



ENSP
ECOLE NATIONALE DE
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'Hôpital

Promotion 2002 - 2004

**Le système d'information à l'heure de
la tarification à l'activité :
architecture, modalités d'information
et utilisations de l'information.
L'exemple du CHU de Poitiers.**

Anne-Marie HORELLOU

Remerciements

Je souhaite adresser mes plus vifs remerciements à :

Monsieur Jean-Pierre Dewitte, Directeur Général du CHU de Poitiers

Monsieur Hubert Garrigue-Guyonnaud, directeur du CH de Blois

Monsieur Angel Fernandez, directeur de l'hôpital local de Lusignan

Monsieur le Docteur Gilles Auzemery, médecin-conseil en charge de l'hospitalisation au service régional de l'Assurance Maladie de Limoges

Mademoiselle Emilie Berard, directrice adjointe au CHU de Poitiers

Monsieur Louis-Marie Challet, directeur adjoint au CHU de Poitiers

Monsieur le Professeur Debaene, chef du service d'anesthésie-réanimation au CHU de Poitiers

Monsieur Patrick Expert, directeur adjoint au CH de Blois

Madame Béatrice Guignard, secrétaire médicale au CHU de Poitiers

Monsieur le Professeur Ingrand, chef de service du DIM au CHU de Poitiers

Monsieur Guillaume Laurent, élève directeur d'hôpital au CH de Blois

Monsieur Thierry Lefebvre, directeur adjoint au CHU de Poitiers

Madame Guillemette Majesté, en charge du secteur de l'hospitalisation privée à l'ARH de la région Poitou-Charentes

Monsieur le Docteur François Mirland, médecin-inspecteur régional à la DRASS de la région Poitou-Charentes

Mademoiselle Véronique Navarri, directrice adjointe au CHU de Poitiers

Monsieur Philippe Peyret, directeur d'hôpital, enseignant à l'Ecole Nationale de la Santé Publique

Madame Véronique Pratt, en charge du contrôle de gestion à la Direction des Finances et de la Contractualisation Interne

Monsieur Georges Toullat, chef de projet à la Direction du Système d'Information du CHU de Poitiers

Et plus généralement, l'ensemble des personnes qui m'auront aidée à développer cette réflexion.

Sommaire

Remerciements

Sommaire

Liste des sigles utilisés

Introduction.....	1
1. Le système d'information, porteur de l'histoire de la structure hospitalière, face au défi d'une intégration nécessaire	12
1.1.Le système d'information comme témoin de l'histoire	12
1.1.1. La cartographie du système d'information au CHU de Poitiers : un archipel de logiciels métiers qui tous convergent vers le DIM	13
1.1.2. Pratiques et cultures d'utilisation du système d'information de recueil des données d'activités au CHU de Poitiers	24
1.2 Le système d'information et l'horizon de l'intégration	31
1.2.1 Vers une intégration approfondie du système d'information : deux illustrations	31
1.2.2. Des réponses organisationnelles : les coopérations rapprochées	39
2. Vers l'acquisition d'une culture partagée de l'information : les apports de la comptabilité analytique dans le cadre de la contractualisation interne	49
2.1. La comptabilité analytique ou la redécouverte de la notion de pilotage	51
2.1.1 Enjeux et pratiques	51
2.1.2. Des facteurs favorables au déploiement d'une véritable comptabilité analytique au CHU de Poitiers	59
2.2 Vers l'acquisition d'une culture partagée de l'information : le partage de la contrainte	66
2.2.1. L'appropriation collective de la contrainte de réactivité : la part des utilisateurs de l'information.....	68

2.2.2. L'appropriation collective de la contrainte de réactivité : la part des procédures.....	77
Conclusion	84
Bibliographie	
Liste des Annexes	

Liste des sigles utilisés

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
AS : Aide-Soignant(e)
CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
CDAM : Catalogue des Actes Médicaux
CH : Centre Hospitalier
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
COM : Contrat d'Objectifs et de Moyens
CR : Centre de Responsabilité
CSP : Code de la Santé Publique
DFCI : Direction des Finances et de la Contractualisation Interne
DIM : Département de l'Information Médicale
DPRSCT : Direction du Personnel, des Relations Sociales, et des Conditions de Travail
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DSI : Direction du Système d'Information
ENC : Etude Nationale de Coûts
EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
EPS : Etablissement Public de Santé
ETP : Equivalent Temps Plein
GHM : Groupe Homogène de Malades
GHS : Groupe Homogène de Séjours
GMSIH : Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier
IADE : Infirmier(e) Anesthésiste Diplômé(e) d'Etat
IBODE : Infirmier(e) de Bloc Opératoire Diplômé(e) d'Etat
ICR : Indice de Complexité Relative
IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
ISA : Indice Synthétique d'Activité
MCO : Médecine – Chirurgie – Obstétrique
NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels
ONDAM : Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie
OQN : Objectif Quantifié National
PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
PMSI : Programme de Médicalisation du Système d'Information
PSPH : Participant au Service Public Hospitalier

