faces d'un même mécanisme principal de déperdition de ressources, une insuffisance de coordination, entraînant une rupture des processus, aussi bien des processus de production de soins que des processus liés aux fonctions de support logistique (prestations de la pharmacie centrale, du laboratoire, de la radiologie).

B) Une insuffisance de coordination horizontale

Cette insuffisance de coordination horizontale est due à l'éclatement en unités appartenant à trois grandes catégories :

- les différents services médicaux et chirurgicaux
- les services médico-techniques (le bloc-opératoire, le laboratoire, la radiologie, la pharmacie,) ,
- l'administration et les services logistiques (la restauration, les ateliers, ...).

C'est surtout l'insuffisance d'articulation entre les activités successives d'un même processus exercées au sein d'unités différentes qui provoque ces perturbations. Par exemple, si à l'arrivée d'un patient du bloc opératoire dans un service de chirurgie, les procédures post-opératoires n'ont pas été respectées, le personnel soignant ne sait pas quels soins doivent lui être prodigués. Dans ce cas, cela nécessite un ensemble d'actes régulateurs fortement consommateurs de ressources tout en créant un risque aux conséquences potentiellement très lourdes.

C) Une insuffisance de coordination verticale

La coexistence de logiques d'acteurs fortement différenciées au sein d'une même unité et, a fortiori dans des unités différentes, provoque également des ruptures dans le développement des processus. Ce constat ne fait que souligner des mécanismes fortement ancrés dans le mode d'organisation de l'hôpital caractérisé, entre autres, par la coexistence de hiérarchies parallèles : corps médical, personnel soignant, administration (Mintzberg 1982, Nobre 1998, Nobre 1999) et par une très forte tradition individualiste du corps médical, ce qui implique une nette séparation des différentes unités avec une logique de territoire. Les évolutions de la pratique médicale actuelle engendrent des incidences de plus en plus négatives sur le mode de fonctionnement et la performance de l'hôpital. L'intensification technologique de l'activité médicale nécessite en effet une coopération plus étroite entre les différents acteurs. Un nombre plus important d'actes complexes étant réalisé dans des durées plus faibles, le manque de coordination entre les acteurs est d'autant plus lourd de conséquences. La démarche budgétaire traditionnelle

ne permet pas l'analyse de ces phénomènes de manque de coordination dans une optique de pilotage.

Les deux expérimentations réalisées montrent qu'il existe un ensemble de phénomènes impliquant une sur-consommation de ressources ou une sous-efficacité sans que les directions d'établissement ou d'autres acteurs internes disposent des moyens de contrôle et d'intervention nécessaires.

La modélisation de la relation entre ressources et finalités constituait jusqu'à maintenant la priorité Il s'agit maintenant de mieux interconnecter la stratégie et le quotidien afin de coupler le contrôle opérationnel aux objectifs définis au sein de chaque établissement. Cela implique notamment d'accroître l'homogénéité, voire de recréer des logiques d'analyse de processus au sein de l'organisation hospitalière. Cette démarche se différencie du calcul de l'utilisation locale de ressources (l'analyse budgétaire par service), qui induit une logique séparative, alors que les principaux problèmes se développent aux interfaces d'une part, entre les différentes entités de l'hôpital (services médicaux et chirurgicaux, services médico-techniques, services logistiques), et, d'autre part, entre les différentes catégories d'acteurs. De même, la prééminence de l'objectif de pilotage des interfaces implique une forte orientation sur des processus réels et concrets.

1.2.4 Présentation de la gestion par les processus :les concepts de base.

A) Le processus, de quoi parle-t-on ?

Parmi la floraison de définitions concernant la notion de processus, nous retiendrons la suivante qui repose sur cinq caractéristiques : «un ensemble cohérent d'activités se déroulant dans un espace et un temps déterminés pour répondre à une finalité commune, et produisant un output matériel ou immatériel à destination d'un client externe ou interne »¹⁸. On peut affiner cette définition en distinguant en fonction de la nature des outputs les processus principaux des processus de support. Les processus principaux sont ceux dont la production bénéficie directement au client final de l'organisation étudiée (le patient dans le cas de l'hôpital). Les processus de support sont

¹⁸ Pascal C., « La gestion par processus à l'hôpital entre procédure et création de valeur », Revue française de gestion, septembre 2003.

ceux qui produisent des extrants intermédiaires indispensables au fonctionnement des processus principaux (achat de matériel, maintenance des équipements par exemple).

Le concept de processus est souvent associé, dans la littérature managériale, à la notion de performance organisationnelle. Trois visions de la performance cohabitent de façon concourante à l'hôpital. Une vision externe, centrée sur des indicateurs de santé publique et sur des analyses économiques de type coût-efficacité. Une vision interne dominée par l'approche médicale, et une vision en terme de coûts, partagée à la fois par la direction et les tutelles. L'absence d'un modèle unique de performance susceptible de fédérer les jugements et les représentations autour d'objectifs communs constitue un obstacle à la coordination des pratiques individuelles à l'hôpital. L'un des apports de la notion de processus dans le champ de la gestion hospitalière tient dans le fait qu'elle permet d'opérer un rapprochement entre les activités réalisées par tous les acteurs d'une prise en charge hospitalière et les demandes du client final qu'est le patient, déclinant ainsi le concept de valeur dans toute l'organisation.

Gérer un processus c'est mettre en perspective des intrants et des extrants, gérer leur transformation et cela confère au processus un rôle d'anticipation. Or nous avons vu que le manque d'anticipation constitue l'un des problèmes centraux de la gestion des prises en charge à l'hôpital, la plupart des dysfonctionnements venant de cette insuffisance de coordination entre les acteurs de cette prise en charge. L'enjeu du pilotage par les processus consiste à montrer les différentes phases d'un processus, et d'évaluer la nature et la cohérence de chacune de ces phases¹⁹. Le pilotage par processus implique d'une part la construction d'un modèle de fonctionnement qui établit des relations de causalité entre les activités réalisées, leur consommation de ressources et le niveau de valeur finalement produit, et d'autre part l'acceptation de ce modèle par les principaux acteurs.

B) Deux paramètres clés : le délai et la qualité, ou les composantes de la valeur d'une prise en charge.

¹⁹ Pascal C., «Gérer les processus à l'hôpital : une réponse à la difficulté de faire ensemble », Thèse de doctorat en sciences de gestion, université Jean moulin Lyon 3, 2000.

Le délai

Il est aujourd'hui au cœur des attentes de l'usager, laissant loin derrière nous l'héritage de l'hôpital-hospice dans lequel les patients n'avaient d'autre choix, faute d'être soignés, que d'attendre une hypothétique guérison. La création de valeur réside alors pour partie dans la contraction maximale du délai de réalisation du processus, ce qui implique de coordonner au mieux les actions des différents intervenants dans le cadre temporel de ce processus. Mais, si le processus impose par lui-même un cadre temporel à ses participants, il existe cependant au sein de ce cadre des marges de manœuvre. En effet, le déroulement du processus dans le temps est fortement dépendant des contraintes temporelles des différents acteurs, acteurs avec lesquels il interagit de façon programmée (les autres participants du processus), mais aussi non programmée (interfaces imprévisibles), et qui génèrent de ce fait une marge d'incertitude dans l'estimation des grandeurs de temps t du respect des dates.

Ce fonctionnement, fait d'ajustements mutuels et perpétuels des emplois du temps, loin de constituer une péripétie, constitue l'un des traits distinctifs de la culture hospitalière. Le temps constitue de fait la principale variable d'ajustement de l'organisation hospitalière : il peut être dilaté ou contracté en fonction de la capacité de production et aussi de l'urgence réelle ou perçue²⁰. Dans ce contexte, la représentation du processus ne peut se réduire à une simple description taylorienne et minutée d'une succession d'activités. Elle s'agence plutôt autour de tâches-pivots qui se répètent périodiquement et de butées temporelles qui pointent les heures en deçà desquelles et au-delà desquelles la mise en œuvre des séquences du processus n'aura plus de pertinence. Il existe ainsi un système de marge de tolérance qui permet un ajustement des différents acteurs. Les interactions permanentes et mouvantes entre activités associées à la marge d'autonomie des individus imposent un type de pilotage qui laisse une large part à l'intelligence stratégique des individus et à leur ajustement mutuel dans un cadre temporel clairement délimité par les attentes des patients.

La gestion par processus à l'hôpital ne consiste donc pas à normaliser complètement la prise en charge par le biais de procédures inflexibles prescrivant chaque tâche et son contenu, mais plutôt à développer des procédures tenant compte des limitations inévitables des informations disponibles et des capacités d'adaptation des

²⁰ Lorino P., « Le déploiement de la valeur par les processus », *Revue française de gestion*, N° 104.

individus permettant d'orienter les représentations et par conséquent les comportements. En instaurant une méthodologie commune d'analyse des problèmes, la démarche processus structure la négociation qui jusque là s'établissait au fil des interactions individuelles et des événements de la prise en charge.

La qualité et la mesure de son coût

La composante délai est indissociable de la composante qualité dans la perception qu'ont les usagers de la valeur. L'élaboration d'une définition opératoire de la qualité à l'hôpital est rendue difficile par la nature hétérogène du processus de prise en charge, qui mobilise à la fois des activités non soignantes (administratives, logistiques et sociales) pour lesquelles peuvent de décliner les préceptes de la qualité «industrielle », et des activités soignantes spécifiques qui de ce fait réclament une approche plus différenciée de la qualité. Deux sondages effectués à la demande de l'ANAES illustrent bien le décalage qui existe entre les représentations et les attentes des professionnels et celles des clients du système hospitalier. Il en ressort que parmi les dix problèmes survenant le plus régulièrement dans les hôpitaux, celui de la coordination entre les services arrive en troisième position avec 36% de fréquence de signalement.

C) Le coût de la qualité et de la non-qualité à l'hôpital

Le premier rapport publié en 1998 par l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé traitant du coût de la qualité et de la non-qualité à l'hôpital a pour objectif d'analyser la relation entre la qualité des soins et les coûts associés²¹. Il part du constat que des difficultés organisationnelles perturbent le déroulement du processus de soins, et que ces dysfonctionnements affectent la qualité des soins. Cette dimension est donc à prendre en compte parmi les différents angles sous lesquels le processus des chimiothérapies peut être abordé et situé.

Il est opportun d'étudier la relation qui peut exister entre la qualité et les coûts. L'effet financier majeur de la qualité définie comme «la capacité d'une organisation à produire d'emblée un service sans erreur » est la réduction des coûts par la réduction des gaspillages. Deux relations entre la qualité et les coûts ont été identifiées, à travers d'une part les coûts d'obtention de la qualité (COQ), et d'autre part la réduction des coûts de la non-qualité (CNQ). En étudiant la gestion des processus, déclinée ici à travers le circuit

²¹ Jarlier A., « Le coût de la qualité et de la non-qualité à l'hôpital », ANAES, Service d'évaluation économique, septembre 1998.

des chimiothérapies, nous rejoignons une démarche qualité en ce qu'elle s'attache à permettre de réagir à des dysfonctionnements en analysant les causes.

Présentation générale du COQ.

Le COQ est la somme des dépenses supplémentaires engagées pour corriger et prévenir des dysfonctionnements. Les éléments du COQ se répartissent en trois composantes :

- 1- les coûts de prévention ayant pour objet d'éviter une défaillance ;
- 2- les coûts d'évaluation des activités en cours de production ;

Ces deux composantes constituent le coût d'investissement dans la qualité.

- 3- le coût de la non-qualité qui correspond aux coûts des défaillances et de leurs corrections.

Plusieurs études menées dans le secteur de l'industrie évaluent la répartition de ce COQ entre ces trois composantes à respectivement 5%, 20% et 75%.

L'une des spécificités de l'hôpital se trouve dans le fait que tous les personnels contribuent à offrir un service au-delà d'un produit. La particularité des établissements de santé est que le patient y reçoit son service en temps réel. Le contrôle de la qualité à l'hôpital doit donc plus qu'ailleurs s'appuyer sur la prévention. Seulement, les coûts de la qualité sont difficilement appréciables car la qualité elle-même est difficilement mesurable : est-elle réductible aux seuls résultats ? Quels indicateurs retenir ?

A travers les différentes approches retenues par l'ANAES, considérons les principaux enseignements que l'on peut en retirer pour contribuer à situer le poids et les grandes caractéristiques du circuit des chimiothérapies.

Le coût d'investissement dans la qualité et le coût de la non-qualité qui constituent le COQ sont des aspects différents de la qualité. Le coût d'investissement dans la qualité mesure la mise en œuvre de méthodes ; le coût de la non-qualité mesure les conséquences de cette non-qualité due à une mauvaise organisation des acteurs qui contribuent à la réalisation du service. Le CNQ peut résulter d'erreurs subies directement par le patient ou d'erreurs au cours du processus de dispensation des soins avant que le patient ne les reçoive. Nous sommes dans cette dernière hypothèse avec l'approche de type processus concernant le circuit des chimiothérapies. Dans des études menées en Amérique du nord, le COQ à l'hôpital variait entre 25 et 35% du revenu total, et les gains étaient supérieurs à l'investissement consenti sur les coûts de prévention.

Notre étude sur le circuit des chimiothérapies s'inscrit bien dans le champ de la non-qualité étudiée dans le rapport de l'ANAES, dans la mesure où la qualité des circuits de prise en charge des patients a été analysée, alors que la qualité des diagnostics et des prescriptions n'est pas remise en cause. Des dysfonctionnements ont été observés, qui s'apparentent à ceux constatés dans notre illustration pratique. Il s'agit de temps perdu, de redondances des procédures, et des difficultés d'accès à l'information principalement.

Pour obtenir un niveau de qualité satisfaisant, il faut identifier le CNQ et avoir une méthode de mesure. La majeure partie du coût de la non-qualité est constituée de coûts cachés. Le coût de la non-qualité inclut des coûts directs (la dépense nécessaire pour réparer les erreurs) et des coûts plus difficilement quantifiables. Selon les études, ces derniers proviennent souvent d'un manque de coordination entre les différents acteurs qui participent à la prise en charge du patient. Parmi les études présentées dans le guide de l'ANAES, certaines s'appuient sur la réduction des coûts cachés et présentent des résultats chiffrés. Elles comparent les coûts de modification du processus aux coûts de fonctionnement du processus initial, et mettent en évidence les coûts évités et les bénéfices.

De manière générale, il ressort des études sur les critères les plus sensibles pour évaluer le CNQ que les plus sensibles sont ceux les moins spécifiques et qu'un nombre limité de critères ne peut permettre d'identifier une grande proportion d'évènements indésirables. Les données de ces études ont montré les faiblesses des critères génériques ou standard. De plus, à travers les évènements indésirables, tous les éléments de la qualité ne sont pas pris en compte. C'est le cas notamment de la satisfaction du patient et de l'adéquation du diagnostic et de l'observation. Cependant, la non-qualité n'est pas réductible à ses effets. Ils ne sont que des outils de travail.

Un manque de prise en compte des coûts et bénéfices indirects

L'ensemble des études insiste donc sur un point : la non-qualité et la qualité peuvent être abordés sous l'angle de l'organisation. Toutes les études ont un but économique et omettent souvent de développer l'aspect indirect des coûts et bénéfices. Ces éléments sont difficiles à estimer (c'est leur caractéristique même), mais il semblerait plus pertinent de noter que ces coûts existent, qu'ils sont difficilement estimables et que les résultats sont donc biaisés. Si certains travaux, notamment ceux d'Eagle, ont pu mettre en évidence l'importance des bénéfices non financiers ou des bénéfices financiers indirects, il n'y a pas d'évaluation de ceux-ci. Les travaux ont tendance à trop se concentrer sur l'aspect visible et calculable d'amélioration d'investissement de la qualité, sans tenir compte du fait que les bénéfices et les coûts sont en réalité encore plus élevés.

Plus généralement, et contribuant à entretenir le flou sur l'évaluation qu'il est possible de mener sur les coûts liés directement ou non à la qualité, nous retrouvons le biais lié à la question de la transposition des résultats. En effet, la plupart des études sont anglo-saxonnes et utilisent des coûts provenant de la comptabilité des hôpitaux. Ces études ne précisent pas toujours si ces coûts sont réels ou standard. La transposition des résultats de ces études dans le contexte hospitalier français est donc délicate. Cet autre « angle mort » dans l'analyse se retrouvera donc au stade de l'évaluation pour notre étude portant sur le circuit des chimiothérapies.

En conclusion, nous pouvons retenir sur la base des résultats des études analysées par l'ANAES que la qualité est un facteur d'économie s'il est clairement envisagé de réorganiser le travail et donc de remettre en cause, de façon indirecte, le fonctionnement du circuit initial.

D) Un état des lieux confirmé par le rapport de l'ANAES de septembre 2004

L'évolution du contexte économique et financier avec l'accélération de la pression budgétaire pesant sur les établissements de santé et la mise en place de la T2A notamment, la montée en charge des obligations réglementaires à travers l'accréditation et le développement des pratiques professionnelles ont contribué à renforcer l'actualité de la question du coût de la qualité. Depuis la publication du premier rapport en 1998, de nouvelles connaissances sur ce thème sont disponibles, et le constat avait été fait que les professionnels de santé n'ont pas complètement apprivoisé la dimension économique de la qualité, laquelle est souvent perçue comme une source systématique de surcoûts. D'où la publication en septembre 2004 d'un nouveau rapport qui actualise celui consacré aux coûts de la qualité et de la non-qualité des soins dans les établissements de santé²². Parmi les thèmes qui font l'objet d'informations chiffrées de fréquence de défauts de qualité des soins, celui des défauts du circuit du médicament intéresse directement notre étude. Sur la base d'une synthèse des enquêtes nationales, régionales ou locales sur la qualité des pratiques professionnelles de prescription et de dispensation du médicament, celle-ci a montré de nombreuses non-conformités à toutes les étapes du circuit : l'incidence est d'environ une erreur de prescription, de dispensation ou d'administration par patient et par journée d'hospitalisation.

²² CCECQA-Anaes, Service évaluation économique, juillet 2004, « Les coûts de la qualité et de la non-qualité des soins dans les établissements de santé : état des lieux et propositions ».

Au final, le rapport conclue sur le faible nombre des données françaises de coût des défauts de qualité des soins. Aucune information de coût n'existe notamment concernant les événements indésirables dans leur globalité, les défauts du circuit du médicament, les prescriptions inappropriées ou encore la non adéquation des patients aux lits d'hospitalisation. L'ANAES conclue en considérant comme indispensable, pour pallier ces défauts d'information, de développer en France plusieurs types d'études, dont certaines orientées sur les défaillances des processus de prise en charge du patient directement ou indirectement liées aux soins, notamment en ce qui concerne le circuit du médicament. Notre étude s'inscrit dans cette démarche.

