



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Directeur d'hôpital**

Date du Jury : *décembre 2002*

---

**LA CONTRACTUALISATION INTERNE  
COMME LEVIER DE MODERNISATION  
DE LA GESTION DE L'HOPITAL :  
UNE ETUDE DE BENCHMARKING  
ENTRE LES CENTRES HOSPITALIERS  
D'AUXERRE ET DE BLOIS**

---

**Alexandra ROUSSEL**

## REMERCIEMENTS

J'adresse mes plus vifs remerciements pour la qualité de l'accueil qui m'a été réservé tout au long de mon stage professionnel à Michel PERROT, directeur du centre hospitalier d'Auxerre, à Daniel ROYER, président de la commission médicale d'établissement (CME) ainsi qu'à l'équipe de direction : Philippe BOURGINE, directeur des admissions, des finances et des systèmes d'information, Françoise BOURGINE, directrice des ressources humaines, Catherine BRUNET, directrice des services économiques, Bernard LABORDERIE, directeur des affaires générales et de la clientèle et Jean-Luc BINOIS, directeur des soins.

Dans le cadre de ce travail, j'ai eu la chance de réaliser des entretiens riches d'enseignements avec les décideurs des centres hospitaliers d'Auxerre, de Blois et de Vichy que je remercie pour leur disponibilité et les témoignages qu'ils ont bien voulu me livrer pour progresser dans mon travail. Il s'agit, pour le centre hospitalier de Vichy, de Jean SCHMID, directeur de l'établissement et, pour le centre hospitalier de Blois, de Jean-Pierre GUSCHING, actuellement directeur du centre hospitalier d'Orléans, et directeur du centre hospitalier de Blois jusqu'en juin 2002, de Maurice CHANTEREAU, président de la CME et de Danièle GASTOU, directrice des soins.

Je tiens aussi à remercier tout spécialement Philippe BOURGINE, mon maître de stage, pour le temps qu'il a bien voulu consacrer aux réflexions relatives à la démarche de contractualisation interne dans le monde hospitalier et au centre hospitalier d'Auxerre, ainsi que, in fine, à la relecture de mon mémoire.

Enfin, ces remerciements seraient bien incomplets si j'oubliais d'évoquer ici le rôle décisif de Patrick EXPERT, mon encadrant mémoire, directeur des systèmes d'information et du contrôle de gestion du centre hospitalier de Blois, qui a su guider ma progression dans la réflexion par ses conseils, ses analyses et ses corrections et me permettre ainsi de réaliser un travail extrêmement enrichissant dans la perspective de l'exercice de mon futur métier de directrice d'hôpital.

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	<b>4</b>
<b><u>1- LES ENJEUX DE LA CONTRACTUALISATION INTERNE : UN VECTEUR PUISSANT DE MODERNISATION DU FONCTIONNEMENT HOSPITALIER AU PROFIT DES PATIENTS</u></b>	<b>9</b>
<b>1.1 L’AFFIRMATION D’UNE DEMARCHE PARTICIPATIVE ET QUALITATIVE NECESSAIREMENT INSCRITE DANS UN CADRE D’OBJECTIFS NEGOCIES</b>	<b>9</b>
1.1.1 La contractualisation interne inscrite dans une logique de management participatif	10
1.1.2 Des concepts et des outils communs avec la démarche qualité	12
1.1.3 La nécessité d’un cadre formel pour un engagement synallagmatique	19
<b>1.2 L’OBJECTIF DE PLACER LA DECISION DE GESTION AU PLUS PRES DES PATIENTS : LE MANAGEMENT DE SUBSIDIARITE ET L’INTERESSEMENT POUR PLUS D’EFFICIENCE</b>	<b>20</b>
1.2.1 Le concept central de subsidiarité dans la volonté de déconcentrer la gestion	21
1.2.2 La problématique de l’intéressement : comment valoriser l’implication des soignants dans la gestion ?	25
<b>1.3 UN IMPACT SIGNIFICATIF SUR L’ORGANISATION HOSPITALIERE EN TERMES D’ENJEUX DE POUVOIRS ET D’EVOLUTION DES METIERS</b>	<b>27</b>
1.3.1 L’effet fédérateur de la contractualisation interne, source de recomposition interne des pouvoirs à l’hôpital	27
1.3.2 Le glissement de la fonction de direction vers des missions managériales réaffirmées	31
<b><u>2- LA VOLONTE DU CENTRE HOSPITALIER D’AUXERRE DE S’ENGAGER DANS LA DEMARCHE DE CONTRACTUALISATION INTERNE : INTERETS ET LIMITES A LA LUMIERE DE L’EXPERIENCE DU CENTRE HOSPITALIER DE BLOIS</u></b>	<b>34</b>
<b>2.1 L’IMPORTANCE DE L’HISTOIRE ET DE L’ENVIRONNEMENT DU CHA DANS LA COMPREHENSION DES ORIENTATIONS DE SON PROJET DE GESTION</b>	<b>35</b>
2.1.1 La nécessité de dépasser le handicap du manque d’attractivité de la région	36
2.1.2 La conception du projet d’établissement comme vecteur d’implication des personnels	38
2.1.3 Un hôpital dorénavant positionné comme référent départemental par les autorités sanitaires	40
<b>2.2 DES ELEMENTS D’EXPLICATION SUR L’ECART DE PROGRESSION DANS LA DEMARCHE DE CONTRACTUALISATION ENTRE LES CH D’AUXERRE ET DE BLOIS</b>	<b>42</b>
2.2.1 Une perception différente du poids de l’environnement concurrentiel	43
2.2.2 La problématique du positionnement du contrôle de gestion dans le management	46
2.2.3 Le degré de sensibilisation des directions aux apports de la contractualisation interne	49

<b>2.3 LA SPECIFICITE DE LA CULTURE BLESOISE INDUITE PAR LA DEMARCHE DE CONTRACTUALISATION INTERNE COMME VALEUR DE MODELE POUR L'HOPITAL AUXERROIS ?</b>	<b>53</b>
2.3.1 L'originalité d'une approche médico-économique et évaluative plutôt que budgétaire	53
2.3.2 La volonté de maintenir une synergie entre qualité et contractualisation interne	56
2.3.3 Une politique d'intéressement envisagée comme support de la dynamique projet	59
<b><u>3- LES CLES DE LA REUSSITE : SAVOIR TIRER PARTI DE L'APPROCHE BENCHMARKING POUR CONDUIRE AU MIEUX LA CONTRACTUALISATION INTERNE AU CENTRE HOSPITALIER D'AUXERRE</u></b>	<b>63</b>
<b>3.1 LE BENCHMARKING COMME OUTIL DE COMPARAISON ET D'AMELIORATION DES PERFORMANCES ENTRE ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS</b>	<b>64</b>
3.1.1 Une démarche appuyée sur une méthodologie et un processus précis	65
3.1.2 Un outil transférable du monde de l'entreprise vers le monde hospitalier baigné dans un environnement en perpétuel mouvement	67
<b>3.2 LA CONTRACTUALISATION INTERNE, SOURCE D'AVANTAGE DECISIF POUR L'ETABLISSEMENT QUI LA PRATIQUE</b>	<b>69</b>
3.2.1 En interne, une organisation hospitalière plus efficiente et plus adaptée aux exigences de qualité et de sécurité des patients	70
3.2.2 En externe, une autonomie renforcée vis à vis de l'environnement institutionnel	73
<b>3.3 UN IMPACT CONCRET DE L'ETUDE COMPARATIVE SUR LE CENTRE HOSPITALIER D'AUXERRE</b>	<b>75</b>
3.3.1 Un système d'information hospitalier redynamisé pour répondre aux objectifs d'une contractualisation interne orientée sur l'efficience et la qualité	76
3.3.2 La prise de conscience de l'importance du caractère pédagogique et progressif de la diffusion d'une nouvelle culture de gestion	78
<b>CONCLUSION</b>	<b>81</b>
<b>GLOSSAIRE</b>	<b>83</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>86</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>89</b>

# INTRODUCTION

Dans le sillage du mouvement de modernisation de la gestion de l'Etat, les hôpitaux se lancent désormais dans une démarche de contractualisation interne, sous l'impulsion renouvelée de la Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins<sup>1</sup>. Un changement de paradigme, illustré par la diffusion de plusieurs circulaires<sup>2</sup> relatives à la contractualisation et au management par objectifs, est observé depuis quelques années dans l'administration. Celle-ci est décidée à inclure de plus en plus dans son mode d'action unilatéral et vertical des démarches contractuelles et transversales censées être plus réactives et plus adaptées aux besoins des administrés dans un double souci d'efficacité et d'efficience.

Le management par objectifs va en effet tendre à devenir un mode de management de plus en plus développé dans les services de l'Etat. L'adoption de la nouvelle loi organique relative aux lois de finances<sup>3</sup> (LOLF) du 1<sup>er</sup> août 2001 a marqué dernièrement la volonté de moderniser la constitution financière de la France en abrogeant les rigides dispositions de l'ordonnance de 1959 et en instaurant un système de gestion basé sur les performances et sur l'évaluation. Ce système de gestion des performances permettra de passer d'une logique de moyens à une logique de résultats fondée sur la confiance et la responsabilisation des gestionnaires<sup>4</sup>. Cette réflexion sur une nouvelle organisation de la gestion semble diffuser plus rapidement et plus largement dans le monde hospitalier, dont l'organisation en établissements dotés de l'autonomie de gestion favorise les initiatives locales au gré des personnalités et de la culture managériale des chefs d'établissements. Ainsi, d'après les résultats de l'enquête de la DHOS, «la volonté de contractualiser reste constante dans le

---

<sup>1</sup> Cf actes et notes du colloque sur la contractualisation interne organisé par la DHOS le 9 janvier 2002.

<sup>2</sup> Circulaire du Premier ministre du 25 janvier 1990 relative au renouveau du service public, circulaire du Premier ministre du 26 juillet 1995 relative à la préparation et à la mise en œuvre de la réforme de l'Etat et des services publics, circulaire du Premier ministre du 26 juillet 1995 relative à la préparation et à la mise en œuvre des plans pluriannuels de modernisation des administrations.

<sup>3</sup> Loi organique 2001-692 du 1<sup>er</sup> août 2001 relative aux lois de finances.

<sup>4</sup> Cf article et entretien du Monde économique du 2 juillet 2002 pages V et XII.

temps, puisque depuis 1996, les chiffres annuels et cumulés des contrats signés dans les établissements hospitaliers sont en constante progression»<sup>5</sup>.

De fait, le dispositif législatif et réglementaire<sup>6</sup> de l'organisation hospitalière n'a cessé depuis une quinzaine d'années de pousser toujours plus les établissements à lancer des initiatives en ce sens. Il s'agit de moderniser la gestion de l'hôpital en s'appuyant sur le renforcement du dialogue et des échanges entre direction et équipes médicales et soignantes, chevilles ouvrières de la production de soins et de santé et véritables ordonnatrices des dépenses médicales et pharmaceutiques, à travers les prescriptions de médicaments et d'actes médico-techniques. La circulaire du 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne dans les établissements publics de santé<sup>7</sup> est à cet égard très explicite : *« La gestion hospitalière, c'est à dire la fixation d'objectifs, en terme d'activité et de qualité des soins, et la mobilisation de moyens, en terme de personnel et de crédits, doit donner lieu à un véritable dialogue entre la direction et les équipes médicales, paramédicales et techniques. Ces dernières doivent bénéficier d'une plus grande souplesse de fonctionnement courant, sur la base de principes arrêtés d'un commun accord, dans le respect du projet d'établissement et des moyens globaux de l'établissement. »*

L'objectif de modernisation de la gestion hospitalière découle de deux préoccupations des pouvoirs publics et des décideurs hospitaliers semblant au premier abord antinomiques. L'une, d'ordre éthique, consiste à améliorer la qualité des soins dispensés à la population dans un souci de prise en charge globale au regard des objectifs de santé publique et du respect des missions de service public. L'autre, d'ordre conjoncturelle tendant à devenir structurelle, s'attache à maîtriser la croissance des dépenses hospitalières dans un contexte de restriction budgétaire forte. Ces deux préoccupations sont de fait comprises dans la notion économique d'efficience du système de soins et de santé qui exprime l'objectif d'amélioration de la qualité des soins au moindre coût pour les établissements et pour la collectivité.

---

<sup>5</sup> GINESY Eric et BLAES Dominique, La contractualisation interne cinq ans après, extraits du colloque du 9 janvier 2002, in *Gestions Hospitalières* n°416, mai 2002.

<sup>6</sup> Loi du 31 juillet 1991 et ordonnance 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière

<sup>7</sup> Circulaire DH/AF/AF3/97-304 du 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne dans les établissements publics de santé.

Le postulat de départ de la réflexion sur la contractualisation interne est que la mobilisation des professionnels hospitaliers autour de projets visant le rapprochement des logiques soignantes et administratives peut être source d'efficacité au plus grand profit du patient. L'hôpital, en fonctionnant sur l'opposition classique entre l'univers soignant – au sens large – et l'univers administratif, gaspillerait de l'énergie et des ressources en partie consacrées au règlement de petits dysfonctionnements, fruits d'une certaine lourdeur administrative tant reprochée par les médecins, et ce, au détriment des activités centrées sur la prise en charge des patients. Le fait d'appliquer le principe de subsidiarité de la décision de gestion aux différents services de l'hôpital (cliniques, médico-techniques, techniques et administratifs) devrait permettre aux équipes soignantes d'alléger le poids administratif du fonctionnement courant de l'hôpital, dans le respect des règles de la Comptabilité publique et du Code des marchés publics.

En effet, la notion de responsabilité, très forte à l'égard du patient et de sa famille dans le cadre de la prise en charge médicale et soignante, est culturellement moins présente parmi les soignants quand il s'agit de veiller à l'optimisation des ressources budgétaires des services au sein de l'établissement. Leur métier ne les prédestine pas en effet à se préoccuper de gestion mais à se consacrer entièrement aux malades. Or dans un contexte de raréfaction des ressources hospitalières, l'optimisation des moyens alloués aux établissements est une nécessité et peut aussi constituer une aide au développement d'activités nouvelles.

L'objectif ultime de la démarche de contractualisation est de permettre à l'hôpital de répondre au mieux au besoin de santé de la population. Il convient de tenter de mesurer en quoi un établissement lancé dans la démarche pourrait disposer d'un avantage décisif sur les autres établissements encore cantonnés dans une gestion classique centralisée et strictement budgétaire. Quel est l'apport significatif de la contractualisation interne en termes d'amélioration de la qualité des prestations offertes aux patients ? Et, au regard des expériences déjà lancées dans plusieurs établissements, quelle voie doit être privilégiée pour conduire le projet ?

La méthodologie de ce travail est résolument orientée sur une approche de type benchmarking<sup>8</sup> destinée à étudier l'expérience du Centre Hospitalier de Blois (CHB) pour mieux comprendre et enrichir la réflexion sur la contractualisation interne menée depuis plusieurs mois au Centre Hospitalier d'Auxerre (CHA) dans le cadre de la mise en œuvre du projet de gestion 2001-2005. En fait, il s'agit d'utiliser la « philosophie » du benchmarking appliquée au monde hospitalier dans un esprit d'émulation des décideurs du Centre Hospitalier d'Auxerre : l'idée force est d'apprendre à se comparer pour s'améliorer.

En outre, l'étude des expériences d'autres établissements a permis de réaliser une mise en perspective des diverses perceptions de la contractualisation dont les modalités d'application sont très variables selon la culture des établissements, leur situation budgétaire et financière, leur positionnement dans la région et les enjeux placés dans la démarche.

Le CHB a constitué un très précieux terrain d'investigation pour construire ce travail : il s'est en effet lancé dans une démarche de contractualisation originale reposant sur une approche évaluative et une logique médico-économique, dispose d'un recul de plusieurs années riche d'enseignements et se situe actuellement dans la phase ultime de finalisation de la contractualisation interne avec les services par l'application effective d'une « gestion partagée ». Parallèlement, des entretiens accordés par les décideurs des Centres Hospitaliers d'Auxerre, de Blois<sup>9</sup> et de Vichy<sup>10</sup> ont nourri la réflexion en permettant de mieux cerner les enjeux, les intérêts et les limites de la contractualisation dans leurs établissements, tout en appréciant concrètement les logiques des acteurs en présence.

Il importe en premier lieu de saisir le plus finement possible les enjeux liés à la mise en œuvre de la contractualisation interne au sein de l'institution hospitalière. En second lieu, la volonté du centre hospitalier d'Auxerre de s'engager dans la démarche sera étudiée au prisme de l'expérience du centre

---

<sup>8</sup> Traduction française : étalonnage concurrentiel.

<sup>9</sup> Directeurs des établissements, présidents de Commission médicale d'établissement et directeurs des soins du CHA et du CHB.



hospitalier de Blois. Enfin, les facteurs clés de la diffusion de la contractualisation interne au centre hospitalier d'Auxerre feront l'objet d'une réflexion centrée sur les apports de l'approche benchmarking au management hospitalier.

---

<sup>10</sup> Directeur du Centre Hospitalier de Vichy.

## **1- LES ENJEUX DE LA CONTRACTUALISATION INTERNE : UN VECTEUR PUISSANT DE MODERNISATION DU FONCTIONNEMENT HOSPITALIER AU PROFIT DES PATIENTS**

Dans un contexte de raréfaction des marges de manœuvres financières des hôpitaux, la contractualisation interne est présentée comme « une étape nouvelle dans l'adaptation des méthodes de gestion hospitalière » et « a pour ambition d'être une méthode de gestion qualitative et participative » selon la circulaire du 21 avril 1997. L'objectif clairement affiché est d'améliorer le fonctionnement de l'hôpital dont l'organisation actuelle est supposée source d'inertie et de dysfonctionnements, alors que son environnement exige des qualités d'adaptabilité, d'innovation et d'efficience toujours plus grandes.

La démarche de contractualisation apparaît ainsi comme un vecteur puissant de modernisation de la gestion hospitalière parce qu'il s'appuie sur une démarche participative de type projet et qu'il vise à rapprocher la décision de gestion au plus près des patients, selon le principe de subsidiarité. En cela, elle est à l'origine d'une modification de la répartition des pouvoirs au sein de l'hôpital en même tant que d'une évolution des métiers.

### **1.1 L’AFFIRMATION D’UNE DEMARCHE PARTICIPATIVE ET QUALITATIVE NECESSAIREMENT INSCRITE DANS UN CADRE D’OBJECTIFS NEGOCIES**

Depuis son origine, l'hôpital est une institution caractérisée par l'existence d'une liaison directe entre le sommet stratégique, la direction, et un grand nombre d'unités opérationnelles, constituées par les services cliniques et médico-techniques dans le domaine des soins aux patients. Cette organisation hiérarchique en structure pyramidale « plate », vers laquelle les entreprises tentent actuellement de se rapprocher dans le cadre du management de proximité, est un atout puisque les médecins et les soignants disposent d'un niveau de qualification élevé en théorie propice à une implication accrue des acteurs. L'hôpital peut avantageusement tirer partie de cette singularité organisationnelle en profitant du fait que la proximité est déjà acquise au plan médical et soignant pour diffuser une nouvelle logique managériale.

Ainsi, la mise en œuvre d'un management de type participatif doit être facilitée et peut être enrichie des concepts et des outils de la démarche qualité, dont l'état d'esprit est voisin<sup>11</sup>, et ce dans le cadre d'objectifs et de moyens clairs, précis et formalisés.

### **1.1.1 La contractualisation interne inscrite dans une logique de management participatif**

L'hôpital, riche du niveau élevé de compétences des professionnels qui y exercent, dispose d'un contexte a priori favorable à l'implication du personnel dans la vie de l'institution. Comme le rappellent fort justement Christian CAUVIN et Michel CREMADEZ<sup>12</sup> « sociologiquement, l'hôpital reste un monde de professionnels, (...) un monde où le facteur clé est la mobilisation de compétences spécifiques et originales : ce qui est nouveau, c'est que l'institution hospitalière, aidée par l'évolution des technologies, est sans doute en mesure d'amener aujourd'hui ces professionnels, auparavant dispersés, à coopérer dans le cadre d'un projet institutionnel. »

Ces professionnels disposent d'un degré d'autonomie fort dans leur métier qui leur permet d'apporter leur contribution à une réflexion sur l'amélioration du fonctionnement quotidien des divers services au bénéfice des patients. Cependant, a contrario la diversité des métiers hospitaliers et des origines culturelles professionnelles, de même que l'atomisation des unités opérationnelles (plus de cent dans les Centres Hospitaliers Universitaires) a longtemps été un frein à l'expression d'initiatives en ce sens.

C'est depuis la prise de conscience de la nécessité de renforcer la cohésion et l'efficacité de l'hôpital à l'égard d'un environnement source de contraintes et d'incertitudes que l'organisation pyramidale et unilatérale a semblé de plus en plus montrer des limites. Pour faire face à ce qui apparaît comme une menace (restrictions budgétaires notamment), les décideurs hospitaliers veulent pouvoir

---

<sup>11</sup> La logique d'évaluation notamment est commune à la démarche de management participatif et à la démarche qualité.

compter sur toutes les forces vives de leur établissement en les engageant à participer davantage à la gestion des moyens alloués et à la formalisation des objectifs de qualité. Parallèlement, cette volonté est entrée en cohérence avec le désir des professionnels de s'impliquer davantage dans les rouages de l'hôpital : « Le souci du professionnalisme et la revendication à plus d'autonomie ont conduit à dépasser le stade budgétaire initial pour une logique plus ambitieuse : la complexité des organisations supposait, en contrepartie, une plus grande concertation dans la prise de décision. <sup>13</sup>»

La nécessaire implication des soignants - au sens large - dans la gestion de leur hôpital est d'autant plus précieuse qu'ils détiennent en quelque sorte un pouvoir d'ordonnateur des dépenses à travers la délivrance de prescriptions médicamenteuses et médico-techniques, sources de la majeure partie des charges d'un service de soins. Cependant, « la participation, ça ne se décrète pas », comme le rappelait avec force Claude EVIN, lors des assises de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris. En effet, rien ne serait pire qu'une démarche participative « assenée par le haut » à des professionnels de santé qui vivraient l'expérience au mieux comme une coquille vide, au pire comme un marché de dupes, préjudiciable pour longtemps à l'instauration de la confiance entre direction et soignants.

La contractualisation interne en s'inscrivant dans une démarche participative s'appuie sur la philosophie et les concepts de la démarche projet généralisée à l'ensemble des activités de l'hôpital. Alors que l'approche en termes de projets s'appliquait classiquement à la réalisation d'actions spécifiques et ponctuelles, elle tend depuis quelque temps à toucher l'ensemble des activités d'une organisation, parce qu'elle « se prête particulièrement bien à la mobilisation des acteurs divers, autonomes et engagés dans de multiples appartenances (...)»<sup>14</sup> Démarche transversale, elle permet de déterminer des objectifs et un calendrier d'actions précis en s'appuyant sur les compétences plutôt que sur les statuts et

---

<sup>12</sup> Cf article Quelles structures pour les hôpitaux ? in Cahier de Gestions Hospitalières n°167, août-septembre 2001.

<sup>13</sup> SEGADE Jean-Paul, La contractualisation à l'hôpital, Masson, Paris, 2000, 109 pages.