RSA : Résumé de Sortie Anonymisé

RUM : Résumé d'Unité Médicale

SA : Section d'Analyse

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

T2A : Tarification A l'Activité

UF : Unité fonctionnelle

UO : Unité d'Oeuvre

“L’hôpital, malgré la confiance qu’il inspire toujours aux Français, connaît une situation de malaise profond. (...). Je souhaite (...) redonner ambition et espoir à l’hôpital, à travers la mise en oeuvre de principes simples : la confiance et la responsabilité partagée. (...). Afin de libérer le dynamisme des structures hospitalières et leur potentiel d’adaptation à leur environnement en mutation, il est indispensable d’instaurer des mécanismes de financement incitatifs. (...). C’est pourquoi, je souhaite que nous allions résolument vers la tarification à l’activité. Elle est seule capable, à terme, de responsabiliser les acteurs¹”.

Le 20 novembre 2002, Monsieur Jean-François MATTEI, Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées dévoilait aux établissements de santé l’horizon de la réforme de leur financement dans le cadre de son “pacte de modernité avec l’hospitalisation”, autrement appelé “Plan Hôpital 2007” ; ce faisant, il marchait sur les pas de ses prédécesseurs.

En effet, plus de dix ans auparavant, la loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière instaurait également des expérimentations de tarification à l’activité afin de combler les écarts inter et intra-régionaux reproduits par la dotation globale. Plus près de nous, l’article 55 de la loi n°99-461 du 27 juillet 1999 portant création d’une Couverture Maladie Universelle prévoit que “le Gouvernement pourra expérimenter, à partir du 1er janvier 2000, et pour une période n’excédant pas cinq ans, de nouveaux modes de financement des établissements de santé publics ou privés, fondés sur une tarification à la pathologie”. L’idée, donc, n’est pas neuve. Son expérimentation, puis sa généralisation à l’ensemble des établissements de santé publics et privés dès le 1er janvier 2004, en revanche, l’est beaucoup plus. Ce sont les quelques mois qui nous séparent aujourd’hui de cette échéance qui seront au coeur des développements à venir, et plus précisément, si l’on ose s’exprimer ainsi, la mise en ordre de bataille des “troupes hospitalières” face aux contraintes, réelles ou supposées, mais de toute façon pressenties et ressenties, que fera peser cette réforme sur les acteurs concernés.

Mais il importe avant toutes choses de préciser un certain nombre d’éléments. Sera en premier lieu évoqué le contexte dans lequel s’inscrit cette réforme du financement des établissements de santé. On précisera ensuite les éléments se situant hors du champ de cette réflexion, afin de mieux cerner ce qui constituera en revanche le cœur de ces développements.

¹ Hôpital 2007 : un pacte de modernité avec l’hospitalisation. Discours de Monsieur Jean-François MATTEI, Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées. Mercredi 20

1. Le contexte de la réforme.

La contrainte budgétaire et financière qui pèse sur le système de santé

Le contexte dans lequel s'inscrit la réforme de la tarification à l'activité est en premier lieu celui de la contrainte budgétaire et financière portant sur le système de santé en général, et les établissements de santé en particulier.

En effet, si l'on considère les seules dépenses d'assurance-maladie du régime général, la tendance est plus que manifeste: celles-ci ont crû de 6.5% en 2003, alors même que l'objectif gouvernemental était de 5.3%. En 2002, elles avaient cru de 7.2% alors que l'Objectif National d'évolution des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) était de 3.8%. Sur les sept premiers mois de cette année 2003, le montant total des dépenses s'élève à 58,811 milliards d'euros. Les soins de ville accusent une hausse de 6.2% sur cette même période; la dépense des hôpitaux publics croît de 6.8%, celle des cliniques privées de 6.2% et celle des établissements médico-sociaux de 7%.

