



EHESP

Filière Directeur d'hôpital

Promotion : **2008-2010**

Date du Jury : **décembre 2009**

**Les tableaux de bord de pôle,
un préalable indispensable
en vue d'une contractualisation
cohérente et concertée.**

**La démarche originale
d'appropriation de ces outils
par des projets de gestion de pôle
au Centre hospitalier de Montélimar**

Marie-Pierre SOULIERS

Remerciements

Je tiens à remercier M. Michel Bruballa, directeur du Centre hospitalier de Montélimar pour sa disponibilité, sa confiance et son accompagnement bienveillant tout au long de mon stage.

Un grand merci également à l'équipe de direction du CHM qui m'a fait découvrir dans la convivialité mon futur métier. Grâce à eux, mon enthousiasme se trouve renforcé à l'heure d'entrer dans la profession.

La qualité du stage que j'ai effectué est aussi le résultat de l'accueil chaleureux et amical que m'ont réservé les équipes du centre hospitalier. Parmi elles, je remercie particulièrement les équipes des services administratifs et tout spécialement l'équipe des services financiers pour sa bonne humeur.

Enfin et surtout, je tiens à remercier M. Thierry Bayard, contrôleur de gestion, avec qui j'ai conduit ce dossier pendant 8 mois. Son professionnalisme et son humour ont contribué à faire de ce travail une expérience certes enrichissante mais aussi agréable.

Sommaire

Introduction	1
1 Les tableaux de bord : outils de gestion indispensables à la mise en place de la contractualisation.	4
1.1 Des enjeux politique et technique à résoudre pour répondre à la recherche d'efficience.	4
1.1.1 L'enjeu politique ou l'objectif d'un diagnostic partagé sur l'activité de l'établissement entre direction et équipes médico-soignantes.	5
A) Un outil nécessaire dans le contexte des réformes hospitalières.	5
B) Un outil de pilotage reconnu et légitime, fondement d'un langage commun.	8
1.1.2 L'enjeu technique ou la recherche d'une description pertinente de l'activité.	10
A) L'importante complémentarité entre système d'information, contrôle de gestion et département d'information médicale.	10
B) La conception du tableau de bord.	13
1.2 Une lente acculturation entre logiques médico-soignante et gestionnaire.	18
1.2.1 Une méconnaissance encore importante des outils de gestion.	19
A) Les craintes quant à une subordination du fonctionnement médico-soignant aux impératifs de gestion.	19
B) Un apprentissage commun et progressif de l'usage de ces outils de gestion.	21
1.2.2 L'enjeu représenté par la démarche dans l'appropriation des tableaux de bord de pôle par les équipes.	24
A) L'importance de la philosophie du projet pour mobiliser les acteurs.	24
B) La mise en place de la nouvelle gouvernance et des tableaux de bord de pôle au Centre hospitalier universitaire de Toulouse et au Centre hospitalier du Val d'Ariège (CHIVA).	26

2	L'inscription du tableau de bord de pôle dans un projet de gestion de pôle : la démarche originale du Centre hospitalier de Montélimar.	31
2.1	Une personnalisation et une appropriation du tableau de bord par la rédaction des projets de gestion de pôle.	31
2.1.1	Un contexte facilitant l'objectif de co-construction des tableaux de bord de pôle.	32
A)	Le contexte général de l'établissement.	32
B)	L'idée des projets de gestion de pôle à Montélimar.	36
2.1.2	La démarche d'inscription des tableaux de bord de pôle au sein d'un projet de gestion du pôle.	38
A)	Une démarche pédagogique et pragmatique.	38
B)	Un résultat original entre projet de gestion et projet médical et entre tableaux de bord généraux et spécifiques.	42
2.2	Une première étape devant faciliter la négociation des contrats de pôle.	47
2.2.1	Une démarche positive confortée par les autres outils de gestion développés dans l'établissement.	48
A)	Une étape nécessaire à la concrétisation des pôles.	48
B)	D'autres outils de gestion complétant le tableau de bord de pôle.	52
2.2.2	Un premier pas vers une contractualisation effective.	54
A)	Un objectif à court terme : la signature des contrats de pôle.	54
B)	Des actions à mener à moyen et long termes pour pérenniser la démarche.	56
	Conclusion	59
	Bibliographie	60
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ACHA : Anesthésie et Chirurgie Ambulatoire
ANDFCG : Association Nationale des Directeurs Financiers et des Contrôleurs de Gestion
ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS : Agence Régionale de Santé
CDD : Contrat à Durée Déterminée
CH : Centre Hospitalier
CHIVA : Centre Hospitalier Intercommunal du Val d'Ariège
CHM : Centre Hospitalier de Montélimar
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur
CME : Commission Médicale d'Établissement
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CREA : Compte de Résultats Analytiques
CSG : Court Séjour Gériatrique
CSP : Code de la Santé Publique
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DIM : Département d'Information Médicale
DMI : Dispositifs Médicaux Implantables
DMS : Durée Moyenne de Séjour
DSIO : Direction des Systèmes d'Information et d'Organisation
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique
EMG : Équipe Mobile de Gériatrie
ENC : Étude Nationale des Coûts
ETP : Équivalent Temps Plein
EVC : État Végétatif Chronique
FICOM : Fichier Commun de Structure
GHM : Groupe Homogène de Malade
GHS : Groupe Homogène de Séjour
HAD : Hospitalisation A Domicile
HPST : Hôpital, Patient, Santé, Territoire (loi)
ICR : Indice de Coût Relatif

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MEAH : Mission d'Expertise et d'Audit Hospitaliers
MO : Médicaments Onéreux
ORL : Oto-Rhino-Laryngologie
PH : Praticien Hospitalier
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
RIMPSY : Recueil d'Informations Médicalisées de Psychiatrie
SA : Section d'Analyse
SLD : Soins de Longue Durée
SLIM : Structure Libre d'Information Médicale
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
SWOT : Strengths (forces), Weaknesses (faiblesses), Opportunities (opportunités), Threats (menaces),
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
T2A : Tarification A l'Activité
TCCM : Tableau Coût Case Mix
UF : Unité Fonctionnelle
UFH : Unité Fonctionnelle d'Hygiène
VOG : Viscéral, Oncologie, Gastroentérologie (pôle)

Introduction

Les outils de gestion se sont développés, dans les hôpitaux, avec la crise économique des années 70 et le mouvement de rationalisation des dépenses de santé qu'elle a entraîné. De ces premières réformes à la loi « Hôpital, Santé, Patient, Territoire », ils sont peu à peu devenus indispensables dans la recherche d'une organisation efficiente. La publication régulière de guides ou d'aides méthodologiques pour perfectionner la comptabilité analytique hospitalière est d'ailleurs là pour en témoigner. Parmi ces outils, les tableaux de bord médico-économiques de pôles ont pris une place essentielle avec la mise en œuvre de la contractualisation et des délégations de gestion. Ils représentent désormais l'une des principales bases sur laquelle la direction et les pôles échangent pour négocier les contrats. Leur composition devient dès lors très stratégique pour les établissements.

Les tableaux de bord de pôle font régulièrement l'objet de mémoires de la part des élèves directeurs et plus largement de publications dans la presse spécialisée. L'originalité du travail présenté réside par conséquent dans la problématique à travers laquelle ce thème est étudié et l'expérience dont il rend compte. Souvent abordés sous un angle technique, la dimension politique des tableaux de bord comme fondement d'un langage commun entre équipes médico-soignantes et administratives est parfois négligée. Elle devient pourtant essentielle, notamment dans la perspective de la contractualisation, pour que les différents acteurs de l'hôpital comprennent le sens de ces outils de gestion, se les approprient et les utilisent dans le cadre de la politique d'établissement et des politiques de pôle. Ainsi, le défi pour un établissement est de parvenir à créer des tableaux de bord légitimes et crédibles aux yeux des équipes pour qu'elles acceptent les mesures correctives qui en découlent.

L'une des spécificités du centre hospitalier de Montélimar (CHM) dans l'élaboration des tableaux de bord de pôle vient de l'approche participative qu'il en a eue. De manière très pragmatique, la direction a considéré que les réformes de la nouvelle gouvernance et de la tarification à l'activité supposaient de disposer d'outils de gestion communs permettant d'établir un constat partagé sur l'activité. Or, la situation de l'établissement lors de leur mise en place a permis de les dissocier de l'objectif économique de réduction des dépenses à court terme. Le pari a donc été de construire les tableaux de bord de pôle avec les équipes afin qu'ils comprennent une dimension médicale et qu'un diagnostic commun de la situation des pôles et de l'établissement puisse être établi avant de commencer à négocier les contrats. Pour cela, une démarche de rédaction de « projets

de gestion de pôle » a été mise en œuvre pour susciter la concertation et personnaliser les indicateurs selon les objectifs médicaux des pôles.

Ce mémoire professionnel a pour objet d'analyser **en quoi les tableaux de bord sont devenus un outil de gestion indispensable aux établissements de santé dans le contexte des réformes et comment leur élaboration dans le cadre d'une réflexion plus large sur les enjeux de gestion des pôles au centre hospitalier de Montélimar a contribué à leur appropriation par les équipes de pôle, à établir un diagnostic partagé sur l'activité de l'établissement et ainsi à travailler sur une contractualisation concertée et acceptée par tous les acteurs.** Cette problématique concerne autant les tableaux de bord comme outils de gestion que la conduite de la démarche choisie pour les mettre en place.

Dans cette perspective, la réflexion se structure autour de quatre grandes questions interdépendantes :

- En quoi les tableaux de bord sont-ils pertinents pour piloter les pôles ?
- Dans quelle mesure les réticences des hospitaliers vis-à-vis des outils de gestion impliquent-elles de mettre en œuvre une démarche participative pour susciter leur intérêt et leur adhésion dans la conduite du changement ?
- Quelle a été la méthode suivie par le Centre hospitalier de Montélimar pour élaborer ses tableaux de bord dans le cadre des réformes en cours ?
- Dans quelle mesure le travail effectué en amont par l'établissement permet-il aujourd'hui de constituer une base solide dans la perspective de la contractualisation ?

Ce travail s'inscrit dans la mission de rédaction des projets de gestion et d'élaboration des tableaux de bord de pôle confiée à l'élève directeur en binôme avec le contrôleur de gestion de l'établissement. Le sujet a été choisi lors du stage court en avril 2008 après une discussion avec le chef d'établissement, maître de stage.

La méthodologie suivante a été suivie :

- Étude d'ouvrages généraux et d'articles de la presse spécialisée sur les tableaux de bord et la contractualisation afin de se sensibiliser à la problématique et à ses enjeux et de contextualiser le sujet (ressources documentaires de l'EHESP, centre de documentation du CHM...).

- Analyse des documents propres à l'établissement afin de disposer de l'historique de la démarche, des éléments de contexte et des objectifs fixés (comptes rendus des réunions du Conseil exécutif et des ses séminaires, charte de la nouvelle gouvernance, guide de gestion, documents de présentation de la démarche d'élaboration du projet de gestion de l'établissement, maquettes de tableaux de bord, expériences d'autres établissements...).
- Conduite du dossier en tant que co-chef de projet avec le contrôleur de gestion pendant les huit mois de stage : présentation de la démarche lors des réunions de bureaux de pôle ; entretiens avec les acteurs ; réunions de synthèse puis de restitution ; conception et rédaction des projets de gestion ; sélection des indicateurs spécifiques ; présentation des projets et des tableaux de bord en comité de pilotage puis aux instances ; mise en place technique des tableaux de bord.
 Tout au long de ce travail, les pratiques et les discussions ont été observées et analysées. Ces réunions ont également permis de recueillir le ressenti des différents acteurs sur ce projet.
- Comparaison avec les démarches suivies au Centre hospitalier universitaire de Toulouse et au Centre hospitalier intercommunal du Val d'Ariège (étude des documents fournis par les établissements, articles de presse, entretien avec le directeur en charge de la contractualisation ...).

La réflexion proposée s'organise en deux grandes parties.

L'étude porte, dans une première partie, sur l'analyse théorique des tableaux de bord. L'objectif est de mettre en évidence l'importance de ces outils de gestion pour la direction et les pôles dans un contexte de contractualisation bien que leur acceptation par les acteurs de l'établissement ne soit pas naturelle. Ainsi, après avoir rappelé les deux dimensions, politique et technique, du tableau de bord, une analyse de l'acculturation progressive des hospitaliers à ces outils est proposée afin de démontrer l'enjeu représenté par la démarche dans l'appropriation de cet outil par les équipes.

L'exemple du Centre hospitalier de Montélimar fait l'objet de la seconde partie. L'intérêt est de décrire la démarche de rédaction des projets de gestion et d'élaboration des tableaux de bord de pôle afin d'en analyser les conséquences à court terme, de vérifier si elle a atteint ses objectifs et d'effectuer quelques préconisations.

1 Les tableaux de bord : outils de gestion indispensables à la mise en place de la contractualisation.

La mise en place de la nouvelle gouvernance et de la tarification à l'activité (T2A) dans le cadre du plan Hôpital 2007¹ a totalement modifié les modes de gestion des établissements publics de santé. Leur capacité à décrire et à suivre leur activité est notamment devenue un enjeu stratégique majeur dans la perspective de la contractualisation interne et des délégations de gestion.

Au-delà des multiples outils de gestion annuels qui peuvent exister dans un établissement, « les tableaux de bord de pôle constituent l'outil de pilotage infra annuel principal permettant à la direction et aux pôles de suivre et de maîtriser les différentes composantes de l'activité, des consommations et des ressources de l'établissement² ». Ils doivent mêler les logiques administratives et médico-soignantes pour concrétiser le pilotage médico-administratif de l'établissement.

Leur mise en place nécessite d'appréhender les enjeux politique et technique qu'ils représentent (1.1). Elle doit également mesurer l'acculturation nécessaire pour les équipes médico-soignantes tout comme pour les équipes administratives dans l'appropriation de ces outils (1.2).

1.1 Des enjeux politique et technique à résoudre pour répondre à la recherche d'efficience.

Le tableau de bord constitue la base commune sur laquelle les différents acteurs de l'hôpital peuvent échanger sur la gestion de l'établissement pour améliorer son efficience. L'enjeu qu'il représente est à la fois politique, puisqu'il doit permettre aux différents acteurs d'un établissement de s'accorder sur la lecture qui est faite de l'activité pour en permettre un diagnostic partagé (1.1.1), et technique puisque sa mise en place implique de réaliser un travail de fond pour assurer une description pertinente de cette activité (1.1.2).

¹ Le plan « Hôpital 2007 » est souvent connu dans les établissements pour son volet sur l'investissement hospitalier. Il est pourtant aussi à l'origine des réformes de la tarification à l'activité, de la nouvelle gouvernance, de la simplification de l'organisation sanitaire et de la certification et de l'évaluation des pratiques professionnelles.

1.1.1 L'enjeu politique ou l'objectif d'un diagnostic partagé sur l'activité de l'établissement entre direction et équipes médico-soignantes.

A) Un outil nécessaire dans le contexte des réformes hospitalières.

L'évolution du dispositif législatif imaginé dans les années 80 et traduit dans les textes par la loi du 31 juillet 1991³, les ordonnances de 1996⁴, les ordonnances de 2003 et 2005⁵ et aujourd'hui la loi Hôpital, Santé, Patient, Territoire⁶, a totalement révolutionné la gestion des hôpitaux. En l'approchant des logiques de gestion privée, il a rendu indispensable la mise en place d'un contrôle de gestion et de tableaux de bord pour assurer une gestion médicalisée des établissements.

Dans ce train de réformes, le plan Hôpital 2007 représente notamment un tournant fondamental pour les établissements. Il entend « réformer en profondeur l'organisation des établissements de soins, notamment en modernisant les pratiques de gestion et en développant les pratiques d'incitation⁷ ». Les principes présidant à sa mise en place étaient le décloisonnement des logiques médicales, administratives et soignantes ; la responsabilisation des acteurs par la diffusion d'une culture médico-économique et l'appropriation des outils de pilotage ; le rapprochement de la gestion du terrain pour assurer une meilleure mise en œuvre de la stratégie médicale et une adaptation des activités et de l'organisation des établissements dans un contexte de T2A. L'objectif général est donc de parvenir à maîtriser les contraintes de gestion pour réaliser au mieux les objectifs médicaux et soignants des établissements.

Les réformes du financement et de la nouvelle gouvernance se trouvent intimement liées. Dans le cadre de la tarification à l'activité, l'hôpital est passé d'un fonctionnement par dotation globale dans lequel les établissements géraient essentiellement leurs dépenses,

² MEAH, février 2009, *Nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôle : CREA, CREO, TCCM, tableaux de bord, une aide méthodologique au dialogue de gestion*, p.85.

³ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

⁴ Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins et ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

⁵ Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ; ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé et ordonnance n°2005-1112 du 1 septembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière.

⁶ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

⁷ DOMIN JP., janvier 2006, « La nouvelle gouvernance ou le retour en force de l'hôpital-entreprise », *Gestions hospitalières*, n°452, p. 24.

à un système de financement principalement fondé sur les recettes pour les activités de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO). Avec ce nouveau système, les prévisions d'activité médicale se trouvent à la base de la préparation budgétaire. Les établissements doivent par conséquent disposer d'un système d'information et d'une comptabilité analytique leur permettant d'avoir une vue d'ensemble et une analyse fine de l'activité réalisée ainsi que de sa valorisation en T2A. Cette évolution a des conséquences en termes de positionnement stratégique sur un territoire, les établissements se trouvant en situation concurrentielle. Parallèlement, la nouvelle gouvernance fait évoluer la gestion interne des établissements. Au-delà de la mise en place d'un Conseil exécutif, désormais Directoire, permettant un pilotage médico-administratif de la stratégie institutionnelle, l'organisation interne de l'établissement est redéfinie en pôles d'activité⁸.

Cette organisation interne des établissements en pôles d'activité fait de ces entités la clé de voûte de l'organisation hospitalière. Inspirée du discours de « l'hôpital-entreprise », l'idée est de mettre en place des entités autonomes au sein de l'établissement capables, de contractualiser avec l'institution et entre elles afin d'optimiser leur gestion. Il s'agit « de capitaliser sur un certain nombre d'effets micro-économiques qui tendent à s'estomper dans le cadre d'une vaste organisation⁹ ». Les pôles doivent par conséquent constituer un regroupement d'un nombre d'activités suffisantes pour permettre une gestion efficace. Cette conception du pôle implique de responsabiliser ses acteurs et de donner à son responsable une marge de manœuvre dans la gestion. La somme des objectifs du pôle doit cependant faciliter la réalisation des objectifs institutionnels et donc du projet d'établissement. Les mesures prises en ce sens sont la contractualisation, la délégation de gestion et la redéfinition des fonctions du chef de pôle.

La contractualisation interne témoigne de l'engagement commun de la direction et du pôle dans la réalisation d'un objectif d'activité au regard des moyens mis en œuvre. Le contrat contient « les objectifs d'activité, de qualité et financiers, les moyens et les indicateurs de suivi des pôles, les modalités de leur intéressement aux résultats, de leur gestion ainsi que les conséquences en cas de non exécution¹⁰ ». L'exécution de ce contrat fait également l'objet d'une évaluation annuelle. Cette contractualisation repose sur le

⁸ Article L. 6146-1 du Code de la Santé Publique (CSP) : « Le directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement après avis du président de la Commission Médicale d'Établissement (CME) [...] ».

⁹ GUIHENEUF R., 2008, *La valorisation des prestations inter-pôles dans le cadre d'une politique de contractualisation interne ; méthodologies et enjeux stratégiques*, Mémoire de fin d'études : EHESP, p.4.

¹⁰ Article L 6145-16 du Code de la santé publique.

principe de subsidiarité¹¹ c'est-à-dire sur l'idée qu'il faut « laisser l'échelon le plus proche du terrain, l'échelon de proximité, agir tant qu'une intervention de nature plus générale n'est pas nécessaire¹² ». Contractualisation et principe de subsidiarité sous-tendent la notion de délégation de gestion qui permet, dans les faits, cette déconcentration de la prise de décision au plus près de l'activité. Ces délégations de gestion sont organisées par une décision du directeur. Le tableau de bord remplit alors un rôle de « reporting », de contrôle et d'alerte, contrepartie indispensable à leur mise en place.

L'ensemble de ce dispositif repose sur les chefs de pôle. La loi HPST¹³ confirme leur rôle central dans le pilotage de l'établissement en leur attribuant des fonctions propres, en supprimant toute allusion aux conseils de pôle et à la notion de responsables de structures internes aux pôles. Cette évolution s'inscrit dans un contexte de centralisation de la stratégie autour du directeur, du président de Commission Médicale d'Etablissement (CME) en tant que coordonnateur de la politique médicale et des chefs de pôle, alors que la CME voit ses attributions recentrées autour de la qualité médicale. Gestionnaires du pôle, les chefs de pôle deviennent donc réellement dépositaires de toute l'autorité nécessaire au fonctionnement, à l'élaboration de la stratégie médicale du pôle dans le cadre du projet médical de l'établissement et à la réalisation des contrats de pôle qu'ils ont signés avec le directeur.

Tant du point de vue de la gestion financière de l'établissement que de la gestion des pôles dans le cadre de la contractualisation, ces réformes hospitalières impliquent pour les acteurs hospitaliers de disposer d'une vision fine de l'activité. Un contrôle de gestion efficace est donc nécessaire afin de permettre aux responsables concernés de mettre en œuvre des réponses adaptées aux défis existants et d'améliorer l'efficacité. Pour ce faire, différents tableaux de bord sont mis en place dans l'établissement pour permettre aux responsables de suivre leur activité et les ressources utilisées.

Dans ce contexte, il ne s'agit plus seulement de décrire l'activité du point de vue administratif mais bien de mettre en œuvre une gestion médicalisée par le biais d'outils de gestion favorisant la prise de décision aux niveaux de l'établissement et du pôle. Ainsi, le tableau de bord devient l'un des outils centraux de concrétisation des réformes. Il se doit d'évoluer et de dépasser une conception encore trop souvent budgétaire et financière en intégrant une dimension médicalisée. L'activité des pôles est abordée concrètement à

¹¹ Principe énoncé dans la circulaire DH/AF/AF 3 n° 97-304 du 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne des établissements publics de santé.

¹² COUTY E., mai 2002, « L'enjeu de la contractualisation interne pour les établissements de santé », *Gestions hospitalières*, n°416, p. 316.

¹³ Article 13 de la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire modifiant l'article L.6146-1 du CSP.

travers le prisme des tableaux de bord médico-économiques. Il existe donc désormais une véritable convergence d'intérêt à agir entre les pôles et la direction. Ils doivent disposer pour cela d'un langage commun que permettent les tableaux de bord. Ceux-ci doivent par conséquent être reconnus et légitimés par les différents acteurs des établissements.

B) Un outil de pilotage reconnu et légitime, fondement d'un langage commun.

Comme le souligne la Mission d'expertise et d'audit hospitaliers dans son guide intitulé Nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôles, les tableaux de bord de pilotage permettent, en complément des autres outils de gestion (Compte de résultat analytique (CREA), Tableau Coût Case Mix (TCCM)...), de « créer un langage de gestion commun à l'ensemble des acteurs de l'hôpital, sur la base duquel ils peuvent dialoguer et échanger ». Pour assurer cette fonction, les tableaux de bord doivent être légitimes aux yeux des acteurs de l'établissement et uniformiser le langage des équipes médicales et soignantes et de la direction.

Les tableaux de bord sont l'un des outils de description de la réalité du terrain. Ils doivent par conséquent être considérés par les équipes médicales et soignantes comme crédibles et représentatifs de leur vécu. A ces conditions seulement, ils seront reconnus comme une base légitime sur laquelle des objectifs peuvent leur être fixés. Pour cela, les équipes administratives et médico-soignantes doivent être associées à leur conception puis à leur construction afin de garantir la qualité de l'échange entre les acteurs.

Leur rôle est également de refléter « les objectifs stratégiques pour l'hôpital et le pôle déclinés en indicateurs et en cibles à atteindre¹⁴ ». Les tableaux de bord sont ainsi nécessaires au pilotage stratégique de l'établissement et assurent la mise en perspective de l'organisation, de l'activité et du fonctionnement par rapport aux orientations fixées. Cette dimension institutionnelle implique qu'ils soient constitués en lien avec le projet d'établissement et tout particulièrement le projet médical. Par ailleurs, les informations régulières et synthétiques qu'ils fournissent aux pôles et à la direction conduisent de manière très concrète au pilotage opérationnel des pôles. A leur niveau, ces informations permettent une réactivité dans le suivi des contrats par la définition et la réalisation de mesures correctives. Au niveau de la direction, elles constituent la base de référence pour

¹⁴ BARAT S., janvier/février 2009, « Tableau de bord : Gadget ou aide au pilotage ? », *Revue Hospitalière de France*, n°526, p. 20.

contractualiser les objectifs à atteindre. Cet aspect opérationnel démontre l'importance de la construction du tableau de bord en lien avec le projet de pôle.

La diffusion des tableaux de bord participent aussi à une égalité d'accès à l'information. Les acteurs de l'établissement disposent en effet des mêmes informations (souvent via le site Intranet de l'hôpital), issues d'une source identique (contrôle de gestion) ce qui garantit une certaine cohésion des analyses produites sur les chiffres d'activité. D'ailleurs, malgré l'absence de contrats de pôles dans de nombreux établissements, la lecture partagée des tableaux de bord permet déjà de diffuser une culture de gestion et d'initier un nouveau dialogue entre les équipes médico-soignantes et la direction, première pierre d'un pilotage médico-économique du pôle.

L'expérience du CHU de Rennes, pionnier dans les réflexions sur la contractualisation, démontre d'ailleurs en quoi le tableau de bord a permis une meilleure communication entre la direction et les équipes médico-soignantes et une certaine acculturation avant même de produire les économies de court terme escomptées. Suite aux premières expérimentations dans cet établissement, une « mutation culturelle¹⁵ » a été enclenchée. Une première évolution s'est traduite par le développement d'une culture de gestion des responsables d'activités médicales et médico-techniques et de leurs équipes. Ces acteurs ne portaient pas jusqu'alors une attention particulière à l'analyse et à la recherche de l'adéquation entre activité et moyens. La seconde évolution concerne l'attention plus marquée de l'ensemble des acteurs aux enjeux du recueil et du traitement de l'information.

Les problématiques rencontrées à l'hôpital nécessitent de disposer d'outils de description synthétiques permettant de simplifier une réalité compliquée¹⁶. En effet, « le système complexe des établissements de soins crée « naturellement » une masse de données et d'information d'origine aussi bien médicale (dossier du patient) qu'administrative (gestion de l'hôpital). La difficulté est de faire croiser ces informations de nature *a priori* différentes¹⁷ ». Les tableaux de bord sont un moyen de délivrer une représentation plus accessible de la réalité en croisant les différentes variables impactant le fonctionnement de l'hôpital.

¹⁵ In HUBERT J., DUBOIS R., novembre 2000, « Culture de gestion plus que redressement budgétaire : deux ans de contractualisation interne au CHU de Rennes », *Gestions Hospitalières*, n°400, p. 671-676.

¹⁶ MOISDON JC., 1997, *De l'existence des outils de gestion : Les instruments de gestion à l'épreuve de l'organisation*, éd Seli Arslam, p. 283.

¹⁷ SERRE O., SIGNAC F., novembre 2007, « Élaboration des tableaux de bord : une ardente obligation », *Gestions Hospitalières*, n°470, p. 638.

Appréhendé comme un langage commun permettant le débat et la négociation, le tableau de bord se transforme enfin en outil de management vertical (de la direction vers les pôles et des pôles vers leurs équipes) et transversal (comparaison entre les pôles). En effet, il permet d'impulser une dynamique permanente d'évaluation et d'adaptation à l'évolution du contexte pour atteindre les objectifs. Les responsables de pôle se mobilisent également à travers les comparaisons inter-pôles et l'animation de leurs équipes pour analyser le travail effectué¹⁸. Cette familiarisation assure à terme la mise en place d'une contractualisation de qualité.