<sup>14</sup> Cf article de Christian CAUVIN et Michel CREMADEZ Quelles structures pour les hôpitaux ? in Cahier de Gestions Hospitalières n°167, août-septembre 2001

concourt à associer médecins, soignants et gestionnaires dans la conduite et l'évaluation des projets.

Ce sont ainsi les logiques participatives et les approches par projet qui doivent présider au lancement de la contractualisation interne dans un établissement. Il s'agit de replacer la contractualisation dans une certaine vision managériale de l'hôpital et des ressources humaines, où tout agent dispose de la capacité de comprendre les enjeux des projets, de prendre des décisions à son niveau de compétences, d'assumer celles-ci et de rendre compte in fine au responsable. Cette « philosophie » de la contractualisation n'est pas nouvelle pour le personnel infirmier<sup>15</sup>, notamment en psychiatrie où le diagnostic infirmier constitue le support d'une sorte de « contrat de soins » passé avec le patient, devenant de plus en plus acteur de sa prise en charge. Elle est aussi présente en formation continue où les départs en formation sont assujettis à une définition préalable d'objectifs et à l'obligation d'évaluer, puis de mettre en oeuvre et de diffuser l'enseignement reçu au sein de l'équipe.

In fine, la contractualisation apparaît comme une source de création de lien entre les divers personnels de l'hôpital. Centrée sur une définition collégiale des objectifs et sur la maîtrise du tryptique qualité-coûts-délais, elle instille dans la gestion de l'hôpital une dose bienvenue de pragmatisme ainsi qu'un peu plus d'humanité dans les relations professionnelles. Elle concourt ainsi à installer ou à restaurer la confiance et la transparence entre les cadres et les équipes opérationnelles en constituant une base de négociation formalisée par un engagement dans lequel chaque partie est responsabilisée : « on écrit ce que l'on va faire, et on fait ce qu'on a écrit. » En ce sens, elle entre en parfaite synergie avec la démarche qualité.

### **1.1.2 Des concepts et des outils communs avec la démarche qualité**

La contractualisation interne, dans sa logique de modernisation de gestion de l'hôpital, apparaît comme une démarche progressive dont l'état d'esprit et les outils apparaissent similaires à ceux de la démarche qualité assise sur la

---

<sup>15</sup> Ce développement est le fruit d'un entretien mené avec Jean-Luc Binois, directeur des soins du centre hospitalier d'Auxerre, sur la démarche de contractualisation interne dans les hôpitaux.

primauté de la pédagogie, la logique des processus et des projets et sur l'évaluation des résultats.

En fait, la démarche de contractualisation participative et fédératrice de projets, repose plus sur la diffusion d'une logique contractuelle que sur l'application d'une véritable obligation contractuelle. A ce titre, la notion de liberté apparaît comme centrale pour permettre à chacun de s'organiser pour se rapprocher des objectifs quantitatifs et qualitatifs fixés dans les contrats. La diffusion de l'état d'esprit de la contractualisation est essentielle dans la mesure où au départ les premiers textes concernant la modernisation de la gestion s'orientaient plus vers une logique budgétaire que d'efficacité, dans un contexte de réduction drastique des ressources des établissements. Progressivement, l'émergence de l'aspect qualité est de plus en plus valorisé, tant dans le contenu de la démarche de contractualisation interne, à travers la prise en compte d'éléments d'évaluation qualitative des résultats de gestion, que dans sa forme, par le jeu de l'appropriation des concepts de la qualité, telles que l'analyse des processus et l'analyse des coûts de revient de la non-qualité notamment. Dans cette perspective, le centre hospitalier de Blois intègre dans ses objectifs de contractualisation interne la valorisation des coûts de la non qualité et la mesure des effets des actions mises en œuvre<sup>16</sup>.

Il s'agit donc d'expliquer aux équipes hospitalières les objectifs de la démarche centrée sur des axes d'amélioration continue de la qualité dans un souci d'optimisation des moyens. La qualité apparaît comme centrale et à l'approche budgétaire brute se substitue de plus en plus une approche médico-économique alimentée par les données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI). Le modèle du PMSI, certes perfectible dans sa signification médicale, présente l'avantage de mieux restituer la nature de l'activité hospitalière en termes d'éventail des cas traités, plus parlants que les indicateurs d'activité classique tels que les lits et les journées. A ce titre, bien qu'outil d'allocation budgétaire externe pour les établissements de santé, son

---

<sup>16</sup> Cf poster de présentation de la démarche de contractualisation au centre hospitalier de Blois diffusé au colloque sur la contractualisation interne organisé par la DHOS le 9 janvier 2002.

utilisation interne concourt à médicaliser la gestion de l'hôpital et à alimenter les données susceptibles de renseigner sur la qualité des soins<sup>17</sup>.

La nécessité de la pédagogie sur la démarche de contractualisation interne apparaît d'autant plus essentielle qu'elle risque d'apparaître, aux yeux du corps médical notamment, comme un nouvel avatar stérile de la modernisation de la gestion de l'hôpital et comme une volonté de l' « administration » de diffuser dans les services la contrainte budgétaire et réglementaire externe. De la même façon que les équipes estiment qu'elles ont « toujours fait de la qualité », elles sont aussi persuadées de gérer au mieux les moyens alloués pour fonctionner. Ainsi, il s'agit pour la direction, porteuse de la diffusion du projet de contractualisation interne, d'expliquer sans relâche l'état d'esprit de la démarche, de savoir prendre en compte les inquiétudes des professionnels, quant à l'impact de la contractualisation sur le fonctionnement quotidien de leur service, et d'être capable de démontrer le retour sur investissement réalisé ou qu'ils peuvent en attendre. Elle se doit parallèlement d'organiser les formations susceptibles de faciliter une meilleure compréhension des métiers de chacun, source de rapprochement entre logiques soignantes et logiques administratives.

L'exemple du Centre Hospitalier de Vichy est à cet égard édifiant. Cet établissement a donné la priorité à la pédagogie dans la diffusion de la démarche en partant du postulat qu'une phase de formation et d'apprentissage était incontournable afin de faire comprendre la portée effective de la contractualisation interne sur la qualité en vue de susciter l'adhésion la plus large possible des personnels et notamment des médecins. Après une réunion d'information générale, les services volontaires ont participé à des séances de travail organisées par la direction et centrées sur l'élaboration concrète d'indicateurs d'activité, de coûts et de qualité. Cette orientation fortement pédagogique de la diffusion de la démarche de contractualisation interne a également prévalu au Centre Hospitalier de Blois où les tableaux de bord de gestion sont avant tout considérés comme des outils d'apprentissage collectif de la contractualisation permettant de s'accorder sur un langage commun. L'enjeu est bien ici de diffuser au sein de l'établissement une culture de gestion sous-

---

<sup>17</sup> On pense notamment au nombre d'hospitalisations itératives pouvant être un des indicateurs de l'incidence d'infections nosocomiales dans un service.

tendue par l'objectif d'amélioration des prestations de santé offertes aux patients, dans le même esprit que la volonté d'instaurer la culture qualité à l'ensemble des professionnels de santé.

**De même que dans la démarche qualité, la contractualisation interne pousse les acteurs hospitaliers à raisonner en termes de processus de prise en charge des patients et de moins en moins en terme de structure d'accueil.**

Elle facilite une vision globale du patient non plus centrée sur les seuls pathologies ou organes traités, mais sur la qualité de sa trajectoire dans l'établissement. La trajectoire du patient est conditionnée par la bonne organisation de l'enchaînement des soins cliniques et médicotechniques ainsi que des diverses procédures administratives afférentes. Chaque élément du processus de la prise en charge a son importance dans l'objectif de qualité des prestations de soins et dans la satisfaction des patients.

Ce type d'approche cadre parfaitement avec la démarche de contractualisation, inscrite dans une démarche projet, qui vise à faire travailler ensemble tous les professionnels de santé dans un objectif d'amélioration continue de la qualité. Michel Cremadez et Christian Cauvin<sup>18</sup> expliquent que « la formalisation des processus y joue un rôle central pour l'articulation de la contribution des acteurs, dans une perspective commune. Elle leur permet de **mieux comprendre l'importance de coopérer** et mettre en œuvre tous les éléments à leur disposition pour **faciliter la tâche des autres en vue de réaliser l'objectif commun**. Elle donne un contenu précis et une actualité permanente à la notion de solidarité entre acteurs investis dans une même mission."

Apparaît là en filigrane une autre notion commune à la la démarche qualité et à la démarche de contractualisation interne, il s'agit de l'instauration de la relation client-fournisseur entre les différents services de l'hôpital. Il est essentiel que chacun ait une meilleure connaissance des conséquences de ses actions sur

---

<sup>18</sup> Cf infra.



le fonctionnement des autres services. Cette prise de conscience de l'impact de ses actes sur l'ensemble des processus de prise en charge constitue une source d'amélioration de la qualité en réduisant nombre de désagréments et de dysfonctionnements préjudiciables aux patients mais aussi aux collègues de travail. L'exemple typique est le mauvais tri du linge qui obère les conditions de traitement en aval et qui peut avoir des répercussions néfastes en termes de conditions de travail<sup>19</sup>.

Chaque service de l'hôpital est ainsi responsabilisé parce que nécessairement et alternativement client et prestataire d'un autre service. Les services médico-techniques tels que les laboratoires ou les services d'imagerie médicale sont à ce titre des services prestataires d'examens pour le compte des services cliniques médicaux et chirurgicaux et des services clients de la direction des systèmes d'information pour la prestation informatique de traitement des résultats d'examens. L'ensemble de l'hôpital fonctionne ainsi comme une multitude de binômes clients-fournisseurs dont le bon fonctionnement conditionne la qualité des prises en charge des patients. Chaque professionnel de l'hôpital doit ainsi être sensibilisé à une double exigence : la qualité de son travail à destination des autres et la qualité des travaux réalisés à son profit.

A terme, la contractualisation interne sera amenée à couvrir les relations transversales entre services prestataires et services clients dans une perspective d'amélioration du déroulement de la prise en charge des patients. L'impact sur la durée de séjour et de fait sur le confort du patient en constitue une bonne illustration : une meilleure articulation entre services cliniques et médicotechniques est susceptible de réduire significativement l'attente de résultats d'examens conditionnant la sortie programmée d'un patient. L'appréciation des gains attendus de la mise en œuvre de la contractualisation et de sa pertinence au regard des objectifs affichés suppose une volonté et une capacité fortes à évaluer les actions menées.

---

<sup>19</sup> Linge souillé par des traceurs radioactifs injectés aux patients en médecine nucléaire.

**Tout comme la démarche qualité, la contractualisation interne s'appuie nécessairement sur le développement d'une logique d'évaluation des procédures et des résultats des actions lancées.**

L'idée d'évaluation à l'hôpital trouve sa source au cœur de la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière<sup>20</sup> qui l'érige en obligation, pour les établissements de santé, de développer une politique d'évaluation des pratiques professionnelles et de leurs modalités d'organisation. Cette évaluation vise à atteindre l'efficience : garantir la qualité des soins hospitaliers et de la prise en charge de malades tout en optimisant les ressources allouées aux établissements. Cette logique de l'évaluation diffuse de plus en plus dans les établissements et est requise pour un certain nombre de procédures telles que le renouvellement des chefferies de services et les postes de directeurs d'établissements nommés sur des emplois fonctionnels. La satisfaction des patients doit également faire l'objet d'une évaluation régulière portant sur les conditions de séjour et d'accueil comme le prévoit l'ordonnance 96-346 du 24 avril 1996.

La contractualisation interne doit s'appuyer sur l'évaluation des actions mises en œuvre découlant des objectifs fixés dans les contrats entre direction et services. Cette évaluation vise à mesurer le chemin parcouru dans la progression de la démarche, aide à mettre en place une communication institutionnelle sur les résultats obtenus et, dans le cadre d'une approche progressive reposant sur l'expérimentation avec quelques services volontaires, favorise la généralisation de la logique contractuelle dans l'établissement.

En outre, comme dans la démarche qualité, l'évaluation constitue le support de l'actualisation des objectifs en permettant un regard critique sur les pratiques passées. Comme le soulignent Georges ARBUZ et Denis DEBROSSE dans Réussir le changement de l'hôpital<sup>21</sup>, « seule l'évaluation permet en effet de mesurer le décalage entre la pratique actuelle et celle qu'il serait utile de mettre en place, et de déterminer le contenu des améliorations à réaliser sur le plan diagnostique, thérapeutique, social, organisationnel et technique. » Elle est

---

<sup>20</sup> Loi n°91-748 du 31 juillet 1991

<sup>21</sup> ARBUZ Georges et DEBROSSE Denis, Réussir le changement de l'hôpital, InterEditions, 1996, 248 pages.

également un instrument essentiel de réactivation du dialogue entre administratifs et soignants en apportant des éléments d'analyse du fonctionnement de l'hôpital et d'appréciation de l'impact des actions d'amélioration lancées dans l'ensemble des domaines d'activités qu'ils soient cliniques, médicotechniques, administratifs ou techniques.

La démarche d'évaluation est continue parce qu'elle doit sans cesse s'ajuster à l'évolution des missions de l'hôpital et intégrer les contraintes de fonctionnement imposées par l'environnement institutionnel et concurrentiel de l'hôpital. Elle constitue l'élément fondamental de la Roue de Deming de la qualité ou cycle PDCA, pour Plan, Act, Do, Check<sup>22</sup>, en conditionnant la détermination des actions à venir. Cette Roue de Deming peut être transposée à la démarche de contractualisation interne qui s'inscrit dans une progression continue vers l'amélioration de la qualité de fonctionnement de l'hôpital au profit des patients.

La volonté de recours à l'évaluation dans la contractualisation interne suppose l'existence d'un système d'information suffisamment performant pour disposer d'indicateurs robustes et pertinents, dont l'analyse constitue le support des échanges entre professionnels, permet l'objectivation des faits et la hiérarchisation des priorités, indispensable à la pérennité des contrats. L'institution hospitalière dispose actuellement d'une véritable mine d'informations sur son activité, grâce au PMSI, et sur ses pratiques professionnelles, par la diffusion de la culture qualité, source de protocoles et de référentiels dans le domaine des soins notamment. De plus en plus d'éléments de l'activité hospitalière peuvent faire l'objet de mesures et d'évaluations en interne et en externe, au regard de critères nationaux quantitatifs, tels que l'âge moyen des patients par spécialité et la durée moyenne de séjour, et qualitatifs, telles que les références médicales opposables, les recommandations en pratiques cliniques et les bilans des conférences de consensus des sociétés savantes de médecine.

Il convient de rappeler que l'évaluation est avant tout un outil de dialogue et, de fait, un vecteur de rapprochement entre les divers professionnels hospitaliers. L'évaluation de l'existant, permettant de mettre à jour les points forts et les faiblesses de l'organisation, constitue une base de négociation pour la

---

<sup>22</sup> Plan : planifier, préparer, définir. Act : décider d'améliorer. Do : mettre en œuvre. Check : vérifier, contrôler, évaluer.

réalisation de contrats d'objectifs entre la direction et les centres opérationnels. Le travail d'évaluation, récurrent dans la démarche de contractualisation interne, est réalisé dans un cadre précis, constituant le périmètre du contrat, et suppose tout comme dans les autres domaines, l'implication et la concertation des divers professionnels.

### **1.1.3 La nécessité d'un cadre formel pour un engagement synallagmatique<sup>23</sup>**

La mise en œuvre de la contractualisation interne s'apparente plus à une logique contractuelle qu'à une véritable obligation contractuelle entre les parties, soignante et administrative. Cependant, elle nécessite la formalisation d'un contrat entre les deux parties autour d'objectifs et de moyens négociés, afin de concrétiser l'engagement de chacun à s'inscrire dans la démarche. Sans cette formalisation, la question de la confiance est en suspens : il n'y a plus de visibilité sur les objectifs et sur les engagements et, dans la complexité de l'hôpital, ce qui n'est pas écrit risque de sombrer rapidement dans l'oubli. En fait, la confiance entre les interlocuteurs est induite par l'écrit et se renforce encore quand le contrat est respecté.

Pour contractualiser à l'hôpital, des préalables sont requis :

L'autonomie des parties dans le cadre de la négociation, ce qui est le cas entre la direction et le corps médical, disposant de la responsabilité des services cliniques et médico-techniques par les chefferies de services. Dans la mesure où la contractualisation s'appuie sur la mobilisation des compétences, comme dans toute démarche projet, et non pas sur le statut, la phase de réflexion et d'élaboration des contrats favorise ainsi l'expression des intérêts de chacun qu'il appartient ensuite de faire converger dans des objectifs d'intérêt général, matérialisé par le projet d'établissement<sup>24</sup>.

---

<sup>23</sup> Engagement synallagmatique ou bilatéral : engagement qui comporte une obligation réciproque entre les parties.

<sup>24</sup> Le projet d'établissement est le document prospectif de référence définissant les grandes orientations stratégiques d'un hôpital. Il planifie à moyen terme les objectifs et les moyens de l'établissement. A ce titre, la démarche de contractualisation interne peut constituer un support d'actualisation du projet d'établissement.

Le nécessaire accord sur un objectif commun qui est de répondre aux besoins de santé de la population au moindre coût. Il s'agit d'un objectif d'efficience visant à optimiser les ressources allouées aux services dans la perspective de la meilleure adaptation possible aux évolutions de la science médicale et aux exigences de qualité et de sécurité des patients.

Cette orientation de la mise en œuvre de la contractualisation à l'hôpital suppose la substitution d'un nouveau mode de gestion des professionnels, transversal et participatif, au mode unilatéral ancien : il s'agit de conclure des contrats bilatéraux ou synallagmatiques pour lesquels une concertation préalable a été mise en œuvre à la différence des contrats unilatéraux qui s'imposent le plus souvent pour application à la partie opérationnelle. Une des originalités de la contractualisation interne vient de l'origine de l'initiative de son lancement au sein de l'hôpital : il est rare en effet que les professionnels de santé, les médecins notamment, soient en mesure d'initier une telle démarche, par une réflexion sur l'organisation des services médicaux, qui peuvent faire l'objet de rapprochements en pôles (par discipline, compétences, organes, pathologie, type de prise en charge ou encore type de population), source d'efficience, parce que dotés d'une taille critique<sup>25</sup> et centrés autour des patients.

Ainsi, la contractualisation interne, bien que plus sous-tendue par une logique contractuelle que par une obligation contractuelle, ne constitue pas un mécanisme purement formel de concertation avec les équipes médicales et paramédicales. Elle vise, au contraire, à permettre au directeur d'exercer pleinement sa responsabilité stratégique et de s'appuyer davantage sur la mobilisation et les initiatives des équipes hospitalières. « L'esprit de cette réforme est de déconcentrer la gestion hospitalière, en application du principe de subsidiarité, selon lequel les décisions doivent être prises au niveau le plus proche possible des personnes qu'elles concernent »<sup>26</sup> et qui soit compatible avec la politique globale de l'établissement.

---

<sup>25</sup> C'est la circulaire n°97-304 du 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne dans les EPS qui fixe la notion de taille critique : « une taille minimale est nécessaire à la négociation d'un budget prévisionnel (...) et plus généralement à un dialogue équilibré et transparent avec la direction de l'établissement ».

<sup>26</sup> cf circulaire citée ci-dessus.

## **1.2 L'OBJECTIF DE PLACER LA DECISION DE GESTION AU PLUS PRES DES PATIENTS : LE MANAGEMENT DE SUBSIDIARITE ET L'INTERESSEMENT POUR PLUS D'EFFICIENCE**

L'objectif de rapprochement de la décision du terrain, illustré concrètement par la mise en œuvre d'une délégation de gestion dans les services opérationnels, est une préoccupation de plus en plus présente dans la sphère dirigeante des hopitaux. Cela suppose de revoir l'organisation hospitalière pyramidale pour que certaines décisions soient prises au plus près des patients pour une meilleure réponse, plus adaptée et plus réactive, à leurs besoins. Un nouveau partage des responsabilités découle implicitement de cette « délocalisation » de la prise de décision au profit des responsables des centres opérationnels cliniques, administratifs et logistiques définis comme centres de responsabilité par les textes<sup>27</sup>.

Il s'agit de déconcentrer la gestion selon le principe de « management de subsidiarité »<sup>28</sup>, selon lequel toute décision de gestion pouvant être prise efficacement à l'échelon local ou opérationnel doit l'être. Cela implique un renouveau du mode de gestion et une réflexion sur le dispositif d'intéressement à privilégier.

### **1.2.1 Le concept central de subsidiarité dans la volonté de déconcentrer la gestion**

La déconcentration de gestion apparaît comme une étape décisive et délicate de la démarche de contractualisation interne puisqu'il s'agit, pour la direction, de confier une partie de ses prérogatives au profit des centres de responsabilité plus à même de cerner les besoins de santé des patients autour desquels l'institution hospitalière doit s'organiser. Le mandat de gestion ainsi formalisé repose sur des objectifs soignants, gestionnaires et financiers et les moyens humains, financiers et logistiques correspondants. Parallèlement, des

---

<sup>27</sup> L'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996 a donné une valeur légale aux centres de responsabilité jusqu'alors définis par voie réglementaire (article L. 714-26-1 du Code de la santé publique abrogeant l'article R.714-3-45).

indicateurs relatifs à l'évolution de la qualité des prises en charge des patients, indispensables garde-fous à la tentation du « tout » budgétaire, font l'objet d'un suivi qui conditionne à terme soit le versement de l'intéressement aux résultats de la gestion, soit l'application de sanctions en cas d'inexécution du contrat de gestion.

A travers ce type de contrat, les responsables de centres de responsabilité s'engagent, en contrepartie d'une marge d'autonomie plus grande dans leur gestion, sur la réalisation de résultats qualitatifs et financiers négociés au préalable avec la direction. Comme le précise la circulaire du 21 avril 1997<sup>29</sup>, « les contrats de délégations de gestion (...) permettront de décliner, pour chaque équipe hospitalière, les objectifs de qualité des soins, ainsi que les engagements de suivi de l'activité et de meilleure utilisation des moyens humains, matériels et financiers prévus par le contrat d'objectifs et de moyens et le projet d'établissement approuvé." La délégation de gestion s'appuie sur une logique de résultats et non plus de moyens dans laquelle la notion de subsidiarité constitue le point d'orgue.

L'application du concept de subsidiarité, apparu sur le devant de la scène avec l'essor des Communautés européennes, a un impact concret sur le processus de décision au sein d'une organisation : le sommet stratégique ne doit assumer de compétence que si celle-ci n'est pas considérée comme susceptible d'être exercée avec la même efficacité par les centres opérationnels. Il semble particulièrement adapté à l'organisation hospitalière reposant sur un socle de professionnels de santé demandeurs d'une modernisation de la gestion susceptible de leur faciliter l'atteinte des objectifs d'activité médicale et soignante et de qualité inscrits dans le projet institutionnel de leur établissement.