On comprend alors aisément que cette réforme à venir du financement des établissements de santé publics et privés vise, à un niveau macroéconomique, à rendre le système de santé plus efficient, à tout le moins en ce qui concerne sa composante hospitalière. Le vieillissement de la population va encore renforcer cette exigence. Face à la limitation des ressources, l'objectif de l'accès de tous aux soins ne peut être atteint que dans le cadre d'une optimisation des dépenses. L'exigence d'efficience assignée au système de santé et à ses acteurs consiste à promouvoir un usage rationnel de l'offre de soins et de biens médicaux, sans pour autant dériver dans le rationnement des soins, et ceci tant au niveau macroéconomique qu'au niveau de chaque acteur de santé.

Tarification à l'activité et gestion interne à l'hôpital : le Plan Hôpital 2007

S'adressant aux établissements de santé, cette réforme est indissociable d'autres thèmes autour desquels s'articule aujourd'hui l'analyse d'un "désenchantement²" présenté comme une caractéristique du monde hospitalier.

Car en effet, et si l'on en croit nombre de rapports parus au cours du premier semestre 2003 dans le cadre du Plan Hôpital 2007, l'hôpital public souffre notamment d'une gestion interne contestable. "*Organisation complexe [ayant] enchevêtré toutes les autorités pour que personne n'en subisse vraiment aucune*", où prospèrent tous "les

novembre 2002. Disponible sur Internet : http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/33_021120jfm.htm

² *L'organisation interne de l'Hôpital*, Rapport d'Information à l'Assemblée Nationale. René Couanau, commission des affaires culturelles, familiales et sociales. 19 mars 2003. 81pages.

*corporatismes, les cloisonnements et les archaïsmes*³, l'institution hospitalière publique a notamment provoqué le mal-être grandissant de ses personnels, au premier rang desquels les médecins. Ceux-ci *"s'inquiètent de la bureaucratie, de l'augmentation des poursuites, du manque de personnel soignant, de l'insuffisance d'investissement en matériels, et plus généralement d'une pénurie qu'ils n'ont pas créée et qu'ils doivent gérer"*⁴.

La tarification à l'activité s'inscrit donc dans ce contexte de malaise ressenti par nombre d'acteurs hospitaliers. On ne saurait l'oublier, car, traçant un lien direct entre l'activité de soins produite par les établissements et leur financement (c'est-à-dire leurs recettes), la réforme impose de fait de nouveaux modes de relations entre les gestionnaires hospitaliers, chargés notamment du pilotage financier de l'institution, et le corps médical, seul producteur de cette activité de soins. Mais plus encore, les contraintes nouvelles posées par l'irruption de ce nouveau mode de financement dans le monde hospitalier n'ont de chance d'être acceptées, et donc d'aboutir au succès de cette réforme qu'à la condition de l'appropriation des enjeux qu'elle sous-tend par le corps médical. C'est à ce titre que la tarification à l'activité est sans nul doute indissociable d'un partenariat renouvelé entre représentants du corps médical à l'hôpital et membres de l'équipe de direction. Deux éléments vont en ce sens dans le Plan Hôpital 2007 élaboré par J-F Mattei :

La contractualisation interne tout d'abord, "à l'échelon de pôles d'activités" ; cette démarche est ainsi décrite comme *"l'orientation à privilégier. (...). Chacun doit recouvrer le fruit de ses efforts à partir d'objectifs qualitatifs ou quantitatifs fixés et évalués au sein des établissements avec la validation du conseil d'administration. De même, la prise de responsabilité, notamment dans les fonctions de responsables de présidents de CME, ou de responsables de pôles, doit être valorisée"*⁵.

L'association des représentants du corps médical aux décisions stratégiques ensuite : reprenant les propositions toutes unanimes des rapports publiés dans le cadre du Plan Hôpital 2007, le Ministre de la Santé a ainsi proposé, lors d'une

³ *L'organisation interne de l'Hôpital*, Rapport d'Information à l'Assemblée Nationale. René Couanau, commission des affaires culturelles, familiales et sociales. 19 mars 2003. 81pages

⁴ *La modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale*. Rapport au Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées. Denis Debrosse, Antoine Perrin, Guy Vallancien. 3 avril 2003. 41 pages.

⁵ Hôpital 2007 : un pacte de modernité avec l'hospitalisation. Discours de Monsieur Jean-François MATTEI, Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées. Mercredi 20 novembre 2002. Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/html/actu/33_021120jfm.htm>

rencontre avec les professionnels de santé le 26 juin 2003⁶, la création au sein de chaque établissement de santé d'un "comité de direction" associant l'administration et le corps médical, dont la vocation serait "d'assurer la gestion de l'établissement sous l'égide du directeur". Seraient membres de droit de cette instance, le directeur de l'établissement, le président de la CME, ainsi que la doyen, dans le cas d'un CHU. Il est ajouté que "ces membres de droit devraient pouvoir choisir au sein de l'équipe de direction et des chefs de "pôle" des membres complémentaires (3 dans chacun de ces ensembles)".