E) La T2A est compatible avec la qualité, estime le directeur de l'ANAES.

Pour prolonger la réflexion en l'inscrivant dans le contexte de la mise en œuvre de la réforme du financement, le directeur de l'ANAES, Alain Coulomb, a estimé au cours des 26^{ème} Journées nationales de stérilisation qui se sont tenues à Nantes en avril 2004 que l'introduction de la T2A ne devrait pas « fatalement » faire baisser la qualité des soins à l'hôpital. Sur ce point, la position du directeur de l'ANAES semble avoir évolué. En décembre 2003, lors d'une conférence de presse de l'Agence, il estimait que « ce nouveau système d'allocation de ressources pourrait avoir des effets pervers sur la qualité des soins » (dépêche APM du 12 décembre 2003). Plusieurs arguments sont avancés. D'abord, historiquement, « il n'a jamais été démontré de lien entre la tarification à l'activité et une dégradation de la qualité », s'appuyant sur les expériences en cours dans les autres pays européens. De plus, l'ANAES qui voit entre 600 et 700 établissements de santé par an dans le cadre de la procédure d'accréditation avec « un même instrument de mesure pour tous », n'a pas observé de corrélation entre les coûts et le niveau d'accréditation.

A été également mentionnée une étude réalisée par l'ANAES sur la mesure des coûts de la non-qualité à l'hôpital qui contribue à « donner l'intuition qu'il n'y a pas de rapport entre le coût de la non-qualité qui représente environ 15 à 18% et l'investissement en qualité qui est de l'ordre de 1 à 2% ». Cela renvoie plus largement au peu d'études menées sur le retour sur investissement (impact médico-économique après prise en compte du coût de l'intervention) des interventions de prévention des défauts de qualité des soins.

La prochaine étape consiste en la définition des indicateurs de qualité pour accompagner la mise en œuvre de la réforme de la tarification. Les travaux étrangers apportent des informations sur la relation entre qualité et coût montrant que celle-ci n'est

ni unique ni simple. Elle dépend de facteurs propres aux établissements de santé et aux patients : le niveau initial de qualité des soins, le GHM considéré et le statut de l'établissement. Ces articles permettent de montrer que la relation entre coût et qualité des soins est également dépendante des conditions économiques, dont la tarification. Aucune étude n'a été retrouvée en France.

Cependant, même en étant convaincu de la pertinence qu'il y a à compléter la mise en place du contrôle de gestion avec une gestion par les processus, certaines limites peuvent d'ores et déjà être signalées.

1.2.5 La question de l'évaluation des processus

La première d'entre elles concerne l'évaluation du retour sur investissement de ce type de démarche n'est pas clairement démontré. Cet aspect est mentionné par les différents acteurs des établissements s'étant engagés volontairement dans une contractualisation interne, ce qui explique sans doute en partie les débuts timides de la démarche. Les publications sur le sujet sont peu nombreuses et de caractère récent par essence (ce sont alors des projets qui sont présentés, pour des expériences qui bénéficient de trop peu de recul). Quant à leur évaluation méthodique, elle ne s'y prête pas, notamment du fait des raisons techniques évoquées précédemment.

Une seconde difficulté tient au fait que pour les établissements qui se sont engagés dans la définition de nouveaux indicateurs qui peuvent être introduits à travers l'étude et la comparaison des GHM et des processus de soins (gh juin 98 p 423 HUS), ceux-ci ont des liens très forts avec le management des risques et la qualité des processus. Or ils constatent qu'ils «ne disposent que de très rares instruments de mesure pour les aider à analyser l'interaction entre les critères financiers et les critères favorisant une approche « patientèle » ainsi qu'une approche « processus de soins ». Il n'y a d'ailleurs pas toujours d'interaction entre le niveau de conformité d'un établissement et le degré de satisfaction d'un patient ».

Ces enseignements relatifs à la difficulté qu'il y a à évaluer une démarche de contractualisation interne renvoient également pour partie à la problématique de l'évaluation du coût de la non qualité à l'hôpital. En effet, si les enseignements que nous pouvons tirer des retours d'expériences permettent de nourrir l'intuition forte qu'une gestion par les processus est particulièrement adaptée à la mise en place de la T2A (elle est une réponse concrète calquée sur la structure même du dispositif et donc constitue un outil de gestion complémentaire), ces mêmes retours d'expérience nous enseignent

clairement que les gains se situent au niveau de la qualité de la prise en charge et de l'efficacité dans l'utilisation des moyens. Elle échappe donc à une évaluation strictement financière, quand bien même les outils techniques dont nous disposons au CH du Mans nous permettraient d'y répondre, ce qui n'est pas démontré à l'heure actuelle ce point est l'objet d'un développement dans la seconde partie).

Ainsi, nous retenons l'hypothèse, étayée sur des aspects théoriques et empiriques, qu'il y a une réelle opportunité ainsi qu'une complémentarité à coupler la mise en place du contrôle de gestion au CH du Mans avec une gestion par les processus, en cela qu'elle nous permet d'anticiper sur les questions qui vont inévitablement se poser avec la mise en place de la T2A. On peut avancer, à la lumière des enseignements tirés des retours d'expérience rappelés précédemment que la clé de la performance ne réside pas que dans les ressources dont l'hôpital dispose, mais dans la variable cachée qu'est le facteur organisation. L'ensemble de ces constats plaide pour une meilleure prise en compte du facteur organisation à l'hôpital.



Cet effet se trouve accéléré avec le choix de s'engager dans la démarche d'expérimentation de la « nouvelle gouvernance » et les envois aux chefs de service des premières simulations budgétaires de la situation de leur UM dans une perspective de financement intégral de leur activité. En me proposant d'étudier les conditions de mise en place d'une gestion par les processus comme pouvant être une réponse adaptée à ces nouveaux besoins, il s'agit de proposer une piste de solution de réponse. Il y a là un gain de temps pour l'institution que de bénéficier d'un premier retour sur une gestion par les processus, tant en ce qui concerne ses conditions de réalisation que de pérennisation.

Une déclinaison pratique de la gestion par les processus au CHM

1.3 Le choix du processus à étudier.

Le premier choix à opérer consiste à sélectionner les processus qui feront l'objet d'une étude, puis de les hiérarchiser entre eux afin de déterminer dans quel ordre ils seront traités. La loi de Pareto permet en effet d'envisager qu'environ 20% des activités et des processus contiennent 80% de la prise en charge globale. Il ne sert à rien de s'épuiser à étudier des processus marginaux en terme d'impact.

Dans cette optique, une sélection de quelques processus jugés prioritaires doit être effectuée, afin de concentrer les efforts d'analyse sur les zones où les gains potentiels sont importants en terme de délais, de consommation de ressources (dont les ressources humaines) et de qualité.

1.3.1 Méthodologie de choix des processus à étudier

Nous partons du comparatif recettes / dépenses issu de la simulation T2A afin d'identifier les UM déficitaires. Notre étude portera sur certaines d'entre elles, puisqu'elle vise à apporter des éléments de réponses en s'attachant à l'aspect organisationnel des principales prises en charge qu'elles assument.

A) Simulation de la T2A

Les services de la direction des finances et du contrôle de gestion ont procédé ces derniers mois à diverses simulations budgétaires permettant de situer le Centre Hospitalier du Mans par rapport à la nouvelle tarification à l'activité (T2A). Il s'agissait en l'occurrence de savoir si, dans l'hypothèse d'une mise en œuvre à 100 % dès le 1^{er} janvier 2004, l'établissement sortait plutôt gagnant ou plutôt perdant de la réforme. La seconde étape, amorcée en juin 2004, a consisté à aller plus loin et de passer d'une

simulation globale à une simulation par unité médicale, service ou département, pour répondre aux attentes des praticiens et à un souhait légitime d'information.

Chaque chef de service a été destinataire d'un document établissant la comparaison entre, d'une part, les dépenses mobilisées par son service (ou département), et d'autre part, les recettes que son activité générerait dans le cadre d'une T2A appliquée à 100 %. Les éléments qui y figurent sont bien entendu à interpréter avec une grande prudence : ils n'ont d'autre objectif que de leur faire connaître un constat à un moment donné et devront à l'avenir être actualisés pour confirmer ou infirmer cette première approche.

En effet :

1°) Des propos récents du Ministre de la Santé répondant à la demande de diverses organisations syndicales ou fédérations, n'excluent pas à terme, la possibilité d'une mise en œuvre plafonnée (50 % ?).

2°) Les recettes ont été estimées à partir des tarifs 2004. Rien ne garantit leur stabilité dans le temps et des ajustements importants pourraient survenir en 2005, en fonction des résultats constatés dans les établissements. Aucune situation, qu'elle soit favorable ou défavorable, ne peut donc être considérée comme acquise.

3°) Les projections ont été réalisées à partir de l'activité 2003. Ses fluctuations futures interféreront bien entendu sur les ressources potentielles.

4°) Les situations présentées dans cette simulation demeurent pour l'instant virtuelles, car seuls en 2004, 10 % du produit de l'activité reviennent au Centre Hospitalier du Mans, le solde étant toujours versé sous la forme de forfaits. Il n'en sera donc tiré aucune conséquence, ni en terme d'ajout ou de retrait de moyens, ni en terme de maintien, d'extension ou de réduction d'activités.

B) La méthode employée pour établir les comptes de résultats

Pour la détermination des recettes :

Elles proviennent de deux sources :

Majoritairement, de la tarification des G.H.S. proprement dits, majorée du produit des séjours extrêmes hauts (c'est-à-dire, excédant la borne haute fixée par G.H.S.) et minorée des séjours extrêmes bas (en dessous de la borne basse).

Pour la réanimation, la tarification spécifique des suppléments journaliers doit être rajoutée au produit des G.H.S.. Pour la dialyse, il a été tenu compte des séances réalisées pour des patients hospitalisés.

Dans tous les cas, les tarifs ou suppléments utilisés sont ceux applicables en 2004 ; l'activité en revanche est celle enregistrée en 2003.

Minoritairement, de la facturation en sus des médicaments et dispositifs médicaux coûteux figurant sur la liste 2004, évaluée à partir des consommations réelles 2003 (avant de devenir des recettes, ces consommations ont été intégrées dans les dépenses).

On notera qu'il n'a pas été tenu compte, ni en dépenses, ni en recettes, des consultations externes car de nombreux services fonctionnent encore à ce niveau en consultations centralisées et il n'est pas possible d'imputer à chacun, de façon fiable, les dépenses correspondantes. Dépenses et recettes ont donc été regroupées pour réaliser un bilan global.

Pour la détermination des dépenses

Elles relèvent de deux catégories :

Les dépenses directes ; c'est-à-dire, pouvant être imputées très exactement à chaque unité médicale et dépendant, soit de l'affectation des moyens (effectifs : rémunérations et charges), soit des consommations enregistrées en pharmacie ou à la D.S.E.. Y ont été ajoutées les dépenses résultant de l'amortissement des équipements (médicaux ou non médicaux).

Les dépenses indirectes, qui font l'objet d'une répartition a posteriori.

Il s'agit :

Des dépenses de logistique médicale (dépenses de fonctionnement de la pharmacie, de la stérilisation, des services d'hygiène, du biomédical) réparties au prorata des consommations enregistrées au groupe 2 (dépenses médicales et pharmaceutiques).

Des dépenses médico-techniques (dépenses de fonctionnement des laboratoires, de l'imagerie, des blocs opératoires, des explorations fonctionnelles) réparties au prorata des lettres clés B, Z et K consommées.

Des dépenses de restauration et de blanchisserie réparties au prorata des journées.

Des dépenses de gestion générale (administration, services techniques, transports, distribution, brancardage, frais financiers, amortissement des bâtiments ...) réparties au prorata des charges nettes.

Les recettes subsidiaires (produit de certaines activités des services) ont été déduites des dépenses directes.

Il s'agit donc bien ici de coûts complets correspondant au contenu des tarifs.

1.3.2 Comparatif dépenses / recettes : le choix du département de Médecine interne et onco-hématologie

Un écart positif signifie que l'unité médicale couvre ses dépenses grâce à la facturation (fictive pour l'instant) de ses activités et parvient à dégager un excédent. Un écart négatif signifie que les dépenses sont actuellement supérieures au produit des activités et que le surplus (déficit) doit être financé par l'excédent provenant d'autres secteurs.

A) La détermination de la cible de notre étude

Il ressort de la simulation T2A que les principaux services déficitaires sont l'unité de réanimation chirurgicale, le département de chirurgie tête et cou (ophtalmologie principalement), la chirurgie pédiatrique et le département de Médecine interne et onco-hématologie, dit « Reilly », du nom du bâtiment regroupant ses activités. Les contingences propres à la réalisation du stage nous amènent à retenir ce dernier, d'autant plus qu'il correspond à un « pôle » dans le cadre des dernières versions disponibles du découpage de l'établissement en vue de l'expérimentation « nouvelle gouvernance ». Le département comprend une unité médicale de diabétologie organisé en hôpital de

semaine (UM 4157), une unité médicale de diabéto-endocrinologie dite « Reilly 3 » (UM 4153), une unité d'oncologie médicale « Reilly 2 » (UM 4152), une unité d'onco-hématologie « Reilly 1 » (UM 4151) et une unité de médecine interne au statut d'hôpital de jour « Reilly 0 » pour l'UM 4154. Ces trois dernières unités médicales, qui correspondent à l'activité d'oncologie du département, présentent toutes un solde budgétaire déficitaire dans le cadre de la simulation T2A, quand les deux autres unités médicales ont un comparatif recettes / dépenses positif. Au final, la projection du solde du département de médecine interne et onco-hématologie est déficitaire de 505 773 euros. Elle se répartit comme suit pour les trois UM déficitaires retenues dans notre étude, sur la base de l'activité de l'exercice 2003 :

- l'UM 4154 dégage des recettes de 2 052 513 euros pour des dépenses de 2 562 238 euros et un solde déficitaire de 509 725 euros.
- l'UM 4151 dégage des recettes de 3 441 388 euros pour des dépenses de 3 768 906 euros et un solde déficitaire de 327 518 euros.
- l'UM 4152 dégage des recettes de 2 532 494 euros pour des dépenses de 2 911 572 euros et un solde déficitaire de 379 078 euros.

Nous disposons également des premières tendances de l'exercice 2004 en ce qui concerne les recettes calculées à partir des tarifs de référence nationaux (forfaits de séjours et de soins ou GHS) appliqués aux GHM produits par le CH du Mans. Les GHM sont issus du recueil PMSI :

- _ Résumé de Sortie Standardisé produit par une seule Unité médicale = RSS mono-séjour (ou RSS mono-rum), groupé dans un GHM.
- _ Résumé de Sortie Standardisé produit par au moins deux unités médicales = RSS multi-séjours (ou RSS multi-rum), groupé dans un GHM.

Le principe méthodologique de répartition de la recette par unité médicale en ce qui concerne les RSS mono-séjour est d'une imputation entière à l'UM qui a produit le séjour. La recette des RSS multi-rum est répartie au prorata de la durée de séjour dans chaque UM. Ceci est valable pour l'ensemble tarif de base + journées extrêmes hautes, quant à la recette liée aux journées de réanimation elle est imputée au seul service qui a produit ces journées (ce dernier cas de figure ne concerne pas les trois unités médicales que nous étudions).

Toujours dans le cadre d'une simulation T2A intégrale, la valorisation de l'activité codée du premier trimestre 2004 projetée en année pleine donne, pour la partie « sous-total GHS » des recettes, les résultats suivants :

- _ UM 4151 : 2 502 872 euros pour l'année 2004 (contre 2 932 921 euros en 2003)
- _ UM 4152 : 1 455 868 euros pour l'année 2004 (contre 1 836 332 euros)
- _ UM 4154 : 1 740 568 euros pour l'année 2004 (contre 1 529 379 euros).

Ces projections nous confortent sur le choix des UM traitées, puisqu'à structure de coûts équivalente, le solde globalement déficitaire constaté sur la base de l'activité codée en 2003 va vraisemblablement s'accroître en 2004.

Dans l'optique de la mise en place du contrôle de gestion au CH du Mans, nous avons vu que l'hypothèse de le compléter par une approche en terme de gestion des processus a progressivement émergée à la rencontre de deux facteurs.

Tout d'abord, la direction se doit d'apporter des éléments de réponse aux premières réactions suscitées suite à la diffusion auprès des chefs de service des premières simulations budgétaires 100% T2A par unités médicales (UM). Cet impératif s'est avéré d'autant plus crucial que se profile la perspective d'une publication mensuelle d'un tableau de bord orienté T2A pour les UM qui prendront part à l'expérimentation dans le cadre de la nouvelle gouvernance. L'échéance est fixée initialement au mois d'octobre pour le service de néphro-dialyse, et début 2005 pour les services partie prenante aux quatre pôles expérimentateurs qui seront retenus (liste non définitive au moment de la rédaction).

Dans un second temps, notre hypothèse d'une gestion par les processus, relayée ensuite par des éléments méthodologiques et pratiques qui ont contribué à nourrir la conviction que s'attacher à l'étude des interfaces (et donc à la coordination des acteurs partie prenante de la prise en charge des patients) reviendrait à s'attaquer à l'un des principaux gisements d'économie, celui de l'inorganisation des interventions. Voici les quatre critères qui ont présidé au choix d'une étude portant sur le processus retenu :le circuit des chimiothérapies au niveau du pavillon Reilly.

B) La cohérence avec les objectifs stratégiques de l'établissement.

A partir des axes stratégiques de l'hôpital, il est possible de déterminer les processus qui contribuent fortement, faiblement ou peu à la stratégie décidée. Un processus dont le résultat concourt à l'atteinte des objectifs stratégiques sera sélectionné en priorité. Ce critère souligne l'importance du projet d'établissement, dont le rôle constitue justement à fixer, à partir d'un diagnostic de l'existant, des objectifs à atteindre et les moyens d'y parvenir. Le projet d'établissement du CH du Mans, validé par les instances en juin 2004 constituera une référence à partir de laquelle pourront être examinés et priorisés dans le temps les différentes UM dont le compte de résultat déficitaire appellera un traitement spécifique de la part du contrôle de gestion.