Ces professionnels, quotidiennement au contact des patients, clients de l'hôpital, sont mieux à même de cerner leurs besoins au regard des missions de soins et de santé publique confiées à l'institution. La délégation de gestion leur offre la possibilité de mieux s'organiser pour plus d'efficacité, notamment lors de

---

<sup>28</sup> Cf article de D. PELJAK Le management de subsidiarité au service des hôpitaux in Gestions Hospitalières, juin-juillet 1997.

la prise de décision médicale, grâce à la souplesse introduite par la responsabilité d'une enveloppe de moyens budgétaires pouvant faire l'objet d'arbitrages internes : les crédits du centre de responsabilité peuvent être utilisés globalement sans tenir compte de leur rattachement à un groupe de dépenses<sup>30</sup> dans le respect du budget attribué. A titre d'exemple, pour illustrer l'intérêt de la fongibilité des moyens alloués aux centres de responsabilité, un médecin pourra avoir recours à un nouveau protocole médicamenteux onéreux mais qui économise un temps infirmier significatif pour une efficacité thérapeutique accrue. Ici, le médecin peut faire jouer à plein une analyse coût/bénéfice pour le patient dont la mise en œuvre est source d'efficience : une meilleure qualité à un coût moindre pour le centre de responsabilité et pour l'hôpital. Il est en effet le seul professionnel, par sa proximité avec le patient et par son degré d'expertise médicale, à pouvoir réaliser ce type d'arbitrage au plus grand profit du patient.

La délégation de gestion permet ainsi une meilleure allocation des ressources internes au sein des centres de responsabilité, de même qu'au sein de l'hôpital dans son ensemble. Cependant, la question de la taille critique des centres de responsabilité est posée pour une mise en œuvre cohérente de la contractualisation interne. En effet, la multiplicité des unités dotées d'une délégation de gestion peut s'avérer très rapidement ingérable pour le sommet stratégique, de même, la constitution de grands pôles menant leur propre politique constitue une menace pour la cohésion de l'hôpital.

C'est pourquoi le management de subsidiarité réalisé dans le cadre de la délégation de gestion au profit des centres de responsabilité doit être déployé après une réflexion préalable sur une réorganisation de l'hôpital centrée sur des logiques de processus de prises en charge des patients formalisées dans le projet médical, socle des orientations stratégiques à venir. Il s'agit de réaliser un découpage de l'établissement assis sur des critères pertinents en terme de santé publique et non plus sur des logiques de territoires sources de cloisonnement et de perte de qualité. Comme le rappellent Christian CAUVIN et Michel

---

<sup>29</sup> Circulaire DH/AF/AF3/97-304 du 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne dans les établissements de santé.

<sup>30</sup> Dépenses directes de personnel, médicales et pharmaceutiques et hôtelières et générales.



CREMADEZ<sup>31</sup> « il est dommageable de considérer le patient sous un seul angle (organe, pathologie, discipline médicale, technique...) alors qu'il est inévitable de les prendre tous en considération pour assurer cette prise en charge globale qui est considérée comme essentielle dans la plupart des discours à l'hôpital ».

Cette nouvelle organisation présente l'intérêt de placer chaque pôle dans une dimension stratégique orientée sur l'efficacité des prises en charges en cohérence avec les autres pôles dans le cadre de relations clients-fournisseurs transversales qui pourront elles même faire l'objet d'une contractualisation. La création de ces pôles est surtout envisageable dans des structures hospitalières importantes comme les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) ou Universitaires (CHU) constitués de très nombreuses unités opérationnelles (plus de 100) parfois éclatées sur plusieurs sites géographiques.

Dans les hôpitaux de moindre de taille, la question de la réorganisation des services est aussi posée, mais avec moins d'acuité car leur nombre n'empêche pas le déploiement de la démarche de contractualisation le plus souvent réalisée en un premier temps avec des services pilotes dans le cadre d'une expérimentation à valeur d'exemple avant la généralisation du dispositif. Dans ces établissements, la réflexion sur la délégation de gestion et ses implications en terme de partage des responsabilités est source de convergence entre les mondes soignant et administratif et concourt à accélérer des constitutions de centres de responsabilité incluant plusieurs services cliniques. Elle pourrait aussi donner un nouveau souffle aux départements et autres fédérations de services. Cependant, comme le rappelle fort justement CLAUDINE ESPER dans L'hôpital réformateur de l'hôpital<sup>32</sup>, la question de la taille critique des centres de responsabilité doit être examinée pratiquement au cas par cas selon le contexte de l'établissement selon une attitude empreinte d'une grande souplesse et ouverture d'esprit dans la mesure où aucun schéma unique ne sera applicable.

---

<sup>31</sup> Cf article Quelles structures pour les hôpitaux ? in Cahier de Gestions Hospitalières n°167, août-septembre 2001.

<sup>32</sup> Ouvrage collectif sous la direction de Richard DALMASSO et Jean-Jacques ROMATET, L'hôpital réformateur de l'hôpital, Action santé, Erès, 2000, 158 pages.

Parallèlement à la réflexion préalable sur la taille critique des centres de responsabilité au regard de la taille et de l'histoire de l'établissement pour une mise en œuvre cohérente de la délégation de gestion, il apparaît indispensable de déterminer des modalités d'intéressement des professionnels aux résultats de leur gestion dans un souci de retour sur leur investissement dans la démarche.

### **1.2.2 La problématique de l'intéressement : comment valoriser l'implication des soignants dans la gestion ?**

Le principe de l'intéressement est directement relié à la mise en œuvre des contrats de délégation de gestion avec les centres de responsabilité (CR) puisqu'il fait partie intégrante du dispositif de contractualisation avec les objectifs, les moyens alloués et les indicateurs de suivi et d'évaluation des résultats. Il s'agit de valoriser l'implication des soignants dans la gestion en permettant - en théorie - une redistribution au centre de responsabilité concerné de tout ou partie des gains de productivité réalisés. Ce concept d'intéressement est peu familier des professionnels de la fonction publique car il apparaît plus difficile à mettre en œuvre que dans une structure privée dans laquelle la performance de l'individu peut être récompensée directement par un intéressement personnel.

Dans le monde hospitalier, il s'agit de procéder à un intéressement collectif de l'équipe du CR ayant réalisé ou dépassé ses objectifs d'activité et de qualité au moindre coût. A ce titre, l'intéressement devient un instrument de la politique de management de subsidiarité centrée sur la cohérence des relations et du fonctionnement entre les CR et non pas sur leur mise en concurrence préjudiciable à terme à l'atteinte de l'objectif d'amélioration de la qualité des prises en charge dans leurs dimensions médicales, soignantes et organisationnelles.

Dans ce cadre, l'intéressement doit être présenté selon un angle d'approche plus stratégique que budgétaire auprès des professionnels de santé. Il ne peut

en effet se résumer à une simple « carotte » budgétaire à la distribution aléatoire selon la situation financière de l'établissement et selon la capacité de ce dernier à alimenter un fonds d'intéressement suffisant, sous peine de vider de sa substance la démarche de contractualisation et sous peine surtout d'apparaître comme repoussoir pour le corps médical. Les modalités d'intéressement d'un établissement doivent être définies de manière concertée avec les professionnels de santé avant d'être soumises pour avis aux instances et prendre en compte l'ensemble des résultats tant financiers que quantitatifs du CR.

De manière simplifiée, deux grands mécanismes d'intéressement existent actuellement au sein des établissements qui l'ont mis en place.

Dans le premier système, l'intéressement est constitué par une partie des économies réalisées par les centres de responsabilité (CR) dont le budget est calculé classiquement sur les bases historiques observées. Dans cette situation, le volume de l'intéressement ne peut être que très faible et la motivation des équipes peu développée dans la mesure où, le plus souvent, aucun intéressement négatif n'est mis en place pour sanctionner des dépassements dans les autres CR souvent imputables soit à des dépenses médicamenteuses difficilement maîtrisables (effet prix ou effet volume) pour les équipes, soit à une insuffisance structurelle de base budgétaire du CR. L'intéressement est dans ce cas de figure faiblement mobilisateur des professionnels dans la démarche de contractualisation et l'effet de levier sur l'efficacité est pratiquement nul.

Dans le second système, la constitution d'un fonds d'intéressement alimenté par une partie des excédents d'exploitation réalisés par l'établissement – quand il est en situation de pouvoir en réaliser<sup>33</sup> - est un préalable à la mise en place effective de l'appréciation des résultats de gestion des centres de responsabilité. L'idée est ici d'intéresser les CR uniquement dans le cadre d'un repositionnement de leur activité dans le fonctionnement global de l'établissement : il ne peut y avoir d'intéressement à la gestion microéconomique, par CR, que lorsque la situation financière macroéconomique, de l'hôpital, a permis d'abonder un fonds

---

<sup>33</sup> « 40% des hôpitaux sont en déficit réel ou en équilibre virtuel du fait d'un report de charges correspondant à 3% environ de leur budget. » Jean-François MATTEI, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées- Entretien accordé en juin 2002 au syndicat SAMU de France.

d'intéressement, destiné à asseoir et conforter financièrement le dispositif sur le moyen terme. La contractualisation interne, assortie de l'intéressement aux résultats de gestion, lancée par la direction avec les professionnels de soins doit nécessairement reposer sur un socle de valorisation de l'implication des personnels financièrement solide. Cette orientation a le mérite de réduire les risques de rivalités stériles en CR dans lesquelles certains ont l'impression que leurs efforts ne servent qu'à alimenter la présumée « gabegie » des autres. En outre, l'intéressement négatif, sanction appliquée en cas de manquement aux objectifs, peut être mis en place dans un second temps, après la mise à plat des budgets des centres de responsabilité en fonction de leur niveau d'activité et de leur participation effective aux missions de l'hôpital.

Ainsi, l'intéressement doit être le support d'une saine émulation entre les centres de responsabilité poussés à réfléchir sur leur activité, leur gestion et leur participation au processus de prise en charge des patients. Il doit nécessairement être développé dans le même état d'esprit que celui qui a cours pour la mise en œuvre de la contractualisation interne pour laquelle les maîtres mots sont responsabilisation, valorisation et pragmatisme. C'est dans ce contexte que la contractualisation interne peut contribuer à la réforme de l'hôpital par une modification des relations de pouvoirs et du contenu des métiers des décideurs hospitaliers.

### **1.3 UN IMPACT SIGNIFICATIF SUR L'ORGANISATION HOSPITALIERE EN TERMES D'ENJEUX DE POUVOIRS ET D'EVOLUTION DES METIERS**

En s'inscrivant dans des logiques participatives et de management de proximité, la contractualisation interne tend à modifier sensiblement la structure et le processus de décision à l'hôpital. Cette nouvelle conception de l'organisation hospitalière a un impact en interne, en opérant une redistribution des cartes en termes de redistribution des pouvoirs, en externe, vis à vis de l'environnement institutionnel. Elle signifie également une évolution renforcée de la fonction directoriale vers un rôle véritablement managérial.

### **1.3.1 L'effet fédérateur de la contractualisation interne, source de recomposition interne des pouvoirs à l'hôpital**

La contractualisation interne, forte d'une logique de management de subsidiarité, peut constituer un levier de réalisation d'objectifs fédérateurs inscrits dans les projets médicaux visant à réorganiser les établissements selon des logiques de prise en charge (urgences), de population (gériatrie, mère-enfant), de pathologie (cancérologie) ou d'organes (médecine et chirurgie hépato-gastroentérologiques) plus adaptées aux exigences de qualité des patients. La question de l'organisation des services cliniques en centres de responsabilité (CR) engagés dans la démarche de contractualisation suppose une réflexion sur les missions des responsables de CR sensiblement différente de celles des chefs de service. En effet, les chefs de CR doivent devenir dans cette perspective les interlocuteurs privilégiés de la direction pour le dialogue contractuel, alors que les chefs de service verraient leur activité recentrée sur la médecine et l'animation de leur équipe.

En fait, comme le rappelle Julien GOTTMANN<sup>34</sup>, l'institution de centres de responsabilité de gestion<sup>35</sup>, différents des centres de responsabilité rendus obligatoires par la réforme financière de 1983<sup>36</sup> pour la mise en place de la comptabilité analytique, est une phase délicate de la contractualisation interne qu'il considère comme un préalable de son application. Cela explique que pour l'instant une minorité d'établissements a mis en place ce type de centres de responsabilité regroupant plusieurs services : 6 % des établissements toutes catégories confondues, 13% des CHR, 15% des CHS et aucun hôpital local.

Cependant, cette réorganisation interne préalable semble surtout essentielle pour les grandes structures hospitalières dotées de très nombreux services opérationnels (parfois plus de cent) comme les CHRU ou les grands CH. En effet, certains établissements de taille moyenne, tels que le centre hospitalier

---

<sup>34</sup> Cf article Pratique de la contractualisation interne : état des lieux, Julien GOTTMANN, in Gestions Hospitalières, Mai 2002.

<sup>35</sup> Au sens de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996.

de Blois, se sont lancés dans une démarche de contractualisation interne sans procéder à un regroupement de services et ce dans le cadre d'une phase d'expérimentation avec quelques services volontaires et significatifs en terme d'activité médicale. Des résultats ont été obtenus sur le plan de la diffusion de la culture de gestion, ainsi que sur le plan financier, des économies ayant été réalisées dans le respect des objectifs d'activité et de qualité requis. En outre, cette expérience, élargie progressivement à d'autres services, a servi de point d'appui à la conception du nouveau projet d'établissement par la mise à jour des projets déterminants pour l'avenir de l'établissement.

L'effet fédérateur de la contractualisation interne est à l'origine d'un élargissement de la palette des rôles des médecins au sein de l'hôpital. En effet, dans le cas de regroupement de plusieurs services de soins en un centre de responsabilité, le responsable du CR se voit confier un rôle de gestionnaire de l'enveloppe globale allouée mais également de mise en cohérence des activités médicales de chaque unité au profit de l'atteinte des objectifs qualitatifs et quantitatifs négociés. Le chef de service se recentre ainsi sur un rôle d'organisation et de coordination médicale au sein de son service en synergie avec les missions du cadre soignant dont le rôle de supervision de la qualité des soins est aussi réaffirmé. Cette organisation suppose que le responsable de CR travaille avec un cadre infirmier ou médicoteknique supérieur responsable du fonctionnement du personnel non médical du CR et bénéficie de l'assistance et du conseil d'un cadre administratif pour la mise en œuvre de la délégation de gestion. Cette aide pour la gestion est requise pour accompagner le lancement de la démarche mais devra être considérée comme pérenne surtout dans le cas de la mise en œuvre d'une délégation de signature accordée aux responsables de CR, sur le même modèle que celle accordée aux pharmaciens notamment<sup>37</sup>.

En effet, depuis 1997, tout directeur d'établissement public de santé peut déléguer sa signature à un ou plusieurs responsables de centre de responsabilité qui « sont dès lors, dans l'exercice des actes de gestion pour lesquels ils bénéficient d'une délégation de signature, placés sous l'autorité hiérarchique du

---

<sup>36</sup> Décret n°83-744 du 11 août 1983.

<sup>37</sup> Décret 91-783 du 6 août 1992 relatif à la délégation de signature des directeurs d'établissements publics de santé pris pour application de la loi 91-748 du 31 juillet 1991 et modifiant le code de la santé publique.

directeur d'établissement ». Ce dispositif réglementaire<sup>38</sup>, concernant les médecins chefs de CR, a paru bien après celui destiné aux cadres administratifs et aux pharmaciens hospitaliers et vise à conférer à la délégation de gestion un caractère plus complet. Il a pour l'instant rencontré pas mal de résistances tant du côté des directeurs peu enclin à déléguer leur pouvoir d'ordonnancement des dépenses à des médecins encore trop peu formés ou sensibilisés à la gestion, que du côté du corps médical réticent à entrer dans une procédure administrative lourde et dans un rôle qui les place sous la responsabilité hiérarchique du directeur. A ce titre, l'enquête réalisée par la Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins (DHOS) en juin et juillet 2001 auprès de 126 établissements<sup>39</sup> de santé publics et privés est édifiante : à la question « avez-vous délégué la signature du chef d'établissement aux praticiens hospitaliers, conformément au décret de 1997 ? », aucune réponse positive n'a été recueillie, alors que 35% des établissements se sont engagés dans une démarche de contractualisation interne. D'ailleurs, pour Edouard COUTY, directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, la délégation de signature n'apparaît pas comme un élément essentiel de la contractualisation interne.

Parallèlement à l'implication plus forte des responsables de centre de responsabilité médicaux dans la gestion, il est souhaitable que le rôle des présidents de commissions médicales d'établissements soient reconnus concrètement dans la conception des choix stratégiques de leur établissement en partenariat avec le directeur de l'établissement. En effet, les présidents de CME en plus des missions classiques de cliniciens et de management de leurs confrères, sont de plus en plus impliqués dans les problématiques de gestion de l'hôpital sans pour autant disposer des moyens nécessaires pour exercer pleinement cette mission émergente de co-gestion avec le directeur. Peu à peu, ils tendent à devenir des directeurs médicaux qu'il conviendrait d'associer au fonctionnement de l'équipe de direction à titre d'expertise médicale notamment.

---

<sup>38</sup> Décret n°97-374 du 18 avril 1997 relatif à la délégation de signature des directeurs d'établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique.

<sup>39</sup> Deux types d'établissements ont été retenus pour faire l'objet de l'enquête : 84 EPS dont les budgets d'exploitation sont les plus importants et 42 établissements publics et privés qui ont fait partie de l'étude nationale des coûts des séjours en 2000 et 2001. Cet échantillon est censé comprendre les établissements les plus « novateurs » en terme de gestion. Cette enquête a bénéficié d'un taux de réponse moyen de 80%.

Ainsi, comme le suggère le docteur Claude BARTHELEMY<sup>40</sup>, de la même manière que la médicalisation de l'information à amener la création des départements d'information médicale (DIM), la médicalisation de l'organisation pourrait aboutir à la définition du rôle d'un véritable directeur médical au sein de l'hôpital, au même titre que le rôle d'expertise du directeur des soins. Cette évolution, adoptée par les hôpitaux du Danemark, permettrait de médicaliser l'hôpital jusqu'à son niveau de direction et d'assurer ainsi une meilleure diffusion des contraintes et problématiques médicales au sein de l'équipe de direction.

La démarche de contractualisation suppose que soit menée une politique de formation continue ambitieuse des praticiens hospitaliers responsables de centres de responsabilité et président de CME sur les problématiques de gestion et de management, afin de les sensibiliser aux contraintes organisationnelles et financières que rencontrent les directions. Il ne s'agit pas de détourner les médecins de ce qui est la vocation première et essentielle de leur engagement dans la médecine hospitalière, les soins aux patients, mais de leur faire partager le langage, les concepts et perspectives d'une gestion hospitalière modernisée parce que médicalisée, qualitative et participative.

Parallèlement à cet impact sur le positionnement du corps médical au sein de l'hôpital, la contractualisation interne est source d'une mutation des métiers de direction.

### **1.3.2 Le glissement de la fonction de direction vers des missions managériales réaffirmées**

Pour les directeurs, la diffusion de la démarche de contractualisation interne suppose une évolution ou un recentrage de leurs compétences, à l'origine gestionnaires et techniques, vers un rôle où le management est réaffirmé comme mode d'action essentiel. En effet, la direction, porteuse de l'état d'esprit de la démarche, doit également veiller à son impulsion renouvelée et au maintien de la cohérence des actions des centres de responsabilité au regard du projet

---

<sup>40</sup> Président de l'association nationale des psychiatres présidents ou vice présidents des CME des centres hospitaliers.



d'établissement. Ainsi, pour Christian CAUVIN et Michel CREMADEZ<sup>41</sup>, « les directeurs doivent non seulement être experts dans leur domaine fonctionnel, mais aussi animateurs d'équipes et de groupes en favorisant la réalisation de projets transversaux, stratégiques enfin en assurant la cohérence du projet d'établissement et en veillant à sa bonne réalisation (veille stratégique, contrat d'objectifs et de moyens...) ».

Concrètement, les missions des directeurs d'hôpital évoluent vers un mode managérial d'impulsion et de contrôle des initiatives des centres de responsabilité dans le cadre du projet d'établissement inscrit dans le contrat d'objectifs et de moyens négocié avec l'agence régionale d'hospitalisation. Le dirigeant hospitalier doit être à même de susciter la réflexion des professionnels hospitaliers sur leur mode de fonctionnement, de les mettre en perspectives puis de les accorder pour agir tout en veillant au respect de la cohérence institutionnelle. Il doit ainsi conjuguer son rôle de responsable d'encadrement de ses collaborateurs avec celui d'initiation, de structuration et de hiérarchisation des dynamiques de projets au sein de l'établissement.

Le niveau de compétence élevé des personnels de l'hôpital au regard de celui rencontré dans d'autres organisations favorise l'émergence d'un mode de management participatif et contractualisé. Il s'agit de s'appuyer sur les compétences plutôt que sur le niveau hiérarchique dans l'institution pour organiser la mise en œuvre des différents projets découlant des contrats conclus par la direction avec les différents centres de responsabilité cliniques, médicotechniques, techniques et administratifs. La direction s'appuie ainsi sur des réseaux de compétences, qu'elle a la charge d'activer et de réguler, et organisées en vue de la réalisation du projet d'établissement.

Le corps des directeurs d'hôpital doit ainsi selon Christian CAUVIN et Michel CREMADEZ répondre à un défi majeur dans le cadre de leur engagement professionnel : « trouver sa place dans un dispositif nouveau en jouant un triple rôle d'activation et de mise en cohérence stratégique, de suivi d'information et de gestion, et enfin d'impulsion et de management de projet structurants ». En

---

<sup>41</sup> Cf article précédemment cité.

fait, « la question clé est moins celle de la déconcentration que celle de la ré-appropriation d'un rôle d'animation, de suivi et de contrôle stratégique (...) ». A cet égard, l'expression des compétences des professionnels de santé dans le domaine de la gestion, initié par des formations adaptées, pourra être à l'origine d'une amélioration du fonctionnement de l'hôpital avec des répercussions positives sur la qualité de prises en charge des patients. Dans ce contexte, les dirigeants hospitaliers et leurs équipes administratives constitueront des interlocuteurs privilégiés et valorisés dans leur rôle institutionnel parce que renforcés dans leurs prérogatives professionnelles : le directeur est celui qui donne un sens à l'action collective, qui sait montrer la direction vers laquelle les efforts de tous doivent tendre et qui veille à lisser les incertitudes et contraintes de l'environnement de l'hôpital.

La contractualisation interne est à l'origine de recomposition des positionnements des acteurs hospitaliers quant à leurs missions traditionnelles. Elle contribue à rapprocher les univers soignants et administratifs en opérant une perméabilité de la vision métier de chacun. Pour le Pr Yves HELOURY<sup>42</sup>, président de CME de Nantes «il n'est pas question que le médecin devienne un gestionnaire et que le directeur devienne un médecin. On doit respecter les métiers, mais on doit comprendre les métiers de l'autre. Cela passe par une formation qui doit être poursuivie dans notre établissement. » Pour Jean-Paul GUERIN il « s'agit d'une véritable révolution culturelle qui influence fortement les métiers et met en difficulté le corps médical, les soignants, le personnel administratif et les directeurs d'hôpital. Chacun doit apprendre un nouveau métier, en particulier les directeurs d'hôpital. »

Ainsi la contractualisation interne, source de transparence, assure une meilleure lisibilité des missions de chacun au sein de l'hôpital alors que les environnements institutionnel et concurrentiel sont de plus en plus contraignants. A ce titre, animée d'un état d'esprit participatif et qualitatif, elle constitue un outil de modernisation de la gestion hospitalière dans laquelle les compétences des acteurs hospitaliers sont pleinement mises à contribution et les

---

<sup>42</sup> Propos extraits du colloque organisé par la DHOS en janvier 2002 : La contractualisation interne dans les établissements de santé, L'expérience de contractualisation interne au CHU de Nantes, Jean Paul Guérin et Yves HéLOURY, in Gestions Hospitalières, mai 2002.

prérogatives des décideurs consacrées dans leur dimension de management des ressources humaines.