Les tableaux de bord représentent réellement un enjeu politique pour l'institution hospitalière. Indispensables à la mise en place des réformes et malgré les divergences d'analyse possibles, ils réunissent tous les éléments devant amener à un diagnostic partagé sur l'activité tout comme les préalables nécessaires à la mise en place d'un pilotage médico-administratif de l'établissement. Au-delà de leur enjeu politique, les tableaux de bord de pôle représentent un véritable défi technique pour les établissements.

1.1.2 L'enjeu technique ou la recherche d'une description pertinente de l'activité.

- A) L'importante complémentarité entre système d'information, contrôle de gestion et département d'information médicale.

Concevoir un outil décrivant de manière pertinente la réalité, donnant une dimension médicale à la gestion et constituant ainsi un langage commun entre la direction et les équipes est particulièrement complexe. Sa mise en place technique suppose également certains pré-requis indispensables. Ainsi, la création des tableaux de bord implique au préalable de disposer d'un système d'information solide, d'un travail coordonné entre le contrôle de gestion et le département d'information médicale.

Dans le cadre de la nouvelle gouvernance et de la tarification à l'activité, le rôle et l'importance des systèmes d'information ont considérablement évolué. Une informatisation de l'ensemble des secteurs de prise en charge, tant administratifs, médico-techniques que médicaux, s'avère nécessaire afin de dégager une comptabilité analytique médicalisée. Le système d'information s'affirme comme un outil fondamental

¹⁸ Les comparaisons inter-pôles doivent néanmoins être réalisées avec précaution en tenant compte des spécificités et de l'historique de chaque pôle.

pour piloter l'établissement notamment puisqu'il permet de produire des indicateurs et de les utiliser pour garantir l'amélioration de la performance hospitalière.

Comme le souligne le Collège des Directeurs des Systèmes d'Information et de l'Organisation (DSIO) de centres hospitaliers dans leur note de synthèse de juin 2004 intitulée « L'impact de la tarification à l'activité sur les systèmes d'information¹⁹ », les informations doivent être de qualité et dignes de confiance pour servir aux hospitaliers. « Les systèmes d'information seront d'autant plus performants qu'ils seront 'sains', c'est-à-dire :

- S : s'ils savent décrire et gérer la représentation de leurs **S**tructures ;
- A : s'ils savent décrire et recueillir l'ensemble des **A**ctivités produites ;
- I : s'ils disposent d'un dispositif en temps réel de gestion des **I**dentités du patient ;
- N : s'ils savent décrire et maintenir les **N**omenclatures en usage ;
- S : s'ils savent garantir les règles de **S**écurité et de confidentialité d'accès aux données ».

Les informations produites doivent, par la suite, être organisées de telle sorte qu'elles puissent être utiles. Avec la T2A, les systèmes d'information doivent passer de la logique de constatation à celle d'anticipation. La comptabilité analytique et les outils de pilotage deviennent essentiels pour la gestion de l'hôpital, en tant qu'ensemble complexe de ressources humaines, financières et techniques à organiser pour la production de soins. En ce sens, le contrôle de gestion et le département d'information médicale jouent un rôle fondamental.

Système d'information et contrôle de gestion s'imbriquent de plus en plus fortement au sein des établissements par la nécessité d'avoir une analyse fine de l'activité et de la production, de mesurer l'efficacité, d'élaborer des stratégies, de planifier et de budgétiser des actions, d'évaluer les actions et les politiques conduites. Le développement de l'architecture informatique doit par conséquent s'accompagner d'un développement du contrôle de gestion dans l'hôpital pour générer une utilisation stratégique des informations produites. Celui-ci ne représente pas seulement une expertise technique assurant la mise en place d'outils, il permet avant tout de diagnostiquer les problèmes, de dialoguer avec les responsables de terrain sur les résultats à atteindre et la façon d'y parvenir dans les meilleures conditions. Ainsi, vis-à-vis du système d'information, le contrôleur de gestion est là pour vérifier la qualité de l'information et son homogénéité.

¹⁹ Cette note de synthèse est reprise dans un article de Gestions hospitalières : OUSSAR E., octobre 2005, « Tarification à l'activité et systèmes d'information hospitaliers : un conte de fées ? », *Gestions Hospitalières*, n°449, p. 635.

D'après la définition de l'Association Nationale des Directeurs Financiers et Contrôleurs de Gestion (ANDFCG), « la fonction du contrôle de gestion est de concevoir le système d'information ; de contribuer à l'organisation de la structure ; de faire fonctionner le système de gestion et de participer aux études économiques²⁰ ». Dans ce cadre et en fonction des potentialités du système d'information, son rôle est d'organiser le découpage de l'établissement à travers le fichier commun de structure (FICOM). Ce « découpage analytique de l'entité juridique²¹ » en pôles, centres de responsabilité, sections d'analyse (SA) et unités fonctionnelles, est la base de l'ensemble de la comptabilité analytique de l'établissement. Chaque SA correspond à une activité homogène et comptablement à une affectation des charge. Le FICOM doit être adaptable aux modifications des rattachements des unités médicales aux pôles en fonction des évolutions de la structuration des établissements. Il est par conséquent indispensable d'envisager dès la réalisation de ce fichier les différents outils de gestion nécessaires au suivi de l'activité.

Exemple simplifié d'un extrait d'un FICOM d'un CH

Pôle/CR	SA	UF	Libellé	Progiciels			
				Paie	Gestion des malades	PMSI	Gestion des US
0550 Cardiologie							
	9230216	5013	Cardiologie hospitalisation complète	X	X	X	X
	9230216	5014	Cardiologie hospitalisation de jour	X	X	X	X
	9324216	5015	Cardiologie consultations externes	X	X	non	non
	9230311	5016	Cardiologie soins intensifs	X	X	X	X
	9228001	5017	Cardiologie Explorations fonctionnelles	X	X	Non	X

Source : MEAH, février 2009, *Nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôle* : CREA, CREO, TCCM, tableaux de bord, une aide méthodologique au dialogue de gestion, p.23.

En T2A, le financement de l'établissement repose, au-delà de l'activité réalisée, sur l'activité enregistrée et comptabilisée. Le département d'information médicale (DIM) devient un service central en tant que garant de la qualité et de l'exhaustivité des informations médicales recueillies dans le dossier médical informatisé et envoyé sur la

²⁰ GILARDI H., 2000, *Contractualisation interne et outils de gestion au CHU de Rennes : enjeux techniques et stratégiques*, Mémoire de fin d'études : EHESP, p.20.

²¹ MEAH, février 2009, *Nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôle* : CREA, CREO, TCCM, tableaux de bord, une aide méthodologique au dialogue de gestion, p.23.

plateforme e-PMSI. Parmi ses missions, le DIM assure notamment une expertise médicale sur les systèmes d'information et assure un copilotage du contrôle de gestion. Il permet de faire l'interface avec les données relevant de la gestion économique et financière. En ce sens, il doit suivre l'élaboration des tableaux de bord en fournissant les données médico-économiques issues du PMSI et participer à la contractualisation interne et externe. S'inscrivant dans la philosophie de gestion médico-administrative de la nouvelle gouvernance et désormais de la loi HPST, le DIM contribue ainsi à la réalisation d'une comptabilité analytique médicalisée. De ce fait, un diagnostic médico-économique de la performance des pôles peut être établi et servir de base aux négociations nécessaires à la contractualisation.

L'importance du système d'information interprété du point de vue du contrôle de gestion comme du département d'information médicale suppose une collaboration étroite et permanente entre ces services. Cette coordination implique un partage de l'information afin d'élaborer les outils de gestion selon une conception commune et complémentaire.

B) La conception du tableau de bord.

Au regard des enjeux politiques déjà présentés, la conception des tableaux de bord relève d'un travail transversal entre le contrôle de gestion et le DIM mais également en lien avec différents services au sein de l'établissement (bureau des entrées, ressources humaines, cellule qualité) et surtout avec les responsables des services médicaux et médico-techniques. Pour assurer des informations de qualité, ces outils de gestion doivent répondre à certains grands principes d'élaboration, de suivi et d'évaluation. Sur le fond, les indicateurs retenus peuvent être très variés et doivent assurer la mise en œuvre du projet stratégique de l'établissement.

Un tableau de bord est un ensemble d'indicateurs c'est à dire d'informations quantifiées, permettant l'analyse d'une activité donnée. Un certain nombre de critères de qualité permettent la sélection de ces indicateurs. Leurs principales qualités techniques sont :

- « La pertinence : l'indicateur porte sur les bons enjeux, cohérents avec les objectifs poursuivis,
- La fidélité : l'indicateur retrace bien le sens et l'importance du phénomène qu'il est appelé à décrire,
- L'économie : le coût d'accès aux informations nécessaires pour l'établir doit être raisonnable, en relation avec son utilité,
- La fiabilité : l'indicateur ne peut pas être aisément manipulé, il est le produit de procédures documentées, contrôlables et contrôlées,

- La ponctualité : l'indicateur doit pouvoir être disponible en temps voulu pour les besoins auxquels il est destiné (en général rapidement),
- La lisibilité : l'indicateur doit être facile à comprendre et à interpréter par un non spécialiste,
- La finalisation : une cible chiffrée ou un niveau de référence moyen lui est attaché, ce qui permet de voir rapidement si la situation est ou non normale,
- La comparabilité et la pérennité : l'indicateur permet d'effectuer des comparaisons dans l'espace (entre activités) et dans le temps (d'une année n-1 sur une année n²²),
- La contrôlabilité : l'indicateur porte sur des éléments sur lesquels le destinataire de l'indicateur a une réelle possibilité d'action ou de réaction,
- Le caractère anticipateur : l'indicateur permet d'anticiper les performances futures (positives ou négatives) et donc d'en tirer des conséquences en termes d'action (une démarche correctrice doit pouvoir être déclenchée immédiatement à partir des données délivrées).

Un indicateur aura rarement toutes ces qualités. L'arbitrage entre celles-ci dépend alors de l'usage souhaité de l'indicateur en question²³ ».

De manière théorique, un tableau de bord se construit principalement autour de deux grands types d'indicateurs, d'une part, les indicateurs de reporting servant à rendre des comptes sur les résultats obtenus et à dialoguer entre niveaux hiérarchiques et d'autre part, les indicateurs de pilotage permettant de suivre au niveau local l'avancement des plans d'action et les résultats obtenus par ceux-ci. Dans les établissements de santé, les indicateurs de description de l'activité sont généralement les mieux maîtrisés et les plus anciens. Les indicateurs de pilotage, plus récents, ont le plus souvent été développés dans une optique financière et comptable. Ils conçoivent la performance principalement dans sa dimension budgétaire. Or, l'enjeu dans le contexte actuel est de parvenir à mettre en place des tableaux de bord décrivant l'activité réalisée mais permettant également un pilotage global du pôle par des indicateurs opérationnels à la fois en matière de ressources humaines, de finances et de qualité à la fois technique et médico-technique.

Comme le souligne le guide de la MEAH, les indicateurs d'activité dépendent des spécificités de l'établissement (hôpitaux de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) ; spécialisé ; de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ou encore Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)) et des recueils d'information particuliers utilisés (Programme de Médicalisation des Systèmes

²² L'information chiffrée délivrée par l'indicateur a essentiellement du sens dans la comparaison qu'elle permet d'une année sur l'autre.

d'Information (PMSI) MCO, PMSI SSR, recueil d'information médicalisée en psychiatrie (RIMPSY), Groupes Iso ressources et description de la dépendance dans les EHPAD...). Ces indicateurs varient également selon le champ d'activité étudié : hospitalisation complète, hôpital de jour, consultations externes... Ils permettent d'établir une bonne cartographie de l'activité d'un établissement. A titre d'exemple, il semble intéressant d'étudier quelques uns des indicateurs d'activité les plus fréquemment utilisés pour en analyser l'apport en termes de gestion.

Suivi de l'activité	
Indicateurs	Fonctions
Evolution du nombre d'entrées/séances par spécialité	<ul style="list-style-type: none"> - approximation fine de l'évolution des recettes et anticipation des résultats PMSI et T2A. - valorisée en fonction de la recette moyenne par séjour, moyen d'évaluer la variation des recettes T2A pour le MCO.
Taux d'occupation	<ul style="list-style-type: none"> - représentatif de l'utilisation des ressources tant matérielles qu'humaines et de leur éventuelle saturation. - représentatif du taux d'amortissement des coûts fixes.
Durée Moyenne de séjour (DMS)	<ul style="list-style-type: none"> - indicateur de la performance hospitalière. - outil de comparaison dans le temps et dans l'espace : déclinable au niveau de l'établissement ou par unités médicales et comparable à la base nationale, régionale ou à un type d'établissement particulier. - Outil de réflexion avec les équipes sur l'organisation du séjour du patient exprimant aussi bien les relations et la gestion des interfaces entre les services cliniques et les services médico-techniques que la relation avec l'amont et l'aval de l'hospitalisation. - révélateur de la consommation des coûts fixes (majorité des coûts proportionnelle à la durée de séjour).
Nombre d'actes de biologie ou d'imagerie prescrits pour les patients hospitalisés	<ul style="list-style-type: none"> - Outil de comparaison à la consommation de référence par groupe homogène de malade (GHM) dans l'Étude Nationale des Coûts (ENC). - Unité d'œuvre pour les facturations inter-pôles. - Outil de dialogue avec le personnel médical dans la perspective d'une rationalisation de la prescription.

²³ DEMEESTERE R., 2005, *Le contrôle de gestion dans le secteur public*, éd LGDJ-EJA, p.116-117

Les indicateurs de ressources humaines concernent essentiellement les effectifs mais peuvent également avoir une dimension plus stratégique en lien avec les données du projet social de l'établissement. Les effectifs sont généralement suivis en équivalent temps plein rémunérés (ETP) par filière et/ou regroupement de grades pour le personnel médical et non médical. Il est possible d'affiner en fonction de la quotité de temps de travail.

Ressources humaines	
Indicateurs	Fonctions
Nombre de PH à temps plein et d'assistants en ETP	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse quantitative du personnel. - outils de précision des coûts de personnel. - Outils d'affectation des ressources - Moyen de travailler à une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences²⁴.
Nombre de PH à temps partiel en ETP	
Nombre d'interne et d'étudiants	
Nombre de personnel soignant en ETP par grades	
Nombre de personnel non soignant en ETP par grade	
Nombre de CDD	
Charges de personnel médical et non médical	
Nombre d'heures supplémentaires	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse qualitative du suivi du personnel. - Estimation du bien-être au travail.
Nombre de journées d'absence	
Nombre de journée de formation	

Les indicateurs financiers concernent à la fois les recettes et les dépenses. Dans le cadre des tableaux de bord de pôle dont la diffusion est infra-annuelle, ils correspondent souvent au suivi du budget de pôle. Concernant les dépenses, seules figurent les charges directement affectables sur une UF. Néanmoins, en supposant que le coût d'une unité d'œuvre est comparable d'une année sur l'autre, les principales charges indirectes (restauration, blanchisserie...) peuvent être estimées en fonction du nombre d'unités d'œuvre consommées sur une période donnée et valorisée selon un prix de cession interne²⁵. Le budget de pôle doit alors être ciblé sur des éléments maîtrisables par le pôle,

²⁴ Ces indicateurs illustrent cependant la limite de l'indicateur comme reflet de la réalité. En effet, le grade ne traduit pas systématiquement et totalement le rôle tenu par les agents dans le processus de production du service rendu pour la prise en charge du malade (glissements de tâches ...). L'indicateur ne permet donc pas de mesurer la pertinence du processus de production.

²⁵ Le prix de cession interne est fixé en début d'année et correspond à l'objectif de coût de production. Ce coût correspondra au coût n-1 augmenté ou diminué d'un pourcentage lié aux objectifs fixés par la direction ou aux évolutions d'activités. Il peut également être basé sur un référentiel national.

des postes de dépenses et de recettes significatifs (en volume) et permettant un suivi régulier (dont l'unité d'œuvre est disponible facilement). Le suivi financier est également réalisé par l'utilisation d'autres outils de gestion tels que les CREA ou les TCCM.

Une question d'actualité pour les établissements concerne l'intégration dans les tableaux de bord d'indicateurs de qualité pour évaluer leur politique de qualité et de sécurité des soins. Sa réalisation s'avère cependant plus délicate dans les faits. En effet, de nombreux indicateurs qualité sont suivis au niveau de l'établissement par différents organes (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD), Commission du bon usage du médicament...). La difficulté consiste donc dans le cadre du tableau de bord à établir une sélection non redondante avec le travail déjà effectué par ces structures. Par ailleurs, les indicateurs le plus souvent évoqués se trouvent difficiles à interpréter ou à mettre en place. Le nombre de plaintes déposées ou le nombre d'infections nosocomiales déclarées représentent, par exemple, un volume très faible qui ne correspond pas à la réalité du terrain. L'interprétation de l'indicateur est par conséquent complexe. Le chiffre en lui-même n'a aucune représentativité, il ne peut être utilisé que pédagogiquement pour amener les équipes à plus déclarer... Il semble néanmoins difficile de fixer un objectif en ce sens ! Le taux de retour des questionnaires de sortie peut permettre une comparaison entre les pôles. Il paraît néanmoins difficile d'exploiter le contenu du questionnaire étant donné la faiblesse de ce taux. D'autres indicateurs semblent pertinents comme la durée moyenne de rédaction et d'envoi des lettres de sortie au médecin traitant ou encore le respect du contrat de bon usage des médicaments et des dispositifs coûteux. Ils posent cependant des problèmes en termes d'alimentation automatisée du tableau de bord.

D'autres éléments doivent être analysés dans le cadre de l'élaboration des tableaux de bord en fonction des objectifs de l'établissement. Il est possible d'inclure des indicateurs dits « opérationnels²⁶ » ou « de performance » croisant les indicateurs mentionnés précédemment. De même, il peut être intéressant de disposer d'indicateurs communs à l'ensemble des pôles pour assurer les comparaisons inter-pôles. Techniquement, les questions de l'outil de production du tableau de bord (procédure et circuit d'alimentation) et de la périodicité à laquelle il est produit se posent également. Enfin, l'évaluation du tableau de bord lui-même doit être organisée à terme pour s'assurer de sa pertinence et de son actualité par rapport aux enjeux du pôle et de l'établissement. En effet, en tant qu'outils relatifs et temporaires, les indicateurs évoluent en fonction des changements de stratégie.

²⁶ SELLERET FX., COURAY-TARGE S., novembre 2005, « Pilotage des établissements. L'intérêt des indicateurs sentinelles opérationnels », *Gestions Hospitalières*, n°450, p. 687-694.

Les enjeux politiques et techniques des tableaux de bord démontrent la complexité de la réflexion à conduire pour élaborer des outils pertinents et les mettre en place. Au-delà de cette approche stratégique et technique, il faut conserver à l'esprit que les tableaux de bord comme les autres outils de pilotage ne portent pas leur fin en eux-mêmes. Ils valent seulement s'ils déclenchent et alimentent une dynamique d'apprentissage collectif. En effet, ces outils ne sont rien si les équipes médico-soignantes n'en font pas un suivi régulier et une interprétation commune avec la direction. Or, cette évolution se heurte à de nombreuses craintes et implique une véritable acculturation de tous les acteurs de l'hôpital, tant administratifs que soignants ou médicaux.

1.2 Une lente acculturation entre logiques médico-soignante et gestionnaire.

La crise économique des années 70 représente un tournant pour la gestion des hôpitaux. Avec le ralentissement de la croissance et l'augmentation du chômage, les difficultés de financement de la protection sociale apparaissent. Ce contexte économique et social suscite un véritable « choc culturel » : la santé a un coût qu'il est important de mesurer pour rationaliser les dépenses.

Les hôpitaux ont donc très tôt été invités à développer des outils d'analyse de leur gestion. Une circulaire du 29 novembre 1973 prévoyait d'ailleurs, alors que le financement se faisait encore au prix de journée, que le taux directeur n'existait pas et que les premières réformes de gestion n'avaient pas été mises en place, la création dans les hôpitaux de cellules d'analyse de gestion chargées d'élaborer des tableaux de bord à destination des directions générales et des responsables de service.

Pourtant, depuis cette époque, le développement des outils de gestion et leur appropriation sur le terrain ont été particulièrement lents. Cette acculturation difficile est notamment le fait d'une crainte des équipes médico-soignantes vis-à-vis des outils de gestion et de l'interprétation qui en sera faite pour une utilisation essentiellement budgétaire (1.2.1). Elle témoigne ainsi de l'importance du discours gestionnaire associé aux outils de gestion. En effet, ils doivent s'inscrire dans le cadre d'une politique d'établissement pour qu'ils aient un sens pour les équipes médico-soignantes et qu'ainsi elles se les approprient (1.2.2).

1.2.1 Une méconnaissance encore importante des outils de gestion.

- A) Les craintes quant à une subordination du fonctionnement médico-soignant aux impératifs de gestion.

En matière de gestion, outils techniques et discours stratégique se trouvent indissociables. Ainsi, « saisir la gestion, c'est saisir deux niveaux, celui du discours et celui de la technique, dans leurs imbrications et leurs articulations²⁷ ». Dans le domaine hospitalier, le discours gestionnaire associé à la mise en place des tableaux de bord a généralement provoqué des réticences fortes de la part des équipes médico-soignantes. Les réformes en cours suscitent un sentiment d'incertitude face à l'avenir profondément déstabilisant pour les professionnels de l'hôpital. Dans ce contexte, de nombreuses craintes²⁸ sont apparues quant à la finalité des outils de gestion mis en place et le fonctionnement futur du service public hospitalier. Au-delà de cet aspect institutionnel, l'inquiétude du personnel hospitalier s'est également portée sur des problématiques plus individuelles.

L'une des principales craintes du personnel médico-soignant à l'égard des tableaux de bord était qu'ils conduisent à une logique de classement des activités médicales en fonction de leur « rentabilité ». En effet, les outils de gestion se sont développés à l'hôpital dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé. Les premiers tableaux de bord ont d'ailleurs le plus souvent été conçus comme des outils de suivi budgétaire. Ils ont ainsi généralement été résumés à cette fonction par les personnels hospitaliers. Avec la mise en place de la T2A et de la contractualisation, les évaluations de dépenses et de recettes ont nécessité une précision accrue surtout pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique. Le suivi des premiers budgets de pôle a notamment fait apparaître les notions de pôles « excédentaire » et « déficitaire » souvent perçus comme « riche » ou « pauvre » par la communauté médico-soignante. Une vraie rivalité a pu alors apparaître entre les pôles. La crainte est notamment que la politique d'intéressement se base uniquement sur les résultats comptables du pôle et ainsi que l'activité de l'établissement se trouve orientée selon des réflexions purement économiques et non en fonction des besoins des patients.

²⁷ BOUSSARD V., 2008, *Sociologie de la gestion : Les faiseurs de performance*, éd Belin, p36.

²⁸ Les craintes présentées ici sont celles le plus fréquemment mentionnées par les retours d'expérience des centres hospitaliers dans leur mise en place de la contractualisation.

Cette évolution risque également de conduire à une remise en cause de la cohésion de l'établissement du fait d'une « balkanisation²⁹ » de l'institution en autant d'entités que de décideurs. En effet, le suivi financier des pôles associé à la déconcentration de gestion va considérablement modifier les relations entre ces structures. L'objectif de fonctionnement micro-économique a son revers : celui d'entraîner un raisonnement individuel du pôle au détriment de la logique institutionnelle³⁰. Cette situation peut engendrer une rivalité voire une concurrence entre les pôles dans la recherche de maximisation des résultats pour obtenir des moyens supplémentaires. Les questions sur les modalités d'intéressement du pôle à la vue de ses résultats sont d'ailleurs là pour en témoigner. Dans ce contexte, il faut impérativement conserver une vision globale de l'établissement. Cette dernière passe par le rappel via les tableaux de bord des impératifs d'équilibre général et par les méthodes de comptabilité analytique fixées au niveau institutionnel, notamment pour les cessions internes.

Une autre inquiétude souvent évoquée concerne l'orientation de la politique du pôle ou de l'établissement en fonction des résultats délivrés par le tableau de bord. Les équipes médico-soignantes pensent souvent que cet outil de gestion va structurer de manière trop rigide la stratégie de l'établissement. Elles craignent en effet que des opportunités de développement d'activités parfois non prévisibles soient manquées du fait d'un conditionnement excessif de la politique institutionnelle par les outils de gestion. L'inquiétude se porte également sur les études médico-économiques³¹ qui sont pourtant réalisées au regard des enjeux médicaux et de la politique d'établissement.

Des réticences plus déontologiques sont également souvent évoquées, comme la crainte que la contractualisation entraîne une augmentation du nombre de transferts de malades, une sélection des patients les plus rentables ou la réduction excessive de la durée moyenne de séjour. Elles concernent par exemple la généralisation des prises en charge ambulatoires qui ne doivent pas être automatiques aux yeux des praticiens. De même, les équipes médico-soignantes ont également du mal à concevoir des outils qui normalisent une relation entre un médecin/soignant et un patient alors que celle-ci dépend de la situation individuelle.

²⁹ LASCOLS S., COURANT P., mai 2002, « L'expérience de la contractualisation interne au CH d'Avignon », *Gestions Hospitalières*, n°416, p. 343.

³⁰ Certains médecins dans les CHU ont d'ailleurs été favorables à la mise en place des pôles en pensant qu'ils pourraient recréer des « cliniques » à l'intérieur des établissements.

³¹ Étude prospective visant à mettre en parallèle les moyens et le coût nécessaires au développement d'une activité et les recettes d'activité attendues, de manière à déterminer la faisabilité économique du projet avant son lancement.

D'un point de vue plus personnel, le personnel médico-soignant s'est aussi inquiété de voir les tableaux de bord conduire à un contrôle individuel de la productivité. Le recueil de données nominatives, concernant par exemple l'activité réalisée par praticien, commence en effet à se développer. Il a longtemps fait débat en raison des dérives possibles dans leur utilisation. De même, les praticiens ont pu percevoir le codage exhaustif et extemporané comme « un flicage de l'administration³² » sur leurs pratiques. L'article 13 de la loi HPST précise que « les praticiens transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité et à la facturation de celle-ci dans un délai compatible avec celui imposé par l'établissement. [...] Lorsque les praticiens ne satisfont pas à ces obligations, leur rémunération fait l'objet d'une retenue sur salaire ». Il sera intéressant de voir comment les établissements interpréteront ce texte dans les faits.

Ces craintes ne sont pas sans conséquences sur la diffusion des outils de gestion et de la gestion même d'un établissement. Les résistances dans leur mise en place sont nombreuses et réellement handicapantes. Les grèves de codage en sont une illustration marquante. Néanmoins, la difficulté des directions à répondre aux demandes des pôles alors que les besoins sont démontrés et fondés ne facilite pas l'acculturation à ces outils de gestion.

La réticence des équipes médico-soignantes est aussi le fait d'une maîtrise parfois balbutiante des tableaux de bord à la fois dans leur production par les directions et dans leur interprétation par les responsables de pôle. Bien que l'appropriation de ces outils ne puisse être que progressive, elle devient cependant indispensable au vu de la loi HPST.

B) Un apprentissage commun et progressif de l'usage de ces outils de gestion.

Si les équipes médico-soignantes s'inquiètent de la subordination du fonctionnement de l'établissement aux impératifs de gestion, il ne s'agit pas du seul frein à l'acculturation entre logiques médico-soignante et gestionnaire. La mise en place de la nouvelle gouvernance à travers les tableaux de bord implique en effet un apprentissage commun et progressif de l'usage de ces outils de gestion. D'une part, ce dernier est « commun » au sens où les équipes gestionnaires doivent apprendre à partager l'information et les équipes médico-soignantes à l'analyser. D'autre part, il est progressif car il nécessite d'intégrer une nouvelle répartition des rôles de chacun dans le cadre de la nouvelle gouvernance. L'objectif est par conséquent de parvenir à surmonter ces barrières d'ordre

³² OUSSAR E., octobre 2005, « Tarification à l'activité et systèmes d'information hospitaliers : un conte de fées ? », *Gestions Hospitalières*, n°449, p. 637.

culturel auxquelles se heurtent les réformes pour concrétiser le pilotage médico-administratif de l'établissement notamment par une bonne maîtrise des outils de gestion par le chef de pôle.