En l'occurrence, le circuit des chimiothérapies est sur l'agenda de la direction dans un cadre institutionnel en tant « qu'action prioritaire » retenue au titre du Contrat relais 2003-2004 négocié entre le CH du Mans et les tutelles. En effet, le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire a reconnu le Centre Hospitalier du Mans comme établissement de référence de secteur sanitaire, tant en ce qui concerne les disciplines de médecine, chirurgie et obstétrique, que pour ce qui est des activités de soins de suite et de gériatrie. Le Projet d'Etablissement, définissant les grandes orientations du Centre Hospitalier sur la période 1999 – 2003, ainsi que le Contrat d'Objectifs et de Moyens, couvrant l'impact financier du Projet sur 1999 – 2002, ont été les principaux vecteurs de cette politique.

Au début de l'année 2003, le Centre Hospitalier du Mans est confronté à une triple contrainte, en termes de recomposition de son environnement sanitaire et stratégique, d'évolution de ses organisations internes en lien avec les besoins de son bassin de population et d'adaptation de ses moyens financiers dans un contexte de contraintes budgétaires au niveau national. La mise en place d'un nouvel exercice de contractualisation avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, qui assure la transition entre la dernière année d'application du Projet d'Etablissement et l'entrée en vigueur du futur Projet et de son COM à compter de l'exercice 2004, a permis au Centre Hospitalier de mieux répondre à ces défis.

Plusieurs secteurs d'activités stratégiques sont plus particulièrement au cœur de cette problématique. Ils nécessitent à court, moyen et long terme une réflexion constructive et la mise en œuvre d'un programme d'actions d'une ampleur suffisante pour engendrer de nouvelles marges de manœuvre en termes d'organisation. L'enjeu du contrat est d'améliorer la prise en charge des patients au sein de secteurs hospitaliers bien identifiés, soumis à de fortes contraintes en termes d'activité ou d'évolution de la

demande de soins par rapport aux capacités dont ils disposent. Le contrat entre le Centre Hospitalier et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation permet, dans chacun de ces secteurs, soit de consolider d'un point de vue quantitatif et qualitatif les organisations existantes ainsi identifiées que sont la cancérologie, le DIM, les maladies respiratoires, et la rhumatologie, soit de proposer des pistes d'évolution afin d'impulser des dynamiques d'organisations nouvelles à court et moyen terme (Bloc opératoire, Prise en charge des urgences). Les volets Imagerie Médicale et Pôle Femme – Mère – Enfant partagent ces deux logiques.

La procédure d'évaluation, inscrite au sein du contrat, permet de suivre la réalisation de ces projets et de dresser un bilan, avant d'entrer dans le processus du nouveau Projet d'Etablissement et du futur Contrat d'Objectifs et de Moyens. C'est à ce stade que se situe notre intervention, l'action précédemment engagées en terme d'enquêtes sur le circuit des chimiothérapies devant être reconduite en juin 2004 dans la perspective de l'évaluation du Contrat relais prévue en octobre avec l'ARH.

C) L'impact du processus

Les services de Reilly occupent une place prépondérante dans l'activité en cancérologie du Centre Hospitalier, avec près de 70% des ordonnances de chimiothérapies distribuées par la pharmacie en 2001 (22% pour Reilly 0 qui pratique l'hospitalisation de jour, 20% pour Reilly 1 et 28% pour Reilly 2), contre 19% en pneumologie, 4% en pédiatrie et 7% dans les autres services (médecine interne de Tardieu, rhumatologie...). Les services de Reilly 1 et 2 connaissent sur l'année 2001 et le premier semestre 2002 une forte augmentation du nombre d'entrées, couplée à une diminution sensible de la durée moyenne de séjour.

Ainsi, sur Reilly 1 le nombre d'entrées a augmenté de 7% en 2001 par rapport à 2000, et de 38,5% entre les premiers semestres 2002 et 2001, alors que la durée moyenne de séjour diminuait sur ces deux périodes de respectivement 6% et 33% (elle est aujourd'hui de 4,63 jours, contre 6,57 jours en 2000). Le phénomène est identique sur Reilly 2, où le nombre d'entrées a cru de 31% en 2001 par rapport à 2000 et de 20% entre les premiers semestres 2002 et 2001, pendant que la durée moyenne de séjour se réduisait sur ces deux périodes de respectivement 30% et 20% (elle est aujourd'hui de 3,21 jours, contre 5,2 jours en 2000). Parallèlement, les données issues de l'analyse des charges de travail (SIIPS) révèlent que le nombre de journées par patients s'est accru entre les premiers semestres 2002 et 2001 (+ 436 jours pour Reilly 1 et + 90 jours pour Reilly 2) alors que

l'effectif infirmier est resté relativement stable sur la période 1998 – 2002 : + 0,35 ETP d'IDE pour Reilly 1 (soit 10,1 ETP IDE pour 28 lits) et + 0,50 ETP d'IDE sur Reilly 2 (soit 10,5 ETP d'IDE pour 24 lits).

Cette augmentation sensible de l'activité sur une période extrêmement courte, avec des effectifs quasi constants, oblige les équipes soignantes à travailler à flux tendus (pas de possibilité de prise de jours RTT depuis le début de l'année, malgré les renforcements successifs des pools de remplacement), tout en représentant un risque permanent pour la sécurité des patients. En effet, les équipes soignantes doivent travailler plus rapidement, multipliant ainsi les risques d'erreurs, et un glissement de l'activité de jour sur les équipes de nuit tend à s'instaurer, porteur de dysfonctionnements potentiels (augmentation des soins techniques la nuit en dehors des heures de présence médicale).

D) La gravité estimée des dysfonctionnements.

Le diagnostic initial dressé à l'appui de l'inscription du circuit des chimiothérapies parmi les actions prioritaires retenues dans le Contrat relais indique clairement le constat partagé suivant : le circuit des chimiothérapies au CHM connaît depuis des années de nombreux dysfonctionnements à chaque étape de la chaîne : ordonnance (médecin du service), confirmation le jour « j » de l'aptitude du patient à recevoir la chimiothérapie (donnée par l'équipe soignante à la pharmacie, après réception des résultats de laboratoire), fabrication centralisée des chimiothérapies à la pharmacie, contrôle du produit fini par un pharmacien, transport des poches par le service central des courses, réception dans le service et administration au patient (cette dernière étape peut prendre plusieurs heures). Or, du fait de l'augmentation du nombre de chimiothérapies à préparer et d'une mauvaise coordination de chaque acteur au sein de la chaîne de soins, le délai entre la confirmation donnée par le service de soins (généralement dans la matinée) et le début de l'administration du produit au patient varie de 1h35 à 6h50... Outre l'insatisfaction des patients (augmentation du nombre des plaintes) des différents services (soignants, pharmacie, transports), deux motifs de non qualité ressortent plus particulièrement : certaines chimiothérapies continuent à être administrées la nuit en dehors de présence médicale, et il est nécessaire parfois d'admettre en hospitalisation conventionnelle des patients qui étaient entrés en hospitalisation de jour. Face à ces dysfonctionnements, le Centre Hospitalier souhaite s'engager dans un processus de coordination et de mise en assurance qualité, en développant une démarche participative associant l'ensemble des acteurs sous le pilotage du Comité d'Aménagement et de Réduction du Temps de Travail par les Organisations Nouvelles (CARTTON).

Il apparaît clairement à travers ce premier diagnostic initié par les acteurs eux-même que tous les éléments constitutifs d'une gestion par les processus sont réunis : des dysfonctionnements avérés consécutifs à des défauts dans la coordination des acteurs, lesquels se répercutent sur l'organisation des services partie prenante ainsi que sur la qualité du traitement administré aux patients en bout de chaîne. L'état des lieux du système d'information et de l'utilisation de la comptabilité analytique au CHM décrit précédemment ne doit pas dispenser d'agir sous prétexte de ne pouvoir cerner finement le poids financier du processus des chimiothérapies. A la suite de Keynes, il nous semble qu'il « faut cesser d'avoir tort avec précision pour commencer à avoir vaguement raison ». Il ne s'agit donc pas de se lancer dans des calculs d'une précision extrême, mais plutôt d'avoir des ordres de grandeur pour estimer son poids en valeur absolue ainsi qu'en valeur relative par rapports aux autres processus qui seraient susceptibles d'être l'objet d'une analyse.

⇒ état des lieux du processus à la veille de l'enquête d'évaluation réalisée en juin 2004

La réflexion sur l'activité de chimiothérapies a débuté à la fin du premier semestre 2002. Après l'élaboration de l'état des lieux et de pistes de réflexion de réorganisation associant l'ensemble des acteurs concernés, les derniers mois de l'année 2002 ont été l'occasion de mener une série d'expérimentations afin d'améliorer le circuit des chimiothérapies : priorisation de la fabrication des chimiothérapies (ordre de fabrication défini en lien entre les services de soins et la pharmacie), optimisation de l'organisation du travail au sein de la pharmacie (permise notamment par l'affectation d'un poste de préparateur supplémentaire du fait de la RTT), augmentation de la fréquence des transports, sensibilisation et information des acteurs médicaux et non médicaux sur leurs obligations et rôles respectifs dans le cadre d'une démarche qualité. Cette coordination doit se poursuivre en 2003, en privilégiant deux axes : expérimentations d'organisations et formalisation des procédures. Toutefois, il faudra également prendre en compte suffisamment en amont les conséquences architecturales de l'augmentation structurelle du nombre de chimiothérapies. En effet, il n'y a qu'une seule hotte à flux laminaire à la pharmacie pour préparer les chimiothérapies, la capacité de production est donc nécessairement limitée, d'autant plus que la configuration actuelle des locaux ne permet pas d'envisager l'installation d'une seconde hotte.

Suivi et évaluation

Des bilans réguliers ainsi qu'un rapport annuel d'activité sur l'activité de chimiothérapie sont prévus dans le cadre de l'évaluation des engagements contractuels passés avec l'ARH dans le cadre du Contrat relais. Ceux-ci doivent nous renseigner sur le nombre de séances, le nombre de patients traités, l'évaluation du circuit des chimiothérapies dans l'établissement, ainsi que la mise en place d'un processus d'assurance-qualité concernant le circuit des chimiothérapies (étude réalisée dans le cadre du CARTTON).

Trois enquêtes ont ainsi été réalisées, respectivement en juin 2002, février 2003 et juin 2004²³. La première d'entre elles visait avant tout une connaissance plus fine du circuit des chimiothérapies entre la pharmacie et les services de Reilly, sans poser d'objectifs à atteindre. La seconde enquête, réalisée en 2003, a permis de dresser un premier bilan dont les caractéristiques principales sont les suivantes. Au niveau de l'activité de pharmacotechnie, grâce à la présence quotidienne de quatre préparateurs, les délais de livraisons ont été diminués à tous les niveaux. Les points à améliorer consistent dans la date et l'heure d'arrivée des prescriptions pour les chimiothérapies programmées. En théorie, celles-ci doivent être transmises à la pharmacie le jeudi de la semaine précédent la cure programmée, ce qui permet à la pharmacie d'anticiper sur les commandes de produits ainsi que la préparation des plateaux, tout en fluidifiant la gestion des stocks.

Seulement, l'enquête réalisée en juin 2004 a montré une évolution contrastée des résultats. Certains des indicateurs retenus dans le cadre de l'enquête sont orientés à la baisse, notamment celui du délai moyen entre l'heure du premier « OK chimio » reçu à la pharmacie et le lancement de la préparation de la première cure. Ce temps de latence est crucial, puisqu'il marque le lancement de l'ensemble des préparations de la journée (16 cures en moyenne), et que tout retard enregistré au départ décalera d'autant la préparation de l'ensemble, et in fine se traduira par des délais de livraison allongés dans les services. Ce temps de latence était de 45 minutes en moyenne en 2002, ramené à 25 minutes dans l'enquête de 2003, pour remonter à 41 minutes en 2004. Par ailleurs, si le nombre de chimiothérapies livrées est en augmentation constante entre les trois exercices, le nombre de préparateurs a également été relevé en conséquence. Par ailleurs, plus du tiers des préparations sont livrées dans les services passé un délai de trois heures, quand l'objectif raisonnable serait une livraison comprise dans une fourchette allant de deux à trois heures. Enfin, l'étude telle qu'elle est organisée depuis 2002 présente l'inconvénient d'être par trop « pharmaco-centrée ». A savoir que l'ensemble des données collectées tourne autour de la contribution et de l'organisation

²³ Les résultats de l'enquête de juin 2004 figurent en Annexe 2.

interne de la pharmacie, en négligeant d'autres acteurs de ce circuit. A commencer par le service du transport, que ce soit entre la pharmacie et les services ou entre les services et le laboratoire. Or, nous avons vu qu'une part non négligeable des surcoûts est imputable à des défauts de coordination entre les acteurs qui interviennent dans une prise en charge. C'est pourquoi la perspective d'une prochaine enquête à réaliser au dernier trimestre de l'année 2004 afin d'évaluer l'impact du passage à l'informatisation de l'envoi des ordonnances nominatives entre les services et la pharmacie sera mise à profit pour envisager le circuit des chimiothérapies en tant que processus global.

Avant d'étudier en quoi l'application de la gestion par les processus au circuit des chimiothérapies peut permettre de réduire des surcoûts liés à des défauts d'organisation, nous envisagerons au préalable l'étude du poids économique du processus étudié.

1.4 Evaluation du poids du processus étudié

Les informations dont nous disposons par le biais du recueil du PMSI et des données issues de notre comptabilité analytique ne permettent pas une évaluation précise du poids du processus des chimiothérapies proprement dit. En effet, le circuit étudié dans le champ de cette étude met en jeu une pluralité d'acteurs que sont trois unités médicales, l'unité centrale de distribution à travers les coursiers pharmacie et laboratoires, et la pharmacie elle-même. Pour autant, le processus de prescription, de préparation et de distribution d'une chimiothérapie anticancéreuse ne représente pas la seule activité de chacun de ces acteurs. A défaut de pouvoir opter pour une étude de type méthode ABC, quels ordres de grandeurs sont en jeu dans le champ de cette étude ? Nous allons considérer les renseignements dont nous disposons en routine par le biais du recueil PMSI et des données issues de la comptabilité analytique et qui permettent de cerner au plus près le « poids » du processus étudié.

1.4.1 Les données issues de la comptabilité analytique

La première approche dont nous disposons est celle de la simulation budgétaire de type T2A appliquée aux UM et présentée ci-dessus. Elles nous renvoient une vision juste de la valorisation de l'activité réalisée dans les services ainsi que des dépenses directes et indirectes qui lui sont rattachées, mais cette activité ne se résume pas aux chimiothérapies. Cependant, toujours dans l'optique de cerner au plus près les données

financières engagées par le processus étudié, nous pouvons en isoler plus finement deux composantes.

A) Le coût des examens de laboratoire lié aux demandes de numération pour les chimiothérapies

La ligne « services médico-techniques » du compte de résultat édité par service est en effet globalisée et, outre les coûts du laboratoire qui lui sont rattachés, elle comprend ceux de l'imagerie, de l'exploration fonctionnelle, et du bloc opératoire. A partir des données recensées par les services pendant l'enquête réalisée en juin 2004 (voir annexe), nous pouvons extrapoler pour les trois services le nombre de « B » réalisés. En moyenne, 58 chimiothérapies sont administrées par semaine dans les trois unités médicales. Trois demandes de numération sont faites par patient (toujours en moyenne), ce qui donne un total de 9 048 sur l'année 2004. Ces demandes d'analyse (NFS) envoyées au laboratoire sont cotées « B40 », ce qui donne un total de 361 920 « B » réalisés pour les chimiothérapies dans les trois services. Le coût du « B » au CH du Mans s'élevant en 2004 à 0,197 euros (coût complet), le coût des examens de laboratoire lié aux demandes de numération pour chimiothérapies des trois services s'élèverait à 71 298 euros. Ce montant est à rapprocher des 818 668 euros de la ligne « services médico-techniques » pour ce qui concerne les trois unités médicales.

Nous pouvons noter que cette estimation financière ne peut pas être faite directement à partir d'une requête informatique auprès du laboratoire. En effet, seules les demandes d'analyses pour numération sont comptabilisées, et la notion d'analyse *pour chimiothérapie* relève du domaine du « renseignement clinique » complémentaire à la demande d'analyse. Cette information est bien prise en compte, mais elle ne peut pas faire l'objet d'une extraction directe, sauf à reprendre manuellement les listings du laboratoire à des fins de pointage. Hypothèse non retenue dans le cadre de cette étude. Encore une fois, les données sont grossières, mais à ce stade ce sont les ordres de grandeur qui nous intéressent.

B) La part des « dépenses médicales et pharmaceutiques » rattachées aux trois services

Elle peut être approchée plus finement qu'à travers le compte de résultats par UM en isolant la part de celles qui correspondent aux médicaments anticancéreux et aux traitements associés aux chimiothérapies anticancéreuses. Ces chiffres sont disponibles auprès de la Pharmacie, qui les diffuse chaque trimestre par centre de responsabilité. Le

total de ces consommations médicamenteuses de cancérologie pour les trois services s'est élevé en 2003 à 1 906 657 euros, à rapprocher du total de leurs dépenses médicales et pharmaceutiques de 2 964 998 euros sur la même période. La projection des consommations de médicaments de cancérologie pour l'année 2004 sur la base du réalisé pour le premier trimestre s'élève à 2 240 764 euros, en hausse de 17,52 % par rapport aux consommations de l'année 2003.

Le poids du processus étudié peut être complété sur la base des enseignements disponibles à travers le recueil du PMSI.

1.4.2 L'approche par le PMSI

Nous avons vu précédemment que les données issues du recueil PMSI ont comme vocation première d'être utilisées au niveau global d'un établissement. Cette exploitation répond à la vocation d'un outil envisagé initialement comme un instrument de régulation et de péréquation dans l'allocation de ressources à l'échelle régionale. L'intérêt de l'outil PMSI réside avant tout dans les données quantitatives d'activité qu'il fournit, et cela avant tout à l'échelle d'une structure qu'est l'établissement de santé dans son ensemble. La pertinence de l'exploitation qui en est faite est d'autant plus grande que le niveau de cette structure est agrégé. Plus on a recours à son analyse dans un champ réduit, et plus les renseignements fournis sont d'une interprétation difficile en l'état.

Cependant, une fois ces précisions méthodologiques posées, considérons les enseignements que nous apporte le recours aux données du PMSI ramené dans le champ de notre étude au circuit des chimiothérapies.