On perçoit donc ici le caractère résolument indissociable de la réforme du financement de l'hôpital et celle de sa gestion interne: le rapprochement des directeurs et des médecins a vocation, à travers le processus de contractualisation interne, et les discussions au sein du comité de direction, à rendre acceptables les contraintes nouvelles de réactivité et d'exhaustivité posées par la tarification à l'activité ; de la même façon, cette dernière, a vocation à approfondir ces nouvelles formes de partenariats entre la direction et le corps médical grâce à l'analyse partagée des données d'activités et au déploiement d'efforts de communication et d'information.

La réforme de la tarification à l'activité représente donc, en quelque sorte, beaucoup plus qu'elle-même.

2. De quoi ne parlera-t'on pas ?

Le système d'information à l'heure de la tarification à l'activité, thème des développements à venir, se trouve au cœur de plusieurs réflexions relatives à l'institution hospitalière ; il importe de préciser dès cette introduction que la manière d'aborder ce sujet ne sera ni celle d'un économiste ni d'un financier, non plus que celle d'un informaticien, d'un médecin, ou encore d'un directeur d'hôpital expérimenté.

Nous ne nous interrogerons pas en effet sur la pertinence de cette réforme de la tarification à l'activité, non plus que sur la justesse du choix du scénario de transition adopté tout récemment. Ces réflexions ont été l'objet de multiples rapports, et le seront probablement encore. La position adoptée dans cette réflexion est donc que cette réforme est désormais acquise, une donnée avec laquelle il faudra composer : la construction économique de ce nouveau modèle de financement ne donnera donc pas lieu à une explicitation approfondie. En revanche, la double contrainte d'exhaustivité et de réactivité

⁶ Compte-rendu disponible à l'adresse suivante :
<http://www.sante.gouv.fr/html/actu/33_021120jfm.htm>

que la tarification à l'activité fait peser sur le système d'information et ses utilisateurs fera l'objet de nombreux commentaires.

Il sera constamment fait référence, au cours des pages qui suivent, à un outil particulier de connaissance de l'activité d'un établissement de santé : le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI). Il importe de préciser qu'il existe d'autres instruments de connaissance de l'activité ; on songe ici aux nomenclatures qui permettent notamment d'avoir une image précise de l'ensemble des activités paramédicales. Mais l'analyse du système d'information développée plus loin se fera essentiellement à travers le prisme du PMSI, et ce pour une raison essentielle : il est l'instrument sur lequel s'appuie la réforme de la tarification à l'activité, aussi perfectible soit-il.

Cependant, le PMSI ne rend pas compte de l'activité de consultations externes des structures hospitalières ; eu égard à la méthodologie adoptée et aux interlocuteurs rencontrés, ce domaine d'activités ne sera donc que très peu évoqué dans cette réflexion, alors même qu'il est, au même titre que l'activité d'hospitalisation proprement dite, soumis à la réforme de la tarification à l'activité.

3. De quoi parlera-t-on ?

La notion de système d'information hospitalier, au centre de cette réflexion, doit en premier lieu être explicitée, avant de préciser quel sera le ton adopté pour aborder le cœur du sujet, et quelle a été la méthodologie choisie.

La notion de système d'information hospitalier.

Le système d'information peut être envisagé de plusieurs manières : statique tout d'abord en considérant ses différentes composantes, dynamique ensuite en analysant les finalités qui lui sont assignées.

Un système d'information peut ainsi être défini comme un sous-système d'outils-supports (les logiciels) générant des flux d'information, définissant eux-mêmes un second sous-système de relations et d'interactions entre acteurs (les utilisateurs, primaires et secondaires des logiciels). Selon cette première approche, un système d'information hospitalier ne diffère pas fondamentalement d'un système d'entreprise : «⁷*les systèmes d'information hospitaliers, comme les autres systèmes d'entreprise, participent de la*

⁷ *Le système d'information hospitalier est-il un système comme les autres ?* Laurent Debenedetti, Alain Livartowski. Perspectives, la lettre d'information des adhérents du GMSIH. N°10, juin 2003. p.

gestion, interagissent avec l'organisation interne, ainsi qu'avec le monde extérieur ; partenaire, clients, fournisseurs ».