La mise en place des tableaux de bord de pôle suscite aussi un véritable bouleversement pour les équipes administratives. Avec la nouvelle gouvernance et de la T2A, la direction prend un risque puisqu'elle reste responsable des décisions prises par les pôles. Elle doit par conséquent disposer d'outils de suivi fiables. Par ailleurs, cette situation implique un repositionnement du rôle administratif. Outre la question de la fiabilité de l'information, le sentiment d'une dépossession du pouvoir de l'administration ne doit pas non plus être sous estimé. Ainsi, dans les établissements où les tableaux de bord fonctionnent déjà de manière routinière, les responsables de pôle passent souvent presque autant de temps que les services financiers à analyser les chiffres à leur disposition. L'expertise attribuée aux services administratifs peut alors se trouver remise en cause. De même, les tableaux de bord assurent la transparence de l'information et permettent à tous les acteurs de l'établissement de demander des comptes en fonction des résultats et de faire des arbitrages de la part de la direction. Les équipes administratives doivent par conséquent se repositionner vers un rôle de soutien opérationnel aux pôles en alliant une triple dimension d'expertise, de conseil et de contrôle. Elles sont cependant toujours garantes de la cohésion de la politique institutionnelle.

Le chef de pôle et son équipe doivent néanmoins se familiariser avec les tableaux de bord et apprendre à les utiliser dans leur fonctionnement quotidien. Ils doivent ainsi admettre l'évolution de leur rôle vers une logique plus gestionnaire. Dans cette perspective, la plupart des établissements ont créé, à la mise en place du découpage en pôle, des équipes gestionnaires de pôle. Le positionnement de ces équipes pluridisciplinaires³³ induit à la fois une fonction de régulation (contrôle et arbitrage des unités) et une fonction plus stratégique d'impulsion des orientations médico-soignantes du pôle. Une telle fonction passe obligatoirement par un travail de suivi des tableaux de bord. Or, ces équipes ne semblent pas toujours prêtes à s'engager dans cet aspect de la gestion du pôle. « Manque de compétence, d'expertise et développement encore embryonnaire d'indicateurs et d'outils de pilotage facilement exploitables sont les arguments les plus

³³ D'après l'étude commandée par la DHOS à l'association EHESPlus, les quinze établissements visités ont constitué une équipe de pôle. Leur composition peut varier mais comprend, à une exception près, au minimum, un responsable médical, un directeur délégué ou référent et un cadre de santé. In CHANNET A., PRADALIE G., PRENTOUT N., SANQUER R., janvier/février 2009, « Management des pôles. État des lieux et perspectives. », *Revue hospitalière de France*, n°526, p16-18.

fréquemment avancés³⁴ ». En outre, les équipes gestionnaires ont du mal à se familiariser avec la notion de pôle considérée comme artificielle voire parfois incohérente dans le regroupement d'activités établi. La difficulté réside également dans le positionnement des directeurs référents et des cadres administratifs qui se trouvent « ballottés » entre leur fonction administrative et leur rôle actif au sein du pôle.

Ce manque de familiarité des équipes avec les tableaux de bord se trouve par ailleurs aggravé par un manque de repères des acteurs. Or l'apprentissage d'un travail d'analyse commun sur le suivi de l'activité ne pourra se faire que progressivement. La mise en place de la nouvelle gouvernance, tout particulièrement avec les nouvelles dispositions prévues par la loi HPST, confirme cependant fortement cette évolution et implique que les professionnels se saisissent de ces nouvelles fonctions. Le chef de pôle notamment se voit pleinement positionné comme gestionnaire médical. Il est par conséquent indispensable qu'il maîtrise les indicateurs médico-économiques comme outils d'aide à la décision. Il sera en mesure, à cette condition seulement, de définir des voies d'amélioration et de dégager des marges de manœuvre internes susceptibles de développer de nouveaux projets suivis par le contrat de pôle. Cette étape est d'autant plus importante qu'elle permet de rendre la contractualisation effective et de ne pas faire assumer aux pôles une simple fonction de relais entre services et direction.

Dans ce travail d'acculturation des logiques médico-soignante et gestionnaire, les tableaux de bord doivent apparaître comme des « stimulants intellectuels et des outils pédagogiques et fédérateurs culturels³⁵ ». Ils permettent d'autant plus d'assurer cette fonction qu'ils sont étudiés par les équipes de pôle et le contrôle de gestion dans le cadre du dialogue de gestion. Dans les retours d'expérience de la nouvelle gouvernance, tous les établissements ayant mis en place un dialogue de gestion associé à des tableaux de bord ont constaté des effets positifs. La majorité des acteurs s'en sont saisis et des gains d'efficience ont vite pu être mis en évidence. La MEAH confirme cette vision du dialogue de gestion en soulignant que « si les responsables de pôle semblent *a priori* réfractaires à ces outils de gestion, l'acculturation est rapide et ils peuvent devenir 'de redoutables négociateurs et d'efficaces gestionnaires'³⁶ ». Les réunions autour des outils permettent d'explicitier les chiffres au regard de la réalité : absence d'un praticien, évolution des pratiques médicales, ou encore dysfonctionnement dans le recueil de l'activité.

³⁴ CHANNET A., PRADALIE G., PRENTOUT N., SANQUER R., janvier/février 2009, « Management des pôles. État des lieux et perspectives. », *Revue hospitalière de France*, n°526, p17.

³⁵ LETEURTRE H., mai 1995, « Les tableaux de bord sociaux », *Gestions hospitalières*, p.416-421

³⁶ MEAH, février 2009, *Nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôle : CREA, CREO, TCCM, tableaux de bord, une aide méthodologique au dialogue de gestion*, p.107.

Comme ces effets reposent avant tout sur le cheminement des professionnels, il convient de s'attacher à l'aspect pédagogique de la démarche. En effet, les tableaux de bord ne pourront mobiliser que si parallèlement les acteurs leur donnent un sens politique. Plus que les indicateurs eux-mêmes c'est par conséquent la démarche qui joue un rôle déterminant dans l'appropriation de ces outils par les équipes.

1.2.2 L'enjeu représenté par la démarche dans l'appropriation des tableaux de bord de pôle par les équipes.

A) L'importance de la philosophie du projet pour mobiliser les acteurs.

« Le changement n'est pas une évidence gestionnaire mais une stratégie de gouvernement et un outil politique³⁷ ». Pour l'accepter et le mettre en place, l'ensemble des acteurs doivent s'accorder et se faire confiance. Dès lors, l'aspect technique n'a plus qu'une faible importance ; ce qui importe c'est la philosophie du projet ainsi que la démarche choisie pour le faire accepter. L'enjeu de l'acceptation du tableau de bord ne se joue donc pas dans la mise en place d'indicateurs complexes aux services financiers mais dans le sens donné projet pour mobiliser les professionnels. L'utilité du tableau de bord dépendra en effet en premier lieu de la conviction et de la volonté de ses utilisateurs d'en faire un outil de pilotage. Dans ce cadre, la direction générale a un rôle fondamental consistant à développer une méthodologie en interne affirmant le positionnement des principaux relais de la réforme et exposant ses enjeux tant au niveau de l'établissement qu'au niveau du pôle. Les chefs de pôle ont, quant à eux, la responsabilité de rédiger les projets de pôle donnant un sens à l'action réalisée et permettant une interprétation des tableaux de bord comme outils de suivi et de réalisation des axes stratégiques définis.

L'effort d'acculturation demandé aux équipes médico-soignantes et administratives pour gérer le changement impliqué par la réforme ne doit pas être sous-estimé. Il ne peut être impulsé sans un engagement fort de la direction générale en ce sens. Ainsi, la phase initiale de présentation de la politique associée aux tableaux de bord et de leur conception est particulièrement importante. La complexité des éléments techniques à résoudre pourrait inciter à la restreindre pour entrer directement dans la mise en place concrète. La bonne conduite de cette première étape s'avère cependant indispensable pour inscrire le

³⁷ COURPASSON, D., septembre-octobre 1998, « Le changement est un outil politique », *Revue Française de Gestion* n° 120, p.6-16.

travail réalisé dans la durée et ce d'autant que « la phase de préparation à la contractualisation est d'une importance cruciale car de sa qualité dépend ensuite tout le déroulement de la relation contractuelle³⁸ ». Il importe donc de donner une ampleur institutionnelle au projet d'élaboration des tableaux de bord en informant les instances et en leur demandant de valider le travail effectué. De même, la direction des affaires financières, le contrôle de gestion et le département d'information médicale doivent être officiellement missionnés pour travailler à l'élaboration technique des tableaux de bord en concertation avec les responsables de pôle et leurs équipes.

Outre ce positionnement, un travail de fond doit être réalisé au sein de l'établissement sur les principes d'encadrement de la nouvelle gouvernance. Les établissements ont ainsi généralement rédigé des chartes définissant les modalités et les conditions de l'organisation de l'établissement en pôle ; le rôle de chaque professionnel ; les règles de la contractualisation et surtout de la délégation de gestion. Ces principes institutionnels précisent le contexte dans lequel sont construits les outils de gestion et font référence aux valeurs inscrites dans le projet d'établissement. Elles déterminent le cadre dans lequel les tableaux de bord vont être interprétés et contribuent à sensibiliser les équipes et tout particulièrement les chefs de pôles aux enjeux de la réforme.

Au-delà de cet aspect institutionnel, l'appropriation des tableaux de bord de pôle passe par une interprétation politique de cet outil au niveau du pôle. En effet, les outils de gestion n'ont de sens pour les équipes que s'ils sont fondés sur des projets « dans lequel elles se reconnaissent et littéralement se 'projetent', s'intègrent, se positionnent³⁹ ». Le projet de pôle correspond à cet espace de réflexion collective. Il permet de définir une vision stratégique commune et se concentre sur les enjeux majeurs, les actions à conduire dans ce cadre et les étapes de leur réalisation. L'objectif est d'associer les personnels au projet de l'organisation pour leur faire partager une même vision des enjeux et de développer leurs capacités d'action collective. La rédaction des projets de pôle permet de déterminer ces enjeux d'un point de vue médical, soignant, en fonction de la formation, de l'enseignement, des coopérations inter-pôles, du positionnement territorial ou encore de la démarche qualité. Il s'inscrit dans la stratégie présentée par le projet d'établissement dont il n'est qu'une déclinaison. Il représente ainsi un moyen de rappeler le contexte actuel.

³⁸ PERROT J., DE ROODENBEKE E., 2005, *La contractualisation dans les systèmes de santé. Pour une utilisation efficace et appropriée*, éd KARTHALA, p.575.

³⁹ COUDRAY MA., BARTHES R., janvier 2006, « Le management hospitalier à la croisée des chemins », *Gestions hospitalières*, n°452, p.19

« Certains centres hospitaliers éprouvent des difficultés à finaliser les projets de pôle⁴⁰ ». Les états des lieux établis sur la nouvelle gouvernance démontrent que cette étape a souvent été mise de côté. Son caractère chronophage, l'articulation parfois difficile des unités médicales entre elles, la lecture complexe des enjeux du pôle au regard du projet d'établissement sont autant d'éléments avancés pour justifier cette situation. Dans un tel contexte, la pertinence des tableaux de bord se trouve mise en question. En effet, sans projet de pôle, ces outils sont réduits à leur fonction de pilotage stratégique au niveau de l'établissement mais ne permettent plus un pilotage opérationnel des pôles. Ils perdent alors leur intérêt pour les équipes de pôle qui ne cherchent pas à se les approprier. L'objectif est donc bien de lier le projet de pôle aux tableaux de bord de pôle pour suivre la réalisation de ses axes stratégiques et, sur cette base, de négocier le contrat du pôle avec la direction.

Etant donné l'enjeu que représente la démarche dans l'appropriation des tableaux de bord par les équipes de terrain, il semble intéressant d'illustrer les principes théoriques avancés jusque là par des exemples concrets de mise en place de ces outils de gestion dans la perspective de la contractualisation.

B) La mise en place de la nouvelle gouvernance et des tableaux de bord de pôle au Centre hospitalier universitaire de Toulouse et au Centre hospitalier du Val d'Ariège (CHIVA).

L'analyse théorique qui a été présentée des tableaux de bord de pôle comme outils de gestion indispensables à la contractualisation mérite d'être éclairée par des exemples pratiques. Le choix des établissements étudiés, le CHU de Toulouse et le Centre hospitalier du Val d'Ariège, est en lien avec les travaux d'étude réalisés par le Centre hospitalier de Montélimar avant la mise en place de la contractualisation au sein de l'établissement. L'analyse proposée se concentre sur la démarche d'élaboration des tableaux de bord de pôle et leur utilisation dans le contexte de la nouvelle gouvernance.

A la lumière des expériences nationales, le CHU de Toulouse a très tôt travaillé à la mise en place d'outils de gestion et à une démarche de contractualisation. Des mesures déjà anciennes avaient permis une certaine acculturation du personnel à la gestion médico-administrative. En effet, dès la fin des années 90, le CHU de Toulouse disposait de budgets de service non médicalisés, représentant un premier outil de gestion au niveau

⁴⁰ BICHIER E., FELLINGER F., janvier/février 2009, « Le pôle, modèle inachevé ? », *Revue hospitalière de France*, n°526, p.22.

du pôle, et des centres de responsabilité, préfigurant les pôles. Par délibération du conseil d'administration (21 mai 2001), le « projet de gestion » était adopté afin d'établir un nouveau mode d'organisation et de fonctionnement de l'établissement.

En mai 2004, un guide de gestion par pôle a été rédigé pour « aider chaque acteur, quel que soit son niveau de responsabilité, à agir dans le cadre des règles validées par l'institution⁴¹ ». Selon les règles établies par ce guide, l'établissement organise son redécoupage en pôles d'activité. L'établissement comprend actuellement 15 pôles cliniques, 5 pôles médico-techniques et 5 pôles logistiques et administratifs contre 26 initialement. Les tailles de ces pôles varient cependant de manière importante ce qui rend les comparaisons, notamment à travers les indicateurs de suivi, délicates.

Sous réserve des modifications qui seront apportées pour se conformer à la loi HPST, la gestion du pôle est assurée par une équipe composée d'un directeur délégué, d'un médecin coordinateur du Pôle, d'un médecin adjoint, d'un assistant de gestion et d'un cadre supérieur de santé. Cette direction de pôle est encadrée par un directeur d'hôpital coordonnateur des pôles cliniques et médico-techniques et d'un directeur d'hôpital pour les pôles logistico-administratifs pour faire la liaison avec les directions fonctionnelles du siège. Le bureau de pôle, le conseil de pôle, éventuellement le conseil de groupes d'activité et le comité consultatif médical de pôle, étaient jusqu'à présent les instances instituées à l'intérieur du pôle afin « d'organiser les échanges d'information, de favoriser la recherche de consensus et de permettre la prise de décision dans les domaines de gestion qui lui sont réservés⁴² ». Chaque pôle doit rédiger un projet de pôle qui sert de base au contrat passé entre la direction du pôle et le directeur général du CHU. Des délégations de gestion sont alors réalisées à destination du directeur délégué. Le contrôle de gestion est réalisé au niveau de la direction générale.

Ce travail sur la nouvelle gouvernance s'est poursuivi au cours de l'année 2005 par une réflexion sur les outils de pilotage indispensables au pôle et par conséquent au fonctionnement décentralisé défini par le guide de gestion. Plusieurs outils de gestion ont été mis en place : les TCCM, le budget de pôle constitué de 75% des dépenses directes maîtrisables par le pôle et de la totalité de ses recettes, et du compte de résultat, tableau de bord d'une périodicité mensuelle qui permet de mesurer les écarts avec les objectifs contractualisés. Des indicateurs de production simples sont également mis en place. Ils permettent la comparaison entre unités de même type via un suivi à feu tricolore (le rouge

⁴¹ Guide de gestion par pôles du CHU de Toulouse.

⁴² Règlement intérieur des pôles de gestion du CHU de Toulouse.

signifiant le dérapage financier entre objectifs fixés/allocation de ressources⁴³). Parallèlement, des réflexions sont conduites pour mettre en place des indicateurs qualité. Elles se heurtent néanmoins à la difficulté de normer ces indicateurs selon les pathologies prises en charge.

Le Centre Hospitalier Intercommunal du Val d'Ariège (CHIVA) a également conduit une démarche intéressante de mise en place de la nouvelle gouvernance concomitante à l'élaboration des tableaux de bord. En décembre 2000, l'établissement a profité d'un regroupement d'activités des hôpitaux de Foix et Pamiers sur un site unique pour regrouper les 25 services de ces hôpitaux en 12 départements cliniques et médico-techniques⁴⁴. Parallèlement à ce redécoupage, une réflexion a été engagée au sein de l'établissement pour doter la structure d'une « charte de département ». Partie intégrante de son règlement intérieur, ses objectifs sont essentiellement de définir l'organisation et le fonctionnement en interne des départements. Une cellule médico-administrative d'analyse de gestion a également été créée afin de favoriser le dialogue sur les outils de gestion à construire pour l'établissement.

Dans ce contexte, l'établissement s'est porté volontaire auprès du Ministère de la santé pour expérimenter la « nouvelle gouvernance ». Son organisation avait déjà permis de sensibiliser les professionnels aux enjeux d'un pilotage médico-administratif. Les départements ont ainsi été regroupés en 6 pôles d'activité clinique ou médico-technique. La « charte de département » a été retravaillée pour devenir la « charte de la nouvelle gouvernance ». Elle expose notamment l'organisation des pôles, de la contractualisation et des délégations de gestion. Elle précise aussi le fonctionnement de la cellule médico-économique qui produit les tableaux de bord. De même, le Centre hospitalier du Val d'Ariège a rédigé un projet de gestion, intégré à son projet d'établissement, qui formalise la politique de management du directeur, de son équipe de direction et des services techniques et logistiques. Il précise notamment dans son objectif n°1 qu'il convient de « conforter la structure administrative du pôle⁴⁵ ». Les actions à mettre en œuvre sont alors « l'amélioration des tableaux de bord, leur production en temps réel et la recherche de nouveaux indicateurs pertinents ». Pour mener à bien cette mission, un guide de lecture des tableaux de bord a été réalisé afin de présenter les outils, d'exposer la démarche du dialogue de gestion. L'objectif est de faciliter leur appropriation par les équipes pour s'assurer de l'utilisation constructive de ces outils de gestion dans la perspective de la contractualisation.

⁴³ ZIMMERMANN JF., mars 2008, « Nouvelle gouvernance, contrat de pôle... L'expérience au CHU de Toulouse », *Gestions hospitalières*, n°474, p.162-164.

⁴⁴ Charte de la Nouvelle Organisation du CHIVA.

La production des tableaux de bord du CHIVA⁴⁶ se décline en deux temps, mensuel et trimestriel, et à deux niveaux, unité médicale et pôle d'activité. Concernant les données mensuelles, il s'agit principalement du suivi d'activité et de PMSI et du suivi financier. Concernant les données trimestrielles, le tableau de bord est plus détaillé. Il comprend des données d'activité, de PMSI et de recettes, de gestion du personnel, de dépenses, de qualité⁴⁷ et des indicateurs divers (informatique, logistique, prestations médicales...). L'une des spécificités de ces tableaux de bord réside dans les 7 indicateurs spécifiques que peuvent choisir les unités médicales en fonction de leur propre projet. Dans chaque cas, une feuille de synthèse⁴⁸ résumant les tendances essentielles est associée au tableau de bord. De même, au niveau du pôle, une feuille de synthèse reprend l'ensemble des commentaires formulés pour chaque unité et la cellule d'analyse médico-économique émet un commentaire global par thème sur les résultats constatés. Cette dernière établit également une synthèse globale des alertes signalées.

Au-delà de ces outils de gestion, le dialogue de gestion est également particulièrement détaillé. La synthèse des alertes fait l'objet d'une analyse en bureau de pôle qui peut y inscrire directement sa position. Il précise s'il est d'accord, partiellement d'accord ou en désaccord total sur les conclusions présentées. En cas de désaccord total, il formule une argumentation contradictoire en lien avec les responsables d'unités médicales. En cas d'accord partiel ou total, il décide, avec les responsables d'unités médicales, des actions à mettre en œuvre, des indicateurs d'évaluation de ces actions et de leur échéancier, et il désigne un responsable chargé du suivi de ces actions. L'ensemble de ces éléments sont consignés sur la feuille de synthèse et validés par le responsable de pôle. Cette fiche est portée devant le conseil exécutif qui statue en cas de désaccord.

Ces deux établissements mettent en évidence l'importance de la préparation de la structure et de son personnel pour réussir la mise en place d'une réforme et ce d'autant plus que les outils qui la sous-tendent leur sont culturellement éloignés. Ils s'appuient tous les deux à la fois sur un projet de gestion de l'établissement exposant les outils à mettre en place et sur un projet de pôle définissant les enjeux stratégiques du contrat. Si leur expérience dans ce domaine a permis de préparer les professionnels, le travail de formalisation des règles et surtout d'organisation du dialogue de gestion a eu un rôle fondamental.

⁴⁵ Projet de gestion du CHIVA 2005-2009.

⁴⁶ Mode d'emploi de lecture des tableaux de bord des pôles et des UMA.

⁴⁷ Cf Annexe 1 « Exemple de tableau de bord du CHIVA ».

⁴⁸ Cf Annexe 2 « Exemple de feuille de synthèse du CHIVA ».

Les tableaux de bord de pôle sont un outil stratégique pour un établissement tant dans sa dimension institutionnelle qu'opérationnelle. Pour mettre en place une contractualisation réussie établissant réellement un pilotage médico-économique, il est indispensable que les professionnels les maîtrisent et les acceptent. La démarche d'élaboration de ces outils devient alors aussi importante que l'outil lui-même. Le Centre hospitalier de Montélimar a eu une approche pragmatique et originale dans l'accompagnement de cette réforme.

2 L'inscription du tableau de bord de pôle dans un projet de gestion de pôle : la démarche originale du Centre hospitalier de Montélimar.

L'enjeu dans la mise en place des tableaux de bord est de parvenir à créer des outils qui ne se réduisent pas, pour les équipes, à leur technicité. Une réflexion sur les moyens d'assurer l'acculturation de tous les professionnels est par conséquent indispensable. Le centre hospitalier de Montélimar a effectué un travail de réflexion approfondi dans ce sens. L'objectif était de faire de la création des tableaux de bord le prétexte à une concertation concrétisant la nouvelle gouvernance dans l'esprit et non seulement dans la lettre.

L'une des spécificités de l'établissement dans la mise en œuvre de cette réforme vient de l'approche participative qu'il en a eue. La direction a considéré qu'une contractualisation n'était possible que si un constat préalable sur l'activité de l'établissement était reconnu par l'ensemble de ses acteurs. L'objectif était de construire les outils permettant d'établir ce diagnostic commun avant de commencer à négocier les contrats de pôle.

Afin de s'assurer de l'appropriation des tableaux de bord de pôle par les équipes médico-soignantes, le choix a été fait par l'établissement de personnaliser ces outils de gestion par leur co-construction dans le cadre de la rédaction d'un projet de gestion de pôle (2.1). Cette démarche a permis une mobilisation réelle des pôles et semble devoir faciliter la négociation des contrats de pôle (2.2).

2.1 Une personnalisation et une appropriation du tableau de bord par la rédaction des projets de gestion de pôle.

La mise en place de la réforme de la nouvelle gouvernance a coïncidé avec une période d'expansion de l'établissement. Ce contexte favorable a contribué à faire accepter la mise en place des tableaux de bord de pôle (2.1.1) et à mobiliser les acteurs autour de la démarche d'élaboration commune de ces outils à travers la rédaction des projets de gestion de pôle (2.1.2).

2.1.1 Un contexte facilitant l'objectif de co-construction des tableaux de bord de pôle.

A) Le contexte général de l'établissement.

Le Centre Hospitalier de Montélimar (CHM) est le principal établissement du territoire, tant en capacité, en volume d'activité, qu'en masse budgétaire et il se situe au sein du principal pôle démographique de son bassin de santé. La taille de l'établissement, sa situation financière dans le contexte de T2A et son positionnement territorial sont autant d'éléments qui ont facilité les travaux de mise en place de la nouvelle gouvernance et des outils de gestion qui y sont associés.

Le CHM est un centre hospitalier général de taille moyenne. Il compte un ensemble de 539 lits et places dont 237 lits de MCO. Il emploie environ 1400 agents dont plus d'une centaine de médecins. Il a été positionné par le Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire (SROS) 2006/10 comme l'un des 13 territoires « référents de bassin » dans la région Rhône Alpes alors que le SROS précédent le définissait comme établissement de proximité renforcé. La taille modérée de l'établissement a représenté un atout important dans la perspective de la contractualisation. En effet, les rencontres et les échanges directs entre l'administration, le corps médical et les équipes soignantes sont fréquents. Bien que des oppositions puissent exister, elles se résolvent généralement facilement du fait de l'accessibilité des différents acteurs et de la proximité entre direction, président de CME et équipes médico-soignantes.

Sa bonne situation financière a également grandement contribué à faire accepter la démarche et à dissocier la mise en place des outils de gestion de mesures uniquement économiques. Depuis 2005, l'établissement est à l'équilibre et le passage en T2A lui a permis de retrouver une aisance financière. En effet, le centre hospitalier de Montélimar se trouvait sous-doté dans le régime de dotation globale de financement. Son coefficient de transition était d'ailleurs de 0,9158 en 2008 lors du passage à 100% à la T2A⁴⁹. Cette situation a permis un rééquilibrage des recettes de l'établissement par rapport à son volume d'activité.

De plus, le centre hospitalier n'avait que peu de charges financières et de dotations aux amortissements depuis 2004-05, du fait d'un faible renouvellement de ses immobilisations depuis quelques années. Pour éviter que cette diminution des charges de structure (titre

4) ne soit compensée par une augmentation des dépenses de titres 1, 2 ou 3, le centre hospitalier a constitué des provisions pour renouvellement des immobilisations. De cette manière, l'établissement a conservé le titre 4 à son niveau précédent. L'objectif est de pouvoir effectuer, lorsque les surcoûts de structures dus au plan pluriannuel d'investissement interviendront, des reprises sur provision sans déséquilibrer le compte de résultat de l'établissement. Ces reprises sur provision devraient intervenir dans la période comprise entre l'engagement des surcoûts et les retours sur investissement attendus. Cette politique budgétaire était d'autant plus nécessaire que sur la période 2009-12, un plan pluriannuel d'investissement très conséquent est mis en œuvre. Il représente un total de 100 millions d'euros d'investissement et correspond à une extension de 30% des surfaces de l'établissement.

Ce contexte financier, associé au repositionnement de l'établissement dans le cadre du SROS, a contribué à impulser une véritable dynamique qui s'est notamment traduite par une augmentation de l'activité. Entre 2007 et 2008, l'établissement a vu son activité en nombre de journées croître de 3,15% au niveau global et de 6,45% pour le MCO. Des activités ont en effet été créées ou développées comme l'Oto-Rhino-Laryngologie (ORL), l'urologie, les hôpitaux de jour ou encore le court séjour gériatrique. En tant que référent du territoire, le centre hospitalier de Montélimar semble également être positionné par l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH), future Agence Régionale de Santé (ARS), comme l'établissement référent de la Communauté Hospitalière de Territoire qui devrait être créée pour le territoire sud Drôme et sud Ardèche. Une telle situation a facilité la mise en place de la nouvelle gouvernance. Elle s'est traduite par le découpage de l'établissement en pôle d'activité et par un travail approfondi sur les nouvelles règles de fonctionnement et les outils de gestion nécessaires aux pôles.