- Les trois unités médicales considérées dans le champ de l'étude sont l'UM 4154 (médecine interne – hôpital de jour), l'UM 4151 (onco-hématologie) dite Reilly 1 et l'UM 4152 (oncologie médicale) dite Reilly 2. Ces trois unités médicales sont également trois unités fonctionnelles (UF) respectivement UF 4154, UF 4151 et UF 4152.

- Les axes d'analyse disponibles par le biais des informations dont on dispose en routine sont de plusieurs ordres. Nous nous attachons ici à voir quels sont les enseignements que l'on peut en tirer quant à l'existence d'éventuels dysfonctionnements par défaut de coordination dont ces UM seraient l'objet.

A) Le suivi des mutations inter services

Ces données sont disponibles dans le cadre du rapport annuel du DIM, et de ce fait n'autorisent qu'un constat a-posteriori, sans possibilité d'alimenter de manière automatisée un tableau de bord mensuel de service. Cependant cette piste peut être envisagée à terme à compter du premier trimestre 2005, dans la mesure où la mise en service à cette période d'un nouveau logiciel du DIM devrait permettre de fournir cet indicateur en temps réel sur l'intranet de l'établissement.

Pour ce critère, une requête de ce type n'est pas pertinente en ce qui concerne l'UM 4154. Son activité est en effet constituée exclusivement de séances, à savoir des venues itératives d'un patient regroupées sous la forme d'un seul «séjour» (même diagnostics, mêmes actes) affectées d'un nombre de séances correspondant. La version 7 de la classification des GHM compte huit libellés de type séances, dont l'un pour les chimiothérapies en séances (GHM 681). Pour l'année 2003, l'activité de l'UM 4154 se résume en 2235 séances pour un nombre total de 2917 séjours, la DMS dans cette UM étant par définition égale à 1,00 jour.

Les données disponibles concernant l'UM 4151 nous enseignent qu'en 2003 un total de 153 mutations lui ont été adressés en provenance d'autres services, alors qu'elle a pour sa part effectué 83 mutations à destination d'autres services. Les principaux échanges dans les deux cas sont en lien avec l'UM 51.11 « chirurgie générale et digestive ». Ces chiffres sont à rapprocher du nombre de séjours réalisés dans l'UM en 2003, à savoir un total de 1408, pour un taux de multi-séjours de 15,41%.

La même approche en ce qui concerne l'UM 4152 nous apprend qu'elle a initié 54 mutations vers d'autres services pour un nombre de mutations adressées de 144, dont 83 provenant d'un service de chirurgie générale et digestive. Données à mettre en rapport avec le total de 1333 séjours réalisés en 2003, pour un taux de multi-séjours de 13,88%.

Il ressort directement de cette observation deux constats. D'une part que les questions de coordinations et d'interfaces avec ces deux unités médicales concernent essentiellement le service de chirurgie générale et digestive. D'autre part, que des transferts de ces services entre eux et plus généralement au sein de la structure qu'est le département de Médecine interne et d'onco-hématologie dit « Reilly » ne devraient théoriquement pas se produire. Or on dénombre un total de 79 mutations pour l'année 2003 qui mettent en jeu les UM de ce département. Cependant, sans entreprendre davantage de recherche sur ce thème qui n'est pas dans le champ strict de notre sujet, une première clé explicative se trouverait dans les mutations générées du fait des fermetures annuelles de lits.

De façon générale, ces informations nous renseignent sur un certain type d'organisation concernant les services dans le champ de notre étude, mais ne portent pas sur le circuit des chimiothérapies isolé précisément.

B) Les séjours de patients hospitalisés pour chimiothérapies

La plupart de ces séjours se font dans le cadre des séances à destination de patients programmés sur la journée pour lesquels le diagnostic a été posé préalablement et le type de cure validée après avis en staff pluridisciplinaire. Sur ce point un indicateur du type durée moyenne de séjour reste « muet » pour l'analyse puisque dans ce cas elle est invariablement égale à 1. Or elle constitue une part non négligeable de l'activité des trois UM que nous envisageons, et toute l'activité en ce qui concerne l'unité 4154 Médecine interne-hôpital de jour. Cette activité de chimiothérapie se concentre dans le GHM 681 de la CM 24 si elle est pratiquée en séance. Cependant, une DMS égale à 1 ne nous renseigne pas pour autant sur la qualité d'organisation du circuit de la prise en charge des patients, comme l'attestent les premiers éléments de diagnostic recensés à l'appui de la demande de moyens supplémentaires dans le cadre de l'argumentaire développé dans le Contrat relais négocié avec l'ARH.

Pour le restant, il s'agit de séjours classiques en hospitalisation conventionnelle, pour lesquels le PMSI ne permet pas de dénombrer les séances effectuées pendant la durée du séjour et qui correspondent à des consommations de chimiothérapies. Le repérage de ces chimiothérapies est délicat puisque cette activité se concentre dans les GHM 585 à 587 de la CMD 17 si elle constitue l'élément essentiel du séjour. Par ailleurs, pour les patients qui se (re)présentent a priori pour une chimiothérapie mais pour qui le bilan des examens fait apparaître un résultat autre, c'est cette complication qui sera codée comme diagnostic principal. Ces cas n'apparaîtront pas dans les requêtes faites au titre des chimiothérapies. Quant à effectuer des requêtes visant à évaluer un éventuel impact sur ces DMS des actions entreprises dans le cadre d'une gestion par les processus appliquée au circuit des chimiothérapies, cela nécessiterait de procéder à des études de cas en reprenant les dossiers patients.

Ainsi nous constatons que l'exploitation des données issues du PMSI comprennent un certain nombre « d'angle mort » qui ne permettent pas un suivi en routine exploitable, que ce soit immédiatement ou dans l'hypothèse d'un suivi des chimiothérapies « administrées » dans les trois services qui sont dans le champ de notre

étude. A l'évidence, une évaluation orientée sur la DMS n'est pas la plus pertinente dans notre cas, ou du moins doit être complétée par d'autres types d'approche.

C) L'indice de performance

Il est néanmoins possible d'affiner l'analyse en la rapprochant de notre circuit des chimiothérapies en procédant à la requête suivante auprès du DIM via la CIM 10. A cet effet, nous ciblons cette requête sur les unités médicales que nous suivons les populations de patients pour lesquels l'objet principal diagnostiqué dans la CMD de leur séjour correspond à « tumeur maligne », et dont le codage « Z 511 » est spécifique à la chimiothérapie. Pour ceux-là, nous disposons d'un indice de performance. celui-ci mesure l'écart entre la DMS constatée pour un GHM(x) que l'on peut rapporter à la DMS standardisée de ce même GHM(x). Cette dernière correspond au rapport entre d'une part, le nombre de journées théoriques si la DMS constatée était égale à la DMS nationale, et d'autre part le nombre de journées effectivement réalisées. La référence correspond au quotient « 1 ». Si le quotient obtenu pour le GHM considéré est inférieur à 1, alors nous avons une première indication selon laquelle la performance de l'organisation médicale du service est moins efficiente que celle de la moyenne nationale (et inversement). Le médecin DIM considère qu'un indice de performance compris entre 0,9 et 1 reste dans des proportions « correctes », en ce sens que dans cette fourchette les variables explicatives sont généralement contingentes et peuvent s'expliquer la qualité du codage dans le service ou encore un échantillon de RUM relativement faible. Pour un indice de performance qui se situe en deçà de 0,9 en revanche, la dimension organisationnelle du service peut être interrogée.

En ce qui concerne les deux unités médicales 4151 et 4152, l'indice de performance des RUM avec chimiothérapie pour tumeur sans comorbidité associée (qui correspondent au GHM 17MO6V) est respectivement de 0,73 et 0,77 pour les données de la base PMSI de 2003. Les échantillons considérés sont représentatifs, avec 193 RUM pour 889 journées concernant l'UM 4151 et 114 RUM pour 500 journées en ce qui concerne l'UM 4152. Nous pouvons donc en déduire que la performance de l'organisation médicale mesurée à travers la DMS en ce qui concerne l'activité de chimiothérapie dans les deux services objets de notre étude est perfectible. Cela ne signifie pas pour autant que toutes les causes explicatives de cet indice déficient sont directement imputables au service puisque nous verrons à travers l'étude des interfaces et de la coordination des acteurs du circuit des chimiothérapies que les temps d'administration de la drogue dépendent d'autres prestataires.

En tout état de cause, nous disposons à travers le suivi de l'indice de performance d'un indicateur disponible en routine par le biais du PMSI et qu'il conviendra de suivre dans le cadre de l'évaluation des améliorations que nous pourrions apporter au circuit des chimiothérapies.

D) Synthèse de l'exploitation des bases de données

Nous constatons que les outils à notre disposition, que ce soit l'utilisation du PMSI ou la comptabilité analytique, ne peuvent à eux seuls contribuer à fournir une réponse durable aux dysfonctionnements nés du défaut de coordination dans l'articulation des différents intervenants qui concourent à la prise en charge des patients. Cette impuissance réside fondamentalement dans la manière dont ces outils de mesure et de contrôle conçoivent l'économie de l'hôpital qui est en elle-même réductrice de la complexité des processus mis en œuvre. Les outils en place font l'impasse sur l'organisation à l'intérieur de l'hôpital. Ainsi du PMSI, qui reste fondamentalement centré sur la consommation de ressources plus que sur la recherche de lien de causalité entre les prises en charge déployées et les consommations de ressources. En rattachant l'ensemble des moyens médicaux, techniques et logistiques aux produits de l'activité de soins représentés par les GHS, il opère une (inévitabile) réduction de la réalité organisationnelle en ce qu'il codifie un résultat plus qu'il ne permet de comprendre un processus. En effet, les informations produites n'expliquent ni la manière ni la pertinence avec laquelle les moyens sont mobilisés.

A défaut de pouvoir nous renseigner sur l'analyse des procédures et des activités nécessaires à la production des soins, ces outils fonctionnent à l'aveugle en contrôlant les ressources et les résultats sans permettre de s'attacher à comprendre et à modifier les causes profondes des dysfonctionnements du système. C'est pourquoi le décideur hospitalier se retrouve face à l'alternative suivante : la conviction qu'engager une action centrée sur une gestion par les processus s'attacherait à s'attaquer à la source même des principaux dysfonctionnements, lesquels expliquent une partie conséquente des surcoûts entraînés par ce gaspillage de ressources ; et la certitude de ne pouvoir évaluer son action en terme de retour sur investissement, faute de disposer des outils techniques qui permettraient de procéder à cette estimation. Il s'agit alors de s'engager dans une démarche marquée par de nombreuses incertitudes en étant armé principalement de sa conviction quant à la justesse de son analyse.

Le processus qui fait l'objet de notre étude est maintenant retenu, le périmètre des acteurs qui entrent dans le champ sont identifiés, reste maintenant à décliner une méthodologie de pilotage par les processus. Pour ce faire, nous pouvons nous référer utilement à l'ouvrage de Jean-Pierre Claveranne et Christophe Pascal, «Repenser les processus à l'hôpital » en ce qu'il propose une approche méthodologique concrète du pilotage par les processus. La spécificité du processus étudié et les difficultés qu'il y a à pour le cerner précisément renvoie non seulement aux caractéristiques propres des outils de mesure et d'évaluation que nous avons présenté, mais également à la singularité de chaque trajectoire individuelle des patients. Celle-ci ne signifie pas pour autant l'impossibilité absolue de rationaliser. La diversité en apparence irréductible des prises en charge masque en fait l'existence d'invariants organisationnels, de passages obligés constitués de séquences d'activités stables et répétitives quelles que soient les caractéristiques et réactions du patient. Le repérage de ces îlots d'ordre au milieu de l'océan de désordre dont les prises en charge hospitalières donnent souvent l'image ouvre des perspectives au gestionnaire hospitalier : s'il est impossible de rationaliser complètement une prise en charge, il est en revanche envisageable de standardiser et formaliser un certain nombre d'étapes au sein de celle-ci correspondant à des processus majeurs critiques en termes de qualité, de sécurité et de consommation de ressources.

La stabilisation de ces étapes majeures dans le processus étudié permet de façon indirecte de garantir sinon une invariabilité, du moins un certain degré de cohérence et d'homogénéité des prises en charge dont les variations sont désormais contenues au sein d'une bande passante définie au moyen d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs.

1.5 L'initialisation de la démarche

1.5.1 .Une démarche participative pour dissiper la méfiance

L'expérience acquise pendant l'application de la démarche de gestion par processus au circuit des chimiothérapies nous a montré que sa réussite est conditionnée par le bon vouloir et la coopération des acteurs concernés. Nous avons pu constater que parmi les questions à élucider et les craintes à démystifier figurent le plus souvent les points suivants.

- A) Disposer au sein de son établissement d'un «réfèrent méthodologique » qui possède la méthodologie d'une gestion par les processus.

En effet, si cette méthode a un caractère effectivement chronophage, elle présente l'avantage de bien se métaboliser une fois qu'elle a été un minimum pratiquée. Afin de capitaliser cette expérience acquise, il est préférable qu'une même personne soit détachée à cette tâche de coordination méthodologique des différentes actions entreprises. Outre le gain de temps et d'efficacité évident que cela entraîne, cela présente comme autre avantage de faciliter l'intervention dans les services et secteurs logistiques concernés. En effet, il apparaît clairement avec la pratique qu'il est difficile pour les agents concernés par l'étude de s'engager dans une description fine et objectivée de leur propres pratiques professionnelles, pour des raisons variées. Le fait d'introduire un « tiers », garant de la méthodologie, rend possible cette appréhension, notamment par le biais de questions « naïves » (mais non dénuées d'arrière pensée) qu'il serait délicat d'aborder frontalement par les acteurs eux-mêmes lorsqu'elles renvoient aux pratiques en vigueur dans leur propre service.

_ L'analyse des processus porte sur la coordination des activités, et pas sur les activités elles-mêmes. Les acteurs en charge du pilotage de la démarche ne sont ni des médecins, ni des spécialistes de la prise en charge soignante, sociale, administrative ou logistique mais des gestionnaires : ils ne sont pas là pour juger de la pertinence et de la maîtrise d'un geste technique. Par exemple, il n'entre pas dans le champ de notre étude de discuter le diagnostic d'un médecin ou son choix du type de cure à administrer.

_ L'analyse vise à réduire les dysfonctionnements, pas à trouver des coupables. Cette recherche des dysfonctionnements a parfois été vécue avec crainte par certains personnels qui y voyaient une remise en cause de leur compétence. Il est important de rappeler régulièrement, à titre pédagogique, que la gestion par processus vise à identifier les causes premières des dysfonctionnements et à les traiter, pas à identifier des responsables pour les réprimander. Cette appréhension est levée à partir du moment où les personnels sont associés à chaque stade de la démarche pour un complément d'information ou pour valider un document. Lorsqu'ils constatent que tout document qui concerne leur activité est préalablement l'objet d'une validation par leurs soins avant de passer à l'étape suivante de la démarche, un climat de confiance s'est instauré. Le message que nous avons fait passer est le suivant : du point de vue organisationnel, l'erreur n'est pas grave en elle-même, c'est sa répétition qui est préoccupante.

_ L'analyse des dysfonctionnements est une analyse collective. Le travail d'amélioration et de reconfiguration du processus ne s'effectue que dans la mesure où un consensus s'établit sur les dysfonctionnements du processus. Cette position permet d'éviter (mais pas toujours !) une concentration excessive des travaux sur les problèmes interpersonnels qui intéressent un nombre réduit d'acteurs et ne relèvent pas à proprement parler de l'organisation.

_ Les acteurs de cette étude sur le processus des chimiothérapies sont les suivants :

- _ pour le pilotage de la démarche : l'élève directeur et un adjoint technique ayant une formation de logisticien ;
- _ pour les trois services de soins de Reilly : cadre supérieure de santé, les trois cadres de santé desdits services
- _ pour la pharmacie : pharmacienne responsable du secteur chimiothérapie, un préparateur chimiothérapie
- _ pour le laboratoire : cadre de santé
- _ pour la distribution : le coursier labo et le coursier pharmacie.

B) L'assimilation du fonctionnement

Nous avons vu que ce qui caractérise la flexibilité des processus de prise en charge au-delà de la variabilité des cas, c'est la difficulté d'anticiper et de gérer par exception. Comme l'a montré Henry Mintzberg, ce qui caractérise les modes de coopération hospitaliers, c'est l'ajustement mutuel. Nous avons constaté à travers les entretiens menés dans le cadre de notre étude que chacun des acteurs a du mal à expliquer le contenu des tâches de son travail et leur séquençage à des non initiés, et connaît mal le celui de ses partenaires en amont et en aval. Cette difficulté est aggravée par l'hyper spécialisation liée à la division du travail, par l'évolution des techniques et des modes d'organisation, et par l'éclatement des prises en charge sur plusieurs plateaux techniques.

L'ensemble de ces éléments a rendu difficile, tant pour les encadrants de la démarche que pour les acteurs du processus, la constitution d'une vision globale du processus des chimiothérapies et de la place de chacun à l'intérieur de ce processus. Aussi la méthode qui nous est apparue la plus simple a consisté à procéder à des entretiens en ne se cantonnant pas à des responsables hiérarchiques mais en interrogeant aussi les acteurs de niveau opérationnel. D'autres méthodologies sont

possibles (chroniques de service, observation participante, visites), l'essentiel étant de l'adapter aux moyens et aux compétences des observateurs ainsi qu'au délai imparti pour la démarche.

C) La production d'une liste d'activités du processus étudié

Chacune des réunions avec les différents acteurs concernés par le processus étudié s'est engagée à partir d'une discussion autour d'un document établi par les deux encadrants. Ce document, présenté sous forme de grille, listait les grandes séquences d'activités accomplies par l'acteur concerné dans le cadre du circuit des chimiothérapies. Ce premier document, support de la discussion, est élaboré à partir des informations que nous avons pu réunir préalablement (enquêtes précédentes, documents élaborés dans le cadre de démarches de type assurance qualité) et se concentre sur les activités qui mettent en jeu des relations avec les autres acteurs du processus. En opérant de la sorte, nous déclinions l'approche qui guide notre intervention à l'origine, à savoir l'étude plus particulière des différentes interfaces, puisque des gisements d'économies potentielles sont dans les défauts d'organisation liés à la mauvaise coordination des acteurs entre eux.