Aussi, la direction du centre hospitalier d'Auxerre, consciente de la nécessité de s'engager dans la voie de la contractualisation pour mettre en œuvre dans les meilleures conditions son projet d'établissement, a lancé une réflexion interne destinée à mesurer les apports de la démarche au regard d'expériences déjà réalisées dans d'autres établissements et notamment au Centre Hospitalier de Blois.

## **2- LA VOLONTE DU CENTRE HOSPITALIER D'AUXERRE DE S'ENGAGER DANS LA DEMARCHE DE CONTRACTUALISATION INTERNE : INTERETS ET LIMITES A LA LUMIERE DE L'EXPERIENCE DU CENTRE HOSPITALIER DE BLOIS**

Le centre hospitalier d'Auxerre, actuellement dans la phase de préparation de la négociation du contrats d'objectifs et de moyens avec l'agence régionale d'hospitalisation, est déterminé à mettre en œuvre un des objectifs forts de son projet de gestion inclus dans son projet d'établissement 2001-2005 : la mise en œuvre d'une démarche de contractualisation interne destinée à moderniser le mode gestion de l'hôpital, jugé trop « traditionnel » et incapable « de trouver en commun les solutions les plus adaptées pour répondre aux défis et aux contraintes que connaît l'établissement »<sup>43</sup>.

Pour cet établissement, déjà sensibilisé aux techniques du management participatif, la conception du projet social ayant été réalisé dans cet esprit, la contractualisation interne constitue un point d'appui de la mise en œuvre du projet d'établissement et du projet médical notamment. Au regard du développement de ce type de démarche dans d'autres établissements, il a paru opportun à la direction d'aborder la réflexion sous un angle d'analyse préalable des expériences hospitalières les plus significatives et les plus à même de pouvoir être judicieusement adaptées à l'hôpital d'Auxerre. A cet égard, la dynamique lancée depuis six ans au centre hospitalier de Blois, récompensée par le prix de l'innovation hospitalière en 1998, a semblé justifier l'orientation de la réflexion auxerroise sur la contractualisation interne en direction de la détermination des intérêts et limites de la démarche à l'aune de l'expérience blésoise.

La question est en effet de parvenir à déterminer quelle part est imputable aux contextes historiques, environnementaux et culturels – notamment en terme de culture de gestion – dans le processus de progression des établissements dans une dynamique de modernisation de leur fonctionnement et de leur gestion. Il semble que pour le centre hospitalier d'Auxerre, engagé dans

---

<sup>43</sup> Source : projet de gestion 2001-2005 du centre hospitalier d'Auxerre.

une phase stratégique décisive, celle de la réflexion préalable à la formalisation de son contrat externe d'objectifs et de moyens, la réponse à cette interrogation constitue une source de progrès vers l'efficience, dans la mesure où la hiérarchisation des actions à mener sera facilitée par une meilleure connaissance des leviers de dynamique interne.

A ce titre, le poids de l'histoire du centre hospitalier d'Auxerre entre nécessairement en ligne de compte dans la stratégie de développement de ses missions. Il permet également de dégager des éléments d'explication sur les écarts d'avancement de modernisation de gestion entre cet établissement et le centre hospitalier de Blois, et de déterminer enfin la pertinence de l'expérience de ce dernier pour la communauté hospitalière auxerroise.

## **2.1 L'IMPORTANCE DE L'HISTOIRE ET DE L'ENVIRONNEMENT DU CENTRE HOSPITALIER D'AUXERRE DANS LA COMPREHENSION DES ORIENTATIONS DE SON PROJET DE GESTION**

Le centre hospitalier d'Auxerre (CHA), premier établissement du département de l'Yonne pour sa capacité de soins de courte durée<sup>44</sup>, est situé au Nord de la région Bourgogne, classée parmi les plus pauvres de l'hexagone avec le Nord-Pas-de-Calais, le Limousin et la Picardie en termes de moyens sanitaires publics et privés.

D'un point de vue socioéconomique, la zone d'influence du centre hospitalier d'Auxerre est peu attractive et relativement isolée, en dépit de la proximité d'axes de communication Nord-Sud majeurs. Malgré ce handicap, l'établissement a su s'engager dans une démarche participative pour mobiliser les personnels en vue d'élaborer le projet d'établissement 2001-2005. Le CHA est désormais positionné par l'agence régional d'hospitalisation comme le centre hospitalier référent de l'Yonne et dispose à ce titre d'une attractivité retrouvée.

---

<sup>44</sup> Le CHA est doté d'une capacité de 385 lits de médecine, chirurgie et obstétrique et 22 places.

### **2.1.1 La nécessité de dépasser le handicap historique du manque d'attractivité de la région**

Le département de l'Yonne est doté de cinq centres hospitaliers organisés en trois pôles de coopération sanitaire public. Les deux grands centres hospitaliers disposant d'une offre de soins complète (médecine, chirurgie, obstétrique, moyen et long séjour) sont ceux d'Auxerre et de Sens<sup>45</sup> situés à 75 kilomètres l'un de l'autre. Historiquement, le CH de Sens, proche de la région parisienne, a toujours bénéficié du dynamisme démographique et économique de l'Île de France pour développer son activité. En même temps, la proximité de Paris<sup>46</sup> lui a donné un certain avantage en terme de réactivité face aux évolutions des besoins des populations et des pratiques médicales. En fait, la ville de Sens<sup>47</sup> est de plus en plus englobée dans la sphère d'influence du bassin parisien et devient, dans son activité et sa physionomie, proche de celle d'une ville de banlieue parisienne.

Le centre hospitalier d'Auxerre, hôpital de la préfecture de l'Yonne située à mi-chemin<sup>48</sup> entre Paris et Dijon, capitale de Bourgogne dotée de l'unique CHU de la région, a vu son activité se développer sans la proximité « concurrentielle » des établissements de l'Île de France et surtout sans l'aiguillon démographique des populations parisiennes en quête d'un habitat provincial peu éloigné de leur lieu de travail. Ainsi, l'établissement a souffert pendant longtemps d'une image peu valorisante par rapport à celle associée au centre hospitalier sénonnais, jugé par certains plus moderne en termes d'équipements et de pratiques professionnelles<sup>49</sup>.

Désormais, la perception de la population a quelque peu évolué grâce aux travaux d'humanisation<sup>50</sup> et de reconstruction du plateau technique lancés au début des années 1990, afin de doter l'établissement des équipements médicaux et hôteliers adaptés à ses missions sanitaire de premier plan. Ces travaux s'achèvent actuellement avec l'ouverture du nouveau bloc opératoire, d'un

---

<sup>45</sup> CH d'Auxerre 530 lits et CH de Sens 613 lits (dont 328 lits et 18 places en médecine, chirurgie et obstétrique).

<sup>46</sup> Une heure de trajet en voiture, 45 minutes en train.

<sup>47</sup> 28 000 habitants au dernier recensement de 1999.

<sup>48</sup> Auxerre est située à 150 kilomètres de Dijon et à 170 kilomètres de Paris.

<sup>49</sup> Impressions recueillies auprès de professionnels de santé ayant exercé dans les deux établissements.

nouveau service de radiologie, d'un nouveau laboratoire et de nouveaux locaux pour les consultations externes et l'accueil administratif des patients. En même temps, l'arrivée d'une nouvelle génération de médecins notamment dans les disciplines de la médecine cardiologique, de l'oncologie et de la gynécobstétrique a favorisé l'émergence du centre hospitalier d'Auxerre comme centre de référence sanitaire départemental.

Historiquement, le manque d'attractivité de la ville d'Auxerre a eu des répercussions négatives sur le recrutement médical difficile de certaines spécialités hospitalières telles que l'anesthésie-réanimation, la radiologie et la pédiatrie. En outre, la venue de nouveaux médecins a parfois été freinée par l'attitude « frileuse » de certains chefs de services peu enclins, à une certaine époque, à accueillir de potentiels concurrents pour l'exercice de leur activité libérale de ville, pour les praticiens hospitaliers temps partiels, ou hospitalière, pour les praticiens hospitaliers temps plein. Ces deux facteurs d'ordre démographique et sociologique ont contribué à maintenir pendant quelque temps le CHA à l'écart des évolutions et des apports de la gestion hospitalière moderne, puisqu'il fallait répondre en premier lieu à la pression des exigences normatives et médicales.

Devant faire face à la demande croissante d'une population aux prises avec des problèmes sanitaires et sociaux importants (suicides, alcoolisme, cancers, vieillissement et dépendance notamment) dans un contexte budgétaire très difficile, l'établissement n'a pu se lancer très tôt dans une réflexion sur la modernisation de sa gestion. En 2000, la mission d'expertise de la Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins, diligentée par Martine AUBRY, ministre de l'emploi, de la santé et de la solidarité, pour trouver une issue à un conflit social de grande ampleur, fait état de « moyens humains et matériels limités », de « reports de charges historiques », « d'une forte hausse de l'activité non accompagnée par une mise en œuvre ordonnée de moyens », « d'une organisation médicale très cloisonnée » et conclut en indiquant : « les modes de fonctionnement du CHA sont très éloignés d'une logique de projet. Il paraît

---

<sup>50</sup> Transformation des chambres de 3, 4 et 5 lits sans sanitaire en chambres à 2 lits avec cabinet de toilette.

nécessaire de procéder par étapes avec un calendrier serré et dans un esprit contractuel ».

Suite à la venue de cette mission d'expertise de la DHOS, qui a permis une certaine objectivation des problèmes budgétaires et sociaux rencontrés, l'établissement s'est engagé dans la conception d'un nouveau projet d'établissement dans le cadre d'une démarche participative.

### **2.1.2 La conception du projet d'établissement comme vecteur d'implication des personnels**

En 2000, la direction de l'établissement a décidé de lancer une réflexion sur un nouveau projet d'établissement, le précédent projet arrivant à son terme. Le CHA venait alors de sortir d'un conflit social important ayant abouti à la visite d'une mission d'expertise de la DHOS ayant conclu en la nécessité de renforcer les moyens budgétaires de l'établissement et de moderniser la gestion de l'établissement par la diffusion d'une culture de management participatif. En fait, l'aide financière destinée à sortir le CHA de la spirale des insuffisances structurelles de crédits, source de reports de charge reconduites d'année en année, était assortie d'une condition : la mise en œuvre par les cadres de direction et les cadres administratifs d'un mode de management moderne adapté à la demande d'implication et au degré de compétences des personnels hospitaliers.

Le projet d'établissement 2001-2005 du CHA se décline en plusieurs volets : le volet médical, socle essentiel de la stratégie de développement de l'hôpital, le volet social, le volet infirmier, le volet de gestion et le volet informatique. Des groupes de travail thématiques ont été constitués pour lancer une réflexion sur la définition des grandes orientations de la stratégie de l'établissement à l'horizon 2005. La démarche mise en œuvre se veut participative et globale puisqu'elle associe l'ensemble des métiers de l'établissement, médicaux, soignants, administratifs et technique dans une logique de travail volontairement transversale.



Cette volonté de la direction de s'inscrire dans une logique projet et d'associer un grand nombre d'acteurs hospitaliers au travail de réflexion sur le futur projet d'établissement découlait de la nécessité d'instaurer un type de gestion plus attentif aux attentes et aux prises d'initiatives des personnels, encouragés à s'impliquer davantage dans la vie de l'hôpital au delà du fonctionnement quotidien leur service. La démarche participative de réflexion sur le projet d'établissement a été considérée par le directeur du CHA comme un levier fort de restauration de la confiance du personnel vis à vis de la direction, après une période de tension sociale intense, et comme un outil de diffusion d'une nouvelle culture d'établissement destinée à susciter ou à renforcer le sentiment d'appartenance au sein du CHA.

Le lancement de la démarche a fait l'objet d'une vaste campagne de communication destinée à promouvoir le projet et à lancer des appels à candidature auprès des personnels pour participer aux divers groupes de travail multidisciplinaires relatifs aux divers volets du projet d'établissement, notamment social et infirmier. Un chef de projet a été recruté pour animer la démarche, organiser les résultats des réflexions des divers groupes de travail et veiller à la cohérence des projets au regard des orientations du projet médical constituant le socle du projet d'établissement. Chaque volet du projet d'établissement s'établit en une liste d'actions hiérarchisées et déclinées dans un calendrier de mise en œuvre précis et réaliste au regard du bilan de l'existant réalisé préalablement. Le déroulement du projet d'établissement doit s'effectuer dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens (COM) qui devrait prochainement être négocié avec l'agence régionale d'hospitalisation (ARH).

Dans un contexte de maîtrise drastique des ressources budgétaires des établissements publics de santé engagée depuis la mise en œuvre de la dotation globale de financement au début des années 1980<sup>51</sup>, particulièrement accru en région Bourgogne historiquement sous-dotée financièrement, le CHA va devoir s'attacher à obtenir auprès de l'ARH les moyens nécessaires à l'exercice de ses missions sanitaires et sociales de service public. L'avenir du CHA, dont les

---

<sup>51</sup> Décret n°83-744 du 11 août 1983 pris en application de la loi n°83-25 du 19 janvier 1983 aujourd'hui abrogé dont l'essentiel des dispositions ont été reprises par les décret n°92-776 du 31 juillet 1992 et n°97-1248 du 29 décembre 1997.

grandes orientations sont tracées au sein d'un projet d'établissement ambitieux en cohérence avec son rôle d'établissement SAU<sup>52</sup>, dépend de sa capacité à valoriser le travail participatif de réflexion des acteurs hospitaliers et la modernisation de ses équipements accomplis depuis ces dernières années et à imposer ainsi auprès de l'ARH l'image d'un établissement moderne et dynamique.

### **2.1.3 Un hôpital dorénavant positionné comme référent départemental par les autorités sanitaires**

Le CHA est confronté à une demande de soins très forte de la part de la population du bassin sanitaire de l'Yonne. Son attractivité déborde largement au delà de sa zone d'attraction sanitaire théorique et son importante activité tend désormais à la saturation, dans une région et un département structurellement déficitaires en lits de médecine. En effet, les taux d'occupation de l'établissement sont très élevés : en 2001, ils étaient de 90% en médecine, 85,9% en chirurgie, 90,1% en gynécologie-obstétrique et 90,2% au total. De fait, les transferts de patients vers d'autres structures faute de place suffisantes évoluent de façon exponentielle<sup>53</sup>. L'établissement a dû notamment absorber ces dernières années l'activité obstétricale de deux maternités du département fermées par la tutelle pour des questions de sécurité des prises en charge<sup>54</sup>. Cette recomposition de l'offre de soins locale en obstétrique sans accompagnement structurel et budgétaire a contribué à faire augmenter le nombre de naissances de 17% au CHA entre 1998 et 2001.

L'agence régionale d'hospitalisation a positionné le CHA comme établissement référent du département de l'Yonne. Doté d'une maternité de niveau IIB<sup>55</sup> en cours d'extension, d'un Service d'Accueil des Urgences, d'une unité de réanimation doublée d'une unité de soins continus, d'un nouveau

---

<sup>52</sup> Etablissement référent en termes d'accueil des urgences.

<sup>53</sup> 50 transferts en 1998, 383 transferts en 2001.

<sup>54</sup> Ces maternités assuraient moins de 300 accouchements par an et ne disposaient plus du personnel médical requis pour assurer l'activité obstétricale.

<sup>55</sup> Maternité dotée d'un service de néonatalogie et de réanimation pour des prises en charge de durées inférieures à 24 heures.

plateau technique<sup>56</sup>, d'un nouveau bloc opératoire en plus d'un bloc obstétrical, l'établissement s'est considérablement modernisé dernièrement en termes d'équipements biomédicaux et d'accueil des patients dans le cadre d'une vaste opération d'humanisation, destinée à rattraper un important retard d'investissement médical et hôtelier. Les projets de développement de l'établissement inscrits dans les grands axes du projet médical visent à :

- soutenir l'excellence du pôle de médecine cardiologique par la création d'une unité de soins intensifs de cardiologie, indispensable dans un établissement SAU actuellement sans transport hélicoptère propre et situé dans une zone éloignée des autres CHU dans laquelle les pathologies cardiovasculaires sont répandues,

- renforcer la cohérence et l'efficacité de la prise en charge aux urgences par la création d'un service médical d'accueil des patients pour une durée de 72 heures, source d'une amélioration du fonctionnement des services d'aval et ainsi d'un moindre recours aux transferts de patients vers d'autres structures faute de place,

- réaliser quatre fédérations de services médicaux et chirurgicaux en vue d'optimiser les moyens humains et logistiques ainsi que les gardes (médecines cardiologique, vasculaire et endocrinologique, médecines polyvalente et gériatrique, chirurgies générale, digestive, vasculaire et urologique et chirurgies orthopédique et traumatologique).

Le CHA est doté d'une très forte productivité médico-économique, évaluée par le niveau de production de points ISA<sup>57</sup> et le positionnement au sein de la région de la valeur de son point ISA. Ainsi, en 2001, le CHA a produit 33 millions de points ISA pour les consultations et l'hospitalisation contre 30 millions en 1999 (soit 10% d'augmentation), et la valeur de son point ISA s'établit en 2001 à 11,03 francs, soit 8,3% en dessous de la moyenne régionale située à 12,03 francs. L'établissement apparaît ainsi comme sous-doté financièrement au regard de l'ampleur de son activité médicale. Malgré la réalisation d'un vaste projet de remise à niveau des équipements hôteliers, médicaux et médicotechniques dans le cadre d'un soutien financier régulier en exploitation de la part de l'ARH, le

---

<sup>56</sup> Scanner, Imagerie par Résonance Magnétique, laboratoire, consultations externes et explorations fonctionnelles.

budget de l'établissement est insuffisamment doté, alors que son rôle de référent du département exige que les moyens budgétaires soient alloués à la hauteur des missions de santé et de soins de premier plan qui lui sont conférées.

Fort de ce retour à un niveau satisfaisant d'équipements hôteliers et médicaux et à un mode de fonctionnement plus adapté aux exigences actuelles de qualité et de sécurité de la population, l'établissement axe désormais sa réflexion sur la modernisation de sa gestion destinée à pérenniser le développement d'une activité médicale et soignante de qualité grâce à la perspective de dégagement de nouvelles marges de manœuvres financières. L'objectif de la démarche de contractualisation interne initiée au centre hospitalier d'Auxerre vise à rapprocher les logiques médicales, soignantes, financières et qualité autour d'outils et d'un langage communs destinés à mieux partager la décision de gestion pour répondre dans les meilleures conditions à ses missions de centre hospitalier référent départemental. Il s'agit d'utiliser et de partager les outils de connaissance de l'activité médico-économique et des coûts des séjours hospitaliers ainsi que les indicateurs de qualité pour optimiser les moyens en interne par une meilleure organisation des activités cliniques et médico-techniques. La diffusion d'une culture de gestion auprès de l'ensemble des acteurs hospitalier constitue un atout pour le CHA : elle lui permettra de mieux gérer la contrainte budgétaire et de mieux argumenter auprès de l'agence régionale d'hospitalisation dans le cadre de la négociation du contrat d'objectifs et de moyens par une meilleure visibilité des leviers d'efficience interne.

## **2.2 DES ELEMENTS D'EXPLICATION SUR L'ECART DE PROGRESSION DANS LA DEMARCHE DE CONTRACTUALISATION ENTRE LES CENTRES HOSPITALIERS D'AUXERRE ET DE BLOIS**

Alors que la direction du centre hospitalier d'Auxerre (CHA) est actuellement en cours de déploiement de la démarche de contractualisation interne auprès des équipes hospitalières, le centre hospitalier de Blois (CHB)

---

<sup>57</sup> Indice Statistique d'Activité permettant d'accorder un poids médicoéconomique à l'éventail des cas traités à l'hôpital déterminé par le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

dispose, quant à lui, d'une expérience de six années de volonté et d'actions de modernisation de sa gestion.

Il apparaît que la perception de l'environnement concurrentiel peut constituer un facteur explicatif de l'écart de développement de la démarche entre le CHA et le CHB. Parallèlement, ces deux établissements, de taille comparable pour l'activité de courte durée, ne présentent pas du tout le même profil en termes de cultures de gestion et de l'évaluation. Enfin, la diffusion de ces cultures au sein même de l'équipe de direction apparaît comme essentielle pour que le processus s'enclenche, puis soit maintenu au premier rang des principes de l'organisation hospitalière interne au profit des patients.

### **2.2.1 Une perception différente du poids de l'environnement concurrentiel**

Le CHA, éloigné des CHU dans un département rural, ne se positionne en situation de concurrence théorique qu'avec la polyclinique commerciale d'Auxerre et ce pour l'activité chirurgicale, les deux établissements étant dotés d'une capacité comparable dans ce domaine (une centaine de lits). Ce schéma assez classique donnait l'avantage à la polyclinique dotée des meilleurs chirurgiens rémunérés au prix fort grâce au dispositif de tarification des établissements privés lucratifs. Le CHA devait de toute façon faire face à des besoins cruciaux en médecine et en obstétrique dans une région, et plus particulièrement un département, ayant fait l'objet de nombreuses restructurations hospitalières publiques et privées.

Le CHB, par contre, situé à proximité du CHU de Tours et du CHR d'Orléans<sup>58</sup>, doit compter avec la présence d'un établissement privé lucratif très dynamique. Son environnement hospitalier public et privé est fortement concurrentiel, ce qui a contribué à conforter le CHB dans position de centre référent du département. En même temps, le CHB a du faire face à l'impact en terme d'activité des difficultés de fonctionnement des centres hospitaliers

---

<sup>58</sup> Le CH de Blois est situé à environ 60 kilomètres du CHR d'Orléans et du CHU de Tours, soit environ 40 minutes de trajet.

« secondaires » voisins de Vendôme et de Romorantin Lanthénay<sup>59</sup>. A cet égard, l'environnement du CHB apparaît également comme « mouvant », puisque source de pics d'activité importants et imprévisibles découlant des restructurations hospitalières des établissements périphériques.

La perception différente de l'environnement concurrentiel, vécu comme relativement inoffensif par le CHA et comme un aiguillon par le CHB a, d'une certaine manière, conditionné leur approche méthodologique pour concevoir leur projet d'établissement et notamment leur projet médical. Ainsi, le CHA a privilégié la logique de la demande pour réaliser son projet médical en partant d'une analyse du contexte socio-démographique destinée à adapter l'offre de prestations du CHA aux besoins de soins d'une population placée dans un contexte d'offre de soins peu développée. Le CHB a quant à lui choisi de procéder selon une logique de l'offre en étudiant son positionnement au sein d'un environnement très concurrentiel en offre publique et privée (CHR d'Orléans, CHU de Tours, CH de Vendôme et clinique privée de Blois).

Ces deux établissements ne sont pas du tout placés dans un environnement concurrentiel comparable, ce qui peut en partie expliquer la relative inertie du CHA à entrer dans une dynamique de modernisation de sa gestion. A contrario, la capacité du CHB à intégrer rapidement les nouveaux concepts et outils de gestion qui en a fait le lauréat du prix de l'innovation hospitalière en 1998, le place dans le cas de figure suivant mis à jour par Sandrine CUEILLE dans les résultats de son enquête sur l'hôpital et les évolutions de son environnement<sup>60</sup> : « l'ouverture au changement de la structure organisationnelle semble donc être favorisée à la fois par une perception favorable (en termes d'opportunités) des mutations de l'environnement et par l'intensité concurrentielle qui émane de ce dernier ». En fait, le centre hospitalier de Blois semble être entré dans un cercle vertueux d'adaptation de sa structure à l'environnement concurrentiel très vite intégré comme un facteur de nécessaire ouverture au changement. A cet égard, il apparaît plutôt comme un

---

<sup>59</sup> Autres centres hospitaliers du Loir et Cher situés à une trentaine de kilomètres du CH de Blois.