Le centre hospitalier de Montélimar a réalisé un important travail préalablement à la mise en place de la réforme. Le directeur, le président de CME ainsi qu'une partie des directeurs adjoints et des chefs de service ont visité des centres hospitaliers et des centres hospitaliers universitaires (CHU) ayant expérimenté la nouvelle gouvernance⁵⁰. Au début de l'année 2006, des rencontres préparatoires ont été organisées entre des collèges médicaux d'une part et le président de CME et le directeur d'autre part. Ces collèges ont par la suite eu pour mission de préciser le projet, de trouver un consensus sur l'organisation interne et de pressentir un coordonnateur, futur chef de pôle. Une négociation entre coordonnateurs et membres de l'équipe de direction pour élaborer la charte des pôles s'est ensuite déroulée. A la fin de l'année 2006, la charte de la nouvelle

⁴⁹ Depuis le 1er mars 2009, le coefficient de transition est de 0,9607.

gouvernance a été adoptée par le conseil d'administration. Elle précise le fonctionnement du Conseil exécutif, l'organisation du centre hospitalier et l'encadrement des contrats et des délégations.

Ces modalités de fonctionnement présentées par la charte ont été approfondies par un travail de la direction des affaires générales. En lien avec les différentes directions fonctionnelles et les chefs de pôle, celle-ci a effectué un important travail de formalisation des rôles de chacun dans le cadre des pôles. Des fiches de poste (chef de pôle, directeur délégué, cadre supérieur de pôle, cadre administratif de pôle) et des procédures de gestion (gestion des emplois, suivi des effectifs, recrutements, gestion des carrières, formation et remplacements) ont été rédigées, précisant les compétences relevant du pôle et de la direction et permettant d'assurer l'équilibre entre les objectifs de décentralisation et la garantie de la cohérence de l'établissement.

Dans ce contexte, le découpage en pôles de l'établissement s'est déroulé lors de deux séminaires successifs rassemblant l'équipe de direction, le président de CME et les responsables de service. L'objectif de ces séminaires était de construire une vision commune et de contribuer à l'appropriation d'un nouveau mode de management par l'ensemble des acteurs. Lors du premier séminaire, en septembre 2005, un premier découpage a été proposé composé de 9 pôles cliniques et médico-techniques. Ces pôles répondaient de manière générale à une logique de regroupement d'activité par type de disciplines (chirurgie, médecine, femmes/mère/enfant, plateau technique, pédopsychiatrie, gériatrie/réadaptation/rééducation, réanimation-urgences et le pôle transversal). Seul le pôle Viscéral-Oncologie-Gastroentérologie (VOG) répondait à une logique de filière de soins... et à une volonté ferme du chef de pôle.

Ce découpage, avec un nombre de pôles important pour un établissement de taille moyenne, a été retravaillé lors d'un second séminaire en septembre 2008. L'objectif était alors de tirer un bilan de l'expérience passée et d'essayer d'optimiser l'organisation prévue en fonction des problématiques qui s'étaient développées. Ce deuxième séminaire a regroupé l'équipe de direction, le président de CME et les responsables de pôle. Outre la cartographie des pôles, il était clairement orienté sur leurs outils de management, la contractualisation et les délégations de gestion. Le nouveau découpage qui en est ressorti, regroupe le pôle femme/mère/enfant avec celui de pédopsychiatrie, rattache l'anesthésie au pôle chirurgie alors qu'elle dépendait auparavant du pôle plateau technique et les pôles de médecine et gériatrie ont été rassemblés en contrepartie de la

⁵⁰ Il s'agissait notamment du CHU de Toulouse et du CHIVA mais également des Centres hospitaliers d'Avignon, de Romans sur Isère, de Roanne...

création d'un pôle transversal composé de l'Hospitalisation à Domicile (HAD), des rééducateurs et des soins de support. Le centre hospitalier de Montélimar dispose donc désormais de 7 pôles cliniques et médico-techniques⁵¹.

Parallèlement, un travail approfondi sur le système d'information et le contrôle de gestion a été conduit par l'établissement. Le centre hospitalier de Montélimar disposait jusque là du logiciel « Hexagone ». Les besoins en termes de traitement de l'information et d'interopérabilité entre les différents modules ont mis en évidence la nécessité d'un système d'information global. Le choix s'est porté, en 2006, sur l'application McKesson qui permet une intégration des outils existants mais également un potentiel intéressant de développement de ces applications. Les interfaces entre la gestion administrative et médicale (GAM), économique et financière (GEF) et la gestion des dossiers médicaux (USV2) sont particulièrement performantes et il existe une compatibilité avec les logiciels « métiers » (LMX, Sirilog, Pharma, Hexagone...). L'objectif est de disposer d'un système d'information capable de mettre en lien les informations afin d'avoir une analyse la plus fine possible de la situation de l'établissement, de bénéficier d'une chaîne de facturation optimisée et de mettre en place une comptabilité performante.

L'établissement a également procédé au recrutement d'un contrôleur de gestion pour mettre en place un ensemble d'outils de gestion indispensables au pilotage de l'établissement et des pôles. Il est notamment intervenu lors du second séminaire sur la nouvelle gouvernance pour présenter les outils en cours de création (CREA, budgets de pôle et tableaux de bord). L'objectif était également d'exposer aux chefs de pôle les principes généraux de la comptabilité analytique, les principales méthodes d'élaboration des budgets de pôle, le choix des unités d'œuvre et les enjeux attachés à chaque outil de gestion. Cette intervention contribue à la formation du personnel médical dans ce domaine. Par ailleurs, la présence d'un contrôleur de gestion sur l'établissement a permis de créer une cellule médico-administrative de gestion avec le département d'information médicale afin de mettre en place une comptabilité analytique médicalisée.

Cette concertation des différents acteurs de l'établissement a contribué à faire naître l'idée de « projets de gestion » pour que les équipes, au plus près du terrain, comprennent les enjeux de la démarche et surtout que les responsables se familiarisent avec les outils de pilotage du pôle.

⁵¹ Cf Annexe 3 « Organisation des pôles cliniques et médico-technique au CHM ».

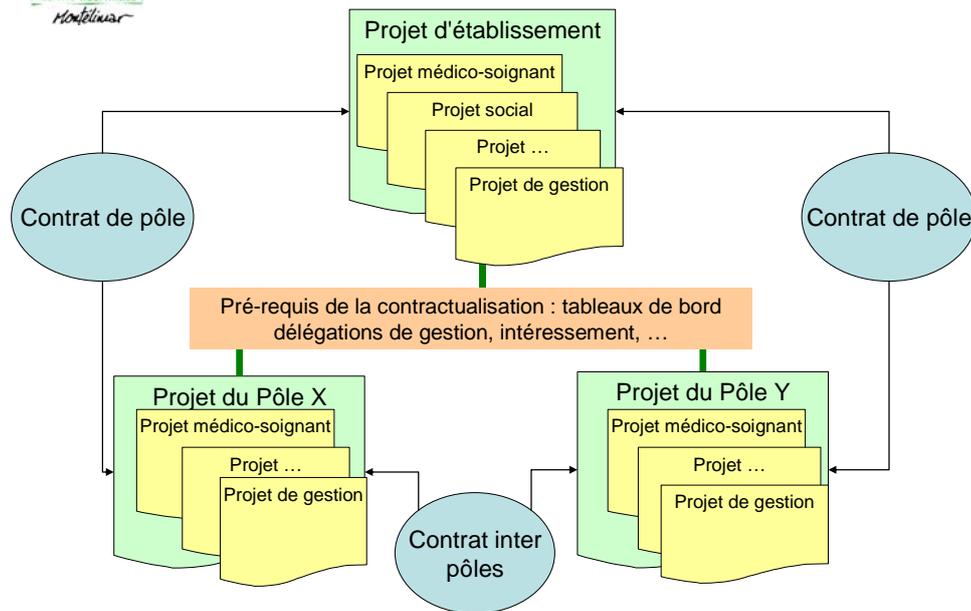
B) L'idée des projets de gestion de pôle à Montélimar.

Le travail commun de préparation de la nouvelle gouvernance entre la direction et les chefs de pôle a mis en évidence encore plus clairement les enjeux de cette réforme et notamment sa logique de « cogestion » entre les personnels médical, soignant et administratif. Dans ce contexte, des outils de gestion sont indispensables à la mise en place de la contractualisation. Néanmoins, les témoignages des établissements expérimentateurs démontrent également l'importance de la définition de la stratégie médicale dans cette perspective. Le CHU de Grenoble soulignait par exemple que « contractualiser sur la gestion sans avoir élaboré les modalités de définition de la stratégie du centre de responsabilité, contractualisé sur des objectifs médicaux et sur l'évaluation ne pouvait que conduire à des incompréhensions respectives entre l'équipe du centre de responsabilité et la direction⁵² ».

Fort de ces constats, le centre hospitalier de Montélimar s'est interrogé sur les outils de gestion à mettre en place et de la manière dont les équipes de pôle pouvaient se les approprier. Il a été choisi de construire les tableaux de bord de pôle en lien direct avec les équipes dans le cadre d'une réflexion plus large sur les enjeux des pôles. Cette réflexion devait se traduire par la rédaction d'un projet de gestion pour l'établissement et de projets de gestion par pôle. L'objectif était de parvenir à instaurer un climat de confiance et de favoriser la réceptivité des équipes médico-soignantes à la démarche. Celle-ci devait également les familiariser avec les enjeux de gestion et les responsabiliser quant à la gestion de leur pôle dans la perspective de la contractualisation. Contrairement aux projets médico-soignants présentés par les équipes, ces projets de gestion devaient être élaborés pour l'ensemble du pôle (et non par agrégation des projets des unités médicales comme c'est trop souvent le cas), en lien avec ses équipes (y compris les directeurs et cadres administratifs référents) et en concertation avec la cellule médico-économique d'analyse de gestion et les directions fonctionnelles concernées. Les outils de gestion de pôle étaient ainsi construits au regard des objectifs médicaux mais sans se départir des enjeux de gestion institutionnels afin que la future négociation des contrats soit constructive. Une première étape a été réalisée à travers la mise au point d'un projet de gestion intégré au projet d'établissement.

⁵² ULRICH MA., novembre 2003, « Pôle d'activité et changement de gouvernance au CHU de Grenoble », *Gestions hospitalières*, cahier 181, n°430, p.717.

Du projet de gestion aux projets de gestion de pôle



Source : PowerPoint « Élaboration du projet de gestion et du tableau de bord de pôle », Centre hospitalier de Montélimar.

Comme de nombreux établissements⁵³, le centre hospitalier de Montélimar a intégré un projet de gestion à son projet d'établissement. L'objectif d'un tel document est de définir les axes stratégiques de gestion d'un établissement et par conséquent de réfléchir aux outils de gestion nécessaires à la direction et aux pôles dans la perspective de la contractualisation. Sa situation financière favorable lui a permis d'aborder cette démarche sereinement. Les objectifs affichés concernaient l'optimisation des moyens mais n'imposaient pas d'économie massive⁵⁴. Les grands axes définis par le projet de gestion sont le développement des activités (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), SROS 3), les équilibres économiques (cycles d'investissement, d'exploitation, de trésorerie), les ressources (ressources humaines et budgétaires) et l'organisation (prise en charge/processus et qualité/sécurité). Ces axes sont accompagnés de préconisations en termes d'outils de gestion. Ce document a été piloté par le contrôleur de gestion de l'établissement et le conseiller expert en contrôle de gestion de McKesson en lien avec l'équipe de direction et le président et le vice-président de la CME.

Cette démarche n'a pas mobilisé les équipes du centre hospitalier. Bien qu'ils aient été informés du projet, ils n'y ont pas vu un intérêt direct pour leur fonctionnement en pôle. Si ce document permet de présenter les outils de gestion nécessaires à l'avenir des pôles

⁵³ A titre d'exemple, il est possible de mentionner le CHU de Nantes ou le CH de Bron.

⁵⁴ Le CHU de Rennes a, par exemple, ouvert sa démarche de contractualisation avec un objectif de restauration de l'équilibre budgétaire en imposant notamment à tous les centres de responsabilités une base budgétaire issue du consommé au 31 décembre/N-1, amputé de 1%.

dans le cadre de la contractualisation, il n'en présente pas une analyse en termes d'enjeux médicaux. Or, le souhait de l'établissement était de parvenir à préparer au mieux la contractualisation par une détermination des enjeux médicaux de chaque pôle au regard des enjeux de gestion et de co-construire ainsi les tableaux de bord de pôle. Le pari était de donner des informations pertinentes aux pôles et de définir des indicateurs qui ont un sens pour les partenaires.

Une telle approche devait également favoriser une meilleure compréhension et une culture commune entre les acteurs du pôle et au-delà entre les pôles et la direction en donnant aux outils de gestion une dimension médicale et d'appréhender les enjeux médicaux d'un point de vue gestionnaire. L'objectif était également de personnaliser les tableaux de bord mis à disposition du pôle pour que le chef de pôle et l'équipe gestionnaire se les approprient. Or, cette ambition semblait d'autant plus pertinente que les projets médicaux de pôle n'avaient souvent⁵⁵ pas été rédigés et que les équipes des unités médicales ne parvenaient pas à se fédérer autour d'une vision commune.

Dans ce contexte, la direction a, après concertation avec le conseil exécutif, décidé de décliner la démarche du projet de gestion au niveau des pôles. L'enjeu était d'inscrire les tableaux de bord de pôle au sein d'un projet de gestion qui leur serait propre. Ce choix a été validé lors du séminaire sur la nouvelle gouvernance.

2.1.2 La démarche d'inscription les tableaux de bord de pôle au sein d'un projet de gestion du pôle.

A) Une démarche pédagogique et pragmatique.

L'objectif de la démarche était de parvenir à la rédaction des projets de gestion des 7 pôles cliniques et médico-technique. Un premier projet de gestion de pôle a été rédigé dans le cadre de l'expérimentation conduite avec le pôle VOG. Ce premier document, réalisé par le conseiller expert en contrôle de gestion McKesson et le contrôleur de gestion de l'établissement a permis de définir la méthode à utiliser ainsi qu'une trame de tableau de bord. La démarche a par la suite été généralisée à l'ensemble des pôles. Ce dossier a été confié à l'élève directeur et au contrôleur de gestion de l'établissement. Le calendrier prévisionnel prévoyait la rédaction des projets de gestion des pôles Chirurgie,

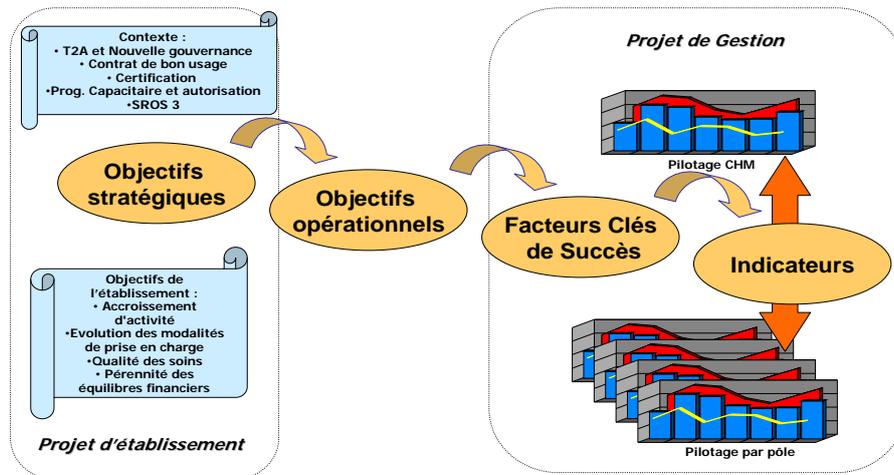
⁵⁵ Seuls les pôles VOG et femme/mère/enfant/pédopsychiatrie avaient rédigé des projets médicaux.

Transversal et Urgences-réanimation avant l'été 2009, les projets de gestion des pôles Plateau technique, Femme/mère/enfant/pédopsychiatrie et Médecine/gériatrie devant être réalisés entre septembre et octobre 2009. La présentation de l'ensemble des documents était prévue pour les instances de novembre 2009. Pour chaque pôle, cette démarche s'est déroulée en plusieurs étapes : une présentation du projet lors des bureaux de pôle, des entretiens avec les équipes, des réunions de synthèse, la rédaction des projets et une relecture par le Comité de pilotage. Son intérêt réside également dans l'analyse des réactions des équipes.

La présentation de la démarche a été effectuée lors des bureaux de pôle. Elle avait pour objet de rappeler le contexte général de réformes que connaissent les hôpitaux et les objectifs des outils de management des pôles. Il s'agissait également d'un moyen de faire un état des lieux de la nouvelle gouvernance au centre hospitalier de Montélimar et de présenter la démarche d'élaboration des tableaux de bord à travers la rédaction des projets de gestion. Ces présentations avaient pour avantage de toucher un public relativement large dans l'établissement : chef de pôle, directeur référent, cadre supérieur de santé, cadre administratif délégué, responsables d'unité médicale et cadres de proximité. Ce premier contact a été un moyen de réexpliquer et de démystifier les réformes de la nouvelle gouvernance et de la T2A puis d'exposer les enjeux de la mise en place des tableaux de bord aux niveaux de l'établissement et des pôles. Les craintes de détournement des outils de gestion ont pu s'exprimer et laisser place à une discussion constructive sur la manière de les élaborer.

La méthode d'élaboration des projets de gestion a consisté à situer le pôle dans un contexte réglementaire (nouvelle gouvernance, T2A...) et institutionnel (projet d'établissement). En fonction de cet état des lieux, les grandes orientations et les principaux objectifs qui encadrent le projet du pôle ont été fixées. Il a alors été possible de déterminer les objectifs stratégiques puis opérationnels du pôle liés aux projets en cours ou à venir. Sur cette base, les « facteurs clés de succès » ont été définis. Ils répondaient à la question « quelles sont les conditions nécessaires pour parvenir aux objectifs ? » Une fois, ces moyens identifiés, les indicateurs ont dû être sélectionnés pour permettre à la fois le suivi de la réalisation des objectifs (niveau d'activité) et des facteurs clés de succès (est-ce que les moyens ont été mis en œuvre ?).

Méthode d'élaboration du Projet de Gestion



Source : PowerPoint « Élaboration du projet de gestion et du tableau de bord de pôle », Centre hospitalier de Montélimar.

Suite à la présentation de cette démarche en bureau de pôle, une consultation large⁵⁶ a été organisée au sein du pôle par des entretiens d'une heure et demi environ, avec ses principaux acteurs. Le premier entretien s'effectuait avec l'équipe gestionnaire de pôle (chef de pôle, directeur référent, cadre supérieur et cadre administratif délégués). L'objectif était de disposer ainsi d'une vision d'ensemble des enjeux du pôle à la fois en interne (relations avec les services d'hospitalisation, d'urgences, prestataires, impact de projets de l'établissement sur l'activité du pôle...) et en externe (coopérations territoriales, développements d'activité possibles, concurrence éventuelle...). De même, cet entretien devait consolider les liens entre les différentes unités médicales composant le pôle et ainsi de dépasser le raisonnement par « services » qui prévalait jusque là. Les autres entretiens avec les membres du pôle devaient permettre d'effectuer un travail similaire pour chaque unité médicale dans le cadre du pôle. Les référents d'unité étaient accompagnés du cadre de proximité. Au-delà des enjeux propres au pôle, la discussion portait sur les indicateurs à retenir pour les traduire dans le cadre du tableau de bord. Chacun de ces entretiens a donné lieu à un compte rendu validé par les protagonistes. Pour conclure, une réunion de synthèse avec le bureau de pôle était organisée afin de discuter des résultats de seconde étape.

⁵⁶ Selon la taille et surtout le niveau de construction des pôles, les entretiens réalisés ont été plus ou moins nombreux. Par exemple, le pôle chirurgie était relativement récent. Le chef de pôle a par conséquent souhaité que l'ensemble des praticiens soient rencontrés. De même, le pôle Plateau technique, s'il est parfaitement organisé, est composé de services très différents ce qui ne permettait pas de regrouper les entretiens.

La méthodologie retenue pour les entretiens était semi-directive. Elle devait permettre la réalisation d'une matrice SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats), méthode d'analyse permettant de déterminer les options stratégiques du pôle.



Source : Article « Matrice SWOT », Wikipédia (<http://fr.wikipedia.org/wiki/SWOT>)

La réflexion conduite selon cette matrice a particulièrement intéressé les équipes. Les principales craintes vis-à-vis du projet étaient de ne parler que de gestion et de ne pas être capables de définir des indicateurs médicaux. Au contraire, cette discussion sur les enjeux du pôle a mobilisé les acteurs du pôle. Les discussions de synthèse notamment étaient riches et animées. Elles donnaient réellement corps au pôle et permettaient une meilleure connaissance mutuelle entre les acteurs.

Suite à ces entretiens, une première rédaction des projets de gestion a été réalisée. Elle a été soumise au bureau de pôle qui a pu l'amender. Une fois les modifications proposées, une relecture institutionnelle a été organisée dans le cadre du Comité de pilotage. Ce dernier, composé du directeur, du président de CME, de l'équipe de direction et du vice-président de la CME a vérifié que les enjeux présentés s'inscrivaient dans le projet médical et plus largement le projet d'établissement. Par la suite, des réunions de restitution ont été organisées, souvent lors des conseils de pôle, avant de les faire valider au Conseil exécutif et de les présenter aux instances.

La démarche présentée a été particulièrement bien accueillie par les différents pôles. Sur les sept présentations réalisées en bureau de pôle, une seule a vu le projet remis en cause. Les raisons de cette réaction étaient notamment des réticences fortes vis-à-vis des outils de gestion et une appréhension du chef de pôle vis-à-vis du travail supplémentaire impliqué par cette démarche. Hormis ce pôle, les équipes étaient plutôt satisfaites de pouvoir redéfinir les indicateurs suivis et leur mode de calcul. Les chefs de pôle se sont souvent inquiétés du caractère ambitieux d'une telle démarche, d'autant que le calendrier limité. Ils se sont pourtant pleinement investis dans la démarche et ont

accepté de relire les documents et d'organiser les réunions de synthèse avec leurs équipes.

Ce travail commun a permis d'atteindre un résultat original. Le projet de gestion est fortement ancré dans les problématiques médicales tout comme les tableaux de bord qui se composent d'indicateurs généraux et spécifiques.

B) Un résultat original entre projet de gestion et projet médical et entre tableaux de bord généraux et spécifiques.

Actuellement, les pôles VOG, Chirurgie, Transversal, Urgences-réanimation et Plateau technique ont leurs projets de gestion rédigés et validés ou en cours de validation par les équipes et le Comité de pilotage. Ils seront présentés aux instances d'octobre 2009 tandis que les projets de gestion des pôles Femme/mère/enfant/pédopsychiatrie et Médecine/gériatrie ne seront présentés qu'à celles de novembre 2009. Les tableaux de bord sont quant à eux en cours de réalisation même si certains des indicateurs prévus par les projets ne seront réellement recueillis que dans un second temps. Le résultat final est original tant du point de vue des enjeux présentés que des indicateurs retenus.

Tous les projets de gestion de pôle sont organisés de la même manière. Une introduction générale rappelle les objectifs de la démarche et sa méthodologie. A chaque fois, la première partie présentant les enjeux du pôle dans le cadre du projet d'établissement, débute par un rappel des principaux axes du projet de gestion de l'établissement. De même, cette partie se termine toujours, après avoir mentionné les enjeux spécifiques au pôle, sur les enjeux économiques et financiers qui rappellent l'importance de l'optimisation de la chaîne de facturation, du contrôle budgétaire et de l'équilibre économique. La seconde partie décrit les indicateurs sélectionnés pour le tableau de bord. Ils correspondent à la fois à des indicateurs communs à tous les pôles puis aux indicateurs spécifiques à un pôle. Les deux parties du projet de gestion sont totalement liées et mettent en relation les problématiques rencontrées et les moyens permettant d'en suivre l'évolution. Ils représentent ainsi un réel outil de suivi des futurs contrats de pôle. Il semble intéressant de présenter de tels documents à la fois pour leur dimension commune et leurs spécificités.

Le choix a été fait de disposer au sein des tableaux de bord d'indicateurs communs à tous les pôles. Une comparaison entre eux, indispensable au pilotage de l'établissement dans son ensemble, est ainsi rendue possible. Ces indicateurs relativement classiques ont à

chaque fois fait l'objet d'un travail préalable avec le DIM, les directions concernées (finances, ressources humaines ou encore cellule qualité) pour déterminer la source utilisée, le mode de calcul, le rythme de production, le niveau de découpage (pôle, unité médicale, service, spécialité...). Ils sont validés par les pôles à l'occasion de cette démarche. Les indicateurs suivants ont été retenus.

Tableau de bord de pôle	
Suivi de l'activité	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'entrées, de journées, nombre de venues de consultants externes, nombre de journées par spécialité réalisées en hôpital de jour ou en Anesthésie et Chirurgie Ambulatoire (ACHA), - DMS, TO - valorisation T2A de l'activité MCO-HAD, valorisation de l'activité externe - étude des séjours courts (part des Résumés d'Unité Médicale (RUM) avec 0 et avec 1 nuit d'hospitalisation), - pourcentage des patients issus des urgences, - nombre de dossiers bloqués lors de l'envoi sur e-PMSI pour codage non-exhaustif.
Suivi des consommations	<ul style="list-style-type: none"> - consommations de médicaments et matériels hors MO et DMI, - consommations de Médicaments onéreux (MO) et Dispositifs Médicaux Implantables (DMI), - nombre d'actes d'imagerie par appareils (scanner, IRM, radio, échographe) et équivalent en ICR imagerie, - nombre d'actes de biologie consommés et équivalent en B, - nombre de rendez-vous de kinésithérapie, nombre de rendez-vous et de minutes d'ergothérapie.
Suivi financier	<ul style="list-style-type: none"> - postes de dépenses et de recettes du budget de pôle sélectionnés selon deux critères, un volume significatif pour le pôle et sa capacité à le maîtriser.
Suivi des ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> - évolution des ETP rémunérés entre N et N-1 par catégorie de personnel - comparaison entre les ETP rémunérés et les postes existants, - solde des heures supplémentaires, - nombre de journées d'absence (absence maladie et accident du travail), - nombre de ½ journées de Service Infirmier de Compensation et de Suppléance (SICS).
Suivi de la qualité	<ul style="list-style-type: none"> - taux de satisfaction des patients par rapport à la qualité de prise en charge médicale et non médicale, - nombre de plaintes déposées, - délai d'obtention d'une consultation.

Ces indicateurs sont ou seront publiés mensuellement ou trimestriellement sur l'intranet de l'établissement. Ce mode de diffusion très large a été souhaité par la direction et les équipes afin que tous les pôles aient accès à l'ensemble des données. Ils donnent lieu à un graphique afin de permettre une comparaison rapide d'une année sur l'autre. Le choix

a été fait de refondre les tableaux de bord existant pour réaliser une plate-forme unique sur un seul document Excel par une utilisation de « macros Visual Basic ». Il est possible d'accéder à l'ensemble des indicateurs à la fois aux niveaux institutionnel, des pôles, des unités médicales, services ou spécialités. Un lien est également présent vers un dictionnaire des indicateurs utilisés.

D'autres sources d'information sont mises à disposition des pôles par un lien sur le tableau de bord comme PMSI-Pilot pour les données médicales. Il est ainsi possible de disposer rapidement de données telles que la liste des Groupes Homogènes de Séjour (GHS) les plus fréquents, les actes et diagnostics réalisées, l'âge moyen, l'origine géographique des patients... Les données présentées dans les tableaux de bord sont synthétiques. Un niveau de détail plus important peut être nécessaire. Le suivi des consommations pharmaceutiques par exemple se limite à un montant de dépense total réparti entre MO/DMI et médical/matériel. Un lien permet d'accéder à un palmarès des consommations les coûteuses par référence de produit. De même, le suivi des absences est présenté par pôle et par catégories de personnel (soignant, administratif, médico-technique et technique). Un document joint détaille ces absences par grade ou regroupement de grade, par type d'arrêt (maladie ordinaire, accident du travail, maternité, congé longue durée...) et par service. Des liens sont également établis vers les rapports de certains organismes afin d'approfondir le tableau de bord (CLIN, CLUD...).