C'est pourquoi nous il nous est apparu plus pertinent de remettre les grilles à tous les agents lors de chaque réunion par type d'acteur, ce qui nous a permis de clarifier le vocabulaire, de poser aux agents les questions qui ont émergé lors du remplissage initial des grilles, et de répondre aux interrogations et aux critiques sur la démarche entreprise qui ne manquent pas de surgir. A l'issue de la réunion, chaque acteur se voit retourner une nouvelle grille qui tient compte de ses remarques et observations, et qu'il est libre de corriger à sa façon. Le plus souvent, les agents ont choisi de se réunir de façon informelle pour procéder à une correction commune ou pour mettre en commun leurs corrections, avant de les faire retourner aux encadrants. les grilles ainsi obtenues sont généralement les grilles définitives. Si quelques zones d'ombre subsistent, une nouvelle itération est effectuée jusqu'à ce que la grille soit considérée comme validée.

Deux types de grilles sont ainsi élaborées : des grilles d'analyse statique (GAS) et une grille d'analyse dynamique (GAD).

1.5.2 Des grilles en deux volets

A) Le premier volet ou l'analyse statique (GAS)

Il s'agit de dresser une liste de tâches, lesquelles sont ensuite regroupées dans des activités, élément de base du processus étudié. Cette grille se centre sur une description des activités sans prendre en compte les interfaces avec les autres activités, processus ou acteurs, et les difficultés générées par ces relations. Ce premier volet de l'analyse se cantonne ainsi dans une vision statique, qui ressemble aux descriptions d'activités que l'on trouve dans un référentiel de compétences. Concrètement, le premier volet de la grille comporte cinq colonnes.

La première colonne intitulée « description » reçoit la description de l'activité sous la forme d'un verbe et d'un complément d'objet.

La colonne « production » identifie ce que produit l'activité, de manière suffisamment palpable et concrète pour être mesurable, que ce soit quantitativement ou qualitativement.

La notion de destinataire permet de repérer le client principal de l'action, à savoir celui qui la reçoit directement, et en cela se distingue du client « final », qui reste le patient.

La colonne « qui » identifie le producteur de l'action, et peut être utilisé ultérieurement dans le cadre de traitements informatiques (tris, transferts dans une base de données). Enfin, la durée globale de l'action est mentionnée, uniquement si son épaisseur est significative.

✓ Les GAS ainsi produites sont au nombre de cinq et couvrent l'ensemble des acteurs impliqués dans le processus étudié. Il s'agit du transport interne à travers le coursier laboratoires (annexe 3) et le coursier pharmacie (annexe 4), des laboratoires proprement dits (annexe 5), des services de soins de Reilly (annexe 6) et de la pharmacie (annexe 7).

B) Le second volet ou l'analyse dynamique (GAD)

Le second volet offre une vision dynamique du fonctionnement de l'entité étudiée en s'intéressant aux interfaces avec les autres entités lors de la réalisation des activités décrites dans les GAD. Ce tri a été effectué sur la base d'un repérage à partir des différentes grilles d'analyse statiques des actions émergeant également au titre de

l'analyse dynamique. Il suffit pour cela d'isoler les activités dont les destinataires sont différents du producteur de l'action.

Cette grille GAD est cruciale pour la suite de la démarche, dans la mesure où, nous l'avons vu, les causes des dysfonctionnements ne sont pas dans les activités elles-mêmes mais dans la façon dont chaque activité se coordonne ou pas avec la suivante et la précédente.

La première colonne «avec qui ?» décrit les partenaires avec lesquels le producteur de l'activité collabore pour réaliser son action. Il ne s'agit donc pas du destinataire de la production de l'activité, mais d'un coproducteur, d'un fournisseur (d'information, de main d'œuvre, de compétence) ou encore d'un récepteur pour la réalisation de l'activité.

La seconde colonne « fréquence » permet de mesurer le poids relatif de l'interface considérée dans le processus. L'item «problèmes rencontrés » permet de cerner les mauvaises coordinations entre les acteurs, source d'entropie du système. La colonne « imprévu » est destinée à être alimentée par des difficultés ponctuelles et non pas récurrentes, pour lesquelles l'organisation n'est pas particulièrement préparée. Enfin, la colonne « réponse apportée » s'attache à cerner grossièrement les solutions apportées par les acteurs eux-mêmes. Ce sont autant de pistes de réflexion pour une future réorganisation car cela signifie qu'il n'y a pas eu de solution standard apportée, ainsi qu'un bon indicateur du degré de réactivité du personnel.

✓ La GAD ainsi élaborée et validée par l'ensemble des acteurs partie prenante du processus étudié figure en Annexe 8 du présent mémoire.

C) Le résultat :une nomenclature d'activités.

La phase des grilles d'analyse validées par le personnel s'achève par une première représentation du fonctionnement en accord avec celle des acteurs de terrain. Les grilles fournissent aussi une liste exhaustive des activités exercées dans le périmètre d'étude sélectionné, dont il peut être fait différents usages en fonction des objectifs de l'analyse. La nomenclature d'activités constitue ainsi le noyau central d'une analyse qui peut déboucher sur deux applications principales :

→ le calcul des coûts et des outils associés (contrôle budgétaire, comptabilité analytique) : c'est le champ de la comptabilité par activités ou méthode ABC (activity-based costing), qui ne place pas nécessairement le processus au centre de ses préoccupations. De manière plus générale, les outils à notre disposition au CH du Mans ne permettent pas, nous l'avons vu, de réaliser en l'état ce type d'analyse, quand bien même la pertinence de ce type d'analyse serait vérifiée.

→ la gestion des processus, qui, même si elle n'exclut pas le coût, n'en fait pas son objet unique et principal, à côté des notions de délai et de qualité. Cette gestion implique quant à elle obligatoirement la détermination de son objet, à savoir une liste de processus basée sur un regroupement des activités.

La description des processus obtenus grâce aux grilles constitue un premier repérage des dysfonctionnements de l'organisation étudiée. Il s'agit ensuite d'analyser plus en profondeur les actions listées pour pallier ces lacunes et envisager des leviers d'actions.

1.5.3 De la description à la cartographie du processus des chimiothérapies.

Une fois le processus sélectionné et son poids évalué, reste à l'analyser. Cette analyse comprend deux étapes que sont d'une part la cartographie du processus et d'autre part l'analyse des dysfonctionnements.

A) La cartographie du processus.

La cartographie du processus marque le passage de l'écrit (les différentes grilles d'analyse) au graphique. Elle vise à obtenir une représentation graphique détaillée de chaque processus et de ses éventuelles interactions avec les autres processus qui traversent le champ du périmètre étudié. La définition des frontières du processus étudié constitue donc le préalable indispensable à ce travail de représentation graphique. Il est en effet indispensable de borner la description tant dans le temps que dans l'espace. Une telle démarche revient à positionner le processus étudié dans le dédale des autres processus, et à en repérer les interactions existantes. Cet exercice de positionnement n'est pas neutre : il introduit un découpage de l'organisation, et fonde ainsi un modèle de représentation du fonctionnement de la structure doté de caractéristiques propres. La modification des limites des processus modifierait sans doute les analyses menées et les conclusions tirées. Ainsi la définition des limites est-elle proposée au groupe de processus, afin de bâtir un territoire partagé d'investigation.

C'est pourquoi une première phase consiste à établir une représentation graphique du processus « en laboratoire » par les responsables de la démarche. Les phases suivantes consistent à faire valider cette base de travail par les différents acteurs du processus, en recueillant leurs critiques et leurs commentaires. Notre expérience nous a

appris que le schéma initial est complètement remanié et n'a plus rien de commun avec la nouvelle représentation. Certains acteurs listés *a priori* comme participants au processus n'y participent en fait pas, et, inversement, des acteurs importants ont été oubliés (ici, le laboratoire et son circuit spécifique de livraisons internes). Cette discordance observée entre la représentation du processus, établie à partir des interviews par fonctions et métiers et celle obtenue à partir d'un travail de groupe entre acteurs de diverses fonctions, illustre sans doute les comportements induits par l'organisation verticale traditionnelle. Chaque corps de métiers entendu lors de la réalisation des entretiens pour la réalisation des chroniques et des grilles a visiblement tenu – consciemment ou inconsciemment – un discours qui ne décrivait pas nécessairement les activités réellement exercées mais plutôt les activités dont les interviewés pensaient qu'elles convenaient à la représentation conventionnelle de ceux qui les interrogeaient. Cet écueil est contourné assez facilement grâce aux recoupements que l'on peut opérer entre les différents entretiens, les points d'achoppement se concentrant justement sur les activités qui sont en jeu au niveau des interfaces entre les acteurs.

La représentation graphique du processus existant des chimiothérapies figure en annexe 9.

B) De la cartographie du processus à l'analyse de ses dysfonctionnements.

Il est demandé à chacun des acteurs intervenant dans le processus de lister les dysfonctionnements rencontrés, leurs conséquences sur l'organisation du processus ainsi que leurs causes apparentes. Ces causes apparentes formulées lors des premiers entretiens sont souvent éloignées des causes réelles mais constituent cependant un intéressant point d'entrée dans l'organisation étudiée. Parmi les dysfonctionnements cités, ceux qui relèvent de la mise en œuvre d'une compétence fonctionnelle spécifique ou ne concernent qu'un corps de métier, sans interface avec d'autres spécialités ou fonctions sont écartés au profit de ceux qui résultent d'un mauvais ajustement, d'une mauvaise coordination entre les fonctions. En effet, sans nier leur existence et leur importance éventuelle, il s'agit de se tenir à la règle fixée dans la logique de gestion par les processus. C'est le mauvais ajustement entre les fonctions qui est la première source d'entropie de l'organisation et qui nuit à sa performance globale, tandis que la réponse aux dysfonctionnement locaux ou verticaux conduit à une optimisation locale qui risque de prendre le pas sur l'optimisation globale recherchée.

Afin de faciliter le travail du groupe, une fiche de processus (figurant en annexe 10) est élaborée qui comprend trois parties distinctes. La partie supérieure décrit brièvement le processus étudié, les parties prenantes internes et externes, et liste les dysfonctionnements repérés. La seconde partie apporte un degré de détail supplémentaire dans l'information sous la forme d'un mémorandum du déroulement du processus, qui décrit de façon plus détaillée le déroulement des actions et permet aussi de mentionner toutes remarques utiles sur la fréquence de certaines phases ou les variantes observées. La troisième partie liste brièvement les dysfonctionnements observés de façon à donner une vue synthétique du niveau de performance globale du processus étudié. La quatrième partie abandonne le terrain du seul descriptif pour formuler des premières pistes d'explication et d'action sous le forme d'inducteurs de dysfonctionnements évoqués par les agents lors des entretiens. Le mot inducteur s'entend ici dans son sens le plus large, à savoir en tant que facteur de causalité, sans considération du niveau de la causalité.

Il nous reste à aborder les actions de réorganisation qui ont pu émerger de cette gestion par les processus appliquée aux chimiothérapies au Centre hospitalier du Mans.

1.6 Les actions de réorganisation envisageables.

Les actions de réorganisation que nous avons pu proposer se déclinent sur deux axes distincts. Le premier concerne les interventions que nous avons pu apporter au processus des chimiothérapies lui-même, sur la base des documents et des informations récoltées tout au long de notre démarche. Celle-ci peuvent être mise en œuvre à très court terme et ont fait l'objet d'une démarche en ce sens auprès de la direction de l'établissement. Le second axe se rapporte au thème de l'évaluation et du suivi d'une telle démarche, à travers une proposition relative aux modalités de formalisation qui peut s'inspirer des travaux sur les tableaux de bord dits « prospectifs ».

1.6.1 Les fiches de dysfonctionnement

L'analyse détaillée des dysfonctionnements du processus repose sur la rédaction de fiches de dysfonctionnement, qui décrivent précisément et un à un chacun des problèmes listés dans la fiche de processus. L'ensemble de ces documents appliqué au circuit des chimiothérapies figure dans l'annexe 11 du mémoire.

La rubrique « description » décrit simplement le dysfonctionnement. La rubrique « conséquences » présente les conséquences du dysfonctionnement sur le processus. La

rubrique « service ou acteurs impliqués » liste les acteurs concernés par le dysfonctionnement, qu'il s'agisse d'un service dans son ensemble ou d'une fonction. Afin de dépassionner le débat, aucun nom ne figure dans cette rubrique. Alors que les rubriques précédentes sont très largement descriptives, les suivantes font appel à la réflexion collective et invitent à des choix organisationnels.

La rubrique « causes » décrit ainsi les causes du dysfonctionnement identifiées par le groupe de processus. Il ne s'agit plus là, comme dans la fiche de processus, de causes apparentes, mais bien des causes profondes qui permettent d'agir en amont, réellement et effectivement, sur le problème rencontré. La rubrique « solutions envisagées » évoque dans les grandes lignes les solutions envisagées. Il ne s'agit pas d'une description technique très précise, mais plutôt de l'idée directrice qui préside à la mise en œuvre concrète de la solution.

Les fiches instaurent un mode de résolution des problèmes qui s'apparente à la gestion par projets, en définissant, à partir d'un état des lieux, un état désiré à atteindre, les moyens pour y parvenir, des responsables uniques ainsi que des indicateurs d'évaluation. Dans le cadre de notre processus des chimiothérapies, l'ensemble des dysfonctionnements observés et la mise en évidence de leurs causes nous ont conduit à revoir l'ensemble de la chaîne des livraisons par les coursiers. Notre action a consisté à revoir les circuits dans le but d'en faire des circuits dédiés pour les chimiothérapies, en raisonnant à moyens constants et sans désorganiser l'ensemble des autres circuits de livraison. Les fiches de poste ainsi révisées figurent en annexe 12. Cette conclusion est logique dans la mesure où en s'attachant plus particulièrement à la coordination des acteurs et à la gestion de leurs interfaces, la fonction transport représente un enjeu central.

1.6.2 La perspective des tableaux de bord prospectifs

Le tableau de bord prospectif (Balanced Scorecard) connaît un vif succès parmi les techniques de management et outils de gestion. Il vise à accompagner la mise en œuvre stratégique et le pilotage de la performance en définissant quatre axes d'analyse : financière, client, processus interne et apprentissage organisationnel²⁴.

²⁴ Nobre T., Gestions hospitalières, mars 2002.

Plus particulièrement, et d'après des travaux déjà réalisés (Pettersen 1995, Masse 1996), il s'avère que les gestionnaires des établissements hospitaliers utilisent principalement une démarche budgétaire qui présente certaines imperfections quant à la mise en place d'un pilotage effectif. L'objectif de ces travaux, à partir d'une approche exploratoire, est de tester l'hypothèse de la possibilité d'élaboration d'un tableau de bord de pilotage complétant et améliorant l'ensemble des outils actuels découlant d'une démarche budgétaire.

L'objectif est de recenser les dysfonctionnements réduisant la performance de l'hôpital, non perceptibles par la démarche budgétaire traditionnelle, en analysant les pratiques organisationnelles concrètes sur le terrain. L'établissement des diagnostics dysfonctionnels, a consisté à recenser des phénomènes ayant une forte influence négative sur la performance et peu ou pas pris en compte par les tableaux de bord existant. L'objectif étant d'orienter par la suite les tableaux de bord vers une véritable prise en compte de ces phénomènes affectant la performance. En cela, cette démarche préfigure un prolongement logique d'une gestion par les processus. La démarche budgétaire traditionnelle ne permet pas l'analyse de ces phénomènes de manque de coordination dans une optique de pilotage. Afin d'accroître l'efficacité du pilotage de la performance de l'hôpital, il paraît donc nécessaire de la compléter avec des tableaux de bord traduisant les processus effectifs.

A) Les évolutions pour les tableaux de bord à l'hôpital

Pour présenter l'évolution des tableaux de bord à l'hôpital, nous replaçons cet outil dans le contexte du contrôle de gestion hospitalier pour mieux en définir les objectifs. Les expérimentations réalisées montrent qu'il existe un ensemble de phénomènes impliquant une sur-consommation de ressources ou une sous-efficacité sans que les directions d'établissement ou d'autres acteurs internes disposent des moyens de contrôle et d'intervention nécessaires. L'objectif est ainsi de déterminer quels types de tableaux de bord peuvent faire face à cette situation pour optimiser l'utilisation des ressources, ce qui revient à redéfinir la place du contrôle de gestion à l'hôpital. Pour cela, les 3 missions du contrôle de gestion définies par H. Bouquin (1996), orienter les actions et comportements d'acteurs autonomes, modéliser les relations entre ressources et finalités, interconnecter la stratégie et le quotidien, constituent un cadre d'analyse efficace.

La modélisation de la relation entre ressources et finalités constituait jusqu'à maintenant la priorité. Il s'agit maintenant de mieux interconnecter la stratégie et le

quotidien afin de coupler le contrôle opérationnel aux objectifs définis au sein de chaque établissement. Cela implique notamment d'accroître l'homogénéité, voire de recréer, des logiques d'analyse de processus au sein de l'organisation hospitalière. Cette démarche se différencie du calcul de l'utilisation locale de ressources (l'analyse budgétaire par service), qui induit une logique séparative, alors que les principaux problèmes se développent aux interfaces d'une part, entre les différentes entités de l'hôpital (services médicaux et chirurgicaux, services médico-techniques, services logistiques), et, d'autre part, entre les différentes catégories d'acteurs. En conséquence, l'évolution nécessaire concerne le développement de la mission consistant à orienter les actions et comportements d'acteurs pour faire évoluer certains comportements (collectifs et individuels) qui, à l'heure actuelle, affectent la performance des établissements hospitaliers.

Une instrumentation de gestion doit participer à cette évolution pour accompagner la volonté de changement organisationnel. Le tableau de bord de pilotage constitue un support efficace pour recréer une double transversalité (horizontale, entre services, et verticale, entre catégories d'acteurs) puisque la complexité du fonctionnement de l'hôpital entraîne actuellement une faible visibilité des conséquences des comportements individuels ou collectifs sur la performance globale de l'établissement. Cette orientation du contrôle de gestion, et plus particulièrement des tableaux de bord de pilotage sur la mission concernant les comportements, entraîne une évolution vers un contrôle de gestion décentralisé pris en compte par les acteurs et non plus uniquement par des spécialistes. De même, la prééminence de l'objectif de pilotage des interfaces implique une forte orientation sur des processus réels et concrets afin de développer un pilotage volontariste, actif et anticipatif. De plus, cette évolution constitue un complément, voire dans certains cas un préalable, aux procédures de contractualisation dans lesquelles devront s'engager les unités des établissements hospitaliers : elle incitera les différents acteurs à analyser la performance de leur unité pour choisir et justifier des objectifs auprès de la direction de l'établissement. Cela implique la prise en charge de certaines activités du contrôle de gestion par les acteurs concernés, particulièrement l'optimisation de l'utilisation des ressources nécessitant la définition d'indicateurs permettant de suivre l'évolution de la coordination interne.