<sup>60</sup> CUEILLE Sandrine, Etude de la formation des stratégies des hôpitaux publics, in Revue Hospitalière de France n°6, novembre-décembre 2000.

établissement « combatif » au sens de la classification des établissements réalisée par Sandrine CUEILLE.

Quant au centre hospitalier d'Auxerre, il a été longtemps focalisé sur la modernisation de son équipement hôtelier et médico-technique et sur l'absorption d'une demande de soins évoluant à un rythme quasi-exponentiel, inhérent aux restructurations des établissements périphériques. Il a en quelque sorte à gérer une crise de croissance qui doit le faire passer d'une situation d'établissement « passif » vis à vis de son environnement à une attitude de « leader coopératif »<sup>61</sup>, afin de tirer partie avantageusement des nécessaires coopérations sanitaires devant être conclues avec les établissements périphériques et la clinique privée de son bassin d'implantation. A cet égard, depuis le 13 janvier 2000, le CHA est intégré avec le centre hospitalier de Tonnerre au sein d'un syndicat interhospitalier destiné à instaurer la coordination sanitaire entre les deux établissements, par la création d'une équipe de direction commune, et à renforcer la coopération médicale dans le domaine de la chirurgie et de la gériatrie. La crise de croissance du CHA est d'autant plus délicate à gérer que la capacité d'accueil est désormais saturée occasionnant des transferts nombreux et un mécontentement croissant de la population. Le positionnement progressif du CHA en tant que leader coopératif devrait lui permettre d'appuyer son organisation interne sur une plus grande transversalité et de maîtriser l'initiative de stratégies d'alliance favorables au développement des activités médicales structurantes incombant à un centre hospitalier référent départemental.

Dans un contexte difficile de forte restructuration hospitalière, la direction du CHA n'a pu intégrer la nécessité de moderniser sa gestion que dans le dernier projet de gestion 2001-2005 dans lequel « le développement progressif d'une logique de contractualisation interne sur des objectifs quantitatifs et qualitatifs » constitue un des trois axes forts, avec la mise en place d'outils d'analyse médico-économique et la préparation de l'établissement à l'accréditation prévue pour 2004. A contrario, le CHB s'est appuyé sur une dynamique de diffusion de la

---

<sup>61</sup> Sandrine CUEILLE classe les hôpitaux en cinq groupes : les inhibés, les passifs, les non coopératifs, les leader coopératifs et les combattifs, selon leur perception de l'environnement en termes de concurrence et d'opportunité.

culture de gestion initiée en 1996 avec des services volontaires de plus en plus nombreux (trois services au départ, tous les services cliniques et médicotechniques depuis 2000) pour élaborer son projet d'établissement. En effet, les constats réalisés dans les services, grâce à la dynamique d'échanges entre soignants et direction instaurée par la démarche de contractualisation interne, ont servi de base de réflexion pour élaborer le projet d'établissement adopté en 1998 et ayant fait l'objet d'un contrat d'objectifs et de moyens (COM) avec l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) dès 2000.

Ainsi, la conception différente du poids de l'environnement concurrentiel a conditionné l'implication différenciée des deux établissements dans la démarche de contractualisation interne, intégrée comme un outil de réflexions et d'échanges pour réaliser le projet d'établissement et actualiser le COM au CHB, alors que le CHA abordait la démarche en 2001 comme une déclinaison des priorités du projet d'établissement inscrites dans le cadre du COM actuellement en cours de négociation. En effet, le projet de gestion 2001-2005 du CHA rappelle que l'« adaptation du mode de gestion en interne ne peut se faire sans finaliser le COM qui doit prendre en compte les nécessaires remises à niveau aussi bien que les projets de restructuration, de qualité et de sécurité ».

Au delà du poids de l'environnement dans la définition de la stratégie des deux établissements, la question de l'intégration du contrôle de gestion dans leur management apparaît essentielle pour mieux comprendre l'écart de progression de la culture de la contractualisation interne dans leur fonctionnement.

### **2.2.2 La problématique du positionnement du contrôle de gestion dans le management**

Le centre hospitalier de Blois s'est lancé dès 1994 dans la mise en œuvre d'un dispositif de suivi de budgets de services pour disposer d'une connaissance affinée des besoins et de l'organisation des différents services cliniques. L'idée de base était de savoir qui dépensait quoi, afin de réaliser à terme une réallocation interne des moyens de l'établissement au profit des services les moins bien dotés au regard du volume de leur activité. En fait, la nécessité de mettre en place un



contrôle de gestion est apparue comme un moyen de répondre à des interrogations posées de manière récurrente en Commission médicale d'établissement (CME) dans un contexte budgétaire contraint : quels services peuvent être prioritaires pour l'allocation des ressources ? comment déterminer les priorités de développement de certaines activités ? en vertu de quels indicateurs ? Le contrôle de gestion apparaît comme une fonction hospitalière venant « servir » la contractualisation interne puisque son rôle est de « s'assurer que les ressources sont utilisées de manière efficiente et avec efficacité en vue de réaliser les objectifs de l'organisation »<sup>62</sup>. D'après BURLAND et SIMON (1997), les objectifs du contrôle de gestion visent à « concourir à un contrôle à distance des comportements, sur la base d'indicateurs quantifiés, dans une optique contractuelle ou plus exactement pseudo-contractuelle car le lien de subordination demeure ».

Dans ce contexte, le contrôle de gestion, sous-tendu par une logique de rapprochement des logiques administratives, médicales et soignantes, a été complètement intégré dans la politique stratégique et managériale du directeur du CHB comme un outil de pilotage de l'établissement. Une direction du contrôle de gestion et des systèmes d'information directement rattachée au directeur de l'établissement a été créée pour développer la culture de gestion au sein de l'hôpital et le doter des outils informatiques et de gestion adaptés. La démarche commença à partir de 1996 avec trois services cliniques volontaires engagés à travailler avec la direction sur la base des résultats de tableaux de bord de gestion présentant des écarts entre le budget théorique calculé grâce aux données du PMSI et les dépenses directes et indirectes imputables à leur service.

Au centre hospitalier d'Auxerre, des tentatives de mise en œuvre du suivi des budgets de services ont également été faites ces dix dernières années, après le découpage de l'établissement en centres de responsabilité destinés à l'application de la comptabilité analytique. Des réunions budgétaires avec les chefs de services ont été organisées sans qu'une dynamique pérenne de contrôle de gestion ait pu être obtenue. Le corps médical, déjà réticent à alimenter le Programme de médicalisation du système d'information destiné à disposer d'une

---

<sup>62</sup> D'après ANTHONY R.N., Planning and control systems, a framework for analysis, Division of research, Harvard Business School, Boston, 1965.

meilleure connaissance de l'activité médicale des établissements, a très vite saisi le caractère inopérant de budgets de services élaborés sur des bases budgétaires historiques fausses, puisque calculées sur la base du dernier budget primitif sans tenir compte finement des modifications survenues en cours d'année.

Ainsi, l'actuel président de CME du CHA, Daniel ROYER, ayant encore à l'esprit cette expérience, craint que la contractualisation interne ne constitue un nouvel avatar des budgets de services suivis dans le cadre d'un contrôle de gestion purement budgétaire. Pour lui, cette démarche ne ferait que « déplacer un problème politique, le choix de société d'attribuer davantage de moyens au financement des prestations de santé et de soins, vers le terrain médical et technique ». Il s'agirait en fait d'appliquer le mécanisme de budget global aux services opérationnels cliniques et médicotechniques soumis à des flux non maîtrisables, sources de difficultés financières pour l'hôpital : les entrées des patients non « sélectionnées » en vertu des missions de service public dévolues à l'hôpital et les prescriptions médicamenteuses renchéries par le coût des thérapeutiques nouvelles telles que les molécules anticancéreuses et les antirétroviraux. Comment, pour le chef de service, maîtriser le budget qui lui est imparti, alors que les coûts liés aux effets volume et prix des dépenses médicales et pharmaceutiques augmentent de manière exponentielle ?

Face à ces interrogations, la question de la mise en place d'un contrôle de gestion médicalisé intégrant les données médico-économiques du PMSI et s'intéressant aux résultats de gestion englobant les aspects financiers et d'activité apparaît essentielle. Aussi, le projet de gestion du centre hospitalier d'Auxerre a mis l'accent sur la nécessité de développer des outils d'analyse médico-économique indispensables à l'instauration d'un contrôle de gestion efficace pour mettre en évidence des leviers de maîtrise des coûts et disposer d'indicateurs susceptibles de permettre une comparaison avec des établissements de taille et d'activité comparables. Cet axe fort du projet de gestion rappelle la nécessité de promouvoir dans l'établissement une démarche de contrôle de gestion, notamment au sein des centres de responsabilité administratifs, logistiques et techniques, apparaissant comme des prestataires de services auprès des centres de responsabilité cliniques et médico-techniques.

Ainsi, au centre hospitalier de Blois, la prise de conscience de la nécessité de positionner le contrôle de gestion comme outil fort de diffusion de la culture de gestion a été un élément facilitateur de la mise en œuvre de la contractualisation interne. A Auxerre, bien qu'exprimée comme un axe essentiel du projet de gestion 2001-2005 du centre hospitalier, l'organisation d'un contrôle de gestion médicalisé n'a pour l'instant pas encore fait l'objet d'un dispositif concret. Il semble en outre que la sensibilisation des décideurs hospitaliers à l'intérêt de la contractualisation interne pour leur institution constitue un facteur incontournable pour que la démarche soit développée de manière cohérente et pérenne.

### **2.2.3 Le degré de sensibilisation des directions aux apports de la contractualisation interne**

Entre le centre hospitalier d'Auxerre et le centre hospitalier de Blois, un autre facteur explicatif de l'écart de progression dans la démarche de contractualisation interne tient au niveau d'intérêt que portent les directions, et particulièrement les directeurs d'établissements, à cet outil de modernisation de la gestion de leur hôpital. Ce constat est renforcé par le témoignage recueilli sur cette question auprès du directeur du centre hospitalier de Vichy (CHV).

Les chefs d'établissements interrogés sur leur perception de la contractualisation interne ont des réponses pas toujours convergentes qui expliquent l'avancement différent de leur hôpital dans la démarche. Alors que Michel PERROT, directeur du centre hospitalier d'Auxerre, met en avant les difficultés à déléguer la gestion aux médecins sans marge budgétaire et conçoit la contractualisation interne comme un atout favorable mais pas décisif pour l'hôpital, le directeur du centre hospitalier de Vichy, Jean SCHMID considère que celle-ci est un concept « essentiel parmi les concepts actuellement à la mode en gestion hospitalière » et décisif dans un contexte réglementaire et budgétaire contraint. Pour Jean SCHMID, chef d'établissement très impliqué dans la démarche, la contractualisation interne est un outil d'amélioration du processus décisionnel à l'hôpital puisqu'elle suppose une plus grande concertation dans le cadre d'une délégation de gestion personnalisée en fonction du niveau de culture

de gestion et du degré d'implication des chefs de service. Le centre hospitalier de CHV s'appuie sur une approche centrée sur la pédagogie, jugée indispensable pour sensibiliser le corps médical aux intérêts de la contractualisation interne : des informations brèves en CME et des réunions de travail et d'information générale avec les CR volontaires permettent en effet de maintenir la démarche « sous tension ». Jean SCHMID précise que « si l'on veut envisager la contractualisation interne comme un nouveau mode de gestion à instaurer en profondeur et dans la durée, il est nécessaire de passer par une étape pédagogique de formation et d'apprentissage, d'en faire comprendre la portée et de susciter l'adhésion des médecins notamment. Ces derniers craignent en effet d'être attirés dans un piège consistant en la gestion de la pénurie ».

Actuellement, le CHV est bien engagé dans le travail d'« apprentissage collectif » avec trois services expérimentateurs, grâce à l'investissement marqué du chef d'établissement et de son équipe de contrôle de gestion. L'atout du CHV est que la contractualisation interne est envisagée comme une démarche souple, en quelque sorte à « géométrie variable » adaptée à la constitution progressive des centres de responsabilité : l'enjeu est de parvenir à rallier progressivement l'ensemble du corps médical autour du projet en s'appuyant sur l'implication manifeste d'une partie de la communauté médicale.

Au centre hospitalier de Blois (CHB), l'implication de la direction dans la démarche est totale depuis le début. C'est elle qui a impulsé la contractualisation interne et qui la maintient « sous les feux de l'actualité » interne et externe<sup>63</sup> grâce à la qualité et à l'originalité de sa logique et de sa méthodologie remarquables au sein du paysage des centres hospitaliers de l'hexagone. Ces distinctions ont probablement joué un rôle dans le renforcement de la dynamique interne de l'établissement, en confortant les acteurs investis de la nécessité de continuer leur progression dans la démarche et en facilitant le ralliement progressif des acteurs hésitants. L'investissement de la direction est relayé par le président de CME, Maurice CHANTEREAU, qui porte un « regard enthousiaste » sur la démarche, telle qu'elle est pratiquée au CHB, et qui considère qu'elle est

---

<sup>63</sup> Prix du conseil scientifique du PMSI, obtenu en 1996 pour les aspects techniques, et premier prix de l'innovation hospitalière obtenu en 1998 pour les aspects de management et de conduite du changement de la démarche de contractualisation interne menée au centre hospitalier de Blois.

« un bon projet sous réserve que les médecins soient suffisamment informés et formés sur ce qu'est la gestion à l'hôpital ». Maurice CHANTEREAU rejoint sur ce point Patrick EXPERT, cheville ouvrière de la contractualisation interne en tant que directeur des systèmes d'information et du contrôle de gestion du CHB, en insistant sur la pertinence de l'outil comme « support d'un apprentissage collectif du partage de la décision » rapprochant soignants – au sens large – et administratifs autour d'objectifs convergents et « de l'appropriation d'un langage commun ».

Au centre hospitalier d'Auxerre (CHA), la démarche de contractualisation interne est située dans la phase de lancement considérée par Jean SCHMID, le directeur du centre hospitalier de Vichy, comme un moment crucial conditionnant en grande partie la pérennité du projet. « La démarche ne doit pas être imposée par la direction : les médecins doivent être écoutés dans l'expression de leurs attentes mais aussi de leurs craintes ». Le directeur du CHA est bien conscient de la nécessité de cette phase d'explication auprès des personnels hospitaliers et envisage parallèlement le déroulement d'une phase d'expérimentation avec des services cliniques et médico-techniques volontaires. Un comité de pilotage de la contractualisation interne et de l'amélioration de la qualité (CPCIAQ) réunissant décideurs et experts hospitaliers interne<sup>64</sup> sera créé prochainement pour définir les grandes orientations, superviser la mise en œuvre des projets et arbitrer les choix notamment en matière d'intéressement des centres de responsabilité, après analyse et réflexions concertées sur les divers résultats de gestion.

A la lumière de ces trois expériences, il apparaît que le degré de sensibilisation des directeurs d'établissement, de leurs équipes et du président de CME à l'intérêt que la contractualisation interne peut constituer pour les acteurs hospitaliers et l'institution est un facteur explicatif essentiel des écarts de progression enregistrés dans la démarche.

Le CHA, en phase de lancement du projet, est doté de décideurs – directeur d'établissement et président de CME - qui s'interrogeaient, à un moment donné, sur l'intérêt de la démarche de contractualisation interne et sur

---

<sup>64</sup> Equipe de direction, président de CME, responsable du département d'information médicale, pharmacien, médecin et infirmier hygiénistes, trois médecins représentant la CME et trois cadres infirmiers.

l'existence effective de l'avantage décisif qu'elle pouvait susciter pour leur établissement.

Le CHV, bien engagé dans la démarche en termes d'organisation et d'échanges entre acteurs, est actuellement en phase de pause, en partie parce que le directeur de l'établissement est le seul à porter le projet, le président de CME se situant pour l'instant en retrait de la démarche. En outre, l'évolution technologique de son système d'information a occasionné des problèmes touchant directement la production des tableaux de bord de gestion, source d'un léger ralentissement de la démarche.

Le CHB est quant à lui en passe de finaliser de nouveaux types de contrats avec les services dès début 2003. Plusieurs années de travail soutenu réalisé en concertation avec les corps médical et infirmier a permis l'élaboration et l'adoption, dès 1998, d'une convention cadre de la contractualisation interne intégrée au projet d'établissement, ainsi que d'une charte d'intéressement des services aux résultats en 2001. Cet établissement est caractérisé par la forte implication de la direction, obtenue suite à des débats constructifs au sein de l'équipe de direction tout au long de la démarche, et par l'investissement remarquable du président de la CME, se situant comme un acteur éclairé et critique de la démarche. Pour le directeur du CHB, Jean-Pierre GUSCHING, « la volonté du chef d'établissement est une condition sine qua non de la réussite du projet. Cependant, c'est une condition nécessaire mais pas suffisante, parce que le déploiement d'énergie des hommes porteurs du projet est essentielle : il faut avoir une faculté de mobilisation forte du personnel ». Le président de la CME de l'établissement, Maurice CHANTEREAU, évoque même la question « de l'envie, voire du désir, qu'il faut savoir susciter pour obtenir la plus grande adhésion possible au projet ».

Ainsi, au centre hospitalier de Blois, la vision médico-économique évaluative - et non purement budgétaire - de la contractualisation interne a réussi à fédérer l'ensemble de la communauté hospitalière autour d'objectifs de gestion et qualitatifs communs, et ce grâce à la volonté sans cesse réaffirmée et aux compétences pédagogiques et d'expertise de la direction, ainsi qu'au fonctionnement efficace du tandem directeur d'établissement-président de CME.

A ce stade de la réflexion, il s'agit de déterminer si l'esprit et les choix méthodologiques de la démarche menée au centre hospitalier de Blois peuvent être adaptés avantageusement au centre hospitalier d'Auxerre, dans la perspective de la mise en œuvre des grands axes de son projet de gestion 2001-2005.

### **2.3 LA SPECIFICITE DE LA CULTURE BLESOISE INDUITE PAR LA DEMARCHE DE CONTRACTUALISATION INTERNE COMME VALEUR DE MODELE POUR L'HOPITAL AUXERROIS ?**

Le centre hospitalier de Blois, comparable par sa capacité en lits de soins de courte durée et son type d'organisation médicale et administrative au centre hospitalier d'Auxerre, présente une conception et un déroulement de la démarche de contractualisation interne qui apparaissent comme particulièrement instructives aux décideurs du CHA.

En effet, le choix d'une approche médico-économique pour bâtir les outils de gestion, support des réunions d'analyse et d'évaluation menées régulièrement avec les chefs de centres de responsabilité, l'idée de coupler le pilotage stratégique des démarches qualité et contractualisation interne et la vision de la politique d'intéressement, comme soutien à la dynamique projet de l'hôpital, entrent en cohérence avec les grandes orientations et le calendrier du projet de gestion du CHA.

#### **2.3.1 L'originalité d'une approche médico-économique et évaluative plutôt que budgétaire**

La démarche de modernisation de gestion lancée par le centre hospitalier de Blois en 1996 n'a jamais fait l'affichage d'une ambition financière : l'idée centrale, toujours d'actualité, était d'utiliser les données du PMSI en interne

"comme un outil de communication, d'échange et d'apprentissage collectif"<sup>65</sup>. Le PMSI, outil de paramétrage de l'allocation budgétaire versée par l'agence régionale d'hospitalisation aux hôpitaux et source d'un recueil systématique de données dans les services de soins des établissements, peut ainsi être en quelque sorte « restitué » aux services cliniques à travers les tableaux de bord gestion médico-économiques. Le travail de recueil des données PMSI réalisé dans les services de soins pour la "tutelle" constituant une obligation légale devient ainsi pour les médecins et les soignants un outil d'aide à l'évaluation de leurs résultats de gestion non plus selon une logique budgétaire mais selon une logique intégrant les consommations de ressources réalisées lors de chaque séjour d'un patient.

Le choix méthodologique du centre hospitalier de Blois d'utiliser le PMSI pour concevoir les tableaux de bord de gestion a été motivé par la volonté de mobiliser les services dans une démarche novatrice excluant le recours aux budgets de services bâtis sur des bases budgétaires historiques non fidèles, puisque par construction en décalage important avec les dépenses réalisées. L'idée de travailler sur des tableaux de bord synthétiques comprenant des données médicales (PMSI, indicateurs de qualité et d'activité) et économiques (comptabilité analytique, ratios, prix de revient, évolution des résultats financiers) pour améliorer leur efficacité a paru séduisant à un nombre croissant de chefs de services. Les échanges et les analyses sur les résultats de gestion menés par la direction et les responsables de centre de responsabilité concernent depuis 1999 tous les services de médecine, chirurgie et obstétriques et, depuis 2000, l'ensemble des services médico-techniques.

L'analyse des résultats de gestion des services est réalisée :

- en termes financiers, par la mesure de l'écart entre les recettes potentielles ISA, données par le PMSI, et les dépenses directes et indirectes calculées à l'aide de la comptabilité analytique,
- en termes d'activité et de qualité par le niveau de production ISA et l'écart par rapport à la moyenne nationale de la durée moyenne de séjour,

---

<sup>65</sup> GUSCHING Jean-Pierre et EXPERT Patrick, Le PMSI dans le management des EPS : PMSI et gestion financière, in Gestions Hospitalières n°481 juillet-août 2001.



de l'âge moyen selon la spécialité, du taux d'hospitalisations itératives et du taux de décès notamment.

Cette analyse est enrichie par les explications données par les responsables de services et de leurs équipes : il ne s'agit pas de transformer les médecins et les soignants en gestionnaires, mais de les aider à mieux comprendre les facteurs d'amélioration de leurs résultats en termes de coûts, d'organisation et d'activité. Les éléments figurant dans les tableaux de bord doivent être interprétés avec une grande prudence en raison du caractère perfectible de l'outil PMSI pour restituer l'activité médicale, surtout dans le cadre d'une utilisation de gestion interne<sup>66</sup>.

Ainsi, tout écart doit faire l'objet d'interrogations, même si cela joue dans le bon sens. Pour Jean-Pierre GUSCHING, directeur du centre hospitalier de Blois, "même un service "très bon" doit faire l'objet d'analyses et d'interrogations". En effet, les discussions autour des résultats figurant dans les tableaux de bord, sources d'objectivation des débats, ne doivent souffrir d'aucun a priori sous peine d'un certain appauvrissement des réflexions menées. Un scoring de l'ensemble des services est réalisé et fait l'objet d'une évaluation ultime au sein du comité d'évaluation et d'orientation (CEO), sorte de « comité des sages », chargé du pilotage stratégique de la démarche et de la détermination des modalités d'affectation de l'intéressement des services dans le cadre de la charte d'intéressement de l'établissement.