Au-delà de ces indicateurs communs, le travail de personnalisation du tableau de bord s'effectue à travers les enjeux spécifiques mis en avant dans le projet de gestion du pôle et les indicateurs spécifiques qui y correspondent. Les résultats sont alors différents en fonction des pôles étudiés. A titre d'exemple, l'analyse du projet de gestion du pôle Chirurgie⁵⁷ paraît pertinente pour illustrer cette personnalisation du document et du tableau de bord qu'il sous-tend⁵⁸.

Deux problématiques spécifiques se sont dégagées dans le cadre du pôle Chirurgie : les enjeux liés aux modalités de la prise en charge du patient et de la qualité, et les enjeux liés à l'activité. La première réflexion s'attarde sur plusieurs aspects :

- Le développement de l'activité programmée en hôpital de jour : il s'agit de rappeler, dans le contexte de T2A, l'importance du développement de l'activité d'ACHA. Les praticiens ont ainsi mentionné les perspectives d'évolution d'activité qu'ils envisageaient dans ce domaine et la nécessité de créer une unité

⁵⁷ Cf Annexe 5 « Sommaire du projet de gestion du pôle Chirurgie ».

⁵⁸ Cf Annexe 6 « Tableau de bord du pôle Chirurgie ».

d'hospitalisation de très courte durée pour familiariser les praticiens avec ce mode de prise en charge et valoriser les séjours courts dont la sortie ne peut être envisagée le soir même. De même, l'impact de l'ouverture d'une salle aseptique au sein du plateau de consultations externes dans le cadre du plan directeur de l'établissement a été étudié. L'objectif est d'éviter d'utiliser des lits d'hospitalisation et le bloc opératoire pour une activité valorisée en externe. Enfin, il est précisé l'importance d'une coordination efficace entre l'ACHA et les spécialités utilisatrices.

- La conciliation du développement de l'activité programmée et de la prise en charge des urgences : Le pôle chirurgie se trouve confronté à deux objectifs paradoxaux, d'une part le développement de l'activité programmée afin de valoriser l'activité chirurgicale au sein de l'établissement et d'autre part, la prise en charge des urgences qui relève de ses missions de service public. Pour augmenter la part d'activité programmée, la problématique principale à résoudre concerne l'organisation du bloc et la gestion des urgences. En ce sens, une première amélioration consisterait à mieux mettre en évidence la spécificité des urgences différées en traumatologie. Contrairement aux urgences vitales, très rares, elles peuvent faire l'objet d'une programmation une fois la première prise en charge réalisée.

- L'organisation de la filière de soins de la consultation à la sortie du patient : Le rôle stratégique des consultations externes en tant que porte d'entrée de l'hôpital a été souligné. Par conséquent, le suivi de cette activité (nombre de passages...), l'organisation du plateau de consultations externes (temps de secrétariat médical, d'IDE...) et la coordination avec les spécialités utilisatrices constituent des données essentielles. Cela est d'autant plus important que la bonne organisation des consultations externes a des répercussions sur l'ensemble du fonctionnement de la filière de soins.

- Le maintien d'un niveau de qualité et de sécurité optimum pour le patient : les principaux objectifs à ce sujet concernaient l'évaluation de la qualité de la prise en charge (qualité et sécurité des actes réalisés au bloc, évaluation et suivi des dysfonctionnements, accès à un plateau de rééducation adapté...) et la sécurisation maximale des soins par une traçabilité rigoureuse des interventions (précision de la programmation, traçabilité des outils, des intervenants...).

Le second enjeu du pôle Chirurgie concerne l'activité. Il comprend :

- Le maintien du niveau d'activité des disciplines en place (orthopédie, ophtalmologie, stomatologie) ainsi que le développement de nouvelles disciplines comme l'ORL : la démographie médicale est la problématique la plus importante pour envisager ces développements d'activité. Ceux-ci sont également liés aux moyens mis à disposition par l'établissement (plages opératoires, personnel, lits d'hospitalisation...). Enfin, ces développements sont conditionnés par le positionnement de l'établissement sur le territoire tant du point de vue des coopérations possibles que de la concurrence importante de la Clinique privée Kennedy⁵⁹ et de l'évolution de la chirurgie dans les hôpitaux voisins.
- Le renforcement et l'organisation des filières de soins : il s'agit ici de souligner l'importance de la structuration de la filière de soins pour éviter de conserver dans des services de chirurgie des patients qui n'en relèvent plus mais devraient intégrer un service de soins de suite et de réadaptation. En effet, des études dans certaines régions (Nord pas de Calais par exemple) montre que plus de 20% des patients hospitalisés en MCO relèvent en fait d'un service de SSR.

Dans la seconde partie du projet de gestion de pôle, ces enjeux sont traduits par des indicateurs spécifiques au pôle afin que son chef puisse suivre l'évolution de la situation de son pôle et notamment la réalisation de ses projets.

- Développement des prises en charge ambulatoires : nombre d'anesthésies loco-régionales, nombre de séjours externes en ACHA. En effet, les anesthésies loco-régionales concernent essentiellement les prises en charge ambulatoires. Elles sont normalement un gage de qualité pour le patient puisqu'elles lui évitent une anesthésie générale. De même, certains actes réalisés en ACHA sont facturés comme de l'activité externe alors qu'un service d'hospitalisation et le bloc opératoire sont mobilisés. Avec l'ouverture d'une salle aseptique, le nombre de séjours concernés devrait diminuer.
- Utilisation du bloc opératoire : nombre d'interventions chirurgicales (avec l'équivalence en Indice de Coût Relatif (ICR) chirurgicaux), nombre d'interventions avec anesthésie (avec l'équivalence en ICR anesthésie), rapport entre temps réel d'occupation et temps de vacation offert, nombre d'interventions programmées

⁵⁹ Il s'agit de la principale Clinique privée de Montélimar.

reportées, part des interventions programmées, en urgences et en urgences différées. L'objectif serait également de pouvoir ajouter l'heure moyenne de fin du programme opératoire. Du fait de la prise en charge d'urgences, certaines interventions programmées peuvent être reportées à une plage opératoire ultérieure. Pour la satisfaction des patients, le nombre de ces interventions reportées doit par conséquent être limité.

- Caractère concurrentiel de l'activité chirurgicale : part de marché, taux de fuite. Il s'agit que le pôle dispose des indicateurs lui permettant de se positionner sur son territoire. Ces données sont cependant délivrées avec un délai relativement long.
- Problématique des lits d'aval : nombre de conventions signées avec des établissements SSR, nombre de diagnostics Z75-1. Ce dernier indicateur correspond notamment au codage des patients pour lesquels le chirurgien ne trouve pas de lit d'aval.
- Activité externe d'ophtalmologie : recensement des actes externes les plus fréquents afin de mettre en évidence l'importance de l'activité externe en ophtalmologie même si elle ne débouche que sur un faible nombre d'hospitalisations. Contrairement aux autres spécialités chirurgicales, 80% du temps d'ophtalmologue est consacré à l'activité externe.

Le résultat de cette démarche est original et les professionnels concernés en ont été très satisfaits. Les chefs de pôle disposent désormais d'outils pour suivre leurs projets et les maîtrisent. Ils peuvent ainsi analyser et organiser leurs besoins et les présenter en terme à la direction en termes d'objectifs de gestion. Cette dernière détient quant à elle un outil permettant le pilotage institutionnel de l'établissement par la possibilité de comparer les pôles entre eux, de leur fixer des objectifs et de les suivre par des indicateurs appropriés. Ce premier pas devrait ainsi faciliter la négociation des contrats de pôle.

2.2 Une première étape devant faciliter la négociation des contrats de pôle.

A ce stade de la démarche, il a été possible de réaliser un premier bilan avec les équipes et le Comité de pilotage. Bien que ces projets de gestion connaissent certaines limites, ils ont permis une réelle concrétisation des pôles (2.2.1). Ils permettent de présenter les premières conséquences sur les contrats de pôle (2.2.2).

2.2.1 Une démarche positive confortée par les autres outils de gestion développés dans l'établissement.

A) Une étape nécessaire à la concrétisation des pôles.

Le Centre hospitalier de Carcassonne a réalisé un travail important sur la rédaction des projets de pôle. Dans son retour d'expérience, il constate notamment qu'« un projet de pôle abouti renforce la notion d'appartenance au pôle des personnels. Il ouvre aussi la voie à de nombreux projets. C'est le début d'une dynamique pour tous⁶⁰ ». A Montélimar, l'impact de l'élaboration des projets de gestion a également été plus large que la simple co-construction des tableaux de bord. Il a apporté une contribution réelle à la concrétisation des pôles en donnant un nouveau souffle à la mise en place de la nouvelle gouvernance dans l'établissement. En effet, cette démarche a permis d'une part aux chefs de pôles et à leurs équipes de mieux maîtriser la réforme, et d'autre part, d'entraîner un renforcement de la cohésion des pôles d'une manière différente selon leur situation initiale.

De manière générale, les objectifs de la démarche ont été atteints. La présentation du contexte de réformes et le travail de fond sur les tableaux de bord ont représenté un bon moyen de rappeler à chacun pourquoi les pôles avaient été créés. Les équipes se sont ainsi familiarisées avec le fonctionnement des pôles. De même, la co-construction des outils de gestion a permis au chef de pôle et à son équipe de mieux les maîtriser et ainsi de s'approprier le rôle qu'ils vont être amenés à assurer à l'avenir. Du point de vue de la contractualisation, les enjeux propres aux pôles en fonction des objectifs institutionnels ont été déterminés. Ils peuvent représenter des objectifs dans le cadre d'un contrat et leur suivi est assuré par des indicateurs. Le diagnostic posé sur la situation du pôle est accepté par tous, tout comme le tableau de bord qui en permet l'évaluation puisque les documents ont été validés par le chef de pôle, son équipe et le Comité de pilotage. Par ailleurs, le chef de pôle comme la direction disposent des mêmes éléments dans le cadre de la négociation future et se trouvent ainsi en mesure de négocier le contrat. Enfin, un véritable dialogue de gestion s'est amorcé entre les équipes et le contrôleur de gestion, dont le rôle a évolué, à cette occasion, vers le « conseil de gestion ».

Le pôle VOG a expérimenté cette démarche six mois avant les autres pôles de l'établissement. Il permet ainsi de l'analyser avec un certain recul. Ce pôle a été choisi pour l'expérimentation du fait de sa forte cohésion dès sa construction. Seul pôle construit sur une logique de circuit du patient, il comprend des unités médicales très différentes (chirurgie viscérale, oncologie, gastroentérologie, radiothérapie, hôpitaux de jour⁶¹) réunies autour d'un projet commun de prise en charge du cancer. La personnalité du chef de pôle, sa maîtrise des réformes, du fonctionnement institutionnel et des enjeux médicaux sont autant d'éléments qui ont contribué à concrétiser le pôle. Dès l'origine, l'équipe gestionnaire a organisé le bureau et le conseil de pôle pour discuter des orientations du pôle. La mise en place du tableau de bord était par conséquent un réel besoin et une demande de leur part. Bien que tous les indicateurs ne soient pas encore opérationnels, il a tout de suite été utilisé par l'équipe. Cette dernière organise une revue de gestion avant tous les bureaux de pôle. A charge pour chacun de ses membres de préparer un commentaire sur l'une des parties du tableau de bord. Le projet de gestion a quant à lui permis de formaliser le projet du pôle. A travers l'exemple du pôle VOG, il est possible de mesurer à quel point la démarche d'élaboration des projets de gestion a entraîné une acculturation des logiques médicale, soignante et administrative dans le pilotage du pôle. Les acteurs du pôle se sont parfaitement appropriés les outils et en font usage⁶².

Le pôle Chirurgie, contrairement au pôle VOG, a longtemps peiné à trouver une cohérence. Constitué de personnalités hétérogènes et en l'absence de projet commun, son activité principale s'est trouvée démantelée lors du premier découpage en pôles de l'établissement. En effet, l'ACHA, la chirurgie viscérale et l'urologie dépendaient du pôle VOG, la chirurgie gynécologique du pôle Femmes, mère, enfants, psychiatrie et l'anesthésie du pôle Plateau technique. Il ne restait que l'activité d'orthopédie/traumatologie, la stomatologie et l'ophtalmologie. Cette situation rendait la gestion du pôle particulièrement délicate et s'est notamment traduite par la démission d'un premier chef de pôle. L'arrivée d'un nouveau praticien, nommé chef de pôle, a permis de la faire évoluer. Lors du second séminaire sur la nouvelle gouvernance, il a proposé un redécoupage du pôle. L'anesthésie a accepté de s'y rattacher immédiatement et l'ACHA

⁶⁰ NUYTTEN B., GROSSETETE R., BONSIRVEN N., janvier/février 2009, « Pôles et performance hospitalière. Retour d'expérience du CH de Carcassonne », *Revue Hospitalière de France*, n°526, p.31.

⁶¹ Il s'agit des hôpitaux de jour d'ACHA, de médecine et d'oncologie. Un projet est actuellement en cours pour répondre aux exigences réglementaires en séparant l'ACHA de l'hôpital de jour d'oncologie/médecine. Il devrait entraîner un redécoupage du pôle à travers le rattachement de l'ACHA au pôle Chirurgie.

⁶² Les responsables du service de gastro-oncologie ont, par exemple, demandé et obtenu une redistribution des lits du service en s'appuyant sur les taux d'occupation des tableaux de bord qui confirmaient leur ressenti.

le sera dans un deuxième temps. De même, la nouvelle activité d'ORL développée sur le centre hospitalier y a été intégrée. Le pôle se compose désormais des unités médicales d'orthopédie/traumatologie, de « tête et cou⁶³ » et d'anesthésie. Les questions de la chirurgie viscérale, gynécologique et de l'urologie seront réétudiées à la fin des mandats des différents chefs de pôle. Dans ce contexte, le chef de pôle s'est, avec l'équipe gestionnaire, saisi de la démarche d'élaboration des projets de gestion pour donner un sens à l'action du pôle. Hormis un chirurgien, tous se sont exprimés dans le cadre de ce document. Le chef de pôle a également souhaité qu'une présentation soit effectuée au conseil de pôle à l'issue de la rédaction pour informer et mobiliser le personnel soignant. Contre toute attente, l'élaboration du projet de gestion a contribué à la construction de ce pôle qui est actuellement pressenti pour expérimenter le premier contrat de pôle.

Le pôle Urgences-Réanimation comprend les unités médicales SMUR, urgences et réanimation. Alors que ces activités sont complémentaires et très liées, le fonctionnement du pôle était plutôt segmenté. Lors des entretiens, chaque service est resté sur ses propres problématiques. Même la rencontre avec l'équipe gestionnaire n'avait pas permis de déterminer un enjeu commun du pôle. Les urgences ont défini des enjeux de fonctionnement interne (organisation médico-soignante, agencement architectural...) alors que le service de réanimation a identifié des problématiques territoriales (démographie médicale, coopérations territoriales...). Pourtant, la démarche d'élaboration du projet de gestion a permis un amenuisement de cette réflexion par unité médicale. La réunion de synthèse a notamment été l'occasion d'une vraie discussion entre les chefs de service et les cadres de proximité. La confrontation des problématiques des unités médicales a entraîné une réflexion sur des solutions communes à apporter.

Enfin, le pôle Plateau technique a utilisé la démarche d'élaboration des projets de gestion comme un outil de communication à destination de la direction et des autres pôles. Ce pôle est particulièrement composite. Il comprend des unités médico-techniques aussi différentes que la pharmacie, la stérilisation, le bloc opératoire, le laboratoire, le département d'information médicale ou l'imagerie médicale. Ces unités n'ont aucun lien entre elles si ce n'est celui d'être prestataires de services à destination des autres services de l'établissement. Dans ce cas, le projet d'élaboration des projets de gestion a été le moyen pour le chef de pôle et son équipe de souligner la difficulté de parvenir à ce que l'impact de l'évolution des activités cliniques sur les activités médico-techniques soit pris en compte (hausse des prescriptions d'actes de biologie ou d'imagerie par exemple). Par ailleurs, le plateau technique n'engendre pas de recettes directes au niveau de

⁶³ L'unité médicale « tête et cou » correspond aux activités d'ORL, de chirurgie maxillo-faciale et d'ophtalmologie.

l'établissement bien qu'il soit indispensable à son développement à travers ses activités supports. Des cessions internes doivent, par conséquent, être envisagées entre le pôle Plateau technique et les pôles cliniques. La rédaction du projet de gestion a été l'occasion de déterminer, d'un commun accord entre la direction et les pôles, les unités d'œuvre ainsi que le mode de fixation des prix de cession. Là encore, la discussion engendrée par la démarche permet d'établir une analyse partagée de la situation du pôle dans la perspective de la contractualisation.

La présentation de la démarche a été réalisée dans les derniers bureaux de pôle. Le pôle Femme/mère/enfant/pédopsychiatrie a opposé une résistance assez forte lors de cette réunion. L'équipe de pédopsychiatrie ne s'estime pas concernée par les outils de gestion d'autant plus que l'informatisation de leurs services n'est que balbutiante. De même, le pôle Médecine/Gériatrie ne parvient pas jusqu'à présent à se fédérer et à préciser un projet commun pour le pôle notamment du fait du redécoupage récent. Dans un tel contexte, il sera intéressant d'étudier le résultat final de la démarche.

L'élaboration des projets de gestion et des tableaux de bord qui le composent ont ainsi eu de nombreuses répercussions positives sur le fonctionnement en pôle de l'établissement. Elles ne doivent cependant pas faire oublier les limites de ces documents. Ces projets de gestion sont datés. Ils sont ancrés dans une réalité (problématiques architecturales, de manque de temps médical ou soignant) qui évolue rapidement (travaux, recrutement, réorganisation). Ils devront par conséquent être renouvelés régulièrement. Cette situation témoigne, néanmoins, de la possibilité d'utiliser ces documents comme base à la contractualisation. Les enjeux présentés répondent à des objectifs réalisables, qu'il est possible de suivre et d'évaluer par des indicateurs. De même, les réflexions sont encore largement conduites en fonction des unités médicales et non des pôles. Leur concrétisation dans le cadre de la démarche et le projet qu'ils servent désormais devraient permettre à l'avenir de modifier cette situation. La démarche d'élaboration des projets de gestion est cependant lourde à mettre en œuvre. Il faudra par conséquent à l'avenir que le dialogue de gestion entre pôles et contrôleur de gestion soit plus régulier pour faciliter sa réalisation.

La mise en place de ces tableaux de bord de pôle, inscrits dans des projets de gestion, est une première étape très positive pour les pôles. Elle permet notamment d'en faciliter le pilotage. Cependant, d'autres outils de gestion ont été créés pour affiner le suivi des pôles.

B) D'autres outils de gestion complétant le tableau de bord de pôle.

Les tableaux de bord de pôle sont un outil indispensable à la mise en place de la nouvelle gouvernance. Ils doivent cependant s'accompagner d'autres outils de gestion plus large permettant d'affiner le suivi annuel des pôles et de garantir l'homogénéité de la politique de l'établissement. Le choix a donc été fait à Montélimar d'encadrer les tableaux de bord de pôle d'un tableau de bord institutionnel permettant de synthétiser l'ensemble des informations délivrées au niveau des pôles. De même, parmi les outils de gestion existants, l'établissement a choisi de mettre en place des CREA et des budgets de pôle pour assurer un suivi annuel des recettes et des dépenses des pôles. Les projets de gestion comprennent d'ailleurs deux annexes : une maquette de CREA ainsi qu'une maquette de budget de pôle. L'objectif était de sensibiliser le chef de pôle et son équipe à ces outils pour qu'ils analysent également leur activité a posteriori. Les TCCM n'ont, par contre, pas été retenus par la direction.

Les tableaux de bord de pôle s'inscrivent dans un tableau de bord institutionnel⁶⁴. Cet outil permet actuellement un suivi macro des objectifs institutionnels et, assurera, lorsque les contrats seront signés, un suivi des objectifs qui y sont fixés. Il représente également un outil synthétique de comparaison à l'attention des chefs de pôle qui peuvent par la suite affiner leur étude sur les tableaux de bord de pôle. Comme eux, le tableau de bord institutionnel est accessible sur l'intranet du centre hospitalier. Il comprend des données totales pour l'établissement et pour certains indicateurs par unité médicale du mois et l'année n et du mois et de l'année n-1 ainsi que le pourcentage de variation.

Dans le cadre de la contractualisation, les pôles doivent disposer d'outils performants de suivi de leurs dépenses et de leurs recettes. Des outils de gestion complémentaires ont par conséquent été déployés avec la mise en place des CREA et des budgets de pôle. Les CREA sont des outils de comparaison des recettes liées à l'activité du pôle (notamment les recettes T2A) et du coût de réalisation de cette activité comprenant à la fois les charges directes (dépenses de personnel, médicament...), les charges indirectes (imagerie, biologie, bloc opératoire...) et les charges de structure (entretien des bâtiments, eau, électricité...). Il s'agit par conséquent d'une logique d'analyse en coût complet indispensable au pôle pour connaître le coût réel de son activité et la composition de ce coût. Les CREA sont produits annuellement et permettent de constater les recettes et les dépenses réalisées. Au contraire des tableaux de bord de pôle qui sont un outil de suivi des contrats de pôle, le CREA représente plutôt un « rétro-viseur » pour le pôle,

⁶⁴ Cf Annexe 4 « Tableau de bord institutionnel du CHM ».

l'intéressant dans l'analyse *a posteriori* de sa gestion. Le CREA est, en ce sens, tout à fait complémentaire du budget de pôle. En effet, le budget de pôle est élaboré en prévision des recettes et des dépenses du pôle, il constitue donc un moyen de suivre l'activité du pôle. Il concerne, par ailleurs, uniquement les éléments que le pôle peut maîtriser. Par conséquent, il n'intègre pas les charges de structure et certaines dépenses non maîtrisables.

Dans son guide, la MEAH conseille également aux établissements de mettre en place des TCCM en tant qu'outil « d'évaluation analytique qui permet de comparer les charges d'exploitation MCO d'un établissement de santé avec un établissement virtuel ayant strictement la même activité, au GHM près, mais dont les coûts de production sont calculés à partir des coûts unitaires identifiés par l'ENC⁶⁵ ». Le TCCM a ainsi pour avantage d'expliquer les résultats d'un pôle en introduisant une comparaison externe. Le centre hospitalier de Montélimar n'a pas souhaité se doter d'un tel outil. Au-delà des limites de l'approche comparative avec les coûts produits par l'ENC, il est techniquement difficile à réaliser. La répartition des coûts entre les différentes unités ayant participé à la prise en charge du patient représente par exemple un problème non négligeable à résoudre. Il est par conséquent nécessaire de disposer d'un système d'information ayant un niveau de performance que n'a pas encore atteint celui de l'établissement⁶⁶. Cet argument a d'autant plus de sens que le TCCM ne permet d'analyser qu'une partie de l'activité MCO. De même, un pilotage de l'activité au niveau du séjour ne paraît pas très pertinent au regard de la taille du centre hospitalier. Il pourrait présenter un intérêt pour certains GHS très volumineux (comme les interventions sur le cristallin) mais concernerait des volumes trop faibles pour établir des conclusions fiables sur les autres GHS. Le risque par un pilotage trop fin serait également de déterminer au sein d'un service les GHS « rentables » ou non et d'entraîner involontairement une certaine sélection des patients. Or, les outils de gestion mis en place doivent servir l'établissement pour lui permettre de mener à bien sa mission de service public.

La démarche de co-construction des outils de gestion, l'analyse des enjeux médicaux au regard de la gestion ou encore l'appropriation de ces éléments par les équipes de pôle sont autant d'étapes devant contribuer à la mise en place d'une contractualisation effective au sein de l'établissement.

⁶⁵ MEAH, février 2009, *Nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôle : CREA, CREO, TCCM, tableaux de bord, une aide méthodologique au dialogue de gestion*, p.31.

⁶⁶ La prescription et la dispensation nominative généralisée ne sont, par exemple, pas encore en place dans tous les services de l'établissement.

2.2.2 Un premier pas vers une contractualisation effective.

A) Un objectif à court terme : la signature des contrats de pôle.

La rédaction des projets de gestion a mobilisé les équipes de pôle pendant cinq mois. L'enjeu à court terme est par conséquent de ne pas les décevoir et d'éviter un essoufflement du projet par un délai trop long avant la signature des contrats de pôle. En effet, la démarche a fait naître de nombreux espoirs en termes d'autonomie et de souplesse de gestion. L'objectif est donc aujourd'hui de procéder à la contractualisation, sur la base des délégations de gestion définies par la charte de la nouvelle gouvernance.

Les délégations de gestion ont déjà été organisées dans le cadre de la rédaction de la « charte de la nouvelle gouvernance » tout comme un « contrat type ». La contractualisation est par conséquent en grande partie encadrée. Pour la gestion des ressources humaines, il s'agit de la formation, des moyens de remplacement et de renforts, de l'évaluation du personnel non médical et des sages-femmes, des affectations au sein des pôles et des décisions d'opportunité des recrutements non médicaux. Pour la gestion des ressources physiques, les délégations concernent les produits pharmaceutiques et les dispositifs médicaux, les prestations de service à caractère médical, les fournitures diverses, les équipements et les travaux et la maintenance. Sur ce dernier point, les pôles disposent également d'une première expérience. En 2008, des enveloppes avaient été attribuées aux pôles afin de leur confier l'achat de petit matériel et de mobilier. Il est cependant regrettable que ce montant global de 187700 euros n'ait pas été réparti sur la base d'un indicateur objectif. Il a été partagé à la suite de discussion du conseil exécutif qui a « estimé » la taille des pôles pour répartir cette somme. Les délégations de gestion sont très encadrées par les procédures définies par la direction et validées par le Conseil exécutif afin de respecter les normes réglementaires, le règlement intérieur et d'assurer la cohésion de l'établissement.

Plusieurs points devront cependant être négociés dans le cadre de la signature des contrats. Ils concernent notamment l'intéressement du pôle, les sanctions prévues en cas de non respect des objectifs définis et enfin les modalités d'organisation des contrats de prestation entre les pôles. L'intéressement est une question particulièrement sensible puisqu'il doit permettre de motiver les pôles sans entraîner la division de l'établissement. Pour cela, il ne doit pas être basé seulement sur une logique comptable mais sur l'atteinte d'objectifs qualité, de volumes d'activité ou encore de maîtrise de certains postes de dépense. Il s'agit donc plutôt de contractualiser sur la dynamique du pôle plutôt que sur

son résultat comptable, notamment pour ne pas léser les pôles structurellement déficitaires. L'intéressement doit représenter une sorte de « prime exceptionnelle » pour le pôle lorsqu'il a atteint les objectifs qui lui étaient fixés. De ce fait, il doit concerner des dépenses non pérennes comme l'investissement biomédical et non des recrutements dont la charge se reporte d'année en année. La création de poste peut par contre faire l'objet d'un contrat en contrepartie d'une hausse prévisible de l'activité. Par ailleurs, la question des sanctions mérite d'être abordée. Elle représente souvent un élément difficile à faire passer vis-à-vis des pôles d'où l'importance d'être d'accord dans le cadre du contrat sur les indicateurs de son suivi. Les sanctions peuvent, par exemple, consister en des mensualités de remplacement en moins en cas de baisse de l'activité sans lien avec les absences. Il faut néanmoins réussir à sanctionner sans pour autant renforcer les dysfonctionnements du pôle. Le dialogue de gestion entre le pôle et la direction est par conséquent très important afin d'analyser les raisons qui ont empêché le pôle d'atteindre ses objectifs. Enfin, il est important de permettre la signature de contrat inter-pôles tout en établissant au niveau institutionnel les modes de fixation des prix de prestations entre les pôles. En effet, il faut éviter de conduire à une politique inflationniste par une augmentation des actes des pôles prestataires alors que cela n'est pas nécessaire.