Le système hospitalier connaît ainsi la même évolution en matière de tableaux de bord que les entreprises. Après avoir privilégié les indicateurs financiers, voire restreint l'outil à cette dimension financière (Bouquin, 1994), il s'agit maintenant, pour favoriser un pilotage effectif des activités opérationnelles, d'intégrer des indicateurs physiques permettant non plus une simple vérification mais une maîtrise des processus au sein de l'organisation hospitalière.

B) La mise en oeuvre des tableaux de bord prospectifs

La réussite de l'implantation des tableaux de bord de pilotage dans le contexte hospitalier nécessite la prise en compte de deux contraintes majeures, la gestion du temps et la nécessité de changements culturels. Concernant la gestion du temps, la diversité des acteurs impliqués dans la mise place des tableaux de bord, leur faible disponibilité et la forte segmentation de l'activité hospitalière impliquent une gestion du temps rigoureuse pour permettre une synchronisation indispensable à une mise en place effective de ces outils de gestion. Une planification précise des différentes étapes (diagnostic, définition des indicateurs, définition des modes de saisie et de pilotage) limite tout risque de dérive dans le temps, voire d'abandon par lassitude de ne pas aboutir. L'engagement de la direction de l'établissement et de la CME (Commission médicale d'établissement) constitue un élément déterminant sans lequel toute tentative est vouée à l'échec. En ce qui concerne le changement culturel, l'implantation des TDBP nécessite la prise en compte du contexte socio-politique pour favoriser les mécanismes propres au changement organisationnel. Dans l'organisation hospitalière, deux évolutions propres au contexte culturel doivent être particulièrement soulignées, la transition vers un mode de travail moins individuel et la sensibilisation à des problématiques purement managériales.

En conclusion, le TDBP permettant de maîtriser la coordination interne constitue une évolution importante car c'est un outil devant être utilisé par les responsables, a priori les chefs de services, et non plus uniquement conçu pour permettre à la direction générale de contrôler l'affectation des ressources. Il s'agit du passage à un contrôle de gestion décentralisé avec une délégation forte auprès des responsables d'unité. Cette évolution peut être comparée à celle des TDBP développés en entreprise dans la mesure où apparaissent des indicateurs physiques centrés sur les processus pour optimiser ces derniers. Il est d'ailleurs possible de souligner une convergence entre la nature de l'outil proposé et la conception articulée autour de quatre dimensions développée par Kaplan Norton.

La dimension financière : elle était déjà présente dans les démarches relevant de l'approche budgétaire. Elle doit bien évidemment continuer d'avoir toute sa place.

La dimension processus : elle apparaît à partir de l'accent mis sur la coordination verticale et horizontale pour mieux maîtriser les processus transversaux de l'organisation hospitalière.

La dimension apprentissage organisationnel : elle apparaît dans les mécanismes de transformation nécessaires, d'une part, dans les comportements des acteurs permettant l'amélioration de l'efficacité des processus et d'autre part, dans la mise en œuvre de l'outil lui-même.

La dimension client : transposée dans l'univers de l'hôpital il s'agit d'une dimension patient. La politique actuelle centrée sur le patient, notamment en terme de droits et de qualité impose aux tableaux de bord de tenir compte de ces objectifs pour intégrer l'ensemble des paramètres permettant de mesurer la performance d'une unité ou d'un service.

Le TDBP est amené à suivre l'évolution du mode de contrôle de l'hôpital. Après une étape où il permettait un simple suivi à partir d'outils budgétaires traditionnels, il s'est avéré nécessaire d'avoir des outils budgétaires beaucoup plus complexes. Actuellement le mode de régulation interne qui implique, entre autres, la contractualisation et une plus grande autonomie incite à développer des TDBP orientés sur les processus concrets et effectifs utilisant des indicateurs physiques, élaborés, utilisés et gérés par les acteurs. Cette évolution du management hospitalier concernant le contrôle de gestion et plus particulièrement les tableaux de bord de pilotage doit se comprendre dans un contexte où l'objectif est de s'écarter de ce que certains ont qualifié de jachère organisationnelle (P. Chandernagor et al. 1996) puisque, finalement, l'hôpital est une organisation relativement récente pour aller vers une organisation capable d'atteindre les objectifs qui lui sont fixés en maîtrisant sa propre performance.

Conclusion

La démarche de résolution de problèmes entamée avec l'analyse des dysfonctionnements et la définition d'actions passant par une reconfiguration plus ou moins marquée du processus ne marque pas la fin de la gestion par les processus. Le changement continu qui caractérise l'hôpital l'oblige, comme toutes les organisations, à s'adapter constamment aux évolutions de son environnement si il veut continuer à remplir dans les meilleures conditions d'efficacité ses missions. Une telle démarche d'amélioration continue est indissociable de l'existence d'un système d'évaluation permanente de la performance des processus de prise en charge permettant de faire vivre les référentiels utilisés afin d'éviter de substituer au défaut de formalisation caractérisant l'organisation actuelle de l'hôpital une formalisation figée synonyme de rigidité et d'impossible adaptation aux changements face aux demandes qui lui sont adressées.

La définition du processus postule que celui-ci est un but plus grand que la somme des éléments qui le composent. Les besoins qui justifient son existence, les conditions qui en contraignent la structure, les résultats et les effets qui lui sont attribuables sont autant d'éléments qui lui sont propres et qui s'ajoutent à ceux couramment présentés dans son descriptif. A la lumière de l'expérience menée sur le circuit des chimiothérapies au Centre hospitalier du Mans, il apparaît que son évaluation ne peut dès lors se cantonner dans une approche mono disciplinaire, exclusivement médicale, administrative ou économique. Elle requiert des regards pluriels, seuls à même de rendre compte de la complexité et de l'aspect protéiforme de l'objet processus sans prétendre réduire la représentation ainsi obtenue à la réalité de ce phénomène.

Plus largement, ce sujet montre qu'en partant d'une préoccupation marquée par le contrôle de gestion, nous débouchons sur des thématiques proches de la qualité et de son évaluation (délicate, au regard des possibilités offertes par nos outils actuels de gestion en terme de connaissance des coûts). Ainsi, l'espoir d'une évaluation fine de type « coût/avantage » pour ce type de démarche sera nécessairement déçu en l'état actuel des outils de gestion à notre disposition au Centre hospitalier du Mans. Cependant, nous pouvons raisonnablement tabler sur les effets bénéfiques d'une gestion par les processus lorsqu'elle s'accompagne de mesures de réorganisation, puisqu'elle permet non seulement d'identifier mais également de solutionner les dysfonctionnements qui interviennent dans une prise en charge et qui sont imputables à un défaut de coordination

entre les acteurs concernés. Il s'agit alors de faire le deuil de son évaluation économique, en étant convaincu que la mise en évidence des marges d'amélioration au niveau de la gestion des processus permet de réaliser des économies pour le système hospitalier ou, en tout cas, de réduire de manière sensible les coûts de la non-qualité pour redéployer éventuellement des ressources vers une réponse plus adaptée aux besoins des patients. Une telle démarche, chronophage, nécessite un soutien institutionnel fort et ne prend tout son sens que si elle se déploie largement au sein d'un établissement. En cela, nous retrouvons les deux pré requis sur lesquels s'appuyaient déjà les démarches de contractualisation interne engagées volontairement dès 1996 dans certains établissements, à savoir « l'intuition » d'une part, et « la conviction » d'autre part.

Bibliographie

Expert P. et Merle P., Cahier Pratique Tissot, mars 2004

Claveranne JP et Pascal C., Repenser les processus à l'hôpital, 2004

Peyret P., « Avantages et limites d'une tarification à l'activité », Entreprise Santé N°49, janvier 2004.

Gibert P., « Critères de gestion et mesure des coûts dans les hôpitaux », RHF N° 486

Gustin P., « Contractualiser pour responsabiliser », Gestions Hospitalières Novembre 2002

Gushing JP., « Le PMSI dans le management des EPS », RHF N°481

Echard Y., Lagarde P., « Evaluation de la pertinence des journées d'hospitalisation pour AVC », Gestions hospitalières, N° 406.

Lesteven P. et Tardif L., « PMSI et projet médical », RHF N° 481.

Faujour V., «L'utilisation du PMSI dans le cadre d'une démarche de benchmarking », Gestions hospitalières, juin 1998.

Penaud M., «L'utilisation du PMSI dans l'optique de la mise en place du budget de service », Gestions hospitalières, juin 1998.

Gusching JP. et Expert P., «Une démarche de contractualisation interne au CH de Blois », Gestions hospitalières N° 378.

Expert P., « Y a-t-il une vie après la contractualisation interne ? », Gestions hospitalières, novembre 2002.

Nobre T. « Quels tableaux de bord de pilotage pour l'hôpital ? », Politique et management public, Vol 13, n° 3.

Pascal C., « La gestion par processus à l'hôpital entre procédure et création de valeur », Revue française de gestion, septembre 2003.

Pascal C., « Gérer les processus à l'hôpital : une réponse à la difficulté de faire ensemble », Thèse de doctorat en sciences de gestion, université Jean moulin Lyon 3, 2000.

Lorino P., « Le déploiement de la valeur par les processus », Revue française de gestion, N° 104.

Jarlier A., «Le coût de la qualité et de la non-qualité à l'hôpital », ANAES, Service d'évaluation économique, septembre 1998

Liste des annexes

Annexe 1 : Mise en œuvre de la comptabilité analytique au CH du Mans.

Annexe 2 : Bilan de l'enquête sur le circuit des chimiothérapies entre les services de soins et la pharmacie (juin 2004).

Annexe 3 : Grille d'analyse statique du coursier laboratoires.

Annexe 4 : Grille d'analyse statique du coursier pharmacie.

Annexe 5 : Grille d'analyse statique des laboratoires.

Annexe 6 : Grille d'analyse statique des services de soins de Reilly.

Annexe 7 : Grille d'analyse statique de la pharmacie.

Annexe 8 : Grille d'analyse dynamique du processus des chimiothérapies.

Annexe 9 : Cartographie du processus existant des chimiothérapies.

Annexe 10 : Fiche du processus des chimiothérapies.

Annexe 11 : Fiches de dysfonctionnement du processus des chimiothérapies.

Annexe 12 : Fiches de poste des coursiers pharmacie et laboratoire.

Annexe 1 : mise en œuvre de la comptabilité analytique au CH du Mans

établissements	C	D	F	G	H	CH du Mans
statut	CH	CH	CH	CH	CH	CH
existence d'une comptabilité analytique	oui	oui	oui	oui	oui	oui
première année de mise en œuvre de la compt. ana.	1995	1986	1992	2002	1999	1994
développement d'une compt. ana. conforme au guide	oui	oui	oui	oui	oui	oui
élaboration du TCCM	oui	non	oui	oui	oui	non
Détermination du coût par activité	oui	oui	oui	oui	oui	non
détermination du coût par séjour	non	non	non	non	non	non
utilisation de la comptabilité analytique						
par la Direction	non	non	oui	non	oui	non
par les services	non	non	non	non	non	non
participation à l'ENC	non	non	oui	non	non	non
participation à la base d'Angers	oui	non	oui	oui	oui	non
Résultats						
TCCM						
construction du TCCM	oui	non	oui	oui	oui	non
construction d'un TCCM par service	en projet	non	en projet	non	non	ponctuel
interprétation des résultats	oui	-	oui	oui	oui	-
formalisation des interprétations	non	non	non	non	non	non
tableaux de bord internes						
existence de TB	oui	oui	oui	oui	oui	oui
existence de TB pour la Direction	non	non	non	oui	non	non
Fréquence	mensuel	trimestriel	mensuel	mensuel	mensuel	trimestriel
indicateurs d'activité	oui	oui	oui	oui	oui	oui
indicateurs de qualité	oui	oui	non	non	non	oui
réalisations budgétaires	oui	oui	oui	oui	oui	oui
dialogue de gestion						
contractualisation interne	non	non	oui	oui	non	non
existence d'un dialogue de gestion financier / médical	oui	oui	oui	oui	non	oui

Annexe 2 : Bilan du circuit des chimiothérapies entre les services de soins et la pharmacie.

Période du Lundi 7 au vendredi 18 juin 2004.

Services concernés : Reilly HJ, Reilly 1, Reilly 2, U3 Pneumo

En préambule, nous tenons à souligner non seulement l'exhaustivité mais également la fiabilité des données recensées, et cela pour tous les services participant à l'étude, sans exception ; qu'ils en soient ici remerciés.

ACTIVITE

	2004	%	2003	%	2002	%
Nbre total de chimio expédiées	147		152		122	
Reilly	115	78		71		70
R HJ	62	42		22		25
R1	13	8.8		18.5		18
R2	40	27		30		27
U3 Pneumo	32	22		17		19

Nbre de chimio/jour	2004	2003	2002
Amplitude	12 à 27	9 à 20	7 à 18
moyenne	16	15	12

Remarque : le chiffre des préparations expédiées dans les services peut être mis en rapport avec le nombre total d'ON reçues à la pharmacie : 198 (jour même et la veille, annulations comprises).

ORGANISATION

✓ nombre d'ordonnances arrivées

	2004	%	2003	%	2002	%
Le jour même	55	27	49	32	28	23
La veille	143	72	84	55	85	70
Dont suites	2	1	10	7	9	7
reportées	34	17	9	6	nc	nc

✓ heure d'arrivée des OK

	2004 en %	2003 en %	2002 en %
La veille ou avant 9h	3.3 %	3 %	2.4 %
9h-11h	70.5 %	76 %	70.5 %
Après 12h	10.5 %	10 %	12.3%

⇒ Si l'on affine l'analyse pour juin 2004, la répartition des heures d'arrivée des OK par tranches horaires est la suivante :

La veille	8h-9h	9h-10h	10h-11h	11h-12h	Après 12h
2.3 %	1 %	44 %	26.5 %	14 %	10.5 %

✓ Délai entre le premier OK et le moment de la préparation d'une première cure :

	2004	2003	2002
Amplitude horaire	De 15 à 95 minutes	De 5 à 60 minutes	De 15 à 110 minutes
Délai moyen	41 minutes	25 minutes	45 minutes

⇒ le délai moyen de 41 minutes pour 2004 est calculé en éliminant les deux variables extrêmes, réduisant ainsi l'échantillon à 7 mesures sur l'ensemble de la période.

✓ Délai entre l'heure de la préparation et l'heure de contrôle :

	2004	2003	2002
Amplitude horaire	De 5 à 40 minutes	De 5 à 20 minutes	De 5 à 70 minutes
Délai moyen	Entre 15 et 30 minutes	10 minutes	30 minutes

⇒ Si l'on affine l'analyse portant sur juin 2004, les fourchettes de délais sont les suivantes :

Moins de 15 minutes	Entre 15 et 30 minutes	Plus de 30 minutes
40 cas	73 cas	41 cas
26 %	47.5 %	26.5 %

✓ Délai entre l'heure du OK et le départ de la pharmacie :

	Juin 2004 en %	Janvier 2003 en %	Juin 2002 en %
Moins de 1h	13	14.8	1.7
1 à 2h	38	46	37.4
2 à 3h	23	23.7	24.3
3 à 4h	20	11.8	17.4
4 à 5h	4	3	11.3
Plus de 5h	1.3	0.7	7.8

⇒ L'étude peut être affinée pour juin 2004 en distinguant par service receveur, ce qui permet de dégager des profils plus marqués (% de préparations expédiées à un service donné par rapport à l'ensemble des préparations qui lui sont adressées):

Juin 2004	Reilly HJ en %	Reilly 1 en %	Reilly 2 en %	U3 Pneumo en %
Moins de 1h	17.7	23	2.5	12.5
1 à 2h	46.7	15	40	31
2 à 3h	19.3	38	17.5	31
3 à 4h	13	15	30	21.8
4 à 5h	3	0	7.5	3
Plus de 5h	0	7.7	2.5	0

Nombre de préparations expédiées	62	13	40	32
----------------------------------	----	----	----	----

⇒ Reilly HJ priorise ses demandes, ce qui se retrouve dans sa structure horaire de réception.

✓ Délai entre l'heure du OK et l'heure de réception par le service

	Juin 2004 en %
Moins de 1 h	7
1 à 2h	37
2 à 3h	22
3 à 4h	16.5
4 à 5h	14.5
Plus de 5h	2.7

⇒ Plus d'une préparation sur trois arrive dans le service passé un délai de 3h.

⇒ Si l'on affine par service receveur, en % de préparations reçues par un service rapporté au total de ses réceptions, la structure horaire est la suivante (explication des décalages par le fait du transport ?) :

Juin 2004	Reilly HJ en %	Reilly 1 en %	Reilly 2 en %	U3 Pneumo
Moins de 1h	6.5	9	5	9
1 à 2h	39	36	35	36
2 à 3h	29.5	27	10	21
3 à 4h	18	9	15	18
4 à 5h	6.5	27	23	15
Plus de 5h	0	0	10	0
Nombre de préparations reçues	61	11	39	33

⇒ Les écarts entre les chiffres reçues /expédiées s'expliquent par les préparations prises par le service lui même ou par des erreurs dans les renseignements (données inexploitable). Celles-ci sont minimales au regard des volumes considérés et ne faussent pas les résultats.

⇒ On peut noter que toutes les préparations reçues après un délai de 5h concernent Reilly 2. Celle-ci a globalement la structure horaire la moins favorable.

✓ Commentaires :

? Les études précédentes avaient montré que le délai minimum incompressible de délivrance d'une préparation dans les services est de 1h. Cet optimum ne saurait être atteint de manière systématique, mais il peut servir de plancher pour fixer un objectif de réception par les services dans une fourchette de 2h.

Annexe 3 : Grille d'analyse statique du coursier laboratoires.

TRANSPORT INTERNE (Coursier laboratoires)

Tâche ou activité effectuée dans votre service dans le cadre du processus de prescription, de préparation et de distribution d'une chimiothérapie anticancéreuse

Code	Description	Production	Destinataire	Qui ?	Fréquence	Durée globale
A	Relever les pochettes de Reilly	Prise en charge des pochettes	ASH laboratoires	Coursier laboratoires	1 fois par heure	5 minutes
B	Transporter les pochettes	Collecte des sacs à chaque point chaud du circuit	ASH laboratoires	Coursier laboratoires	1 fois par heure	1 heure
C	Déposer l'ensemble des pochettes	Dépôt de l'ensemble des pochettes dans la zone de réception	ASH laboratoires	Coursier laboratoires	1 fois par heure	NS

Annexe 4 : Grille d'analyse statique du coursier pharmacie.