Dans cette organisation de la contractualisation interne apparaît l'originalité de la démarche blésoise par rapport à d'autres démarches purement financières qui n'ont en outre pas forcément porté les fruits escomptés en terme d'économies budgétaires. Cette démarche a permis de réaliser, au-delà de la mise en oeuvre de dialogues constructifs entre administratifs et soignants, des progrès de gestion dans de nombreux domaines. Ainsi, le directeur du centre hospitalier de Blois précise qu'une "réallocation interne de postes médicaux, une amélioration du fonctionnement du bloc opératoire et une baisse des

---

<sup>66</sup> Le PMSI doit faire l'objet d'aménagements pour être utilisé en gestion interne dans la mesure où il avait été conçu pour une utilisation budgétaire externe par la tutelle. Certaines activités hospitalières ne sont en outre pas isolées dans le PMSI, comme la réanimation, ce qui oblige à adapter l'outil en conséquence.

consommations d'actes de laboratoire et de radiologie par suppression des doublons ont pu être obtenus grâce à la démarche".

A la lumière de cette expérience, le centre hospitalier d'Auxerre compte mettre en œuvre une démarche de contractualisation interne reposant sur des outils de gestion médico-économiques issus du PMSI et de la comptabilité analytique. Dans les premiers temps de présentation du projet, le corps médical a en effet craint une "contractualisation budgétaire" vouée à l'échec puisque "la responsabilité d'un budget de service se heurte à la non maîtrise des entrées des patients dans le respect des missions de service public et à la non maîtrise des coûts des médicaments prescrits". Les résultats obtenus au centre hospitalier de Blois sont extrêmement encourageants en termes de diffusion d'une culture de gestion médicalisée plus facilement partagée par le corps soignant et en termes d'économies réalisées, grâce à la mise à jour de situations sources de dysfonctionnements et de redondances humainement et financièrement coûteuses.

En cela, la démarche de contractualisation interne semble contribuer à améliorer la qualité du travail réalisé à l'hôpital. A cet égard Jean-Pierre GUSCHING, directeur du centre hospitalier de Blois, estime que « la contractualisation interne constitue un levier fantastique pour soutenir une politique d'amélioration continue de la qualité ».

### **2.3.2 La volonté de maintenir une synergie entre qualité et contractualisation interne**

Dès 1999, le centre hospitalier de Blois a engagé les premières réflexions sur les liaisons entre la contractualisation et l'accréditation, alors que la visite des experts visiteurs de l'Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé (ANAES) était prévue pour 2001.

Les éléments d'information sur la qualité recueillis lors de l'auto-évaluation préalable à la visite d'accréditation ont servi à enrichir les tableaux de bord de gestion d'indicateurs qualitatifs. Il apparaît ici que la démarche qualité et

l'accréditation permettent de donner une dimension essentielle aux outils de gestion médico-économique. Les deux démarches, d'amélioration continue de la qualité et de contractualisation interne, se soutiennent ainsi mutuellement en un processus de progression vers l'efficacité de l'organisation au profit des patients. Le comité d'évaluation et d'orientation (CEO) outre ses missions de préparation du rapport d'orientation budgétaire, préalable à la mise en forme du budget prévisionnel de l'établissement, d'évaluation des résultats des services, au vu des tableaux de bords médico-économiques et des analyses conjointes direction-services, de préparation et d'évaluation du projet d'établissement et de suivi du COM 2001-2005, a ainsi été chargé de piloter la démarche qualité et l'accréditation. Pour le directeur d'établissement, l'élargissement des missions du CEO à la qualité a permis "de donner du corps" au comité, en renforçant la cohérence d'ensemble de la contractualisation interne devant évoluer en synergie avec la démarche qualité.

Pour le directeur du centre hospitalier de Vichy, la contractualisation interne doit intégrer quatre dimensions : les dépenses avec des éléments de coût, l'activité « classique » et l'activité PMSI, des indicateurs de qualité et des indicateurs de progression sur les projets de services. En effet, la recherche de l'efficacité doit pouvoir être menée avec une visibilité suffisante sur la qualité, sans quoi elle risque d'être recherchée en négligeant - volontairement ou involontairement - la qualité des prestations, surtout quand une politique d'intéressement est mise en oeuvre. En ce sens, les indicateurs de qualité constituent les « garde-fous » de la contractualisation interne assortie d'une délégation de gestion et d'un intéressement aux résultats.

A cet égard, le président de la CME du centre hospitalier de Blois soulève le problème, pour l'instant non résolu, de la mesure de la qualité des soins prodigués aux patients. Comment évaluer leur apport effectif à l'amélioration de la santé des patients ? En effet, il rappelle que « la production de guérison et d'amélioration de la santé est différente de la production d'actes qui est la principale logique du privé lucratif ». Il rappelle qu'actuellement « les indicateurs touchant à la santé sont timorés. Il s'agit d'indicateurs de la qualité des soins produits et non de santé ; et pourtant l'hôpital est désigné par la loi comme un établissement public de santé et non de soins ». Outre le problème de la mesure

effective de l'amélioration de la santé suite à la prise en charge hospitalière d'un patient, il s'interroge sur l'état d'esprit de ses confrères à ce sujet : « le corps médical est-il suffisamment mûr pour évaluer la qualité de ses pratiques au regard des objectifs de santé ? » Aussi, l'accréditation ne porte-t-elle pas pour l'instant sur l'évaluation de la qualité des soins et des actes prodigués dans les services cliniques et médico-techniques. Cependant, à travers les analyses des résultats de gestion des services et des épisodes de dysfonctionnements relevés dans le cadre de la démarche qualité, des premiers éléments d'appréciation de la qualité de l'organisation hospitalière - médicale, soignante, administrative et logistique - constituent une source d'information précieuse pour progresser vers un premier niveau d'efficience.

Dans cette perspective, le centre hospitalier d'Auxerre a intégré et associé dans son projet de gestion 2001-2005 la démarche qualité et l'accréditation à la mise en œuvre d'outils de gestion médico-économique, support de la démarche de contractualisation interne. Il est ainsi naturel que les deux démarches fassent l'objet d'un pilotage stratégique par le « comité pilotage de la contractualisation interne et de l'amélioration continue de la qualité (CPIACQ) ». La phase d'auto-évaluation sera lancée au premier semestre 2003 pour préparer la visite des experts visiteurs prévue pour le premier semestre 2004. Ainsi, les trois services cliniques et médico-techniques volontaires pour s'engager dans la démarche expérimentale de contractualisation interne bénéficieront de tableaux de bord enrichis d'indicateurs qualité construits à partir des premiers résultats de la démarche qualité. Dans le contexte du centre hospitalier d'Auxerre, il apparaît essentiel de lier la diffusion des deux démarches -qualité et contractualisation interne- pour mobiliser efficacement les personnels dans une logique projet cohérente et unique dont les objectifs doivent être clairement affichés : le rapprochement des logiques administratives et soignantes pour faire en sorte que les exigences de soins des usagers soient satisfaites, dans le cadre du budget négocié avec l'agence régionale d'hospitalisation.

Le but ultime de la démarche est de mieux affecter en interne les moyens alloués pour améliorer encore la qualité des prises en charges des patients. C'est en restaurant le dialogue et la confiance entre administratifs et soignants que cet objectif pourra être poursuivi et atteint dans les meilleures conditions. Il s'agit

pour cela, comme le rappelle Jean-Pierre GUSCHING, de faire preuve « de pragmatisme, de patience et d'humilité devant l'ampleur de la tâche : il n'y a pas de contractualisation interne sans confiance et in fine sans loyauté ». En ce sens, le directeur du centre hospitalier d'Auxerre, Michel PERROT insiste sur l'importance de « la contractualisation interne comme instrument de cohésion de l'hôpital » et comme « outil de connaissance des activités et des coûts pour mieux gérer dans le cadre d'un management plus participatif ».

Il considère également que la contractualisation interne mise en œuvre dans le cadre d'une délégation de gestion effective au profit des services de soins doit s'appuyer sur une politique d'intéressement ambitieuse destinée à donner corps à la démarche. Au centre hospitalier de Blois, l'intéressement a été introduit progressivement et figure désormais au cœur de la démarche de contractualisation interne.

### **2.3.3 Une politique d'intéressement envisagée comme support de la dynamique projet**

La procédure d'intéressement est mise en œuvre au centre hospitalier de Blois depuis 2001 selon les modalités d'application décrites dans la « charte d'intéressement des services aux résultats », après une phase d'introduction « par petites touches » avec les services expérimentateurs dès 1999. La charte d'intéressement a été adoptée par le personnel médical, infirmier et par le conseil d'administration. L'intéressement collectif et financier des services est intégré dans le projet d'établissement et apparaît dans le second axe du projet médical en ces termes : « pour développer la démarche qualité, les relations médico-administratives doivent être fondées sur de nouvelles bases ». Toute une réflexion a été réalisée par le comité d'évaluation et d'orientation (CEO) autour de la problématique de l'intéressement dans son contenu, ses éléments d'analyse, son niveau de suivi et la nature des ressources destinées à assurer son financement.

En fait, l'intéressement n'est pas envisagé comme une récompense des efforts de gestion des services de soins, objectifs déjà inscrits dans les missions

des chefs de service, mais comme une ressource destinée à préfinancer certains projets programmés dans le contrat d'objectifs et de moyens ou à soutenir ponctuellement des services en difficultés budgétaires, sources de dysfonctionnements, de surcoûts et de non qualité. La finalité de l'intéressement mis en place au centre hospitalier de Blois réside dans le souci de rapprocher ponctuellement les moyens de l'activité de certains services évalués selon des critères quantitatifs et qualitatifs. Les éléments d'analyse des résultats de gestion sont les tableaux de bord médico-économiques incluant des indicateurs de qualité faisant l'objet d'analyses croisées de la part des services et du comité d'évaluation et d'orientation. Le suivi de l'intéressement est réalisé par service, niveau le plus pertinent pour évaluer finement l'impact de la démarche et les progrès réalisés. Le choix a été fait de ne pas recourir à des crédits prévus au budget de fonctionnement de l'année en cours pour alimenter le dispositif d'intéressement. Cette option, en amputant de facto annuellement la base budgétaire de l'établissement, restreint la marge de manoeuvre financière globale et se révèle en outre peu pédagogique, car elle obère le budget des services qui ne bénéficient pas de l'intéressement. Les moyens destinés à la mise en œuvre de l'intéressement proviennent ainsi uniquement des excédents de l'établissement constatés en fin d'exercice budgétaire.

Les critères de mise en œuvre de l'intéressement financier ne reposent donc pas sur une logique financière. Le CEO réalise des analyses fouillées des résultats des services et des explications recueillies auprès des services pour déterminer leur niveau d'intéressement. Bien entendu, non seulement les indicateurs d'activité et financiers sont croisés, mais les indicateurs de qualité donnent un éclairage très précieux sur le fonctionnement des services, source d'une évaluation affinée des situations. Ainsi, un service de médecine en difficulté financière, apparaissant comme très surdoté au regard de son activité, a fait l'objet d'un soutien décidé en CEO en termes de personnel médical. En effet, ce service, à la durée moyenne de séjour élevée, source de non qualité et d'une faible production ISA par rapport à des services comparables, souffrait d'un sous-effectif médical à l'origine du maintien de patients dans le service dans l'attente des avis de sortie. Il était véritablement saturé de patients, pour la plupart âgés, qui ne relevaient plus d'une prise en charge de médecine aiguë

mais d'une prise en charge en service de gériatrie, en unité de soins de longue durée ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

La politique d'intéressement du centre hospitalier de Blois se veut en outre évolutive, puisque la charte régissant ses modalités d'application peut faire l'objet d'amendements éventuels destinés à modifier le dispositif de constitution du fonds d'intéressement ou à l'adapter à l'évolution de la culture de gestion de l'établissement. La progression dans la mesure de la qualité des prestations de soins et dans l'évaluation des pratiques professionnelles, encouragée par les exigences croissantes des usagers en termes de sécurité et de qualité devra en effet être intégrée, à terme, dans les critères ouvrant droit à l'intéressement. En tout état de cause, l'intéressement doit correspondre aux orientations du projet d'établissement et aux contrats d'objectifs et de moyens en cours et à venir. Plus précisément, d'un point de vue strictement budgétaire, il est essentiel que la destination des crédits d'intéressement ne soit pas à l'origine de surcoûts d'exploitation : l'achat d'équipements au titre de l'intéressement ne doit pas générer de surcoûts d'exploitation au delà de l'année d'acquisition pour ne pas occasionner la production de charges d'exploitation supplémentaires.

Dans le cadre des actions proposées dans le projet de gestion 2001-2005 pour atteindre l'objectif de responsabilisation des professionnels de santé sur la problématique de la maîtrise et de la qualité des soins, le centre hospitalier d'Auxerre envisage l'intéressement comme un outil d'intégration des acteurs dans la dynamique du projet de contractualisation interne. Il est envisagé de « réserver une partie des moyens en investissement pour l'achat de matériel informatique et d'équipements biomédicaux et également des moyens en exploitation, notamment en personnel, pour soutenir les services engagés dans la démarche ». Au regard de la situation budgétaire de l'établissement, en équilibre fragile suite à une période délicate de report de charges, l'option retenue au centre hospitalier de Blois paraît sage : abonder le fonds d'intéressement avec les excédents dégagés et veiller à ce que les achats d'équipements n'obèrent pas les budgets d'exploitation à venir. La piste consistant à réserver une partie des crédits d'investissement pour l'intéressement est intéressante, car elle permet de dépasser la difficulté à alimenter le fonds en cas de situation budgétaire délicate récurrente.

Concrètement, à bien des égards, l'expérience du centre hospitalier de Blois apparaît extrêmement enrichissante pour orienter les choix méthodologiques et culturels de mise en place d'une démarche de contractualisation interne dans un établissement tel que le centre hospitalier d'Auxerre, de taille comparable pour l'activité de court séjour. Cet établissement, jusqu'à présent quelque peu en retrait face aux réflexions et expérimentations relatives à la modernisation de la gestion hospitalière et à l'accréditation, peut actuellement avantageusement tirer partie des expériences menées dans d'autres établissements en opérant un choix éclairé de ce qui conviendra le mieux à son histoire, à sa propre culture hospitalière et au contexte local.

Le centre hospitalier de Blois dispose désormais d'un recul suffisamment important sur l'impact de son projet de contractualisation interne en termes de diffusion d'une culture de gestion médicalisée et d'amélioration de paramètres financiers, organisationnels et qualitatifs, pour que le centre hospitalier d'Auxerre tire partie avantageusement de son expérience innovante appuyée sur une logique progressive, structurée et pragmatique et animée d'un état esprit participatif et qualitatif.

Le CHA peut ainsi s'inscrire dans une approche de type benchmarking, en prenant le centre hospitalier de Blois comme établissement de référence, pour s'engager, dans les meilleures conditions, dans la modernisation de sa gestion, et ce dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des prestations de soins et de santé offertes aux patients.



### **3-LES CLES DE LA REUSSITE : SAVOIR TIRER PARTI DE L'APPROCHE BENCHMARKING POUR CONDUIRE AU MIEUX LA CONTRACTUALISATION INTERNE AU CENTRE HOSPITALIER D'AUXERRE**

Des approches de type benchmarking<sup>67</sup>, encore appelé référencement ou étalonnage des performances, sont actuellement déjà utilisées de manière empirique par nombre d'hospitaliers « sans le savoir ». Par exemple, la banque de données hospitalière de France<sup>68</sup> (BDHF) constitue un outil d'aide stratégique conçu pour les décideurs hospitaliers et repose sur une logique de type benchmarking. Les données médico-économiques, financières et de ressources humaines présentées dans la BDHF donnent la possibilité à chaque établissement de se comparer aux autres établissements de sa catégorie et de se situer dans son environnement. Des tableaux de bord stratégiques permettent d'enrichir les argumentations préparées par les établissements dans le cadre des négociations de leur budget, des contrats d'objectifs et de moyens, ainsi que dans une configuration de mise en œuvre de restructurations, de coopérations et de fusion.

Plus généralement, le benchmarking est un processus continu d'évaluation des performances, non seulement des produits et des services, mais aussi des fonctions, des méthodes et des pratiques au regard des meilleurs reconnus dans leur catégorie. A ce titre, il peut être intégré dans les établissements hospitaliers à plusieurs niveaux tels que les démarches de qualité et de contrôle de gestion, domaines dans lesquels les comparaisons avec des moyennes nationales et les résultats des établissements de même catégorie sont extrêmement instructives.

Le centre hospitalier d'Auxerre, fort d'une situation financière assainie et de la dynamique d'un projet d'établissement élaboré selon une approche participative ayant mobilisé plus de deux cents agents dans le cadre de groupes de travail pluridisciplinaires, a tout intérêt à prendre en compte les expériences de modernisation de gestion en cours dans d'autres établissements comparables

---

<sup>67</sup> De l'anglais benchmark : la borne, la référence.

<sup>68</sup> La BDHF, qui remplace depuis 2002 la banque de données statistique et financière (BDHF), est un outil d'aide à la décision stratégique conçu pour les décideurs hospitaliers : directeurs et médecins. Les informations fournies offrent à chaque établissement la possibilité de se comparer à ses concurrents et de se situer dans son environnement. (source : site de la Fédération Hospitalière de France [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr))

pour soutenir la mise en œuvre de son projet de gestion notamment. En fait, il s'agit pour l'établissement de s'inspirer des fonctionnements qui ont fait leurs preuves chez les meilleurs de leur catégorie et de les appliquer pour impulser une dynamique de changement.

C'est cette idée qui sous-tend la démarche de benchmarking organisant la comparaison des performances entre organisations pour les rendre plus efficaces, dans un environnement où la quantité et le rythme d'obsolescence des informations disponibles rend de plus en plus complexe l'analyse des données et l'évaluation des actions de conduite du changement. Dans cette perspective, la démarche de contractualisation interne est à l'origine d'un avantage décisif pour l'établissement qui la met en œuvre. In fine, il s'agit de mesurer l'impact, sur le centre hospitalier d'Auxerre, de la démarche comparative de type benchmarking centrée ici sur le centre hospitalier de Blois, pris comme pôle de référence de l'étude. Concrètement, en quoi la référence blésoise a-t-elle pu contribuer à faire avancer le projet de contractualisation interne au centre hospitalier d'Auxerre ?

### **3.1 LE BENCHMARKING COMME OUTIL DE COMPARAISON ET D'AMELIORATION DES PERFORMANCES ENTRE ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS**

Le benchmarking apparaît comme un moteur interne d'instauration d'une dynamique du changement par l'appropriation et l'adaptation des leviers de modernisation de gestion observés dans des organisations « modèles » identifiées comme performantes dans un domaine spécifique ou une activité analogue<sup>69</sup>. La démarche de benchmarking se déroule en plusieurs étapes organisées selon une méthodologie précise. Dans le champ hospitalier, elle est encore émergente mais constitue un outil extrêmement intéressant dans un contexte de modernisation de l'organisation de l'hôpital.

---

<sup>69</sup> Il n'y a fondamentalement rien de nouveau dans la démarche de benchmarking : au XIX<sup>e</sup> siècle déjà, de grandes entreprises comme Du-Pont-de-Nemours et General Electric notamment, s'étaient attachées à comparer leurs coûts de production avec ceux des entreprises concurrentes.

### 3.1.1 Une démarche appuyée sur une méthodologie et un processus précis

Globalement, le benchmarking se déroule en quatre grandes étapes<sup>70</sup> consistant à connaître son propre fonctionnement, connaître ses concurrents et les leaders du secteur, intégrer le meilleur et parvenir à l'excellence.

Il existe quatre types de benchmarking actuellement pratiqués dans le monde de l'entreprise :

- Le benchmarking interne qui consiste à comparer les fonctions similaires entre des services d'une même entreprise ou entre différentes filiales,
- Le benchmarking auprès des concurrents directs qui consiste à comparer les produits de l'entreprise par rapport à des produits extérieurs directement concurrents,
- Le benchmarking orienté vers une fonction qui consiste à comparer une fonction de l'entreprise aux meilleures fonctions dans un domaine donné,
- Le benchmarking horizontal qui consiste à comparer certaines fonctions ou processus communs à toute entreprise, par exemple, dans la perspective de l'élaboration d'une stratégie.

Plus précisément, la méthode mise au point par la société Xérox, la première à développer une démarche de benchmarking complète au tout début des années 1980, comprend dix étapes successives, reprises par CAMP<sup>71</sup>, qui se déroulent selon un processus cyclique indispensable à une progression vers la performance :

#### PLANIFIER

1. identifier l'objet de la démarche
2. identifier les entreprises ou institutions cibles
3. choisir la méthode de recueil de données et les recueillir

#### ANALYSER

4. établir le déficit de performance (« gap »)

---

<sup>70</sup> La présentation de la méthodologie du benchmarking réalisée ici s'inspire largement de l'article de Philippe DUPRAT, « Le benchmarking, méthodologie de comparaison et d'amélioration des performances. Nouveau mode managérial ou outil transférable pour le secteur de la santé ? », in Gestions Hospitalières n°356, Mai 1996.

5. déterminer les objectifs de performance souhaitables

INTEGRER

6. communiquer les résultats et les faire accepter

7. établir des objectifs fonctionnels

AGIR

8. développer des plans d'actions

9. réalisation des plans et suivi

10. réévaluation des références

Les deux premières étapes de la démarche ne posent pas de problème particulier en raison de la disponibilité et de la richesse des sources d'information relatives aux activités des autres organisations : rapports d'activité, presse professionnelle, congrès, banques de données, réseaux professionnels servent ainsi à orienter les contacts et à repérer les « cibles ». En pratique, le choix d'une ou plusieurs cibles est suivi d'une visite d'investigation et de recueil d'information sur le site de référence. Ici, la qualité des contacts avec les interlocuteurs et la transparence, quant aux objectifs poursuivis dans le cadre de la démarche de benchmarking, sont des éléments essentiels pour que cette phase de l'étude se déroule dans les meilleures conditions. Il est certain que dans un contexte fortement concurrentiel, des difficultés peuvent être rencontrées dans le recueil d'informations et de témoignages. Cependant il semble que peu d'échecs soient constatés dans l'état actuel de diffusion de la démarche dans le monde de l'entreprise.

Les étapes suivantes du benchmarking, consistant en la mesure des performances internes et en la détermination des objectifs et des axes d'amélioration des performances, se déroulent sur le même modèle que les démarches d'amélioration continue de la qualité et de résolution de problème, en ce sens qu'elles s'inscrivent dans une roue de Deming où les phases d'évaluation et de partage ou de restitution des éléments d'études aux décideurs sont cruciales pour l'efficacité du processus.

---

<sup>71</sup> CAMP R.C., Le Benchmarking, Editions organisation, 1992.

Plusieurs points essentiels doivent être pris en compte afin que la démarche de benchmarking porte pleinement ses fruits. Tout d'abord, la taille de l'organisation « modèle » est un critère important pour asseoir la validité des conclusions de l'étude : elle doit nécessairement être voisine de celle de l'organisation en quête d'une performance accrue. Parallèlement, comme dans toute démarche projet visant à l'amélioration de l'efficience et de l'efficacité des processus et des résultats, la planification et la gestion du projet, l'utilisation d'outils d'aide au travail de groupe, une politique de formation adaptée et l'implication effective de la direction constituent les clés de la réussite de la démarche de benchmarking.

Certains concepts et éléments de méthodes utilisées dans le cadre de la démarche benchmarking sont déjà à l'œuvre au sein des organisations hospitalières notamment avec la diffusion de la culture d'évaluation et du management par projets. Cette démarche, à l'origine d'une nouvelle logique d'approche des problèmes résolument tournée vers l'extérieur, constitue une méthodologie intéressante que le monde hospitalier doit utiliser à son profit.