La signature des contrats entre les pôles et la direction constitue la suite logique de la rédaction des projets de gestion et de la mise en place des tableaux de bord. Elle doit se faire rapidement pour répondre aux attentes des équipes. Les pôles « Chirurgie » et « Transversal » pourraient débiter cette nouvelle phase de la démarche. En effet, ces pôles sont particulièrement concernés par la T2A. Ils semblent par conséquent plus faciles de leur fixer des objectifs dans le cadre d'un contrat. De même, les deux chefs de pôle concernés se sont fortement impliqués dans la démarche de rédaction des projets de gestion. Ils maîtrisent ainsi à la fois les enjeux de leur pôle, les indicateurs qui ont été retenus et la manière de les utiliser. Ils seraient par conséquent en capacité de négocier le contrat avec la direction.

Le choix du pôle Chirurgie pour un premier contrat serait d'autant plus pertinent qu'une expérimentation de la contractualisation a été réalisée, au cours de l'année 2007, avec l'un de ses praticiens. En effet, un contrat a été signé entre la direction et l'ophtalmologue de l'établissement pour augmenter la part des interventions sur le cristallin réalisée en ambulatoire et ainsi développer l'activité d'ophtalmologie. En contrepartie, des moyens supplémentaires ont été alloués à cette activité : du temps médical, temps Infirmière de Bloc Opératoire Diplômée d'État (IBODE) et temps Aide Soignant (AS) ainsi que l'acquisition de matériel et l'ouverture de nouvelles plages opératoires. Il s'agissait de répondre aux incitations financières liées à l'évolution du tarif du GHS en passant de 30%

à 80% de l'activité réalisée en ambulatoire. En un an, l'objectif est presque atteint puisque 70% des interventions sont réalisées en ambulatoire. Le contrat a, dans ce cas, eu un effet doublement positif puisque l'établissement a développé son activité ambulatoire et le praticien a pu la réaliser dans des conditions plus satisfaisantes pour lui.

De même, la création de l'HAD a fait l'objet d'une étude médico-économique fixant des objectifs d'activité et donc de recettes puisque dès 2006, 100% de la facturation était fonction de l'activité (aucune part fixe n'était attribuée à l'établissement contrairement au MCO). Leur équipe est par conséquent familiarisée avec la logique de contractualisation.

Cette étape de contractualisation doit être réalisée rapidement afin de profiter de la dynamique d'élaboration des projets de gestion. Une grande partie des indicateurs sont déjà disponibles et il est par conséquent possible d'organiser le suivi du contrat de la part du pôle et de la direction. Attendre plus longtemps risquerait de conduire à un désintérêt des équipes pour la démarche. Au-delà des contrats, d'autres axes de réflexion doivent cependant être envisagés pour permettre une contractualisation effective.

B) Des actions à mener à moyen et long termes pour pérenniser la démarche.

Le travail réalisé dans le cadre de la démarche d'élaboration des projets de gestion ne présente un intérêt que s'il s'accompagne des mesures permettant de concrétiser, à moyen et long termes, les projets élaborés. Pour cela, une organisation du dialogue de gestion semble indispensable à moyen terme afin de faire vivre les outils mis en place. Il s'agit notamment de s'interroger sur la place du contrôle de gestion dans la régulation interne au-delà de la création des tableaux de bord. A long terme, une réflexion doit être conduite sur la manière de les perfectionner et d'assurer une contractualisation de qualité.

- **Organiser la régulation interne après la contractualisation dans le cadre d'un dialogue de gestion formalisé.**

Actuellement, une réelle dynamique de pilotage médico-administratif s'est mise en œuvre dans l'établissement. Ce décloisonnement est notamment dû au contrôle de gestion qui a réussi, en déployant ses outils d'analyse, à se positionner comme un interlocuteur incontournable et indispensable aux pôles⁶⁷. Il a démontré son importance comme aide

⁶⁷ La démarche a d'ailleurs eu des conséquences inattendues en termes d'intégration du contrôleur de gestion aux pôles. Les équipes lui ont spontanément fait part d'informations susceptibles de l'intéresser (visite d'un autre établissement sur la gestion du bloc opératoire) et l'ont même convié à participer à certaines réunions (restitution de l'audit d'un service). Un tel échange semble un premier pas prometteur vers le dialogue de gestion.

aux pôles dans la définition des actions leur permettant d'atteindre leurs objectifs et ainsi d'améliorer la performance de l'établissement. Cette première mise en place du dialogue de gestion doit désormais être confortée et formalisée aussi bien entre la direction et les pôles, qu'entre les pôles eux-mêmes et entre les unités médicales composant un pôle. Deux éléments pourraient contribuer à un tel dialogue : la mise en place de revues de gestion et la réalisation de fiches de synthèse communes d'analyse des tableaux de bord.

Le pôle VOG, qui s'est déjà approprié les outils de gestion réalisés, commente dès à présent les données d'activité lors de ses bureaux de pôle et en prépare l'analyse lors des réunions préparatoires avec l'équipe gestionnaire. Il semblerait pertinent d'étendre ce type de fonctionnement aux autres pôles et d'intégrer le contrôleur de gestion au bureau de pôle pour établir une réelle **revue de gestion**. L'analyse des chiffres serait ainsi plus complète et permettrait d'éclairer certaines situations quant au suivi de l'activité (baisse d'activité, augmentation de l'absentéisme...), aux écarts possibles entre prévisions et budgets réalisés ou encore au suivi des actions mises en œuvre. Un tel travail serait important à la fois pour le pilotage du pôle et celui de l'établissement. De même, au sein du pôle, le contrôleur de gestion aurait un rôle, d'une part, de conseiller sur la gestion du pôle lui-même en attirant l'attention du chef de pôle sur le suivi des objectifs des contrats et, d'autre part, d'animateur entre les unités médicales pour comprendre leurs évolutions d'activité. Un tel fonctionnement contribuerait à l'acculturation des équipes médico-soignantes et administratives à une gestion commune.

Des feuilles de synthèse pourraient également être élaborées afin de garantir un échange entre le pôle et le contrôle de gestion. Sur le modèle des fiches réalisées au centre hospitalier du Val d'Ariège, elles donneraient au chef de pôle, dans un premier temps, la possibilité de faire passer au contrôleur de gestion son analyse et les raisons d'une situation, mais également, dans un second temps, d'exposer sa position par rapport aux analyses produites par le contrôle de gestion et de les inférer le cas échéant par une argumentation contradictoire. L'objectif serait de disposer d'un lien maintenant le dialogue entre deux revues de gestion. Ces fiches seraient ainsi à l'origine d'un réel échange avec le pôle et non d'une diffusion de l'information de la direction vers le pôle via le contrôle de gestion. Elles représenteraient aussi un moyen d'assurer la mise en place de plans d'action correctifs en cas d'alerte. Elles contribueraient à une responsabilisation du chef de pôle par son engagement écrit quant à l'analyse de la gestion de son pôle.

- **Renforcer le binôme contrôleur de gestion/ médecin DIM.**

L'un des axes d'amélioration dans le travail réalisé réside également dans la manière d'impliquer le médecin DIM. En effet, bien qu'il soit membre de la cellule médico-

économique d'analyse de gestion, sa participation à la démarche est demeurée mineure. Cette situation tient notamment à son positionnement essentiellement sur les questions techniques de facturation plutôt que sur les problématiques transversales. Son choix d'appartenir au pôle Plateau technique plutôt qu'au pôle Management est révélateur à cet égard. Ce service relève pourtant des missions « régaliennes » de l'hôpital, il ne peut faire l'objet d'un contrat et représente un partenaire indispensable à la réalisation d'une comptabilité analytique médicalisée. Il établit notamment le lien entre dimensions financière et médicale. Une réflexion doit donc être conduite afin d'améliorer la collaboration du DIM et du contrôle de gestion.

- **Anticiper le besoin d'évaluation et de réactualisation des outils.**

En outre, l'amélioration des outils de gestion reposera, à long terme, sur la capacité de l'établissement à les évaluer et à les réactualiser. Les tableaux de bord comme les projets de gestion ne doivent pas être des outils figés. Au contraire, ils doivent perpétuellement s'adapter aux évolutions de l'activité, de la structure, du fonctionnement interne de l'établissement pour répondre aux besoins de la direction et des chefs de pôle. En ce sens, il semble important d'anticiper ces évolutions et de s'assurer de leur pertinence en envisageant les moyens de les évaluer et de les perfectionner. Le suivi des contrats de pôle devrait permettre de vérifier l'actualité des enjeux définis dans les projets de gestion. Une évaluation des indicateurs sélectionnés dans les tableaux de bord par les pôles, la direction et le contrôle de gestion doit néanmoins être organisée notamment à travers une analyse de leur utilisation et de leur capacité à entraîner des plans d'amélioration. La réactualisation de la démarche est également à envisager dès à présent étant donné l'importance du travail qu'elle représente. Elle doit notamment tendre vers un amenuisement de la logique de réflexion par unités médicales au profit d'une réflexion en pôles.

- **Élargir la démarche aux pôles administratifs.**

Une dernière perspective peut être évoquée avec l'intégration pleine et entière des pôles administratifs dans la nouvelle gouvernance. Des questions sont alors à résoudre en termes d'évaluation de la performance de ces pôles, de la fixation de leurs objectifs et des ressources nécessaires à leur fonctionnement. Le pôle Logistique est notamment intéressé par cette démarche puisqu'il a émis la volonté de rédiger son projet de gestion et de sélectionner ses propres indicateurs de suivi.

Conclusion

La dimension stratégique prise par les tableaux de bord de pôle dans le contexte de la nouvelle gouvernance et de la contractualisation les rend particulièrement intéressants à étudier. Les perspectives d'utilisation de ces outils démontrent à quel point la démarche d'élaboration utilisée est importante pour que les contrats signés soient inscrits dans le projet d'établissement tout en permettant la réalisation d'objectifs propres aux pôles. La démarche de contractualisation interne ne fait pas l'objet d'une réglementation uniforme. Elle reflète le choix politique d'un établissement à travers la dynamique créée tant par l'administration que par les équipes médicales, soignantes et médico-techniques.

Le pari du Centre Hospitalier de Montélimar était que la transparence et la concertation permettraient d'établir une contractualisation de qualité. Aujourd'hui, l'établissement dispose de projets de gestion de pôle définissant les enjeux médico-soignants au regard des problématiques de gestion. Rédigés avec les équipes, validés par le Conseil exécutif et présentés pour information aux Instances, ces documents représentent une base commune sur laquelle la direction et les pôles s'accordent. Ils comprennent également des tableaux de bord permettant le suivi et l'évaluation des propositions faites. Cette démarche concertée a été très positive pour que chacun se positionne dans ce nouveau mode de fonctionnement de l'hôpital. Pour assurer son succès, il faut la concrétiser rapidement par la signature des contrats.

La transversalité et la dimension stratégique pour l'établissement d'un tel projet l'a rendu particulièrement intéressant à conduire pour un futur directeur. Il a permis d'allier la théorie et la pratique à travers la rédaction des projets de gestion avec la mise en place technique des tableaux de bord. De même, l'analyse effectuée *a posteriori* dans le cadre de la rédaction du mémoire a mis en évidence les enseignements à en tirer pour améliorer la pratique professionnelle.

Bibliographie

Textes réglementaires

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé

Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

Ordonnance n°2005-1112 du 1^{er} septembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière.

Circulaire DH/AF/AF 3 n° 97-304 du 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne des établissements publics de santé.

Présentation de la réforme de la gouvernance hospitalière (Texte DHOS daté de juin 2007).

Ouvrages généraux sur le contrôle de gestion

MOISDON JC., 1997, *De l'existence des outils de gestion : Les instruments de gestion à l'épreuve de l'organisation*, éd Seli Arslam, 283 p.

DEMEESTERE R., 2005, *Le contrôle de gestion dans le secteur public*, éd LGDJ-EJA, 224 p.

BOUSSARD V., 2008, *Sociologie de la gestion : Les faiseurs de performance*, éd Belin, 263 p.

Ouvrages spécialisés sur l'hôpital

MEAH, février 2009, *Nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôle* : CREA, CREO, TCCM, tableaux de bord, une aide méthodologique au dialogue de gestion, 141 p.

PERROT J., DE ROODENBEKE E., 2005, *La contractualisation dans les systèmes de santé. Pour une utilisation efficace et appropriée*, éd KARTHALA, 575 p.

Mémoires EHESP

BUISSON T., 2008, *Le Tableau de bord : instrument de pilotage de la performance pour le directeur des soins*, Mémoire de fin d'études : EHESP, 43 p.

GILARDI H., 2000, *Contractualisation interne et outils de gestion au CHU de Rennes : enjeux techniques et stratégiques*, Mémoire de fin d'études : EHESP, 86 p.

GUIHENEUF R., 2008, *La valorisation des prestations inter-pôles dans le cadre d'une politique de contractualisation interne ; méthodologies et enjeux stratégiques*, Mémoire de fin d'études : EHESP, 77 p.

LHOMME Y., 2006, *De l'intérêt des tableaux de bord pour le pilotage dans la nouvelle gouvernance : l'exemple au Centre hospitalier de Gonesse*, Mémoire de fin d'études : ENSP, 78 p.

Articles de presse spécialisée

BARAT S., janvier/février 2009, « Tableau de bord : Gadget ou aide au pilotage ? », *Revue Hospitalière de France*, n°526, pp. 20-21

BICHIER E., FELLINGER F., janvier/février 2009, « Le pôle, modèle inachevé ? », *Revue hospitalière de France*, n°526, pp.22-23.

CALMON M., novembre/décembre 1997, « Contractualisation interne et délégation de gestion », *Revue hospitalière de France*, n°6, pp.832-843.

CHANNET A., PRADALIE G., PRENTOUT N., SANQUER R., janvier/février 2009, « Management des pôles. État des lieux et perspectives. », *Revue hospitalière de France*, n°526, pp16-18.

COFFIGNOT B., DELABY S., FOURNIE E., NEIRINCK AS., février 2007, « Contractualisation interne. Expérimentation au CHRU de Lille. », *Gestions hospitalières*, n°463, pp.121-124.

COUDRAY MA., BARTHES R., janvier 2006, « Le management hospitalier à la croisée des chemins », *Gestions hospitalières*, n°452, pp.18-23.

COURPASSON, D., septembre-octobre 1998, « Le changement est un outil politique », *Revue Française de Gestion* n° 120, pp.6-16.

COUTY E., mai 2002, « L'enjeu de la contractualisation interne pour les établissements de santé », *Gestions hospitalières*, n°416, pp. 315-317.

DONGRADI JL., mars 2008, « Hôpital 2007... Sauvé par un nouveau mode de management ? », *Gestions hospitalières*, n°474, pp. 165-171.

DUBOIS R., mai 2002, « L'expérience de la contractualisation au CHU de Rennes », *Gestions hospitalières*, n°416, pp. 335-338.

DOMIN JP., janvier 2006, « La nouvelle gouvernance ou le retour en force de l'hôpital-entreprise », *Gestions hospitalières*, n°452, pp. 24-28.

FAURE A., « Nouvelle gouvernance. Inquiétudes et espoirs des futurs acteurs », *Gestions Hospitalières*, n°452, pp.29-32.

GUERIN JP., HELOURY Y., mai 2002, « L'expérience de la contractualisation interne au CH d'Avignon », *Gestions Hospitalières*, n°416, pp. 329-333.

GOTTSMANN J., « Pratique de la contractualisation interne : état des lieux », *Gestions hospitalières*, n°416, pp. 305-309.

GOTTSMANN J., PONTONNIER MA., décembre 2002, « Contrôle de gestion/ressources humaines : mise en place de tableaux de bord sociaux par service », *Gestions hospitalières*, n°421, pp. 780-784.

HUBERT J., DUBOIS R., novembre 2000, « Culture de gestion plus que redressement budgétaire : deux ans de contractualisation interne au CHU de Rennes », *Gestions Hospitalières*, n°400, pp. 671-676.

LASCOLS S., COURANT P., mai 2002, « L'expérience de la contractualisation interne au CH d'Avignon », *Gestions Hospitalières*, n°416, pp. 341-344.

LETEURTRE H., mai 1995, « Les tableaux de bord sociaux », *Gestions hospitalières*, pp.416-421

NUYTEN B., GROSSETETE R., BONSIRVEN N., janvier/février 2009, « Pôles et performance hospitalière. Retour d'expérience du CH de Carcassonne », *Revue Hospitalière de France*, n°526, pp.28-31.

RAVELO DE TOVAR A., GUIDT M., « Le pilotage des missions des établissements publics de santé. Un nouveau paradigme », *Gestions Hospitalières*, n°452, pp.12-17.

SELLERET FX., COURAY-TARGE S., novembre 2005, « Pilotage des établissements. L'intérêt des indicateurs sentinelles opérationnels », *Gestions Hospitalières*, n°450, pp. 687-694.

SEGADE JP, ESCOFFIER M, mai 2002, « L'expérience de contractualisation interne au CHS de Bron », *Gestions Hospitalières*, n°416, pp. 345-347.

SERRE O., SIGNAC F., novembre 2007, « Élaboration des tableaux de bord : une ardente obligation », *Gestions Hospitalières*, n°470, pp. 638-643.

OUSSAR E., octobre 2005, « Tarification à l'activité et systèmes d'information hospitaliers : un conte de fées ? », *Gestions Hospitalières*, n°449, pp. 634-639.

ULRICH MA., novembre 2003, « Pôle d'activité et changement de gouvernance au CHU de Grenoble », *Gestions hospitalières*, cahier 181, n°430, pp.717-718

ZIMMERMANN JF., mars 2008, « Nouvelle gouvernance, contrat de pôle... L'expérience au CHU de Toulouse », *Gestions hospitalières*, n°474, pp.162-164.

Documents internes

Guide de gestion par pôles du CHU de Toulouse.

Règlement intérieur des pôles de gestion du CHU de Toulouse.

Charte de la Nouvelle Organisation du CHIVA.

Projet de gestion du CHIVA 2005-2009

Mode d'emploi de lecture des tableaux de bord des pôles et des UMA du CHIVA

Charte de la Nouvelle gouvernance du Centre hospitalier de Montélimar

Nouvelle gouvernance et gestion des ressources humaines au CHM.

Sites internet

www.chi-val-ariège.fr

www.chu-toulouse.fr

www.santé.gouv.fr

<http://fr.wikipedia.org/wiki/SWOT>

Liste des annexes

Annexe 1 Exemple de tableau de bord de pôle du CHIVA

Annexe 2 Exemple de « feuille de synthèse » du CHIVA

Annexe 3 Organisation des pôles cliniques et médico-technique au CHM

Annexe 4 Tableau de bord institutionnel

Annexe 5 Sommaire du projet de gestion du pôle Chirurgie

Annexe 6 Tableau de bord du pôle Chirurgie

Remarque : *Le choix a été fait de présenter l'ensemble du tableau de bord institutionnel et du tableau de bord d'un pôle encore en cours d'élaboration. L'objectif est de montrer l'importance des données mises à disposition des pôles.*

Annexe 1 Exemple de tableau de bord de pôle du CHIVA

INDICATEURS D'EFFICIENCE ET DE QUALITE RETENUS DANS LE CADRE DE LA PROCEDURE DE CONTRACTUALISATION

Indicateurs choisis par le Conseil Exécutif

Performance Dms

Unités d'hospitalisation	2005	2006	2007	Objectif 2008	résultat 2ème trimestre 2008	
Médecine	1,47 %	-6,91 %	-1,66%	0 % (Dms nationale)	-1,84%	
Cardiologie	8,85 %	7,30 %	13,19 %	13,19 %	14,90%	
Pneumologie	- 10,31 %	- 9,81 %	- 17,99 %	0 % (Dms nationale)	-8,14%	
Gastrologie	- 6,09 %	0,83 %	3,84 %	3,84 %	7,01%	
Néphrologie	- 1,34 %	- 1,62 %	4,07 %	0 % (Dms nationale)	9,56%	

Délai de codage

Unités d'hospitalisation	2005	2006	2007	Objectif 2008 (en nombre de jours)	résultat 2ème trimestre 2008	
Médecine	60	57	74	30	26,77	
Cardiologie	51	53	37	30	21,33	
Pneumologie	73	67	58	30	28,7	
Gastrologie	43	45	41	30	23,75	
Néphrologie	35	42	37	30	25,39	

Taux de retour des questionnaires de satisfaction

Unités d'hospitalisation	2005	2006	2007	Objectif 2008	résultat 2ème trimestre 2008	
Médecine 1	16%	15%	11%	16%	20%	
Médecine 2	17%	11%	15%	17%	20%	
Hj médecine	12%	3%	0%	12%	0%	
Cardiologie	24%	20%	20%	24%	24%	=
Pneumologie	18%	15%	13%	18%	7%	
Gastrologie/Néphro	13%	9%	10%	13%	8%	
Hj spécialités médicales	3%	2%	3%	11%	3%	

Annexe 2 Exemple de « feuille de synthèse » du CHIVA

ANNEXE 11.2	FEUILLE SYNTHETIQUE DE L'ANALYSE DES RESULTATS	2ème trimestre 2008
Pôle X		page:1/2
RESSOURCES HUMAINES		
CONSOMMATION EN MOYENS DE REMPLACEMENT		
Absentéisme		
Maladie ordinaire, enfant malade, autorisation d'absence (hors congés maternité, CLM et CLD, accidents du travail, de trajet ou maladie professionnelle considérés comme risque institutionnel)		
Dépassement de 38% dès le second quadrimestre des moyens accordés pour l'année. Ces remplacements concernent principalement la catégorie aide soignante. Les arrêts de travail sont en majorité des arrêts longs liés aux congés maladies ordinaires pré et post maternité pour les IDE ou arrêts longs maladie ordinaire pour les AS. L'absence de données pour les secrétaires minore la véracité des moyens réellement consommés.		
BESOINS Spécifiques		
Réunions de formation interne, conseil de pôle, heures supplémentaires, congés exceptionnels		
Le dépassement des moyens alloués pour les réunions, formation etc. est du à une recrudescence des heures supplémentaires: en gastro-néphrologie (100h supplémentaires) et en médecine 1(67,5h supplémentaires). L'absence de données pour les secrétaires minore la véracité des moyens réellement consommés.		
TAUX d'absentéisme		
Les données du pôle Médecine se dégradent sur le 2ème quadrimestre mettant en évidence un taux d'absentéisme nettement supérieur aux données BDHF+ 135% pour les AS et + 35,72 % pour les IDE. L'analyse comparative avec les moyennes de l'établissement met en évidence que le ratio des IDE se rapproche de celui du CHIVA contrairement au ratio des AS qui est supérieur de 73%. La tendance constatée au 1er quadrimestre se confirme et s'accroît.		
SIIPS		
La moyenne du pôle est pour ce quadrimestre sensiblement similaire à la moyenne du Chiva. Les variations notables sont: une baisse en médecine 2 ; une baisse en pneumologie (due probablement à une baisse de l'activité) et une forte hausse en gastro néphrologie (due probablement à une cotation plus adaptée). La différence forte entre les unités en terme de coefficients de charge par agent expliquent l'augmentation importante des renforts imputables.		
DEPENSES MEDICALES, HOTELIERES ET PRESTATIONS INTERNES		
Dépenses Médicales		
Évolution de la dépense de Médicaments et Produits sanguins stables (comptes 60211 12 et 15)		-6,82%
Les dépenses de médicaments financés en sus ont diminué de 9 % entre le 2ème quadrimestre 2007 et 2008. Ceci entraîne une baisse globale des dépenses de médicaments et de produits sanguins stables de -6,82 % sur la période. Elle résulte d'une activité d'hospitalisation complète en diminution générale et d'une durée moyenne de séjour raccourcie.		
Évolution de la dépense de dispositifs médicaux implantables (compte 60226) = Pace maker		22,56%
La dépense de dispositif médical implantable a fortement progressé au cours du 2ème quadrimestre 2008 par rapport au 2ème quadrimestre 2007, elle correspond à une augmentation liée à l'implémentation de pace maker pour laquelle la totalité des coûts est financée en sus dans le cadre de la TAA.		
Évolution du coût à la journée de matériel à usage unique stérile		
L'analyse détaillée du coût à la journée met en évidence de fortes progression au niveau des unités de médecine 1, 2, hôpital de jour de médecine.		  =
A l'inverse, on note de forte baisse au niveau de l'unité de pneumologie, de gastro entérologie, de cardiologie et de l'hj de spécialités médicales.		
L'augmentation relevée sur les unités de dialyse est moins significative.		
Évolution du coût à la journée de médicaments et de produits sanguins stables		
On constate entre 2007 et 2008 pour l'ensemble des unités, des variations importantes et disparates du coût à la journée des dépenses de médicaments et de produits sanguins stables. Ces évolutions sont difficilement interprétables et peuvent trouver explication dans la réduction du nombre d'hébergements, réduction liée à l'ouverture début décembre 2007 des unités de court séjour gériatrique et d'ussr qui a permis une meilleure régulation des entrées permettant ainsi de favoriser les admissions directes dans les unités dont relève effectivement le patient.		
Les 5 premiers médicaments les plus consommés en valeur représentent 38 % de la dépense totale de médicaments (en 2007 le % était de 35 %).		
Évolution de la consommation d'actes de biologie		
Globalement le volume d'actes de biologie réalisé en interne augmente par rapport à l'an dernier (+9 %). Cette évolution n'est pas explicable étant donné que l'activité globale diminue. Ramené au nombre de B consommés par patient, on constate là aussi une nette progression sur les activités de médecine 1,2 cardiologie et dialyse.		
La consommation de biologie de sous traitance tout comme la consommation ramenée à la journée augmente également (respectivement de +16 % et +13%).		
Dépenses Hôtelières		
Dépenses hôtelières		
L'analyse ne portent que sur les 5 postes de dépense sur lesquels le pôle peut directement avoir une influence. Ces dépenses sont stables par rapport à la même période de l'an dernier tout en relevant un niveau d'activité inférieur. L'évolution des dépenses du poste "habillement" mérite d'être analysée plus finement pour s'assurer de la normalité de l'évolution relevée.		=
Blanchisserie et restauration		
Les évolutions constatées ne sont pas conformes à l'évolution d'activité, elles sont nettement plus importantes, ceci mérite de comprendre les fondements.		
Téléphone		
Le nombre de communications téléphoniques évolue de 6%.		
ANALYSE DE L'ÉVOLUTION DES DEPENSES DIRECTES ET INDIRECTES		
Elles évoluent de + 1.90 % par rapport à l'an dernier et se situent en dessous du budget octroyé soit - 1%. Les dépenses directes diminuent globalement de -0,85 % occasionnée essentiellement par une diminution des dépenses de titre 2 (médicales). Les dépenses indirectes augmentent dans le même temps de + 4,74 %. Il s'agit des dépenses de fonctions médico-techniques (blocs opératoires, laboratoires, imagerie, rééducation et dialyse)		

Annexe 3 Organisation des pôles cliniques et médico-technique au CHM

NB : En plus de ces 7 pôles cliniques et médico-technique, il existe 2 pôles administratifs (management et logistique) qui n'ont pas été concernés, dans cette première phase, par le projet présenté.