TRANSPORT INTERNE (Coursier pharmacie)

Tâche ou activité effectuée dans votre service dans le cadre du processus
de prescription, de préparation et de distribution d'une chimiothérapie anticancéreuse

Code	Description	Production	Destinataire	Qui ?	Fréquence	Durée globale
A	Relever BAL « pharmacie » à REILLY	Trier les ON du reste des demandes (médicaments, dispositifs médicaux...)	Préparateur en pharmacie	Coursier pharmacie	3 fois par jour	5 minutes
B	Porter les relevés des BAL à la pharmacie	Transport de l'ensemble des relevés à la pharmacie	Préparateur en pharmacie	Coursier pharmacie	3 fois par jour	45 minutes
C	Déposer l'ensemble des ON à la pharmacie	Dépôt de l'ensemble des ON au guichet (niveau 0)	Préparateur en pharmacie	Coursier pharmacie	3 fois par jour	5 minutes
D	Prise en charge des glacières pleines par le coursier pharmacie dans le secteur chimiothérapie	Vérification de l'étiquetage de chaque glacière	IDE Voire AS ou ASH	Coursier pharmacie	3 fois par jour	15 minutes
E	Porter les glacières pleines à REILLY	Transport des glacières pleines	IDE	Coursier pharmacie	3 fois par jour	10 minutes
F	Déposer les glacières pleines dans le service	Remise « en mains propres » des glacières - Si IDE indisponible et seulement si, dépôt des glacières dans la salle de soins de l'unité, sur le sol (et non sur la paillasse)	IDE	Coursier pharmacie	3 fois par jour	15 minutes

Annexe 5 : Grille d'analyse statique des laboratoires.

LABORATOIRES

Tâche ou activité effectuée dans votre service dans le cadre du processus de prescription, de préparation et de distribution d'une chimiothérapie anticancéreuse

Code	Description	Production	Destinataire	Qui ?	Fréquence	Durée globale
A	Réceptionner le sac (bon et tube)	Validation de la demande par vérification de la conformité entre l'identité du tube et les indications sur le bon	Technicien de laboratoire	ASH	Un fois par heure	NS
B	Traiter pour numération	Validation technique sur automate	Biologiste	Technicien de laboratoire	Un cycle par heure	30 à 90 minutes
C	Envoyer les résultats à Reilly	Transfert des résultats provisoires sur serveur cirus	IDE reilly	Technicien de laboratoire	Quotidienne	NS
D	Valider le dossier	Vérification de la cohérence entre la numération et l'ensemble du dossier	Secrétariat Reilly	Biologiste	Hebdomadaire	NS

Annexe 6 : Grille d'analyse statique des services de soins de Reilly.

REILLY

Tâche ou activité effectuée dans votre service dans le cadre du processus
de prescription, de préparation et de distribution d'une chimiothérapie anticancéreuse

Code	Description	Production	Destinataire	Qui ?	Fréquence	Durée globale
A	Réaliser la prescription	Edition de la prescription par saisie informatique	IDE	Médecin	Quotidien	NS
B	Envoyer les ON à la pharmacie	Déposer dans la boîte aux lettres la prescription	Coursier pharmacie	IDE	Quotidien	NS
C	Demander les examens	Préparation du sac (bon et tube)	Coursier laboratoire	IDE	Quotidien	NS
D	Recevoir du laboratoire les résultats d'examens	Réception des résultats d'examens du patient dans le logiciel Cirus	IDE	Laboratoires	Quotidien	NS ²⁵
E	Donner le OK par téléphone	Transmettre l'information	Préparateur en pharmacie	IDE	Quotidien	NS
F	Réceptionner les glacières contenant les chimiothérapies	Vérification de l'étiquetage et de la concordance de l'ON et des produits	Patient	IDE	1 à 6 par jour	NS
G	Transmettre les informations par téléphone si anomalie	Informations (identité patient, dosage, date de fabrication, manque de produit)	Préparateur en pharmacie	IDE	1 fois par semaine	NS
H	Se procurer le produit à la pharmacie	Déplacement Aller / Retour	Patient	AS ou ASH	2 fois par semaine	NS

²⁵ NS : Durée non significative (inférieure à 15 minutes)

Annexe 7 : Grille d'analyse statique de la pharmacie.

PHARMACIE

Tâche ou activité effectuée dans votre service dans le cadre du processus de prescription, de préparation et de distribution d'une chimiothérapie anticancéreuse

Cod e	Description	Production	Destinataire	Qui ?	Fréquence	Durée globale
A	Réceptionner les ON	Isoler les ON chimiothérapies	Secteur chimiothérapie	Préparateur en pharmacie	Quotidienne	NS
B	Recevoir le OK	Lancement de la réparation	Secteur chimiothérapie	IDE Reilly	Quotidienne	NS
C	Mettre à disposition les chimiothérapies	Dépôt des glacières pleines en zone d'expédition	Coursier pharmacie	Préparateur en pharmacie	Quotidienne	Entre 1 à 3 heures

Annexe 8 : Grille d'analyse dynamique du processus des chimiothérapies.

Vision dynamique du fonctionnement de l'entité étudiée (département, service, ensemble de services...) en s'intéressant aux interfaces avec les autres entités internes ou externes lors de la réalisation des tâches et activités décrites dans les grilles d'analyse statique.

Cod e	Interfaces	Avec qui ?	Fréque nce	Problèm e rencontr é	Imprévu rencontré	Fréquence	Répons e apporté e	Observati ons
1	Envoyer les ON à la pharmacie	Coursier pharmacie	2 fois par jour	Non respect du délai de mise à disposition des ON	//////////	//////////	//////////	//////////
2	Relever BAL « pharmacie »	Reilly	2 fois par jour	La fréquence de passage ne correspond pas aux besoins de Reilly	ON pas mises dans les enveloppes	Hebdomadaire	Le coursier pharmacie refait le tri	Fiche de poste du coursier pharmacie n'est pas adaptée à la fréquence souhaitée
3	Déposer l'ensemble des ON à la pharmacie	//////////	2 fois par jour	Faire le tri entre les ON chimios et autres demandes	//////////	//////////	//////////	//////////
4	Demander les examens au laboratoire	Coursier laboratoire	1 fois par heure	Examen en urgence entre deux passages coursier	//////////	//////////	//////////	Nécessite le déplacement d'un agent de Reilly

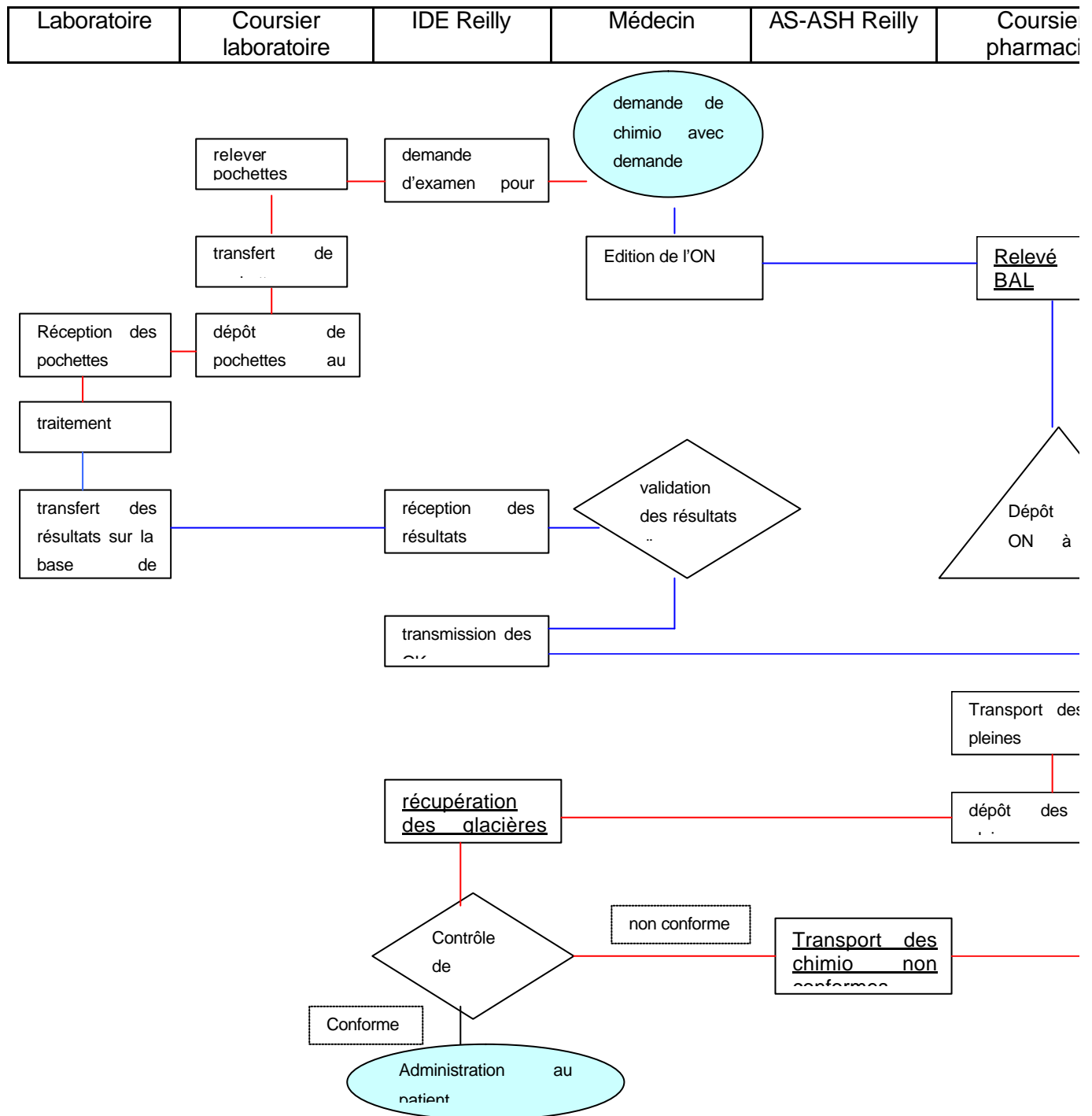
CO de	Interfaces	Avec qui ?	Fréque nce	Problèm e rencontr é	Imprévu rencontré	Fréquence	Répon se apport ée	Observation s
5	Relever les pochettes (numération) de Reilly par le coursier laboratoire	Reilly	1 fois par heure	//////////	////////// ///	//////////	//////////	//////////

6	Transporter les pochettes au laboratoire	////	1 fois par heure	BIP pluriquotidien pour urgence (produit labile)	//////// //	//////// //	//////// //	Désorganisation du circuit laboratoire programmé et retard dans la prise en charge des prélèvements
7	Déposer l'ensemble des pochettes au laboratoire	////////	1 fois par heure	////////	//////// ////	////////	////////	////////
8	Réceptionner le sac (bon et tube)	Laboratoire	1 fois par heure	Case chimio du bon pas cochée	//////// ///	//////// /	//////// /	Décale l'heure du résultat de 30 à 180 minutes
9	Envoyer les résultats à Reilly	////////	quotidien	////////	//////// ///	////////	////////	////////
10	Recevoir du laboratoire les résultats d'examen	Laboratoire	quotidien	////////	//////// //	////////	////////	////////
11	Donner le OK à la pharmacie par téléphone	Laboratoire	quotidien	décale l'heure du OK pour les demandes d'examen en urgence	//////// ///	////////	////////	Décale l'administration du produit et désorganise Reilly et la pharmacie
Cod e	Interfaces	Avec qui ?	Fréque nce	Problèm e rencontr é	Imprév u renco ntré	Fréquen ce	Répon se apport ée	Observati ons
12	Recevoir le OK à la pharmacie	Reilly	Quotidien (premier appel vers 9H00)	////////	//////// ///	////////	////////	Décalage entre le premier OK et lancement première chimio
13	Prise en charge des glacières pleines par le coursier pharmacie dans le secteur chimiothérapie	Pharmacie	5 fois par jour	Défaut d'étiquetage de la glacière	////////	////////	//////// //	Les glacières vides ne sont pas retournées quotidiennement par le coursier pharmacie

14	Déposer les glacières pleines à Reilly dans les salles de soins	////////////////	5 fois par jour	//////////////// /	//////////////// ///	////////////////	//////////////// //	Le coursier pharmacie dépose en même temps que les chimios les ordonnances nominatives (médicaments)
15	Réceptionner les glacières contenant les chimiothérapies	Coursier pharmacie	5 fois par jour	Produit manquant ; Produit détérioré ; Défaut d'étiquetage	//////////////// /	////////////////	//////////////// //	Décale l'administration au patient (voire la suite de cure)

Cod e	Interface s	Avec qui ?	Fréquence	Problème rencontré	Imprévu rencontré	Fréquence	Réponse apportée	Observations
16	Transmettre les informations à la pharmacie par téléphone si anomalie	Reilly	hebdomadaire	////////////////	//////////////// /	////////////////	////////////////	Décale l'administration du produit et désorganise Reilly et la pharmacie
17	Remettre une ordonnance à la pharmacie	Pharmacie	hebdomadaire	Déplacement nécessaire d'un agent de Reilly à la pharmacie	////////////////	////////////////	//////////////// /	Décale l'administration du produit et désorganise Reilly et la pharmacie

Annexe 9 : Cartographie du processus existant des chimiothérapies.



Annexe 10 : Fiche du processus des chimiothérapies.

FICHE DU PROCESSUS EXISTANT

Processus : Prescription, préparation et distribution d'une chimiothérapie anticancéreuse à Reilly	
Description succincte : Ce processus décrit l'ensemble des activités nécessaires à la prescription, la préparation puis la distribution des chimiothérapies anticancéreuses au malade.	
Services ou activités internes prenant part au processus	<ul style="list-style-type: none"> - Services de soins : UM 4151, UM 4154, UM 4152 - SCD : coursier pharmacie et laboratoire - Pharmacie : Pharmacien, préparateur en pharmacie - Laboratoire CHM
Services ou acteurs externes prenant part au processus	<ul style="list-style-type: none"> - Patient - Laboratoire extérieur à l'établissement
Mémoire	
Le processus regroupe 4 étapes : <ul style="list-style-type: none"> 1) Une prescription sur ordonnance nominative - Réaliser la prescription (praticien en charge du patient) sur ordonnance nominative rose spécifique « chimiothérapie anticancéreuse », - Faire parvenir à la pharmacie l'ensemble des ordonnances de chimiothérapie anticancéreuse par le coursier pharmacie. 2) Réaliser les prélèvements pour numération au laboratoire 3) Donner le OK pour lancement de la préparation 4) Distribution et réception des chimiothérapies 	
Dysfonctionnements observés	
<ul style="list-style-type: none"> - Transport : coursier pharmacie et coursier laboratoire - Services de soins : organisation et suivi des demandes de chimiothérapies - Pharmacie : organisation et suivi des demandes de chimiothérapies 	
Inducteurs de performance	
<ul style="list-style-type: none"> - Fréquence des passages des coursiers, - Exhaustivité et ponctualité des informations transmises par les services de soins à destination du laboratoire, - Réactivité (temps de latence entre le premier OK et la première chimiothérapie). 	

Annexe 11 : FICHE DE DYSFONCTIONNEMENT

Processus : Prescription, préparation et distribution d'une chimiothérapie anticancéreuse					
Fiche de dysfonctionnement		Numéro : 1			
Description : Une demande de numération doit être transmise en urgence au laboratoire mais le coursier « laboratoire » est déjà passé au point chaud de Reilly.					
Conséquences : Un agent de Reilly doit se déplacer au laboratoire pour remettre les prélèvements urgents.					
Services ou acteurs impliqués :		AS – ASH – IDE de Reilly			
Causes :		<ul style="list-style-type: none"> - Le coursier « laboratoire » n'est pas dédié au service de Reilly. - La fréquence des horaires de passage est d'une trop grande amplitude. 			
Indice (s) :		sur la sécurité du malade :NON sur le bon fonctionnement des autres services :OUI sur le budget :NON			
Gravité :		Très grave :NON Grave :OUI Faible :NON			
Solution (s) envisagée (s)		Adapter le circuit et la fiche de poste du coursier laboratoire aux besoins des services Reilly			
Délai :	A fixer	Responsable :	Responsable transport		
Indicateurs de suivi :					
Description :		Valeur actuelle	Valeur cible	Délai	
				Responsable (s)	
Nb de déplacements d'agents de Reilly		Quotidienne	A déterminer par les services		

FICHE DE DYSFONCTIONNEMENT

<u>Processus</u> : Prescription, préparation et distribution d'une chimiothérapie anticancéreuse				
Fiche de dysfonctionnement		Numéro : 2		
Description : Le coursier «laboratoire » est bipé pendant sa tournée des 7 points chauds pour une livraison en urgence de produits labiles. Au départ de l'EFS, ces produits doivent être ventilés rapidement par le coursier «laboratoire » dans un ou plusieurs services demandeurs.				
Conséquences : Interrompu dans son circuit, le coursier «laboratoire » retarde l'heure de dépôt des examens pour numération au laboratoire.				
Services ou acteurs impliqués :		Coursier «laboratoire » EFS Service demandeur Les services dans lesquels le passage (point chaud) doit être réalisé		
Causes :		Le coursier «laboratoire » n'est pas dédié au transport des demandes d'examen Reilly.		
Indice (s) :		sur la sécurité du malade :NON sur le bon fonctionnement des autres services :OUI sur le budget :NON		
Gravité :		Très grave :NON Grave :OUI Faible :NON		
Solution (s) envisagée (s)		Adapter le circuit et la fiche de poste du coursier laboratoire aux besoins des services Reilly		
Délai :	A fixer	Responsable :	Responsable transport	
Indicateurs de suivi :				
Description :	Valeur actuelle	Valeur cible	Délai	Responsable (s)
Nb de BIP par jour	Quotidien	A déterminer par les services		
Nb de pochettes concernées	A objectiver	A déterminer par les services		