### **3.1.2 Un outil transférable du monde de l'entreprise vers le monde hospitalier baigné dans un environnement en perpétuel mouvement**

Les décideurs hospitaliers sont de plus en plus confrontés à un contexte réglementaire, budgétaire, technique et environnemental en évolution continue dans le sens d'une tendance à l'accroissement des incertitudes et à la réduction des marges de manœuvres financières. Parallèlement, la population fait montre d'une exigence accrue de performance et de sécurité dans le domaine des prestations de soins et de la santé.

La démarche de benchmarking, adaptée aux problématiques et aux spécificités hospitalières, est un outil performant d'analyse et d'appropriation des méthodes et pratiques ayant fait leurs preuves dans d'autres établissements leaders dans un domaine donné telle que la modernisation de la gestion notamment. Dans le cadre de l'élaboration d'un projet d'établissement orienté sur une logique de l'offre, la démarche benchmarking permet aux décideurs de

mieux hiérarchiser les orientations stratégiques à l'aide d'un diagnostic élaboré à partir du positionnement des diverses institutions dans l'environnement et de leur perception des enjeux analysés.

Au delà de l'existence de banques de données telles que la banque de données hospitalières de France (BDHF) et l'échelle nationale de coûts notamment, permettant aux établissements inscrits de se comparer entre eux sans pour autant avoir des éléments d'explication sur les écarts enregistrés, une démarche de benchmarking aboutie s'attache à établir l'origine des sources potentielles d'amélioration de la performance à travers une analyse qualitative axée sur le déroulement des processus d'une activité.

A la différence des entreprises, les établissements du monde de l'hospitalisation publique sont investis des mêmes missions de service public. Ils partagent à ce titre une culture commune de service public hospitalier, sont soumis aux mêmes contraintes institutionnelles et mesures réglementaires et de santé publique et sont confrontés aux mêmes problématiques d'adaptation au changement. Ces dernières années, dans l'environnement de l'accréditation<sup>72</sup>, certaines initiatives d'évaluations comparatives volontaires ont été lancées dans quelques spécialités dynamiques en terme de réflexion sur leurs pratiques telles que l'anesthésie, la réanimation, la prise en charge des grands brûlés notamment.

Dans ce contexte, les dirigeants hospitaliers ont tout intérêt à saisir l'opportunité de l'utilisation du benchmarking en tant qu'outil d'amélioration des performances intégré dans la dynamique de conduite du changement au sein de l'hôpital et ce malgré les éventuels freins institutionnels, corporatistes ou culturels qui pourront se manifester. En effet, les établissements hospitaliers, dont l'énergie et les ressources sont souvent canalisées vers des priorités et obligations découlant de son environnement tutélaire, disposent de peu de marges de manœuvres pour se lancer dans une approche résolument ouverte vers l'extérieur, tel que le benchmarking.

---

<sup>72</sup> L'accréditation est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé effectuée par des professionnels indépendants de l'établissement et de ses organismes de tutelle et relative à l'ensemble de son

Selon Windfried de GOOIJER<sup>73</sup>, professeur en systèmes de santé publique à l'université de Leiden aux Pays-Bas, le « véritable rôle [du benchmarking] doit être appréhendé dans le contexte d'une organisation en permanence en train de se jauger, d'analyser ses performances et ses processus internes, et de mettre en œuvre de manière continue des améliorations ». Il rappelle un certain nombre de considérations devant nécessairement être prises en compte pour que le benchmarking puisse être utilisé avantageusement au sein du monde hospitalier, sans que des « effets pervers » soient produits au détriment des usagers des systèmes de soins :

- l'indispensable et totale coopération des prestataires de soins,
- la prise en compte d'une marge d'erreur dans l'appréciation des écarts rencontrés dans le domaine des activités médicales vis à vis des protocoles et des standards établis eu égard à leur complexité,
- la nécessité de disposer des mêmes bases de références pour les activités extra-soignantes (administratives, techniques, logistiques),
- l'intégration effective de la dimension de la qualité des soins dans la démarche.

Toute nouvelle démarche projet instaurée à l'hôpital, telle que la démarche de contractualisation interne qui tend à diffuser de plus en plus au sein des établissements de santé, devrait ainsi être nourrie par une telle approche afin de tirer un véritable enseignement des expériences réalisées avec succès dans des structures comparables.

### **3.2 LA CONTRACTUALISATION INTERNE, SOURCE D'AVANTAGE DECISIF POUR L'ETABLISSEMENT QUI LA PRATIQUE**

A travers l'étude comparative de type benchmarking réalisée auprès du centre hospitalier de Blois (CHB), il apparaît que la contractualisation interne,

---

fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à assurer la sécurité et la qualité des soins donnés aux malades et à promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein des établissements de santé.

<sup>73</sup> Président du sous-comité Economie et planification du comité des hôpitaux de l'Union européenne (HOPE).

**telle qu'elle a été menée au sein de cet établissement**, est à l'origine d'un avantage décisif pour lui vis à vis des autres établissements. Le CHB, grâce à un recul de plusieurs années de diffusion progressive de la contractualisation interne, a été en mesure de mener une évaluation de l'impact de cette démarche tant sur son fonctionnement interne que sur son positionnement au sein de son environnement.

### **3.2.1 En interne, une organisation hospitalière plus efficiente et plus adaptée aux exigences de qualité et de sécurité des patients**

En préalable, il convient de repréciser ici, sans angélisme aucun, que l'esprit et la logique de la démarche de la contractualisation interne menée au centre hospitalier de Blois a grandement facilité l'appropriation des concepts et des outils par les soignants et les médecins. En effet, les principes ayant présidé à la mise en œuvre de la démarche sont les suivants :

« Il s'agit de trouver les voies et les moyens d'un apprentissage collectif dans une perspective de partage d'une culture de gestion recouvrant les dimensions d'efficacité, d'efficience et de performance,

Les outils de pilotage ne portent pas fin en eux-même mais ne valent que par la dynamique d'apprentissage collectif qu'ils déclenchent et alimentent : ils ne sont que « prétexte à être intelligents ensemble »,

Les systèmes de gestion ont donc un rôle purement instrumental par rapport à un impératif : apprendre ensemble à mieux maîtriser l'action collective <sup>74</sup> ».

Ainsi, le PMSI, intégré comme outil de gestion interne après les adaptations méthodologiques ad hoc, est présenté et utilisé par la direction « comme un outil de communication, d'échange et d'apprentissage collectif ». L'état d'esprit de la démarche, orienté sur une approche pédagogique et volontaire, a conditionné la réalisation de tableaux de bord concrets, lisibles et pertinents, supports d'échanges constructifs entre la direction et les services

---

<sup>74</sup> Présentation de la démarche et des outils de la contractualisation interne par Patrick EXPERT, DSIO du CH de Blois dans le cadre d'une session de formation continue du Centre de Formation en Management Public, Paris, mai 2002.



cliniques et médico-techniques, grâce au couplage d'une comptabilité analytique médicalisée<sup>75</sup> avec le PMSI. A cet égard, rappelons qu'un tiers des établissements engagés dans la contractualisation interne a mené une réflexion sur son système d'information hospitalier (SIH) et un regroupement de structures, contre 20% dans la population générale<sup>76</sup>, selon l'enquête de la DHOS menée en juin et juillet 2001. La contractualisation interne apparaît ainsi comme une source d'avantage décisif en termes de développement du SIH et de réorganisation interne des services de soins.

Au centre hospitalier de Blois, le déploiement de la démarche a été réalisé au départ auprès des services volontaires représentant 43% des points ISA produits au sein de l'établissement par les services d'hospitalisation et présentant, par le simple fait du hasard, des prix de revient supérieurs à ceux des autres services. L'évaluation de l'impact de la démarche en termes financiers a été faite en 2001 sur la base de l'évolution des prix de revient des services pour chaque poste de dépenses, puis catégorie par catégorie et enfin globalement sur la période s'échelonnant de 1995 à 2000. Il ressort de cette étude que les efforts entrepris par les services dans le cadre de la contractualisation a porté ses fruits, puisque, concrètement, si les services expérimentateurs avaient dû suivre l'évolution des prix de revient constatés dans les autres services, l'établissement serait alors dans une situation financière intenable, avec un surcoût estimé à 1,66 millions d'euros, soit 10,9 millions de francs.

En terme d'organisation, cet impact financier favorable se retrouve dans une gestion mieux maîtrisée des séjours et dans un recours plus mesuré aux prestataires internes que sont les services médico-techniques et le service de réanimation dans le cadre de la mise en œuvre d'une facturation interne de leurs prestations aux services cliniques. La meilleure connaissance des coûts a ainsi été source d'une utilisation plus cohérente des prestations médico-techniques au

---

<sup>75</sup> EXPERT Patrick et PERARD Yvan, La comptabilité analytique au cœur de la prise de décision, in Revue Hospitalière de France n°482, septembre-octobre 2001.

<sup>76</sup> La DHOS a mené son enquête à partir d'une population de 126 établissements dont 84 EPS faisant partie d'une liste fixée par arrêté ministériel constituée par des établissements dont le budget d'exploitation est le plus important et 42 établissements publics et privés faisant partie de l'étude nationale de coûts en 2000 et 2001.

profit d'une prise en charge des patients de meilleure qualité par la suppression des actes redondants et des doublons.

Parallèlement, des « actions porteuses de changement » ont été mises en place dans des délais très courts et ont été sources d'un phénomène d'entraînement d'une saine émulation interne entre les services. Ainsi, la modification des plages opératoires permettant au service de chirurgie de réduire de près de 30% son recours à la réanimation et de simplifier le parcours des patients, un meilleur respect des horaires au bloc opératoire, l'anticipation des solutions de sortie des patients d'un service de médecine interne à l'origine d'une diminution de la durée moyenne de séjour et d'une meilleure réponse aux attentes sociales des patients, constituent des exemples concrets de l'amélioration de l'efficience de l'établissement suite au lancement de la démarche contractuelle avec les services expérimentateurs. A ce jour, après deux années de généralisation de la contractualisation interne dans l'ensemble des services de soins, des résultats positifs continuent d'être obtenus en termes financiers et organisationnels. Le centre hospitalier de Blois est toujours, depuis plusieurs années, en situation d'excédent budgétaire, alors que beaucoup d'établissements rencontrent des difficultés financières récurrentes parfois source de report de charges préjudiciables à leur fonctionnement quotidien et menaçant à terme, la mise en œuvre cohérente de leur projet d'établissement.

Dans un article paru l'été 2001 dans la revue hospitalière de France<sup>77</sup>, Jean-Pierre GUSCHING et Patrick EXPERT estimaient prudemment qu'il était « prématuré de dire que la démarche conduite à Blois [avait] apporté à l'établissement un avantage décisif. En effet, force est de constater que d'autres hôpitaux qui ne sont pas autant engagés dans ce domaine font aussi bien, voire mieux, en matière d'organisation, de fonctionnement et d'efficience. En réalité, le retour sur investissement, dans ce type de démarche n'est pas sensible et décisif avant plusieurs années.» Pourtant, la formalisation et la hiérarchisation des grands axes du projet d'établissement 1999-2004 peuvent être mis à l'actif de la démarche de contractualisation interne initiée dès 1996 par l'application interne du PMSI, support de la diffusion d'une « culture de la gestion partagée ». Le

---

<sup>77</sup> Le PMSI dans le management des EPS : PMSI et gestion financière, in Revue Hospitalière de France n°481, juillet-août 2001.

projet d'établissement a ainsi été élaboré selon un mode largement ascendant puisque les services ont pu faire état de difficultés et de constats qui ont permis de repérer les projets déterminants pour l'avenir et la bonne marche de l'hôpital.

Actuellement, la démarche de contractualisation interne menée au centre hospitalier de Blois a atteint la phase décisive de finalisation de nouveaux contrats prévoyant une délégation de gestion des moyens au sein des services avec un intéressement, mais surtout, la mise en œuvre d'éventuelles sanctions dans l'hypothèse de résultats de gestion défavorables. L'appréciation des résultats des services est réalisée finement par le comité d'évaluation et d'orientation au regard de critères qualitatifs et conjoncturels et dans le cadre d'une marge d'erreur de 10%. La direction pourra ainsi progressivement appliquer une politique de réallocation interne des crédits entre les divers services dans le souci d'assurer une meilleure adéquation des moyens aux objectifs fixés dans le cadre des contrats internes et inscrits dans le contrat d'objectifs et de moyens conclu en 2000 avec l'agence régionale d'hospitalisation.

### **3.2.2 En externe, une autonomie renforcée vis à vis de l'environnement institutionnel**

Il est édifiant de constater, qu'au centre hospitalier de Blois (CHB), la démarche de contractualisation interne organisée autour d'une réflexion commune sur les résultats de gestion de chacun des services a permis d'objectiver des constats et des difficultés et a ainsi servi de support à la genèse de certains axes du projet d'établissement. La dynamique instaurée a contribué à positionner le CHB comme une organisation sachant tirer parti des contraintes d'un environnement concurrentiel et mouvant dans le respect des missions de service public confiées par la loi et de la sécurité et de la qualité des prestations offertes aux patients. A cet égard, le contrat d'objectifs et de moyens a été conclu avec l'agence régional dans la foulée de la finalisation du projet d'établissement permettant ainsi au CHB de disposer d'une meilleure visibilité financière pour mettre en œuvre rapidement et dans de bonnes conditions les grands axes du projet d'établissement.

Actuellement, les agences régionales d'hospitalisation sont très sensibles au niveau d'implication des établissements dans une démarche de contractualisation interne. Pour l'instant, seulement 8% des établissements ont mis en avant de telles démarches dans leur projet d'établissement. Le mouvement devrait s'amplifier eu égard à la volonté de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) de diffuser la démarche au sein des établissements de santé, relayée en cela par les agences régionales d'hospitalisation, dans un souci de responsabilisation accrue des acteurs hospitaliers. Ainsi, une enquête réalisée en 2001 auprès de 200 établissements met en évidence que l'institution de procédés de contractualisation interne inclus dans les contrats d'objectifs et de moyens concerne un peu moins de 20% des cas.

D'après Jacques METAIS<sup>78</sup>, directeur de l'ARH de Poitou-Charentes, la contractualisation externe facilite et favorise la contractualisation interne parce que le COM apporte une meilleure visibilité en termes de moyens humains, biomédicaux, logistiques et financiers indispensable au fonctionnement efficient des hôpitaux. Par contre, le COM ne doit pas entrer dans les modalités précises de la déconcentration de gestion réalisée dans l'établissement. Le rôle des pouvoirs publics doit se limiter à inciter les initiatives en ce sens dans le respect de l'autonomie de gestion des établissements de santé.

Certes, l'action des ARH peut servir de moteur à l'instauration de la modernisation de la gestion des hôpitaux, par l'impulsion de démarches de contractualisation interne par le biais des contrats d'objectifs et de moyens. Cependant, il apparaît que les établissements, qui comme le centre hospitalier de Blois ont su prendre et garder l'initiative dans le domaine d'une gestion partagée, disposent d'un avantage décisif en termes de négociation des contrats externes à venir dans la mesure où leur niveau de réflexion, d'organisation, de cohésion et de réactivité leur permettent de mieux orienter les choix de l'ARH en leur faveur.

L'image extérieure favorable d'un établissement engagé dans une démarche de modernisation de sa gestion centrée sur la recherche de l'efficience

---

<sup>78</sup> METAIS Jacques, Contractualisation interne et contrats d'objectifs et de moyens, in Gestions Hospitalières n°416, mai 2002.

au profit de la population lui donne un avantage décisif dans le cadre de ses relations tutélaires avec l'ARH. Il apparaît ainsi comme une force de proposition d'un projet institutionnel cohérent soutenu par l'ensemble de la communauté hospitalière qui le compose.

Ainsi, la démarche de contractualisation interne, réalisée de manière volontaire et non contrainte par les établissements, apparaît comme une source de renforcement de l'autonomie de gestion des hôpitaux vis à vis des agences régionales d'hospitalisation. Leur capacité à prendre l'initiative de la conduite du changement de leurs pratiques et de leur gestion est un élément d'appréciation de leur efficience pour les autorités de tutelle. A cet égard, au sein d'une même région, les établissements les plus réactifs en ce sens disposeront d'un avantage décisif dans la négociation de leurs projets et des moyens afférents.

### **3.3 UN IMPACT CONCRET DE L'ETUDE COMPARATIVE SUR LE CENTRE HOSPITALIER D'AUXERRE**

Au delà de l'effet de saine émulation provoqué par l'annonce d'un travail réalisé sur la comparaison entre le centre hospitalier d'Auxerre (CHA) et de Blois, l'appréciation de l'impact de l'étude permet de mettre à jour des facteurs d'entraînement de la démarche de contractualisation interne à Auxerre initiés ou renforcés par l'approche benchmarking. Les échanges ayant eu lieu avec les décideurs du CHA, notamment avec le directeur des finances et des systèmes d'information, porteur du projet, ont permis de mettre à jour les deux domaines particulièrement concernés par les enseignements de l'étude.

Il est ainsi apparu, en premier lieu, l'indispensable adéquation du système d'information hospitalier aux objectifs de la démarche constituait un passage obligé pour la réussite de la démarche et, en second lieu, la nécessité d'une démarche pédagogique progressive de diffusion d'une culture de gestion médico-économique.

### **3.3.1 Un système d'information hospitalier redynamisé pour répondre aux objectifs d'une contractualisation interne orientée sur l'efficience et la qualité**

Dans une démarche d'impulsion d'une dynamique de changement telle que la démarche de contractualisation interne visant, à terme, l'instauration de la délégation de gestion dans les services de soins, la question des outils ne doit pas constituer une limite à la mise en œuvre des réflexions et des échanges recherchés entre soignants et administratifs. Il est clair que la problématique de la résistance aux changements tant au sein du corps médical qu'au sein de la direction est davantage source de difficultés que celle de l'existence d'outils de gestion adaptés.

Il n'en reste pas moins que l'information reste la clé de voûte de l'action collective. Aucune délégation ne peut être appliquée sans outils de contrôle pertinents au regard des objectifs fixés. Le SIH doit être en mesure de produire des tableaux de bord cohérents, lisibles et robustes, supports des réflexions menées par les acteurs sur le fonctionnement et les pratiques rencontrées au sein des services. Les échanges entre la direction et les soignants doivent s'établir à partir d'éléments concrets figurant dans des tableaux de bord bâtis grâce aux informations de la comptabilité analytique et aux données du PMSI recueillies dans chaque service d'hospitalisation.

Grâce à l'apport de l'expérience du centre hospitalier de Blois, la direction du CHA va orienter la conception et l'utilisation d'outils d'analyse médico-économique dans la perspective d'un contrôle de gestion « médicalisé » mettant en rapport de façon dynamique des éléments financiers et la valorisation des recettes PMSI, plus pertinents qu'une présentation statique d'indicateurs d'activité classique et de données purement budgétaires. La démonstration d'écart de sous ou de surdotation financière d'un service par rapport à des recettes ISA directement liées à son activité est plus parlante pour un chef de service que les classiques écarts entre dépenses réalisées et budget théorique sous estimé par construction. Ici, la réflexion et l'analyse s'affranchissent du cadre budgétaire, source de contraintes intellectuelles et d'incompréhension, pour se canaliser sur des éléments concrets de prix de revient, ainsi que sur des

éléments qualitatifs tels que l'âge moyen des patients, le taux de rehospitalisation et, à terme, l'incidence des infections nosocomiales dans le service.

La fréquence de production des tableaux de bord médico-économique n'est ainsi plus subordonnée aux contraintes du calendrier budgétaire et, dans un premier temps, une édition semestrielle est prévue pour que les rencontres entre la direction et les chefs de service soient organisées dans un rythme favorable à l'appropriation progressive des outils et au dégagement de temps nécessaire pour l'élaboration d'une analyse approfondie de la part des médecins. En effet, les échanges ne seront constructifs que si les médecins « jouent le jeu » en arrivant en « réunion de gestion » avec des éléments d'explication sur les écarts constatés qu'ils soient plutôt favorables (service sous-doté) ou plutôt défavorables (service sur-doté). Dans un souci pédagogique, tout écart constaté au delà d'une marge de plus ou moins 5% considérée comme une marge d'équilibre financier, doit faire l'objet d'une réflexion dans la mesure où il faut garder à l'esprit le caractère perfectible des outils qui tendent à minorer ou à majorer certains types d'activité. Par exemple, le PMSI prend mal en compte l'activité de réanimation au sein de l'activité hospitalière, ainsi que les activités sociales et de prévention de l'hôpital. A contrario, l'activité de chirurgie est extrêmement valorisée au sein de l'échelle nationale de coût.

Ainsi, les soignants ont tout intérêt à s'intéresser aux potentialités d'amélioration du fonctionnement de l'organisation de leur service que recèle l'analyse des tableaux de bord médico-économiques. Cela leur permettra de mettre en œuvre des dispositifs ou des réflexions susceptibles de renforcer la qualité de la prise en charge des patients dans un souci d'efficacité. La direction du CHA s'emploie donc à mettre en place un contrôle de gestion médico-économique appuyé sur la comptabilité analytique et le PMSI dans le cadre d'un travail mené en synergie entre la direction des finances et le département d'information médicale (DIM).

### **3.3.2 La prise de conscience de l'importance du caractère pédagogique et progressif de la diffusion d'une nouvelle culture de gestion**

L'expérience de contractualisation interne du centre hospitalier de Blois a débuté en 1996, voilà plus de six ans. Elle s'est appuyée sur une démarche progressive privilégiant la communication et la pédagogie dans un esprit de réalisme et d'efficacité. Très vite des outils de gestion médico-économique ont été diffusés grâce à l'inventivité, aux compétences et à la réactivité des décideurs hospitaliers et notamment du directeur des systèmes d'information, de l'organisation et du contrôle de gestion. Les outils et la démarche ont fait l'objet de récompenses nationales de la part d'organismes faisant autorité dans le monde hospitalier<sup>79</sup> et à ce titre font figure d'exemple dans le domaine de la gestion et du management hospitaliers. La finalisation prochaine de nouveaux contrats reposant sur des budgets de service liés à l'activité PMSI et assortis d'un mécanisme de sanction et d'intéressement est le fruit de la maturation d'une réflexion sur la modernisation de la gestion réalisée tant au sein du corps médical et soignant qu'au sein de la direction.

Il paraît certain qu'une montée en charge progressive assurera une meilleure anticipation des conséquences de la contractualisation qui doit préparer un changement majeur au centre hospitalier d'Auxerre : l'application du principe de subsidiarité permettant de progresser vers un système de gestion partagée. En outre, le métier des médecins est le soin et il ne saurait être envisagé d'accaparer une partie significative de leur temps pour des travaux centrés sur la gestion hospitalière, surtout dans un contexte de démographie médicale extrêmement défavorable dans certaines régions et spécialités<sup>80</sup>. L'exemple du centre hospitalier de Blois est source de nombre d'enseignements parmi lesquels l'implication de la direction dans la démarche et la participation critique et active des soignants constituent des paramètres de réussite de la contractualisation interne. La direction doit se donner les moyens en termes d'outils mais aussi en terme de volonté, relayée par une communication claire et transparente sur les objectifs et les enjeux, de soutenir la dynamique qu'elle a su impulser.

---

<sup>79</sup> Prix du conseil scientifique du PMSI en 1996 et prix de l'innovation hospitalière en 1998.

<sup>80</sup> C'est le cas de la Bourgogne.