Pôle A : Femme/Mère/Enfant/

Pédopsychiatrie

Gynécologie/obstétrique

Pédiatrie

Pédopsychiatrie

Pôle B :

Urgences/Réanimation

Accueil et traitement des urgences

SMUR

Réanimation et soins continus

Prélèvements de tissus et d'organes

Pôle C :

Viscéral/Oncologie/Gastroentérologie

Chirurgie viscérale

Chirurgie urologique

Gastro-oncologie

Oncologie

Radiothérapie

Hospitalisation ambulatoire

Pôle D :

Chirurgie

Orthopédie

Tête et cou

Anesthésie

Pôle E : Médecine/Gériatrie/Réadaptation

Cardiologie/Neurologie

Pneumologie/Spécialités

CSG/EMG

SSR/EVC/Consultations de gériatrie

SLD/EHPAD

Pôle F : Plateau technique

Bloc opératoire

Imagerie médicale

Consultations externes

Laboratoire

Pharmacie à usage intérieur

SLIM

UFH

Pôle G : Transversal

HAD et rééducation et réadaptation fonctionnelle

Soins de support

Annexe 4 Tableau de bord institutionnel du CHM

Tableau de bord de suivi d'activité cumulé à fin Juillet

		Nb de lits	Nombre d'entrées				Nombre de journées				DMP				Activité d'hospitalisation			
			Juillet 2008	Juillet 2009	Variation Valeur	%	Juillet 2008	Juillet 2009	Variation Valeur	%	Juillet 2008	Juillet 2009	Variation Valeur	%	Juillet 2008	Juillet 2009	Variation Valeur	%
VOG	Gastro-entérologie HC	12	150	145	-5	-3,33%	1 201	1 022	-179	-14,90%	8,01	7,05	-0,96	-11,97%	101,78%	104,18%	2,40%	2,36%
	Gastro-entérologie HS	4	44	77	33	75,00%	118	214	96	81,36%	2,68	2,78	0,10	3,63%	65,56%	84,92%	19,37%	29,54%
	Oncologie HC	4	79	40	-39	-49,37%	390	309	-81	-20,77%	4,94	7,73	2,79	56,48%	70,52%	85,83%	15,31%	21,71%
	Oncologie HS	8	122	124	2	1,64%	208	230	22	10,58%	1,70	1,85	0,15	8,79%	46,22%	45,63%	-0,59%	-1,27%
	Chirurgie viscérale et générale	24	292	336	44	15,07%	1 667	1 759	92	5,52%	5,71	5,24	-0,47	-8,30%	76,82%	83,29%	6,47%	8,42%
	ACHA	5					354	401	47	13,28%					77,80%	89,11%	11,31%	14,54%
	Hôpital de jour médecine	3					264	270	6	2,27%					96,70%	104,65%	7,95%	8,22%
	Hôpital de jour oncologie	5					535	746	211	39,44%					117,58%	165,78%	48,20%	40,99%
Total VOG		65	687	722	35	5,09%	4 737	4 951	214	4,52%	6,90	6,86	-0,04	-0,55%	82,87%	92,25%	9,38%	11,31%
Chirurgie	Orthopédie	24	247	253	6	2,43%	1 760	1 904	144	8,18%	7,13	7,53	0,40	5,62%	74,39%	88,15%	13,76%	18,50%
	Ophtalmologie	4	92	65	-27	-29,35%	105	76	-29	-27,62%	1,14	1,17	0,03	2,45%	42,34%	30,16%	-12,18%	-28,77%
	ORL	2	3	44	41	1366,67%	7	93	86	1228,57%	2,33	2,11	-0,22	-9,42%		51,67%	51,67%	
	Stomatologie	4	45	34	-11	-24,44%	175	66	-109	-62,29%	3,89	1,94	-1,95	-50,08%	48,08%	18,33%	-29,74%	-61,87%
Total Chirurg		34	387	396	9	2,33%	2 047	2 139	92	4,49%	5,29	5,40	0,11	2,12%	68,74%	72,46%	3,72%	5,41%
Médecine - Gé	Pneumologie	16	145	117	-28	-19,31%	1 469	1 446	-23	-1,57%	10,13	12,36	2,23	21,99%	100,89%	100,42%	-0,48%	-0,47%
	Rhumatologie	4	28	31	3	10,71%	304	352	48	15,79%	10,86	11,35	0,50	4,58%	83,52%	97,78%	14,26%	17,08%
	Néphrologie	4	19	25	6	31,58%	156	292	136	87,18%	8,21	11,68	3,47	42,26%	42,86%	81,11%	38,25%	89,26%
	Addictologie	2	33	26	-7	-21,21%	236	190	-46	-19,49%	7,15	7,31	0,16	2,18%	81,38%	105,56%	24,18%	29,71%
	Endocrinologie	4	33	50	17	51,52%	233	376	143	61,37%	7,06	7,52	0,46	6,51%	88,26%	104,44%	16,19%	18,34%
	Cardiologie	20	235	221	-14	-5,96%	1 798	1 823	25	1,39%	7,65	8,25	0,60	7,81%	99,12%	101,28%	2,16%	2,18%
	Soins intensifs de Cardio	4	73	93	20	27,40%	218	219	1	0,46%	2,99	2,35	-0,63	-21,15%	59,89%	60,83%	0,94%	1,57%
	Neurologie	6	59	52	-7	-11,86%	494	512	18	3,64%	8,37	9,85	1,47	17,60%	90,48%	94,81%	4,34%	4,80%
	Court Séjour Gériatrique	22	159	166	7	4,40%	1 684	2 005	321	19,06%	10,59	12,08	1,49	14,04%	100,36%	101,26%	0,91%	0,90%
	Soins de Suite et de Réadaptatio	30	85	74	-11	-12,94%	2 196	2 041	-155	-7,06%	25,84	27,58	1,75	6,76%	80,44%	75,59%	-4,85%	-6,03%
	Réadaptation Fonctionnelle	10	34	43	9	26,47%	1 036	1 175	139	13,42%	30,47	27,33	-3,15	-10,32%	113,85%	130,56%	16,71%	14,68%
	EVC		1	2	1	100,00%	21	236	215	1023,81%	21,00	118,00	97,00	461,90%				
	Maison de Retraite	98	11	6	-5	-45,45%	8 630	8 468	-162	-1,88%	784,55	1411,33	626,79	79,89%	96,77%	96,01%	-0,76%	-0,79%
	Soins de Longue Durée	80	23	19	-4	-17,39%	7 065	6 793	-272	-3,85%	307,17	357,53	50,35	16,39%	97,56%	94,35%	-3,21%	-3,29%
Total Médecin		300	938	925	-13	-1,39%	25 540	25 928	388	1,52%	27,23	28,03	0,80	2,95%	94,80%	96,03%	1,23%	1,29%
Femme - Mère	Gynécologie	6	120	125	5	4,17%	329	334	5	1,52%	2,74	2,67	-0,07	-2,54%	60,26%	61,85%	1,60%	2,65%
	Surveillance orthogénie						7	12	5	71,43%								
	ACHA forfait (IVG chirurgicales)						31	34	3	9,68%								
	Hôpital de jour forfait médical						19	30	11	57,89%								
	Obstétrique	30	484	471	-13	-2,69%	2 094	1 912	-182	-8,69%	4,33	4,06	-0,27	-6,17%	76,70%	70,81%	-5,89%	-7,68%
	Pédiatrie	17	504	497	-7	-1,39%	958	975	17	1,77%	1,90	1,96	0,06	3,21%	61,93%	63,73%	1,80%	2,91%
	Néonatalogie	6	70	49	-21	-30,00%	473	474	1	0,21%	6,76	9,67	2,92	43,16%	86,63%	87,78%	1,15%	1,32%
	Pédopsychiatrie Montélimar	13					518	667	149	28,76%					43,79%	57,01%	13,22%	30,20%
	Pédopsychiatrie Nyons	5					305	322	17	5,57%					67,03%	72,36%	5,33%	7,95%
Total Femme		77	1 178	1 142	-36	-3,06%	4 734	4 760	26	0,55%	4,02	4,17	0,15	3,72%	67,56%	68,74%	1,18%	1,74%
Urgences - ré	Réanimation	8	84	95	11	13,10%	672	703	31	4,61%	8,00	7,40	-0,60	-7,50%	92,31%	97,64%	5,33%	5,78%
	Urgences HC	3	242	216	-26	-10,74%	430	390	-40	-9,30%	1,78	1,81	0,03	1,61%	157,51%	144,44%	-13,06%	-8,29%
	Urgences HCD	10	1 121	1 042	-79	-7,05%	1 134	1 243	109	9,61%	1,01	1,19	0,18	17,92%	124,62%	138,11%	13,50%	10,83%
Total Urgence		21	1 447	1 353	-94	-6,50%	2 236	2 336	100	4,47%	1,55	1,73	0,18	11,73%	117,01%	123,60%	6,59%	5,63%
Transversal	HAD	22					1 672	2 175	503	30,08%					83,52%	109,85%	26,33%	31,53%
Total Transve		22					1 672	2 175	503	30,08%					83,52%	109,85%	26,33%	31,53%
Total		519	4 637	4 538	-99	-2,14%	40 966	42 289	1 323	3,23%	8,83	9,32	0,48	5,48%	88,00%	91,71%	3,71%	4,21%

Tableau de bord de suivi de l'activité externe

Données cumulées à fin Juillet

		Nombre de consultants			
		Juillet 2008	Juillet 2009	Variation	
				Valeur	%
VOG	Gastro-entérologie	472	535	63	13,35%
	Oncologie	764	821	57	7,46%
	Chirurgie viscérale	676	739	63	9,32%
	Urologie	60	216	156	260,00%
	Consultations HJ	56	116	60	107,14%
Total VOG		2 028	2 427	399	19,67%
Chirurgie	Orthopédie	1 064	1 226	162	15,23%
	Ophtalmologie	1 425	1 696	271	19,02%
	ORL	253	606	353	139,53%
	Stomatologie	458	373	-85	-18,56%
	CE anesthésie	982	1 110	128	13,03%
Total Chirurg		4 182	5 011	829	19,82%
Médecine - Gé	Pneumologie	300	212	-88	-29,33%
	Rhumatologie	145	161	16	11,03%
	Addictologie	447	554	107	23,94%
	CE dermatologie	74	94	20	27,03%
	CE diabétologie	174	233	59	33,91%
	Néphrologie	192	195	3	1,56%
	Cardiologie	775	449	-326	-42,06%
	Neurologie	215	192	-23	-10,70%
	Gériatrie	101	160	59	58,42%
Total Médecin		2 423	2 250	-173	-7,14%
Femme - Mère	Gynécologie-obstétrique	2 981	2 299	-682	-22,88%
	Pédiatrie - néonatal	973	1 139	166	17,06%
	CE sage femme	59	1 357	1 298	2200,00%
	CPEF	380	430	50	13,16%
Total Femme		4 393	5 225	832	18,94%
Urgences - réa	Premiers passages	8 403	8 225	-178	-2,12%
Total Urgence		8 403	8 225	-178	-2,12%
Transversal	CE douleur	148	8	-140	-94,59%
	EMASP	4	18	14	350,00%
Total Transve		152	26	-126	-82,89%
Total		21 581	23 164	1 583	7,34%

Répartition de l'activité d'hôpital de jour-ACHA

Données cumulées à fin Janvier

	Janvier 2008	Janvier 2009	Variation	
			Valeur	%
	Total établissement	5376	5376	
Oncologie	2859	2859		
Gastro-entérologie	868	868		
Pneumologie	275	275		
Ophtalmologie	266	266		
IVG	215	215		
Gynécologie-Obstétr	190	190		
Chirurgie orthopédiqu	158	158		
Neurologie	111	111		
Anesthésie	108	108		
Endocrinologie	77	77		
Chirurgie viscérale	56	56		
Rhumatologie	49	49		
Court séjour gériatric	29	29		
Néphrologie	29	29		
Urologie	26	26		
ORL	23	23		
Stomato	19	19		
HAD	8	8		
Urgences	7	7		
Cardiologie	3	3		

Pourcentage d'arrivée par les urgences

Données à fin Janvier

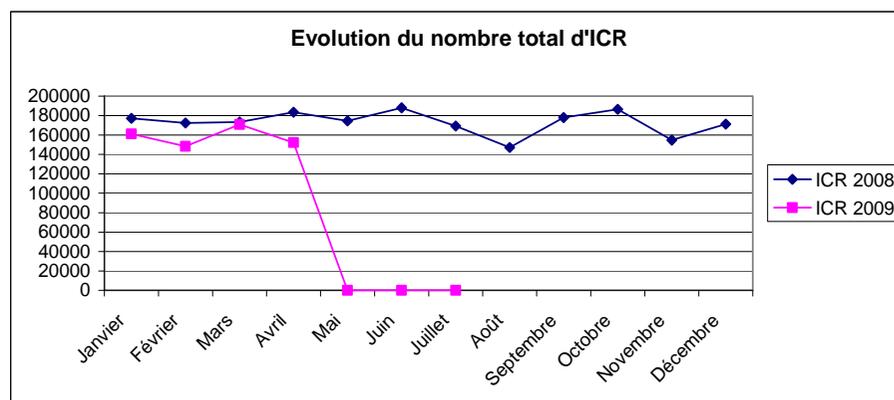
	Venues urgences	% de l'activité	Tendance
Urgences HCD	5 398	99,1%	↗
Pédiatrie	1 333	73,4%	↗
Urgences Médecine	1 021	96,7%	↗
Chir Orthopédie	669	62,6%	↗
Cardiologie HC	668	70,1%	↗
Chir Viscérale	606	48,1%	↗
Gériatrie CSG	502	72,6%	↗
Gastro-entérologie	391	71,2%	↗
Cardiologie Soins Inter	327	91,1%	↗
Pneumologie	322	59,0%	↗
Réanimation	251	70,1%	↗
Neurologie	174	78,7%	↗
Gynécologie	137	31,0%	↗
Oncologie HC	92	44,4%	↗
Rhumatologie	55	39,3%	↘
Obstétrique	49	2,2%	↗
Néphrologie	47	46,1%	↗
Endocrinologie	41	24,4%	↗
Gastro-entérologie HS	31	11,4%	↘
Addictologie	30	23,8%	↗
Néonatalogie	21	8,1%	↗
Chir Stomatologie	15	9,1%	↗
Oncologie HS	14	2,4%	↗
Chir ORL	9	12,3%	↘
HJ Médecine	5	0,4%	↗
ACHA Chirurgie	4	0,3%	↘
HJ Oncologie	2	0,1%	↘
Gynécologie Orthogéné	1	6,7%	↗
ACHA IVG Chirurgicale			
Chir Ophtalmologie			
HJ IVG Médicale			

Autres indicateurs de suivis d'activité : Nombre de premiers passages
 Nombre de naissances :

Tableau de bord de suivi des consommations médico-techniques à fin Juillet

Consommations d'actes d'imagerie

Pôle	Données à fin Juillet 2009				Total 2009	Total 2008	Variation	%
	Radio	Scanner	Echo	IRM				
VOG	1 201	716	320	10	2 247	2 600	-353	-13,6%
<i>Equivalent ICR</i>	19 420	34 572	16 192	1 105	71 289	80 925	-9 636	-11,9%
Chirurgie	4 770	50	22		4 842	4 875	-33	-0,7%
<i>Equivalent ICR</i>	50 924	2 542	969		54 435	54 438	-3	0,0%
Médecine - Gériatrie	3 137	647	502	50	4 336	4 249	87	2,0%
<i>Equivalent ICR</i>	46 260	31 662	24 028	5 407	107 357	107 425	-68	-0,1%
Femme - Mère - Enfant	691	81	305	5	1 082	1 034	48	4,6%
<i>Equivalent ICR</i>	9 916	3 496	13 288	549	27 249	27 980	-731	-2,6%
Urgences - réa	22 074	2 157	1 072	20	25 323	26 161	-838	-3,2%
<i>Equivalent ICR</i>	306 223	104 646	52 863	2 162	465 894	473 184	-7 290	-1,5%
Transversal	12	4	3		19	25	-6	-24,0%
<i>Equivalent ICR</i>	192	175	129		496	490	6	1,2%
Plateau technique	4 390	3 848	1 620	1 038	10 896	12 206	-1 310	-10,7%
<i>Equivalent ICR</i>	77 985	177 164	63 616	112 576	431 341	457 039	-25 698	-5,6%
Management	899	667	6		1 572	1 317	255	19,4%
<i>Equivalent ICR</i>	12 791	31 685	316		44 792	36 651	8 141	22,2%
Total établissement	37 174	8 170	3 850	1 123	50 317	52 467	-2 150	-4,1%
<i>Equivalent ICR</i>	523 711	385 942	171 401	121 799	#####	#####	-35 279	-2,8%



Nombre d'interventions par spécialité au bloc opératoire

Données cumulées	Mars 2008	Mars 2009	Variation	
			Valeur	%
Total établissement	1613		-1613	-100,0%
Gastro	383		-383	-100,0%
Viscéral	296		-296	-100,0%
Ortho	282		-282	-100,0%
Gynécologie	250		-250	-100,0%
Ophtho	195		-195	-100,0%
Anesthésie	69		-69	-100,0%
Pneumo	49		-49	-100,0%
Maxillo	41		-41	-100,0%
Cardiologie	29		-29	-100,0%
Urologie	11		-11	-100,0%
ORL	8		-8	-100,0%

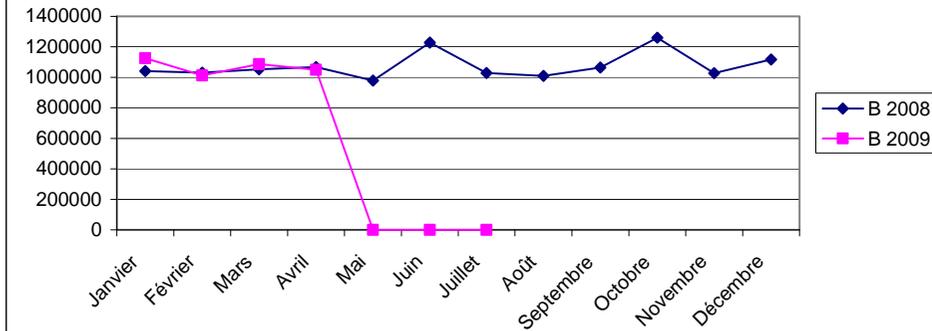
Rendez-vous de kinésithérapeutes et ergothérapeutes par service prescripteur

Données cumulées	Février 2008	Février 2009	Variation	
			Valeur	%
Total établissement	3 522	3 550	28	0,8%
SSR	1 030	1 012	-18	-1,7%
Chir ort-oph-sto-ORL	378	384	6	1,6%
Pneumo-Médecine 4N	380	376	-4	-1,1%
Court séjour gériatrique	374	364	-10	-2,7%
USLD	306	310	4	1,3%
EHPAD	286	288	2	0,7%
Cardio-neuro	224	216	-8	-3,6%
Réanimation	212	210	-2	-0,9%
Pédiatrie	108	152	44	40,7%
Chir viscérale et gynéco	88	88		
Gastro-onco	58	58		
Obstétrique	34	34		
Néonatalogie	12	16	4	33,3%
HJ médecine	2	12	10	500,0%
SI cardio	10	10		
HAD	8	8		
Urgences médecine	6	6		
UHCD	6	6		
ACHA				

Consommations d'actes de biologie

Pôle	Données à fin Juillet		Variation	
	2008	2009	Valeur	%
VOG	25 119	31 013	5 894	23,5%
<i>Equivalent en B</i>	811 088	782 726	-28 362	-3,5%
Chirurgie	6 808	7 868	1 060	15,6%
<i>Equivalent en B</i>	218 079	184 785	-33 294	-15,3%
Médecine - Gériatrie	51 329	62 829	11 500	22,4%
<i>Equivalent en B</i>	1 586 590	1 533 715	-52 875	-3,3%
Femme - Mère - Enfant	27 408	37 752	10 344	37,7%
<i>Equivalent en B</i>	1 067 879	1 088 110	20 231	1,9%
Urgences - réa	90 321	114 790	24 469	27,1%
<i>Equivalent en B</i>	2 844 625	3 040 208	195 583	6,9%
Transversal	241	78	-163	-67,6%
<i>Equivalent en B</i>	6 635	2 116	-4 519	-68,1%
Plateau technique	10 834	14 527	3 693	34,1%
<i>Equivalent en B</i>	341 264	368 355	27 091	7,9%
Management	20 104	25 090	4 986	24,8%
<i>Equivalent en B</i>	542 706	585 305	42 599	7,8%
Total établissement	232 164	293 947	61 783	26,6%
<i>Equivalent en B</i>	7 418 866	7 585 320	166 454	2,2%

Evolution du nombre de B produits



Consommations de produits pharmaceutiques

Pôle	Données à fin Mai		Variation		
	2008	2009	Valeur	%	
VOG	Total conso	1 122 404	1 217 364	94 960	8,5%
	dont MO-DMI	972 524	1 045 151	72 627	7,5%
	dont hors MO-DMI	149 880	172 213	22 333	14,9%
Chirurgie	Total conso	313 573	284 895	-28 678	-9,1%
	dont MO-DMI	148 030	111 916	-36 114	-24,4%
	dont hors MO-DMI	165 543	172 979	7 436	4,5%
Médecine - Gériatrie	Total conso	482 665	581 519	98 854	20,5%
	dont MO-DMI	284 082	371 448	87 366	30,8%
	dont hors MO-DMI	198 583	210 071	11 488	5,8%
Femme - Mère - Enfant	Total conso	135 062	126 447	-8 615	-6,4%
	dont MO-DMI	4 546	4 953	407	9,0%
	dont hors MO-DMI	130 516	121 494	-9 022	-6,9%
Urgences - réa	Total conso	218 071	298 871	80 800	37,1%
	dont MO-DMI	12 663	55 302	42 639	336,7%
	dont hors MO-DMI	205 408	243 569	38 161	18,6%
Transversal	Total conso	34 488	72 056	37 568	108,9%
	dont MO-DMI	1 071	2 639	1 568	146,4%
	dont hors MO-DMI	33 417	69 417	36 000	107,7%
Plateau technique	Total conso	979 162	917 178	-61 984	-6,3%
	dont MO-DMI	58 711	74 809	16 098	27,4%
	dont hors MO-DMI	920 451	842 369	-78 082	-8,5%
Management	Total conso	11 292	10 111	-1 181	-10,5%
	dont MO-DMI	1 470	-78	-1 548	-105,3%
	dont hors MO-DMI	9 822	10 189	367	3,7%
Total établissement	Total conso	3 296 717	3 508 441	211 724	6,4%
	dont MO-DMI	1 483 097	1 666 140	183 043	12,3%
	dont hors MO-DMI	1 813 620	1 842 301	28 681	1,6%

Tableau de bord Ressources Humaines

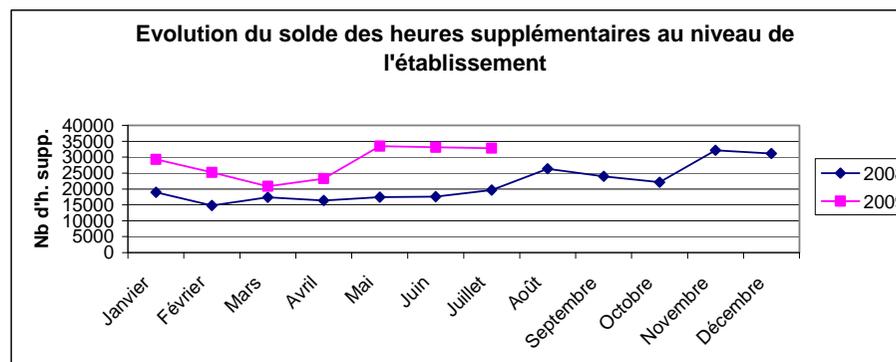
Personnel non médical

	ETP moyen à fin Juillet 2008	ETP moyen à fin Juillet 2009	Variation	ETP Juillet 2009	Postes Juillet 2009	Ecart
Total établissement	869,8	895,5	25,7	896,3	820,3	76,0
VOG	83,7	83,0	-0,7	82,4	78,5	3,9
Chirurgie	38,2	41,3	3,1	40,7	40,3	0,5
Médecine - Gériatrie	208,8	223,0	14,2	217,2	213,2	4,0
Femme - Mère - Enf	124,4	131,6	7,1	131,4	132,3	-0,8
Urgences - réa	92,0	96,1	4,1	96,1	90,4	5,7
Transversal	22,0	20,4	-1,7	21,3	22,3	-1,0
Plateau technique	120,5	126,4	5,8	128,1	123,1	5,0
IFSI						
Logistique						
Management	177,0	171,4	-5,7	176,7	118,0	58,7
Coordination	3,1	2,5	-0,6	2,5	2,5	

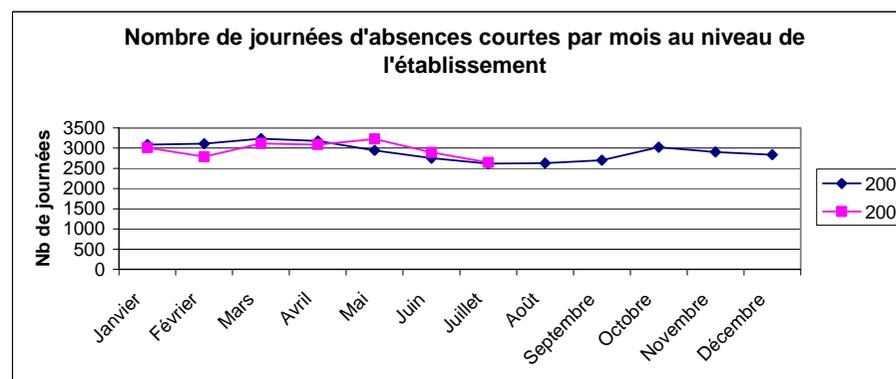
Personnel médical hors internes

	ETP moyen à fin Juillet 2008	ETP moyen à fin Juillet 2009	Variation	ETP Juillet 2009	Postes Juillet 2009	Ecart
Total établissement	91,1	95,0	3,9	94,5	107,8	-13,4
VOG	11,2	11,9	0,7	11,7	14,2	-2,5
Chirurgie	12,1	14,0	1,9	13,9	14,8	-0,9
Médecine - Gériatrie	17,0	16,4	-0,6	17,2	21,2	-4,1
Femme - Mère - Enf	15,4	14,7	-0,6	14,5	16,2	-1,7
Urgences - réa	17,8	18,1	0,2	17,9	20,0	-2,1
Transversal	1,5	1,5	0,0	1,5	1,0	0,5
Plateau technique	13,2	13,9	0,8	13,5	15,4	-1,9
Logistique						
Management	2,0	3,5	1,5	3,3	4,0	-0,7
Coordination	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0	0,0

Evolution du solde des heures supplémentaires



Etude de l'absentéisme de courte durée (arrêts maladies et accident du travail)



Annexe 5 Sommaire du projet de gestion du pôle Chirurgie

<u>Introduction</u>	3
<u>1. Intégration du projet de pôle dans le projet d'établissement</u>	4
<u>1.1. Enjeux liés aux modalités de la prise en charge du patient et à la qualité</u>	5
<u>1.1.1. Développer l'activité programmée en hôpital de jour (ACHA)</u>	5
<u>1.1.2. Concilier le développement de l'activité programmée et de la prise en charge des urgences</u>	6
<u>1.1.3. Organiser la filière de soins : de la consultation externe à la sortie du patient</u>	6
<u>1.1.4. Maintenir un niveau de qualité et de sécurité optimum pour le patient</u>	7
<u>1.2. Enjeux liés à l'activité</u>	8
<u>1.2.1. Maintenir le niveau d'activité des disciplines en place (orthopédie, ophtalmologie, stomatologie) et développer l'ORL</u>	8
<u>1.2.2. Renforcer et organiser les filières de suite de soins</u>	9
<u>1.3. Enjeux économiques et financiers</u>	9
<u>1.3.1. Optimiser la chaîne de facturation</u>	9
<u>1.3.2. Assurer un contrôle budgétaire et l'équilibre économique</u>	10
<u>2. Détermination des indicateurs du pôle Chirurgie</u>	10
<u>2.1. Indicateurs classiques à destination de l'ensemble des pôles</u>	10
<u>2.1.1. Indicateurs de suivi de l'activité</u>	10
<u>2.1.2. Indicateurs de suivi des consommations de produits de santé et médico-techniques</u>	11
<u>2.1.3. Suivi financier</u>	12
<u>2.1.4. Indicateurs Ressources humaines</u>	12
<u>2.1.5. Indicateurs Qualité</u>	12
<u>2.2. Indicateurs propres aux enjeux du pôle Chirurgie</u>	13
<u>2.2.1. Développement des prises en charge ambulatoire</u>	13
<u>2.2.2. Utilisation du bloc opératoire</u>	13
<u>2.2.3. Caractère concurrentiel de l'activité chirurgicale</u>	13
<u>2.2.4. Problématique des lits d'aval</u>	13
<u>2.2.5. Activité externe d'ophtalmologie</u>	14
<u>Annexes</u>	15
<u>Annexe 1 : Modèle de CREA</u>	16
<u>Annexe 2 : Modèle de budget de pôle</u>	17