FICHE DE DYSFONCTIONNEMENT

<u>Processus</u> : Prescription, préparation et distribution d'une chimiothérapie anticancéreuse				
Fiche de dysfonctionnement		Numéro : 3		
Description : Au départ de Reilly, les prélèvements ne sont pas mis dans une pochette rouge. Lors du traitement de l'ensemble des pochettes par le laboratoire entre 8H00 et 11H00, les prélèvements de Reilly sont « noyés » parmi les 150 pochettes provenant des différents services de l'établissement. Ne pouvant être identifiés comme urgent, ces prélèvements ne sont pas traités prioritairement.				
Conséquences : Le tube de prélèvement ne sera pas traité en « urgence » dans l'ordre de placement sur la barrette de l'automate. Le temps de traitement passera alors de 30 à 90 minutes en moyenne à plus de 180 minutes. Ce retard décalera bien entendu la transmission du résultat à Reilly, la transmission du OK à la pharmacie, le lancement de la préparation de chimiothérapie et l'administration au patient.				
Services ou acteurs impliqués :		Services de soins de Reilly		
Causes :		Inattention dans les services de Reilly		
Indice (s) :		sur la sécurité du malade :NON sur le bon fonctionnement des autres services :OUI sur le budget :NON		
Gravité :		Très grave :NON Grave :OUI Faible :NON		
Solution (s) envisagée (s)		- Création d'un poste coursier « chimiothérapie » - Création d'une instruction « Contrôle du support de transport » et d'un mode opératoire à appliquer par le coursier « chimiothérapie » lors de la prise en charge des prélèvements à Reilly (transfert de responsabilité).		
Délai :	A fixer	Responsable :	Responsable transport	
Indicateurs de suivi :				
Description :	Valeur actuelle	Valeur cible	Délai	Responsable (s)
Nb de pochettes	A objectiver	A fixer		
Nb de résultats dont le délai est supérieur à 2H30	A objectiver	A fixer		

FICHE DE DYSFONCTIONNEMENT

<u>Processus</u> : Prescription, préparation et distribution d'une chimiothérapie anticancéreuse					
Fiche de dysfonctionnement		Numéro : 4			
Description : Au départ de Reilly, sur le bon d'examen qui accompagne le prélèvement, la case chimiothérapie n'est pas cochée.					
Conséquences : Le tube de prélèvement n'aura pas le traitement spécifique « chimiothérapie » dans l'ordre de placement sur la barrette de l'automate. Le temps de traitement passera alors de 30 à 90 minutes en moyenne à plus de 180 minutes. Ce retard décalera bien entendu la transmission du résultat à Reilly , la transmission du OK à la pharmacie, le lancement de la préparation de chimiothérapie et l'administration au patient.					
Services ou acteurs impliqués :		Services de soins Reilly			
Causes :		Oubli par IDE Reilly			
Indice (s) :		sur la sécurité du malade :NON sur le bon fonctionnement des autres services :OUI sur le budget :NON			
Gravité :		Très grave :NON Grave :OUI Faible :NON			
Solution (s) envisagée (s)		- Création d'une instruction « Contrôle du bon d'examen avant envoi au laboratoire » et d'un mode opératoire à appliquer par l'IDE avant de préparer chaque départ de prélèvements vers le laboratoire.			
Délai :	A fixer	Responsable :	Encadrement Reilly		
Indicateurs de suivi :					
Description :		Valeur actuelle	Valeur cible	Délai	Responsable (s)
Nb d'examens concernés		A objectiver	A fixer		

FICHE DE DYSFONCTIONNEMENT

<u>Processus</u> : Prescription, préparation et distribution d'une chimiothérapie anticancéreuse					
Fiche de dysfonctionnement		Numéro : 5			
Description : Une ON doit être transmise en urgence à la pharmacie entre deux passages du coursier « pharmacie ».					
Conséquences : Un agent de Reilly doit se déplacer à la pharmacie pour déposer une ON.					
Services ou acteurs impliqués :		AS – ASH – IDE de Reilly			
Causes :		Le coursier « pharmacie » n'est pas dédié au circuit des chimiothérapies.			
Indice (s) :		sur la sécurité du malade :NON sur le bon fonctionnement des autres services :OUI sur le budget :NON			
Gravité :		Très grave :NON Grave :OUI Faible :NON			
Solution (s) envisagée (s)		Informatisation du circuit des ON vers la pharmacie Suppression des passages du coursier « pharmacie » correspondant (fin 2004)			
Délai :		Responsable :			
Indicateurs de suivi :					
Description :		Valeur actuelle	Valeur cible	Délai	Responsable (s)
Nb de déplacements agent Reilly par jour		A fixer	0		

FICHE DE DYSFONCTIONNEMENT

<u>Processus</u> : Prescription, préparation et distribution d'une chimiothérapie anticancéreuse				
Fiche de dysfonctionnement		Numéro : 6		
Description : Les trois enquêtes sur le circuit des chimiothérapies menées en 2002, 2003 et 2004 montrent qu'il y a en moyenne 40 à 45 minutes de temps de latence entre l'heure de réception du premier OK à la pharmacie et l'heure du lancement de la première préparation.				
Conséquences : Ce décalage initial se répercute pour toutes les préparations à réaliser dans la journée (séquençage) ainsi que pour l'heure de mise à disposition des glacières pour le coursier « pharmacie ».				
Services ou acteurs impliqués :		Préparateur en pharmacie		
Causes :		- Indisponibilité partielle des préparateurs en pharmacie sur la tranche horaire concentrant 44% de la réception des OK.		
Indice (s) :		sur la sécurité du malade :NON sur le bon fonctionnement des autres services :OUI sur le budget :NON		
Gravité :		Très grave :NON Grave :OUI Faible :NON		
Solution (s) envisagée (s)		- Ensemble des préparateurs en pharmacie (secteur chimiothérapie) disponibles sur le créneau 9H00 –10H00		
Délai :	A fixer	Responsable :	Encadrement pharmacie	
Indicateurs de suivi :				
Description :	Valeur actuelle	Valeur cible	Délai	Responsable (s)
Temps de latence entre l'heure du premier OK et l'heure du lancement de la première préparation	41 minutes en moyenne (juin 2004)	Inférieur à 5 minutes		

FICHE DE DYSFONCTIONNEMENT

<u>Processus</u> : Prescription, préparation et distribution d'une chimiothérapie anticancéreuse					
Fiche de dysfonctionnement		Numéro : 7			
Description : Au départ du secteur chimiothérapie de la pharmacie, la glacière pleine n'est pas étiquetée correctement (défaut d'adressage)					
Conséquences : livraison dans le mauvais service désorganisation pour les services concernés ainsi que pour le coursier « pharmacie » déplacement d'un agent de Reilly retard dans l'administration au patient					
Services ou acteurs impliqués :		Reilly patient			
Causes :		Inattention			
Indice (s) :		sur la sécurité du malade :OUI sur le bon fonctionnement des autres services :NON sur le budget :NON			
Gravité :		Très grave :OUI Grave :NON Faible :NON			
Solution (s) envisagée (s)		- Création d'une instruction « Contrôle de la glacière (contenant/contenu) avant envoi à Reilly » et d'un mode opératoire à appliquer par le préparateur en pharmacie avant chaque départ de chimiothérapie vers Reilly.			
Délai :		Responsable :			
Indicateurs de suivi :					
Description :		Valeur actuelle	Valeur cible	Délai	Responsable (s)
Nb de glacière non étiquetée		A objectiver	A fixer		

FICHE DE DYSFONCTIONNEMENT

Processus : Prescription, préparation et distribution d'une chimiothérapie anticancéreuse				
Fiche de dysfonctionnement		Numéro : 8		
Description : L'IDE qui réceptionne les glacières contenant plusieurs traitements, constate la présence d'une préparation défectueuse.				
Conséquences : Pour les protocoles impliquant des traitements sur plusieurs jours, répercussions possibles au niveau des stocks pharmacie; Décale l'administration au patient ; Perte de temps pour l'IDE (remettre la préparation dans la glacière et téléphoner à la pharmacie) ; Coursier « pharmacie » ramène la glacière lors de son prochain passage. Agent de Reilly se déplace pour ramener la nouvelle préparation ; Perte de temps pour la pharmacie (relancer une préparation).				
Services ou acteurs impliqués :	IDE Reilly Coursier « pharmacie » Préparateur en pharmacie Agent de Reilly			
Causes :	produit manquant ; produit détérioré ; défaut d'étiquetage .			
Indice (s) :	sur la sécurité du malade :OUI sur le bon fonctionnement des autres services :OUI sur le budget :OUI			
Gravité :	Très grave :OUI Grave :NON Faible :NON			
Solution (s) envisagée (s)	- Création d'une instruction « Contrôle de la glacière (contenant/contenu) avant envoi à Reilly » et d'un mode opératoire à appliquer par le préparateur en pharmacie avant chaque départ de chimiothérapie vers Reilly. - Concernant le produit « détérioré », fixer un objectif à atteindre et en suivre l'évolution			
Délai :	A fixer	Responsable :	Pharmacie	
Indicateurs de suivi :				
Description :	Valeur actuelle	Valeur cible	Délai	Responsable (s)
Nb de retour à la pharmacie	A objectiver	A fixer		

FICHE DE DYSFONCTIONNEMENT

<u>Processus</u> : Prescription, préparation et distribution d'une chimiothérapie anticancéreuse				
Fiche de dysfonctionnement		Numéro : 9		
Description : Un agent de Reilly doit se déplacer à la pharmacie pour récupérer une chimiothérapie en urgence.				
Conséquences : Perte de temps pour l'agent de Reilly				
Services ou acteurs impliqués :		AS – ASH - IDE		
Causes :		Pas de coursier « pharmacie » à disposition pour réaliser ce travail en urgence		
Indice (s) :		sur la sécurité du malade :OUI sur le bon fonctionnement des autres services :NON sur le budget :OUI		
Gravité :		Très grave :NON Grave :OUI Faible :NON		
Solution (s) envisagée (s)		Revoir le circuit et la fiche de poste du coursier « pharmacie » Création d'un poste « coursier chimiothérapie » dédié		
Délai :	A fixer	Responsable :	Responsable transport	
Indicateurs de suivi :				
Description :	Valeur actuelle	Valeur cible	Délai	Responsable (s)
Nb de déplacements d'un agent Reilly	A objectiver	0		

Annexe 12 :fiches de poste des coursiers

FICHE DE POSTE « COURSIER CHIMIOTHERAPIE »

Nb de personne :1 Horaire :9H30 – 18H00

du lundi au vendredi

Dect : Véhicule :Kangoo

N°	HORAIRE	TACHE	REMARQUE
1	9H30 à 10H00	<ul style="list-style-type: none"> - Relevé des prélèvements chimiothérapies pour numération dans les services (Reilly, pédiatrie, pneumologie) - Récupération des glacières vides dans les services (Reilly, pédiatrie, pneumologie) - Récupération au laboratoire des pochettes rouges 	<ul style="list-style-type: none"> - A définir les lieux précis de prise en charge des prélèvements chimiothérapies dans les services - A définir les lieux précis de prise en charge des prélèvements chimiothérapies dans les services - Le laboratoire doit mettre à disposition du coursier chimiothérapie les pochettes rouges vides.
2	10H00 à 10H45	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge des glacières pleines (chimiothérapies) et livraison dans les services (Reilly, pédiatrie, pneumologie) - Déposer les pochettes rouges vides dans les services (Reilly, pédiatrie, pneumologie) - Récupération des glacières vides dans les services (Reilly, pédiatrie, pneumologie) 	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessité de mettre en place un horodateur au niveau des services concernés par les chimiothérapies ainsi que dans le secteur chimiothérapie de la pharmacie - A définir le lieu de dépôt des glacières vides à la pharmacie
3	10H45 à 11H00	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge des glacières pleines (chimiothérapies) et livraison dans les services (Reilly, pédiatrie, pneumologie) - Déposer les pochettes rouges vides dans les services (Reilly, pédiatrie, pneumologie) - Récupération des glacières vides dans les services (Reilly, pédiatrie, pneumologie) 	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessité de mettre en place un horodateur au niveau des services concernés par les chimiothérapies ainsi que dans le secteur chimiothérapie de la pharmacie - A définir le lieu de dépôt des glacières vides à la pharmacie
4	11H30 à 12H00	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge des glacières pleines (chimiothérapies) et livraison dans les services (Reilly, pédiatrie, pneumologie) - Déposer les pochettes rouges vides dans les services (Reilly, pédiatrie, pneumologie) - Récupération des glacières vides dans les services (Reilly, pédiatrie, pneumologie) 	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessité de mettre en place un horodateur au niveau des services concernés par les chimiothérapies ainsi que dans le secteur chimiothérapie de la pharmacie - A définir le lieu de dépôt des glacières vides à la pharmacie
PAUSE DE 12H00 à 13H00			

N°	HORAIRE	TACHE	REMARQUE
5	13H00 à 13H30	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge des glacières pleines (chimiothérapies) et livraison dans les services (Reilly, pédiatrie, pneumologie) - Relevé des prélèvements chimiothérapies pour numération dans les services (Reilly, pédiatrie, pneumologie) - Récupération des glacières vides dans les services (Reilly, pédiatrie, pneumologie) - Récupération au laboratoire des pochettes rouges 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour ce départ programmé, il n'y a pas systématiquement de chimiothérapies préparées. - A définir les lieux précis de prise en charge des prélèvements chimiothérapies dans les services - A définir les lieux précis de prise en charge des prélèvements chimiothérapies dans les services - Le laboratoire doit mettre à disposition du coursier chimiothérapie les pochettes rouges vides.
6	13H30 à 14H15	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge des glacières pleines (chimiothérapies) et livraison dans les services (Reilly, pédiatrie, pneumologie) - Déposer les pochettes rouges vides dans les services (Reilly, pédiatrie, pneumologie) - Récupération des glacières vides dans les services (Reilly, pédiatrie, pneumologie) 	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessité de mettre en place un horodateur au niveau des services concernés par les chimiothérapies ainsi que dans le secteur chimiothérapie de la pharmacie - A définir le lieu de dépôt des glacières vides à la pharmacie
7	14H15 à 15H00	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge des glacières pleines (chimiothérapies) et livraison dans les services (Reilly, pédiatrie, pneumologie) - Déposer les pochettes rouges vides dans les services (Reilly, pédiatrie, pneumologie) - Récupération des glacières vides dans les services (Reilly, pédiatrie, pneumologie) 	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessité de mettre en place un horodateur au niveau des services concernés par les chimiothérapies ainsi que dans le secteur chimiothérapie de la pharmacie - A définir le lieu de dépôt des glacières vides à la pharmacie
8	15H00 à 15H45	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge des glacières pleines (chimiothérapies) et livraison dans les services (Reilly, pédiatrie, pneumologie) - Déposer les pochettes rouges vides dans les services (Reilly, pédiatrie, pneumologie) - Récupération des glacières vides dans les services (Reilly, pédiatrie, pneumologie) 	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessité de mettre en place un horodateur au niveau des services concernés par les chimiothérapies ainsi que dans le secteur chimiothérapie de la pharmacie - A définir le lieu de dépôt des glacières vides à la pharmacie
Important : A partir de 10H00 jusqu'à 12H00 et de 13H30 à 15H00, le coursier peut être appelé pour les urgences «Numération à destination du laboratoire »			
FIN DE SERVICE SUR LE POSTE DE COURSIER CHIMIOThERAPIE			
15H45			

Nota : A partir d'une base de travail de 7H30/jour, à définir pour le temps de travail restant (soit 2H15), les tâches à accomplir en dehors de cette fiche de fonction.

FICHE DE POSTE « COURSIER PHARMACIE »

Nb de personne :2 Agent A et B

Horaire /Agent A : 7H30 à 15H30, Agent B : 9H30 à 17H30

du lundi au vendredi

Véhicules :Kangoo et Poids lourd

N°	HORAIRE AGENT A	AGENT A	TACHE	HORAIRE AGENT B	AGENT B	TACHE	REMARQUE
1	7H30 à 8H00	Présent	- Récupération dans les différents points chauds (Fontenoy, Hors fontenoy) des commandes de pharmacie (médicaments et DM)	//////////	Absent	//////////	- A définir le lieu précis du dépôt des commandes pharmacie - Nécessité de mettre en place un horodateur au niveau de la pharmacie
2	8H00 à 9H00	Présent	- Ramassage des échelles vides	//////////	Absent	//////////	//////////
3	9H00 à 9H30	Présent	- Entretien du parc d'échelles et véhicules	//////////	Absent	//////////	//////////
4	9H30 à 10H15	Présent	- Prise en charge des échelles de pharmacie et livraison à l'entrée du fontenoy (niveau 2)	9H30 à 10H15	Présent	- Tournée de ramassage dans les points chauds pour récupération des pochettes de bons de demandes et récupération des commandes de pharmacie (médicaments et DM°	- Aucun cas l'agent A se charge de réaliser le chargement de les échelles, charge de travail appartenant au service pharmacie
5	10H15 à 12H00	Présent	- Prise en charge des échelles de pharmacie et livraison dans les services de soins (Hors-Fontenoy)	10H15 à 12H00	Présent	- Prise en charge des échelles de pharmacie et livraison dans les services de soins (Hors-Fontenoy)	- Aucun cas l'agent A et l'agent B se charge de réaliser le chargement de l'échelle, charge de travail appartenant au service pharmacie
PAUSE DE L'AGENT A et L'AGENT B DE 12H00 à 13H00							

6	13H00 à 13H45	Présent	- Prise en charge des échelles de pharmacie et livraison à l'entrée du fontenoy (niveau 2)	13H00 à 13H45	Présent	- Tournée de ramassage dans les points chauds pour récupération des pochettes de bons de demandes et récupération des commandes de pharmacie (médicaments et DM)	- Aucun cas l'agent A se charge de réaliser le chargement de l'échelle, charge de travail appartenant au service pharmacie
7	13H45 à 16H00	Présent	- Prise en charge des échelles de pharmacie et livraison dans les services de soins (Hors-Fontenoy) - Récupération des échelles vides (anticipation)	13H45 à 16H00	Présent	- Prise en charge des échelles de pharmacie et livraison dans les services de soins (Hors-Fontenoy) - Récupération des échelles vides (anticipation)	-Aucun cas l'agent A et l'agent B se charge de réaliser le chargement de l'échelle, charge de travail appartenant au service pharmacie - A définir le lieu de dépôt des échelles vides à la pharmacie
8	////////////////	Absent	////////////////	16H00 à 18H00	Présent	- Tournée de ramassage dans les points chauds pour récupération des pochettes de bons de demandes et récupération des commandes de pharmacie (médicaments et DM)	////////////////