En ce sens le rôle de la direction doit se réorienter vers une mission d'animation de la démarche afin de la maintenir sous les feux de l'actualité et empêcher un éventuel délitement de l'implication des acteurs en raison de l'importance et de la fréquence des sollicitations régulières auxquelles ils doivent faire face dans le cadre de leur métier mais également dans le cadre d'autres démarches projets telle que la démarche qualité ou d'autres missions telle que l'accréditation.

Fort des enseignements retirés de l'étude de benchmarking réalisée en référence au centre hospitalier de Blois, après une phase de restitution des résultats de l'étude comparative menée entre le CHA et le CHB, la direction du centre hospitalier hospitalier d'Auxerre a conscience<sup>81</sup> de la nécessité de mener la démarche de contractualisation interne selon une approche progressive et volontaire dont le point d'appui concret réside dans la production, le suivi et l'analyse croisée avec les chefs de services des tableaux de bord médico-économiques. Le corps médical s'impliquera réellement dans la démarche quand la direction pourra fournir de manière régulière des outils d'analyse d'évaluation des résultats de gestion pour chaque centre de responsabilité.

Un autre élément déterminant consiste à veiller à la bonne articulation entre le calendrier de déploiement de la contractualisation interne et le calendrier de l'accréditation. Au centre hospitalier d'Auxerre, la politique qualité est actuellement balbutiante et l'arrivée imminente d'un ingénieur en qualité devrait permettre d'inscrire l'établissement dans une dynamique qualité uniquement tendue, dans un premier temps, vers la réussite de la procédure d'accréditation prévue à très court terme, c'est à dire le premier semestre 2004. Ainsi, la forte mobilisation des personnels demandée par la direction, relayée par le comité de pilotage de la qualité, dans la perspective d'une accréditation réussie risque d'interférer avec la dynamique de la contractualisation interne. La direction propose ainsi une montée en charge progressive de la démarche centrée sur le partage des outils avec le corps médical dans le cadre d'objectifs transparents et

---

<sup>81</sup> La restitution des résultats de l'étude de benchmarking a été réalisée lors d'une réunion de l'équipe de direction du CHA. Elle a donné lieu à des échanges et des débats constructifs sur la logique et le processus de la démarche de contractualisation interne. Il apparaît que l'ensemble de l'équipe a désormais intégré l'intérêt du projet pour l'établissement et a mesuré l'importance des enseignements extraits de l'étude comparative menée avec le CHB pour faire progresser efficacement la culture de gestion au sein du CHA.

d'un état d'esprit résolument orientée sur le rapprochement entre logiques administratives et soignantes. Il s'agit de parvenir à associer de plus en plus le corps médical à la gestion de l'établissement dans la perspective à terme d'instaurer une délégation de gestion « intelligente » reposant sur l'analyse de résultats de gestion médico-économiques et qualitatives dans le cadre du budget alloué à l'établissement.

## CONCLUSION

Traditionnellement, pour expliquer le manque de dynamique de progression d'une démarche de modernisation de la gestion, telle que la contractualisation interne, il est assez répandu de mettre en avant les aspects techniques d'adéquation du système d'information aux objectifs, de renvoyer la question de la création des centres de responsabilités à des problèmes de faisabilité du découpage des établissements et enfin de craindre la mise en œuvre effective d'une délégation de gestion source de dilution ou de perte des pouvoirs. Pourtant, plus que les aspects techniques ou les enjeux de pouvoirs, c'est la volonté du chef d'établissement et sa capacité à conduire le projet « en tandem » avec le président de commission médicale d'établissement qui apparaît essentielle pour réussir la diffusion d'une culture de gestion centrée sur le partage de la décision organisée selon le principe de subsidiarité au plus grand profit des usagers de l'hôpital.

L'étude comparative de type benchmarking menée entre les centres hospitaliers de Blois et d'Auxerre confirme le rôle clé du chef d'établissement dans l'impulsion et dans la pérennisation d'une dynamique de changement. A cet égard, le directeur du centre hospitalier d'Auxerre, très favorable au rapprochement de la décision de gestion du terrain, a désormais pleinement pris la mesure de son rôle dans l'impulsion et la conduite de la démarche de contractualisation interne menée en synergie avec la démarche qualité initiée dans la perspective de l'accréditation prévue pour début 2004.

En ce sens, il faut espérer que la démarche benchmarking, réalisée dans le cadre de ce travail et à l'origine d'un enrichissement certain du débat interne sur la contractualisation interne au centre hospitalier d'Auxerre, porte, sur le terrain, toute l'étendue de son action. En effet, il est édifiant de constater que l'étude réalisée sur plusieurs mois avec le centre hospitalier de Blois a permis à faire évoluer la vision de l'équipe de direction du centre hospitalier d'Auxerre à l'égard de la démarche de contractualisation interne. Celle-ci n'est donc pas ou plus envisagée comme un nouveau « gadget de gestion » à la mode, mais comme une approche pragmatique fédératrice des énergies de la communauté

hospitalière et dotée d'une véritable valeur ajoutée pour l'hôpital. La démarche de benchmarking appliquée entre les centres hospitaliers d'Auxerre et de Blois a ainsi contribué à renforcer la prise de conscience de la nécessité de mobiliser la communauté hospitalière d'autour d'une nouvelle dynamique organisationnelle plus respectueuse des compétences et du sens de l'initiative des professionnels de santé dans le souci de faire fonctionner l'hôpital dans de meilleures conditions.

Ainsi, la contractualisation interne, appréhendée en tant que levier de modernisation de l'institution hospitalière, amène à s'interroger sur le sens de l'action collective de tous les professionnels au sein de l'hôpital. En fait, qu'est-ce qu'un hôpital « bien géré » ? En tout premier lieu, l'hôpital doit savoir répondre à l'ensemble de ses missions avec les moyens qui lui sont alloués. En cela, il doit atteindre un objectif d'efficience. En même temps, cet hôpital dans lequel le patient doit pouvoir être soigné dans les meilleures conditions de sécurité et de qualité dans le cadre de l'évolution de l'état de l'art médical, doit disposer d'une vision stratégique, sorte de « graal » de l'action hospitalière, et d'une unité professionnelle nourrie par l'émergence d'un sentiment d'appartenance à l'institution. La direction doit être capable de donner un sens et du sens à l'action collective et de savoir le partager avec l'ensemble de la communauté hospitalière.

## GLOSSAIRE

Benchmarking ou étalonnage des performances : terme apparu en 1982 dans un article de J. KELSCH et concept développé par la société XEROX. Son premier utilisateur KEARNS le définit comme « le processus continu de mesurer des produits, des services ou des pratiques par rapport à ceux de concurrents directs, ou d'autres compagnies reconnues comme leader de leur secteur. méthodologie pour la comparaison et l'analyse des performances ». Le benchmarking est une méthodologie en développement dans le monde hospitalier pour la comparaison et l'analyse des performances en termes de coûts et de qualité.

CHR : centre hospitalier régional. Les CHR se distinguent des centres hospitaliers par une vocation régionale liée à leur haute spécialisation et sont implantés dans les métropoles régionales.

CHU : centre hospitalier universitaire : centre hospitalier régional ayant conclu une convention avec une ou plusieurs unités de formation et de recherche médicales, pharmaceutiques ou odontologiques. Les CHU sont des pôles prestigieux menant des activités d'enseignement et de recherche de haut niveau. Seuls les CHR d'Orléans et de Metz-Thionville ne sont pas des CHU.

CME : commission médicale d'établissement. Instituée dans chaque établissement public de santé, elle constitue une instance essentielle de la gestion interne de l'établissement et représente la « communauté médicale » de l'hôpital. Son président est l'interlocuteur direct, voire le partenaire, du directeur pour toutes les affaires médicales de l'établissement. La loi du 31 juillet 1991 a élargi de façon importante les compétences de la CME dans le but d'associer d'avantage les personnels médicaux à la gestion de l'hôpital. Le fonctionnement de la CME est régi par le décret du 15 mai 1992.

Efficacité : adéquation des résultats aux objectifs affichés sans prise en compte des coûts.

Efficienne : consommation minimale de moyens pour une efficacité donnée.

EPS : établissements publics de santé. Auparavant établissements publics administratifs (EPAD), les hôpitaux français ont été érigés en EPS par la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Par ce statut, les hôpitaux disposent de l'autonomie de gestion, sans pour autant être rangés parmi les établissements publics industriels et commerciaux (EPIC).

Management participatif : ce mode de management affiche la volonté de la direction d'une institution de s'appuyer sur la mobilisation du plus grand nombre de personnels dans le cadre d'un fonctionnement transversal visant à rapprocher les logiques des divers métiers afin de favoriser une certaine distanciation vis à vis de leurs propres pratiques professionnelles, source d'amélioration du fonctionnement de l'organisation.

Management par projets : l'AFNOR définit un projet comme « un effort unique, mettant en œuvre des moyens (humains, matériels ou services) pour atteindre un objectif défini, dans des délais fixés ». Elle ajoute qu'un « projet se définit comme une démarche spécifique qui permet de structurer méthodiquement et progressivement une réalité à venir ». Le management par projets est un mode de management qui tend à organiser l'ensemble des activités d'une institution selon une approche projet : il vise à atteindre l'efficacité en généralisant la planification et l'évaluation des actions et en s'appuyant sur les compétences (plutôt que les statuts) dans le cadre de structures légères, les groupes projets voués à se dissoudre une fois le projet mené à son terme.

PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information engagé en 1983 et généralisé en 1989 au secteur public et en 1996 au secteur privé. L'objectif est d'obtenir une meilleure connaissance de l'activité hospitalière à l'aide d'un modèle médico-économique construit sur des groupes isoressources, les groupes homogènes de malades (550 GHM) dont l'importance est hiérarchisée par une échelle nationale de coûts relatifs par indices statistiques d'activité (ISA). Chaque établissement voit sa production hospitalière définie par un nombre de points ISA eux-même valorisés par la valeur du point ISA de leur région d'implantation : un budget théorique est ainsi défini et comparé au budget

réel alloué, il renseigne sur le niveau de sous-dotation et de surdotation des hôpitaux au regard de la moyenne régionale. En externe, ce dispositif permet à l'Etat de réaliser des péréquations inter et intrarégionales afin de réduire les inégalités sanitaires entre régions et établissements. En interne, le PMSI facilite le pilotage des établissements par une meilleure connaissance de l'activité hospitalière et, couplé à la comptabilité analytique, il permet de réaliser des comparaisons de coûts avec d'autres établissements hospitaliers. Il tend de plus en plus à être intégré au contrôle de gestion et il est prévu à terme de rémunérer les établissements de santé selon une tarification au coût par pathologies qui confirmerait le PMSI comme outil essentiel d'allocation budgétaire externe.

Subsidiarité : principe selon lequel toute décision doit être prise au niveau le plus approprié pour assurer l'efficacité et le suivi de sa mise en œuvre.

# BIBLIOGRAPHIE

## OUVRAGES

- ABBAD Jean, *Organisation du management hospitalier*, Berger-Levrault, Paris , 2001, 417 pages.
- SEGADE Jean-Paul, *La contractualisation à l'hôpital*, MASSON, Paris, 2000, 109 pages.
- DALMASSO Richard et ROMATET Jean-Jacques (sous la direction de), *L'hôpital réformateur de l'hôpital*, Action Santé ERES, 2000, 158 pages.
- LETEURTRE Hervé et alii, *Traité de gestion hospitalière*, Berger-Levrault, Paris 1998, 926 pages.
- GREMADEZ Michel et GRATEAU François, *Le management stratégique hospitalier*, InterEditions, Paris, 1997, 318 pages.
- ARBUZ Georges et DESBROSSE Denis, *Réussir le changement de l'hôpital*, InterEditions, 1996, 248 pages
- CLEMENT Jean-Marie, *Les pouvoirs à l'hôpital*, Berger-Levrault, Paris, 1995, 191 pages.
- DUCROCQ Charles, *Le contrôle de gestion des établissements hospitaliers*, Berger-Levrault, Paris, 1990, 267 pages.

## REVUES & TRAVAUX

- Extraits du colloque organisé par la DHOS : *la contractualisation interne dans les établissements de santé*, in *Gestions Hospitalières* n°416, mai 2002.
- EXPERT Patrick et PERARD Yvan, La comptabilité analytique au cœur de la prise de décision, in *Revue Hospitalière de France* n°482, septembre-octobre 2001.
- COUTY Edouard et alii, Contractualisation interne, Cahiers gestions hospitalières n°167, in *Gestions hospitalières* n°408, août-septembre 2001
- GUSCHING J.P. et EXPERT Patrick, Le PMSI dans le management des EPS : PMSI et gestion financière, in *Revue Hospitalière de France* n°481, juillet-août 2001.
- SALLES Francis, benchmarking : comparer pour s'améliorer, éditorial et dossier in *Revue Hospitalière de France* n°6, novembre-décembre 2000



- CUEILLE Sandrine, étude de la formation de la stratégie des hôpitaux publics, in *Revue Hospitalière de France* n°6, novembre-décembre 2000
- BACQUET Alain, rapport sur l'évolution du système hospitalier, rapport de présentation in *Revue Hospitalière de France* n°3, mai-juin 2000.
- PERRIN Antoine, contractualisation interne : un principe séduisant mais peu appliqué, in *Revue Hospitalière de France* n°5, septembre-octobre 1999
- GUSCHING J.P. et EXPERT Patrick, Démarche de contractualisation interne au Centre Hospitalier de Blois, premier prix de l'innovation hospitalière, in supplément de *Gestions hospitalières* n°378, août-septembre 1998
- FAUJOUR Véronique et ROESLIN Norbert, L'utilisation du PMSI dans le cadre d'une démarche de benchmarking, In *Gestions hospitalières* n°377, juin-juillet 1998
- PELJAK Dominique, Le management de subsidiarité au service des hôpitaux, *Gestions hospitalières* n°367, juin-juillet 1997
- GUSCHING J.P. et EXPERT Patrick, Utilisation du PMSI en gestion interne, Cahier de Gestions Hospitalières n°137 in *Gestions hospitalières* n°365, avril 1997
- *La contractualisation : un nouveau mode de régulation dans les établissements de santé, médico-sociaux et sociaux ?* Module interprofessionnel de santé publique, ENSP, novembre 2001

## MEMOIRES

- LASCOLS Sidonie, *Impulser et développer une démarche de déconcentration budgétaire : état des lieux et perspectives de l'expérience du centre hospitalier d'Avignon*, ENSP, Mémoire de Directeur d'Hôpital, décembre 2000, 75 pages
- CATELAND Renaud, *L'expérience d'une contractualisation interne à l'hôpital d'Argenteuil : de la contrainte budgétaire à l'amélioration du fonctionnement*, Mémoire de Directeur d'Hôpital, décembre 1999, 86 pages
- GILARDI Hélène, *Contractualisation interne et outils de gestion au CHU de Rennes : enjeux techniques et stratégiques – Réflexion sur la pratique du changement à l'hôpital*, ENSP, Mémoire de Directeur d'Hôpital, décembre 1999, 87 pages.

## **TEXTES OFFICIELS**

- Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée
- Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière
- Décret n°97-374 du 18 avril 1997 relatif à la délégation de signature des directeurs des établissements publics de santé
- Circulaire DH/EO/AF/3 n°97-304 du 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne dans les établissements publics de santé

## **ANNEXES**

ANNEXE I : liste des personnes interrogées au cours de la phase de recueil des données de la démarche de benchmarking menée entre les centres hospitaliers d'Auxerre et de Blois

ANNEXE II : guide d'entretien pour les chefs d'établissements, le président de la commission médicale d'Auxerre et les directeurs des soins.

ANNEXE III : guide d'entretien pour le président de Commission médicale d'établissement du centre hospitalier de Blois

ANNEXE IV : calendrier de la démarche de contractualisation interne au centre hospitalier d'Auxerre

## **ANNEXE I**

### **Liste des personnes interrogées lors de la phase de recueil d'information de l'étude.**

#### **Centre hospitalier d'Auxerre**

**Michel PERROT, directeur du centre hospitalier**

**Daniel ROYER, président de la commission médicale d'établissement**

**Jean-Luc BINOIS, directeur des soins.**

**Philippe BOURGINE, directeur des admissions, des finances et des systèmes d'information.**

#### **Centre hospitalier de Blois**

**Jean-Pierre GUSCHING, directeur général du centre hospitalier régional d'Orléans, directeur du centre hospitalier de Blois jusqu'en juin 2002.**

**Maurice CHANTEREAU, président de la commission médicale d'établissement**

**Danièle GASTOU, directrice des soins**

#### **Centre hospitalier de Vichy**

**Jean SCHMID, directeur du centre hospitalier**

## ANNEXE II

Guide d'entretien pour les chefs d'établissements, le président de la commission médicale d'Auxerre et les directeurs des soins.

### Perception de la contractualisation interne

1. Quel regard portez-vous sur la contractualisation interne (CI) ?
2. Concrètement, vous semble-t-il souhaitable que la **décision** se rapproche du terrain ? Ou au contraire estimez-vous que la décision ne se partage pas ?
3. Quelles **notions** associez-vous à la contractualisation interne ?
4. Selon vous, **sur quels axes** doit prioritairement porter la CI ?
5. Quel **angle d'approche** vous semble le plus approprié pour s'engager dans une telle démarche (stratégique, purement budgétaire, financier (approche + économique), qualitatif) ?
6. Comment voyez-vous **l'articulation entre la contractualisation interne et la contractualisation externe** ?

### Intérêt & limites

7. D'une manière générale, quel **intérêt** peut selon vous découler pour l'établissement de la démarche de contractualisation interne ?
8. Quel vous semble être le **but ultime** de la démarche ?
9. Est-elle susceptible de constituer un **avantage décisif** en terme de management ou simplement un léger plus ?
10. Quelles **limites** à la contractualisation interne peuvent selon vous être mises à jour ?
11. Quelle importance revêt selon vous la question des coûts/retour sur investissements, des moyens à mettre en œuvre, des compétences, structures/organisation (lien avec la qualité) dans le lancement de la démarche ?
12. Quels vous paraissent être les **outils essentiels** pour réussir le projet de contractualisation interne ?

### Méthode

13. Quelle **méthode** avez-vous (comptez-vous) employée dans votre établissement pour lancer la démarche de CI ?
14. Comment avez-vous **préparé le lancement de la démarche de CI** ?
15. Avez-vous mis en place un **comité stratégique de suivi** des projets de l'établissement (contractualisation interne, qualité notamment) ?
16. Vous semble-t-il préférable que la contractualisation interne soit mise en œuvre à l'issue d'une **montée en charge progressive** de la diffusion des concepts et outils de gestion dans les services ?
17. Sinon, la démarche de contractualisation interne gagnerait-elle à être **lancée ex abrupto** ?
18. Selon vous, la CI peut-elle constituer à elle seule un **outil d'adaptation du management** aux contraintes externes et internes sans cesse renouvelées pesant sur les EPS ?
19. En somme, pour vous, **qu'est-ce que bien gérer un hôpital** ?

## ANNEXE III

### Guide d'entretien pour le président de Commission médicale d'établissement du centre hospitalier de Blois.

#### Qu'est-ce que la CI ?

1. Quel **regard** portez-vous sur la contractualisation interne ?
2. Quelles **notions** associez-vous à la contractualisation interne ?
3. Concrètement, vous semble-t-il souhaitable que la **décision de gestion** se rapproche du terrain ? Ou au contraire estimez-vous qu'elle doit rester la prérogative de la direction ?
4. Selon vous, **sur quels axes** doit prioritairement porter la CI ?
5. Quel **angle d'approche** vous semble le plus approprié pour qu'une telle démarche aboutisse (stratégique, purement budgétaire, médico-économique, qualitatif) ?
6. Comment voyez-vous **l'articulation entre la contractualisation interne et la contractualisation externe** ?

#### Intérêt & limites

7. D'une manière générale, quels **intérêts** peuvent selon vous découler pour l'établissement et les acteurs hospitaliers (dont le corps médical) de la démarche de contractualisation interne ?
8. Avec le recul dont vous disposez, le corps médical vous paraît-il maintenant davantage **convaincu de l'intérêt de la démarche** ?
9. Quel vous semble être le **but ultime** de la démarche ?
10. Est-elle, selon vous, susceptible de constituer un **avantage décisif** en terme de gestion pour l'établissement par rapport aux autres établissements de la région ?
11. Quelles **limites** à la contractualisation interne peuvent selon vous être mises à jour ?
12. Quelle importance revêt selon vous la question des coûts et des moyens à mettre en œuvre, des compétences et de l'organisation (lien avec la qualité) dans le lancement de la démarche ?
13. Quels vous paraissent être les **outils essentiels** pour réussir le projet de contractualisation interne ?

#### Méthode

14. La **méthode** utilisée dans votre établissement pour lancer la démarche de CI vous a-t-elle semblé pertinente ?
15. Le **fonctionnement du comité de stratégique** vous semble-t-il satisfaisant ?
16. Vous semble-t-il préférable que la contractualisation interne soit mise en œuvre à l'issue d'une **montée en charge progressive** de la diffusion des concepts et outils de gestion dans les services ? (ou bien ex abrupto)
17. Selon vous, la CI peut-elle constituer à elle seule un **levier de modernisation de la gestion de l'hôpital** :
  - ◆ pour mieux fonctionner en interne : décloisonnement des services (administratifs et médicaux) par l'instauration de relations clients/fournisseurs, réflexion sur les pratiques professionnelles, amélioration de la qualité des soins
  - ◆ pour mieux fonctionner avec l'environnement en répondant dans de meilleures conditions aux contraintes réglementaires et budgétaires pesant sur les EPS ?
18. En somme, pour vous, **qu'est-ce qu'un hôpital bien géré** ?
19. **Quels outils et démarches** seraient selon vous à mettre en œuvre pour améliorer le fonctionnement de l'hôpital et atteindre l'efficacité (meilleure qualité au moindre coût)

## ANNEXE IV

### Calendrier de déploiement de la démarche de contractualisation interne au centre hospitalier d'Auxerre.

#### **2003**

##### Premier trimestre 2003

Fournitures d'informations médico-économiques à l'ensemble des services cliniques et médico-techniques par la diffusion de tableaux de bord à fréquence semestrielle dans un premier temps.

Premières réunions de gestion entre la direction et les services de soins.

##### Deuxième trimestre 2003

Elaboration concertée d'un projet de charte générale de la contractualisation interne.

Expérimentation démarche contractuelle avec trois services expérimentateurs (un service de médecine, un service de chirurgie, un service médico-technique).

Mise en place du comité de pilotage de la contractualisation interne à articuler avec le comité de pilotage de la qualité et de l'accréditation.

##### Second semestre 2003

###### Septembre 2003

Validation de la charte de la contractualisation interne.

Secondes réunions de gestion entre la direction et les services de soins.

Mise en œuvre avec les services expérimentateurs.

###### Novembre-décembre 2003

Evaluation de l'impact de la démarche.

#### **2004**

Objectif de généralisation de la démarche de contractualisation avec tous les services de soins.

Elaboration d'une charte de l'intéressement.

#### **2005**

Objectif de délégation de gestion des crédits de remplacements de personnel, de dépenses médicales et pharmaceutiques et hôtelières avec :

-un intéressement financier aux résultats de gestion,

-un mécanisme de réallocation budgétaire interne entre les services en adéquation avec le mécanisme de financement des établissements de santé au coût à la pathologie.