Annexe 6 Tableau de bord du pôle Chirurgie au CHM

Nombre de journées

Données du mois de Juillet

Niveau de découpage :

UM

	Juillet 2008	Juillet 2009	Variation	%	Cumul fin Juillet	Cumul fin Juillet	Variation	%
Total pôle Chirurgie	647	470	-177	-27,4%	4 611	4 376	-235	-5,1%
Orthopédie	612	450	-162	-26,5%	4 148	3 880	-268	-6,5%
Tête et cou	35	20	-15	-42,9%	463	496	33	7,1%

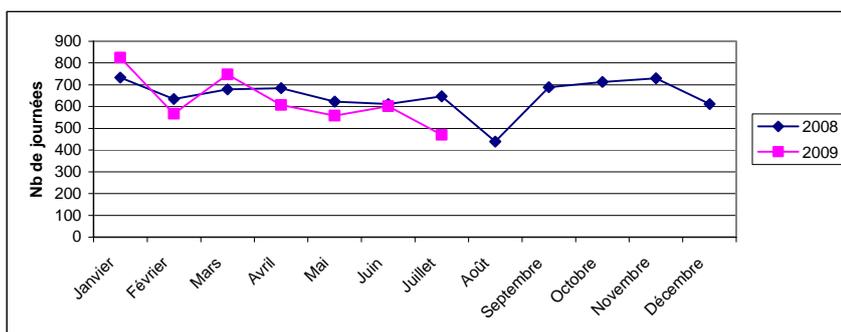
Evolution du nombre de journées :

Niveau de découpage :

Pôle

Choix de l'élément :

Chirurgie



Nombre d'entrées

Données du mois de Juillet

Niveau de découpage :

Spécialité

	Juillet 2008	Juillet 2009	Variation	%	Cumul fin Juillet 2008	Cumul fin Juillet 2009	Variation	%
Total pôle Chirurgie	98	97	-1	-1,0%	872	910	38	4,4%
Ophtalmologie	6	5	-1	-16,7%	160	129	-31	-19,4%
ORL	7	10	3	42,9%	20	106	86	430,0%
Orthopédie	79	79			605	606	1	0,2%
Stomatologie	6	3	-3	-50,0%	87	69	-18	-20,7%

Durée moyenne de passage

Données du mois de Juillet

Niveau de découpage :

Centre d'activité

	Juillet 2008	Juillet 2009	Variation	%	Cumul fin Juillet 2008	Cumul fin Juillet 2009	Variation	%
Total pôle Chirurgie								
Ophtalmologie	1	1			1,09	1,09		
ORL	3,29	1,2	-2,09	-63,5%	2,15	1,92	-0,23	-10,7%
Orthopédie	7,75	5,7	-2,05	-26,5%	6,86	6,4	-0,46	-6,7%
Stomatologie	1	1			2,83	2,2	-0,63	-22,3%

Taux d'occupation

Données du mois de Juillet

Niveau de découpage :

Centre d'activité

	Juillet 2008	Juillet 2009	Variation	%	Cumul fin Juillet 2008	Cumul fin Juillet 2009	Variation	%
Total pôle Chirurgie								
Ophtalmologie	11,54%	5,95%	-5,59%	-48,4%	31,75%	24,31%	-7,44%	-23,4%
ORL	57,50%	19,35%	-38,15%	-66,3%	19,37%	48,11%	28,74%	148,4%
Orthopédie	101,83%	70,42%	-31,41%	-30,8%	80,53%	77,86%	-2,67%	-3,3%
Stomatologie	5,88%	3,13%	-2,75%	-46,8%	29,64%	18,81%	-10,83%	-36,5%

Nombre de dossiers externes

Données du mois de Juillet

Niveau de découpage :

Spécialité

	Juillet 2008	Juillet 2009	Variation	%	Cumul fin Juillet 2008	Cumul fin Juillet 2009	Variation	%
Total pôle Chirurgie	1 244	1 163	-81	-6,5%	9 846	11 292	1 446	14,7%
Orthopédie	347	342	-5	-1,4%	2 570	2 878	308	12,0%
Stomatologie	65	81	16	24,6%	972	781	-191	-19,7%
Ophthalmologie	403	247	-156	-38,7%	3 297	3 550	253	7,7%
ORL	146	187	41	28,1%	773	1 510	737	95,3%
CE anesthésie	283	306	23	8,1%	2 234	2 573	339	15,2%

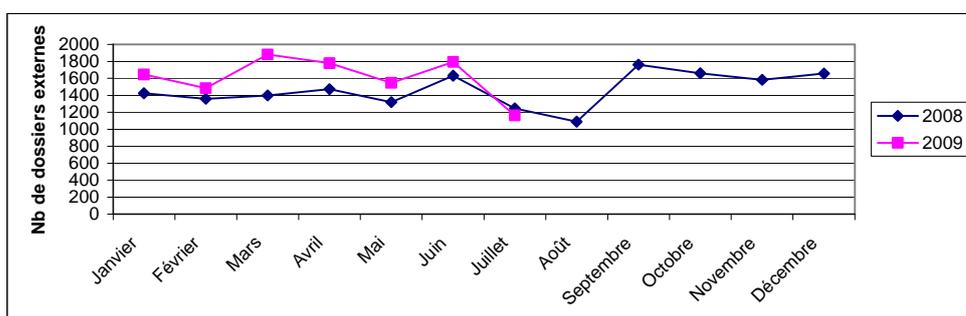
Evolution du nombre de dossiers externes :

Niveau de découpage :

Pôle

Choix de l'élément :

Chirurgie



Valorisation de l'activité externe

Données du mois de Juillet

Niveau de découpage :

Spécialité

	Juillet 2008	Juillet 2009	Variation	%	Cumul fin Juillet 2008	Cumul fin Juillet 2009	Variation	%
Total pôle Chirurgie	36 234		-36 234	-100,0%	286 410	302 249	15 839	5,5%
Orthopédie	8 177		-8 177	-100,0%	62 040	62 260	219	0,4%
Stomatologie	2 198		-2 198	-100,0%	35 744	25 317	-10 427	-29,2%
Ophthalmologie	14 808		-14 808	-100,0%	113 664	123 983	10 319	9,1%
ORL	4 886		-4 886	-100,0%	24 111	40 500	16 389	68,0%
CE anesthésie	6 166		-6 166	-100,0%	50 850	50 189	-661	-1,3%

Etude des données PMSI :

Données du mois de Mars

Etude des séjours courts :

Niveau de découpage :

UM

	RUM à fin Mars 2009	dont moins de 24h	%	dont entre 24 et 48h	%
Total pôle Chirurgie	400				
Orthopédie	260				
Tête et cou	140				

Valorisation 100 % T2A

Niveau de découpage :

UM

	Réalisé à fin Mars 2009	Attendu à fin Mars 2009	Ecart	% de réalisation
Total pôle Chirurgie	1 034 719		1 034 719	
Orthopédie	825 088		825 088	
Tête et cou	209 631		209 631	

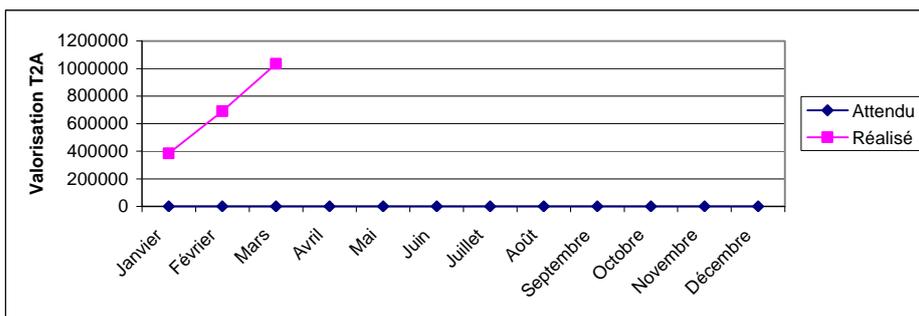
Comparaison attendu / réalisé des recettes T2A

Niveau de découpage :

Pôle

Choix de l'élément :

Chirurgie



Part de l'activité avec entrée par les urgences

Le critère retenu est l'ouverture du dossier aux urgences

Niveau de découpage :

Centre d'activité

Données cumulées à fin Janvier

	2008			2009		
	Total des passages	dont arrivée par les urgences	%	Total des passages	dont arrivée par les urgences	%
Total pôle Chirurgie	1 555	669	43,0%	1 555	693	44,6%
Chir Orthopédie	1 068	646	60,5%	1 068	669	62,6%
Chir ORL	73	9	12,3%	73	9	12,3%
Chir Stomatologie	165	14	8,5%	165	15	9,1%
Chir Ophtalmologie	249			249		

Activité réalisée en hôpital de jour - ACHA :

Seules les journées d'hospitalisation sont intégrées, les venues facturées en externes sont exclues.

Données cumulées à fin Janvier

	2008	2009	Variation	%
Total pôle Chirurgie	574	574		
Ophtalmologie	266	266		
Chirurgie orthopédique	158	158		
Anesthésie	108	108		
ORL	23	23		
Stomato	19	19		

Etude des consommations du pôle

Consommations d'actes d'imagerie (et équivalent ICR)

Données à fin Juillet 2009

Niveau de découpage :

UM

	Données à fin Juillet 2009				Total 2009	Total 2008	Variation	%
	Radiologie	Scanner	Echo	IRM				
Total pôle Chirurgie	4 770	50	22		4 842	4 875	-33	-1%
<i>Equivalent ICR</i>	50 924	2 542	969		54 435	54 438	-3	0%
Chirurgie	4 770	50	22		4 842	4 875	-33	-1%
<i>Equivalent ICR</i>	50 924	2 542	969		54 435	54 438	-3	0%

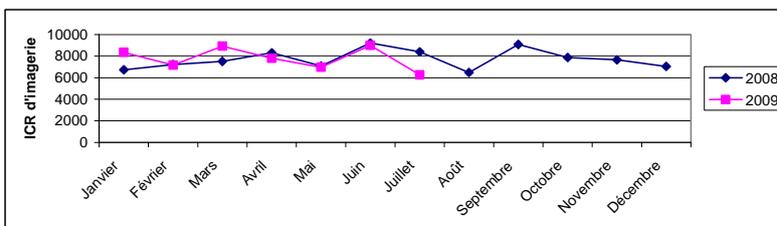
Evolution de la consommation d'ICR d'imagerie

Niveau de découpage :

Pôle

Choix de l'élément :

Chirurgie



Consommations d'actes de biologie (et équivalent en B)

Données à fin Juillet 2009

Niveau de découpage :

UM

	Actes à fin	Actes à fin	Variation	%	Nb de B	Nb de B	Variation	%
	Juillet	Juillet			Juillet	Juillet		
Total pôle Chirurgie	6 808	7 868	1 060	15,6%	218 079	184 785	-33 294	-15,3%
Orthopédie	6 514	7 188	674	10,3%	207 224	169 440	-37 784	-18,2%
Tête et cou	294	680	386	131,3%	10 855	15 345	4 490	41,4%

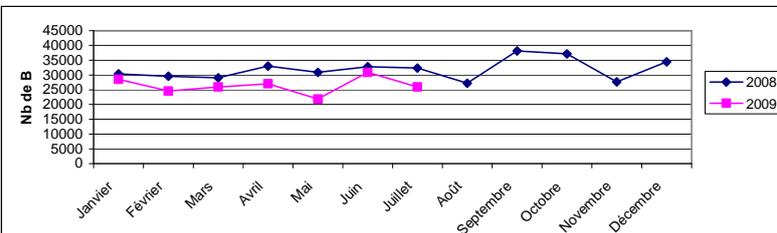
Evolution de la consommation de B de biologie

Niveau de découpage :

Pôle

Choix de l'élément :

Chirurgie



Consommation de produits de santé à fin Mai

Niveau de découpage :

Service

		2008	2009	Variation	%
		Total pôle Chirurgie	Conso hors MO-DMI	165 543	172 979
	MO et DMI	148 030	111 916	-36 114	-24,4%
	Total	313 573	284 895	-28 678	-9,1%
Ortho - stomato - ophtalmo - ORI	Conso hors MO-DMI	100 346	106 381	6 035	6,0%
	MO et DMI	148 030	111 028	-37 002	-25,0%
	Total	248 376	217 409	-30 967	-12,5%
Anesthésiologie	Conso hors MO-DMI	65 197	66 598	1 401	2,1%
	MO et DMI		888	888	
	Total	65 197	67 486	2 289	3,5%

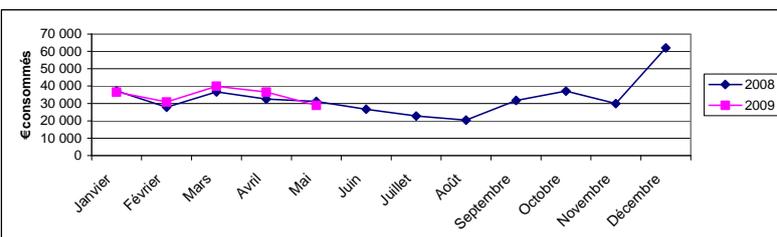
Evolution de la consommation de produits pharmaceutiques hors MO - DMI

Niveau de découpage :

Pôle

Choix de l'élément :

Chirurgie



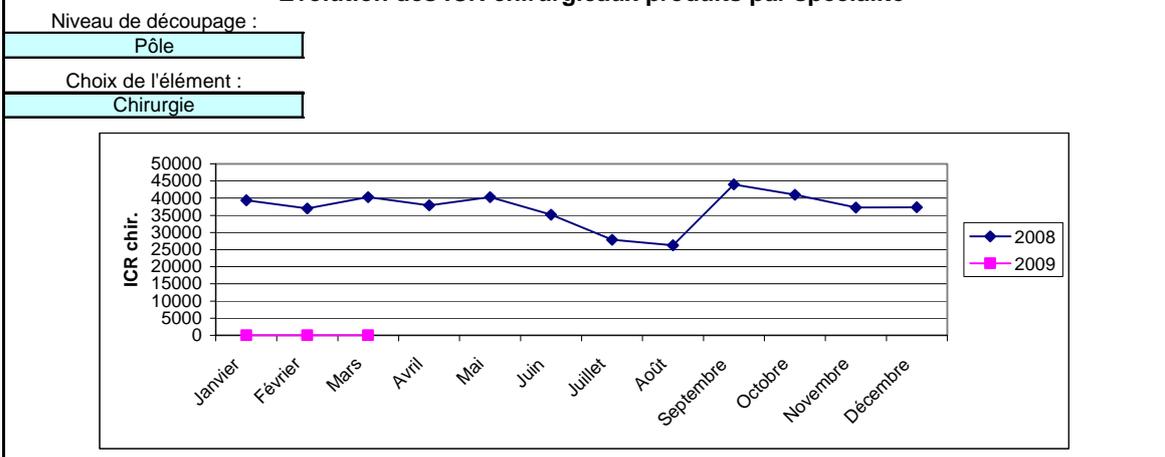
Utilisation du bloc opératoire

Niveau de découpage : Spécialité

Données cumulées à fin Mars

		Total des interventions				Dont avec anesthésie		
		2008	2009	%		2008	2009	%
Total pôle Chirurgie	Interv	595		-100,0%	Interv	317		-100,0%
	ICR chir	116 740		-100,0%	ICR anesth	27 963		-100,0%
	ICR moy.	196,20			ICR moy.	88,21		
Ortho	Interv	282		-100,0%	Interv	268		-100,0%
	ICR chir	72 275		-100,0%	ICR anesth	24 292		-100,0%
	ICR moy.	256,29			ICR moy.	90,64		
Anesthésie	Interv	69		-100,0%	Interv	1		-100,0%
	ICR chir	7 187		-100,0%	ICR anesth	164		-100,0%
	ICR moy.	104,16			ICR moy.	164,00		
Maxillo	Interv	41		-100,0%	Interv	35		-100,0%
	ICR chir	9 912		-100,0%	ICR anesth	2 597		-100,0%
	ICR moy.	241,76			ICR moy.	74,20		
Ophtalmo	Interv	195		-100,0%	Interv	8		-100,0%
	ICR chir	25 985		-100,0%	ICR anesth	657		-100,0%
	ICR moy.	133,26			ICR moy.	82,13		
ORL	Interv	8		-100,0%	Interv	5		-100,0%
	ICR chir	1 381		-100,0%	ICR anesth	253		-100,0%
	ICR moy.	172,63			ICR moy.	50,60		

Evolution des ICR chirurgicaux produits par spécialité



Etude du ratio Temps réel d'occupation / Temps de vacation offert par spécialité
(Donnée à fin Mars)

	TRO / TVO 2008	TRO / TVO 2009
Ortho		
Ophtalmo		
Maxillo		
Anesthésie		
ORL		

Recours aux kinésithérapeutes et ergothérapeutes

Niveau de découpage : UM

Nombre de rendez-vous de kiné ergo par service prescripteur

	Février 2008	Février 2009	Variation	%	Cumul fin Février 2008	Cumul fin Février 2009	Variation	%
Total pôle Chirurgie	189	192	3	1,6%	378	384	6	1,6%
Chirurgie	189	192	3	1,6%	378	384	6	1,6%

Budget de pôle à fin Avril 2009

Charges

Charges directes

	Dépenses à fin Avril 2009	Budget à fin Avril 2009	Ecart	
			Valeur	% de réalisation
Personnel médical	608 239		608 239	
Personnel non médical	610 469		610 469	
Consommation de médicaments hors MO	48 761		48 761	
Consommation de matériels médicaux hors DMI	104 096		104 096	
Consommation de MO - DMI	94 848		94 848	
Consommation de produits sanguins	4 201		4 201	
Consommation de fluides et gaz médicaux	4 342		4 342	
Entretien du matériel biomédical	7 201		7 201	
Autres charges à caractère médical	9 282		9 282	
Total des charges directes T1 et T2	1 491 439		1 491 439	

Consommations médico-techniques

Utilisation du bloc opératoire (10,25 €/ICR)				
Anesthésiologie (8 €/ICR)				
Actes de biologie (0,27 €/B)	49 892	21 600	28 292	231,0%
Actes d'imagerie (3 €/ICR)	163 305		163 305	
Accueil des urgences (25 €/passages)				
Consult. Spécialistes aux urgences (23 €/CS)				
Total des consommations médico-techniques	213 197	21 600	191 597	987,0%

Coût de l'hébergement

Hospit en hôpital de jour (300 €/j)				
Hospit en ACHA (500 €/j)				
Hospit en pédiatrie (450 €/j)				
Total hébergement				

Gestion générale et logistique

Restauration (14 €/j. repas)				
Blanchisserie (1 €/kg)				
Total Gestions générale et logistique				

Total des charges du budget de pôle	1 704 636	21 600	1 683 036	7891,8%
--	------------------	---------------	------------------	----------------

Produits

Recettes liées à l'activité	Recettes à fin Avril 2009	Budget à fin Avril 2009	Ecart	
			Valeur	% de réalisation
Recettes hospitalisation MCO (hors HJ-ACHA)				
Recettes HJ - ACHA				
Recettes hosp MCO - HAD à 100% T2A				
Valorisation de l'activité externe				
Recettes des cessions internes				
Actes de biologie				
Actes d'imagerie				
Bloc opératoire				
Restauration				
Blanchisserie				
Accueil des urgences				
Consult. Spécialistes aux urgences				
Hospitalisation en hôpital de jour				
Hospitalisation en ACHA				
Hospitalisation en Pédiatrie				
Total cessions internes				
Total des produits du budget de pôle				

Solde

Solde du budget de pôle	Réalisé à fin Avril 2009	Attendu à fin Avril 2009	Ecart	
			Valeur	% de réalisation
	-1 704 636	-21 600	-1 683 036	7891,8%

Etude des données DRH - DAM

Personnel médical, au niveau du pôle :

	ETP moyen à fin Mars 2008	ETP moyen à fin Mars 2009	Variation	ETP Mars 2009	Postes Mars 2009	Ecart
Chirurgie						
- PH temps plein	10,00	9,58	-0,42	9,54	13,60	-4,06
- PH temps partiel						
- Assistant		1,00	1,00	1,00	1,00	
- Contractuel	1,88	3,17	1,29	3,13		3,13
- Attaché	0,20	0,20		0,20	0,20	
- Total PM	12,08	13,95	1,87	13,87	14,80	-0,93
- Internes	2,00	1,00	-1,00	1,00	1,00	

Zoom sur une spécialité ou une UM :

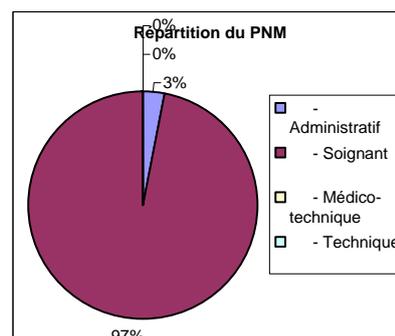
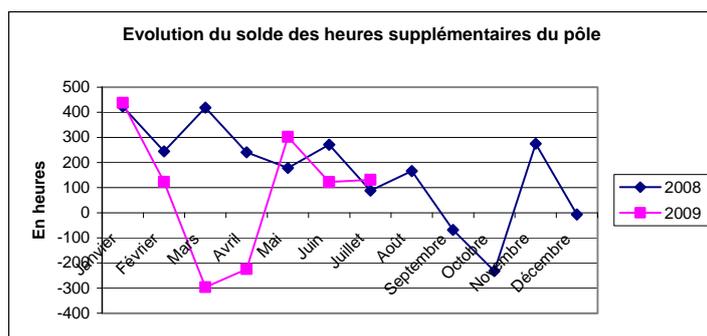
Spécialité ou UM :

	ETP moyen à fin Mars 2008	ETP moyen à fin Mars 2009	Variation	ETP Mars 2009	Postes Mars 2009	Ecart
- PH temps plein						
- PH temps partiel						
- Assistant						
- Contractuel						
- Attaché						
- Total PM						
- Internes						

Personnel non médical, au niveau du pôle :

	ETP moyen à fin Juillet 2008	ETP moyen à fin Juillet 2009	Variation	ETP Juillet 2009	Postes Juillet 2009	Ecart
Chirurgie						
- Administratif	1,47	1,28	-0,19	1,00	1,00	
- Soignant	38,22	39,40	1,18	39,53	39,25	0,28
- Médico-technique						
- Technique						
- Total	39,69	40,68	0,99	40,53	40,25	0,28

	Cumul à fin Juillet 2008	Cumul à fin Juillet 2009	Variation	%
Nombre de journées SICS	41	8	-33	-80%
Nombre de journées d'absences courtes	279	300	21	8%

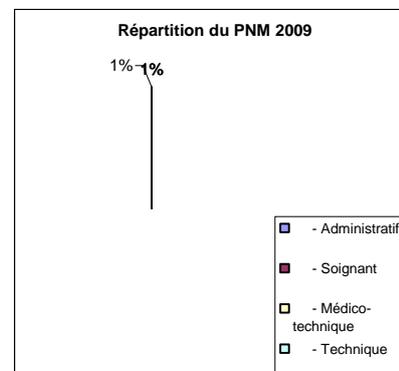
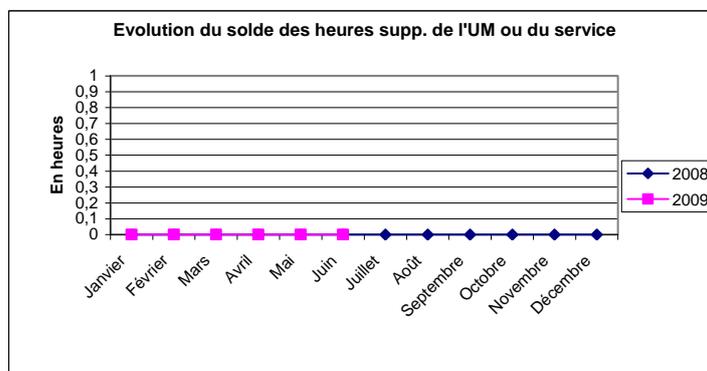


Zoom sur un service ou une UM :

Service ou UM :

	ETP moyen à fin Juillet 2008	ETP moyen à fin Juillet 2009	Variation	ETP Juillet 2009	Postes Juillet 2009	Ecart
- Administratif						
- Soignant						
- Médico-technique						
- Technique						
- Total						

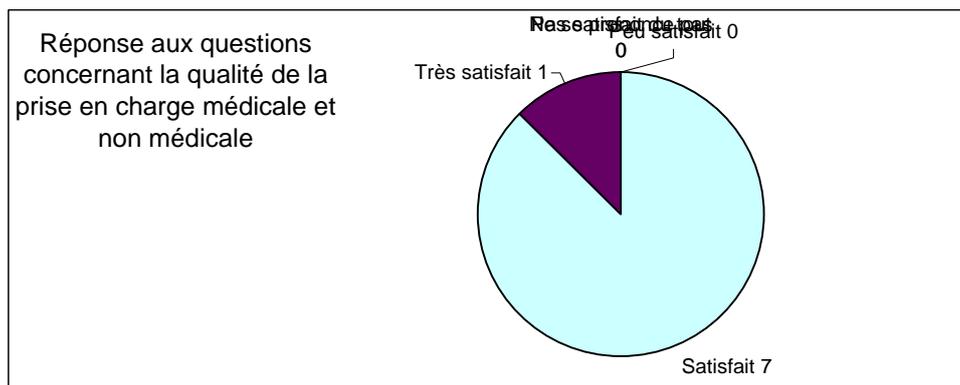
	Cumul à fin Juillet 2008	Cumul à fin Juillet 2009	Variation	%
Nombre de journées SICS				
Nombre de journées d'absences courtes				



Indicateurs Qualité

Etude de la satisfaction des patients :

Nombre de questionnaires complétés : **8**



Nombre de plaintes déposées :

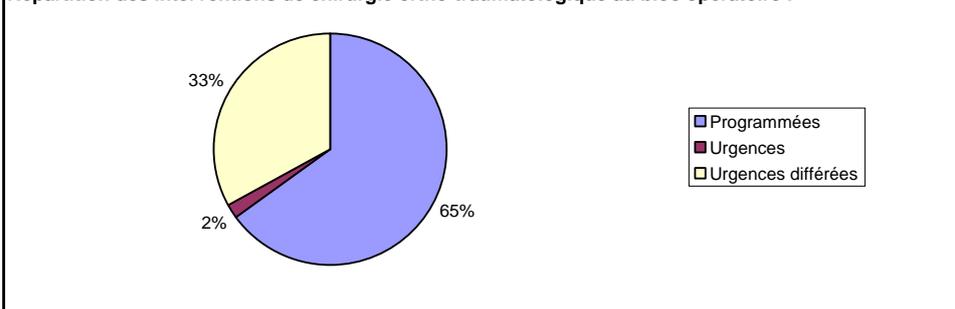
Délai d'obtention d'une consultation externe ou d'une hospitalisation programmée :

	Consultations externes		Hospitalisations programmées	
	Délai	Tendance	Délai	Tendance
Orthopédie	25 jours	↗	35 jours	↘
Ophtalmologie	23 jours	↘	40 jours	↘
Stomatologie	10 jours	↘	30 jours	↗
ORL	35 jours	↗	60 jours	↗

Indicateurs spécifiques du pôle Chirurgie

	Cumul à fin		Variation	
	2008	2009	En valeur	En %
Nombre d'anesthésies loco-régionales				
Nombre de séjours externes en ACHA				
Nombre d'interventions programmées reportées				

Répartition des interventions de chirurgie ortho-traumatologique au bloc opératoire :



Nombre de diagnostics Z75-1 (Sujet attendant d'être admis ailleurs, dans un établissement adéquat) dans le service de chirurgie orthopédique en 2009 :

Part de marché sur l'activité chirurgicale du centre hospitalier de Montélimar :

Taux de fuite sur l'activité chirurgicale :