Mais ce qui singularise en revanche l'organisation informatique hospitalière, ce sont les finalités multiples qui lui sont assignées : *« il s'agit, tout d'abord, de relier les différents acteurs du système de santé afin de pallier les limites de l'exercice isolé, d'assurer une prise en charge globale des patients et de garantir la continuité des soins. Il s'agit, également, de maîtriser les coûts des systèmes de soin et d'en piloter le fonctionnement global et les adaptations en fonction de l'évolution des connaissances et des pratiques médicales »*⁸. On touche ici à l'ambivalence fondamentale de l'outil à finalité médico-économique que constitue le PMSI. En effet, son introduction dans l'institution hospitalière a largement contribué à la structuration des réseaux informatiques hospitaliers autour de la production de données d'activités médico-économiques, traduisant les notions de diagnostics, principal et associés, en Groupes Homogènes de Malades (GHM). L'appropriation de l'outil PMSI par les hôpitaux, ici appréhendés dans leur composante publique, s'est effectuée pour la majeure partie d'entre eux dans le sens d'une seule utilisation à vocation externe, c'est-à-dire, la production de données d'activité (sous la forme points d'indices synthétiques d'activité ou points ISA) à destination des organismes de tutelle. Or, et on le comprend sans peine, la réforme de la tarification à l'activité, assise sur ces données PMSI, implique une appropriation interne de cet instrument, et donc une nouvelle configuration du système d'information, tout à la fois dans sa composante *« hardware »*, mais également dans les processus d'information des différents acteurs hospitaliers. Ainsi que le rappelait Jean-Claude Moisdon au mois de mai 2002, *« force est de constater qu'il y a une appropriation faible de ces dispositifs par les établissements en interne. En effet, un des enjeux fondamentaux du PMSI [encore accru par la mise en œuvre de la tarification à l'activité] est de ne pas s'arrêter à la régulation externe, mais de susciter des traductions en interne pour que les hôpitaux s'en saisissent et qu'ils innovent au niveau de leur gestion »*⁹.

Dans la perspective de la mise en œuvre de la tarification à l'activité dans les établissements de santé, on considèrera donc le système d'information selon une finalité restreinte exprimée en termes budgétaires : du côté des recettes, on s'intéressera plus

⁸ *Les enjeux de l'interopérabilité sémantique dans les systèmes d'information de santé.* Patrice Degoulet, Marius Fieschi, Christophe Attali. Informatique et Santé, 1997, Vol. 9, pp. 203-212.

⁹ *Le budget global : une solution à la régulation des dépenses ?* Jean-Claude Moisdon. Congrès Forum de l'Hôpital public. 1ères journées nationales de l'information médicale et de santé : stratégie qualité. 23 mai 2002.

particulièrement à la production d'information sur l'activité MCO et du côté des dépenses, à la production d'information sur les coûts hospitaliers liés à ces activités MCO. L'identification des utilisateurs, primaires et secondaires, des logiciels, à travers les processus d'information en interne, constitue également un enjeu majeur dans le cadre de la réforme du financement hospitalier, que l'on examinera précisément au cours des développements à venir.

Le ton adopté pour aborder le cœur du sujet

Le ton sera d'abord prospectif

Evidemment, pourrait-on dire. Car la mise en œuvre de la tarification à l'activité, ou plus exactement de la période dite de transition, sera effective au 1^{er} janvier 2004. Mais plus encore, en ce second semestre de l'année 2003, les événements se précipitent quelque peu, après une phase de perplexité ou d'incrédulité de la part des acteurs hospitaliers. En effet, cette réforme du financement hospitalier a constitué depuis près de 20 ans, un horizon toujours annoncé, mais jamais réalisé : finalité logique de l'outil PMSI, puis décrite comme telle par le Législateur à deux reprises en 1991 et 1999, la tarification à l'activité devient, et de façon paradoxale, un peu brusquement, concrète. De ligne d'horizon, elle est passée au statut de ligne d'arrivée, qui doit être franchie dès le 1^{er} janvier 2004. Demain donc. Le cahier des charges des modalités d'application de la tarification à l'activité jusqu'en 2006 n'ayant été remis aux représentants du monde hospitalier que très récemment (le 1^{er} septembre dernier), d'intenses réflexions se prolongeront ainsi jusqu'au 31 décembre prochain. Le ton adopté pour mener à bien cette réflexion sera par conséquent nécessairement prospectif.

Un ton tout à la fois optimiste et inquiet.

Optimiste d'abord, pour deux raisons essentielles. En premier lieu, cette réflexion est celle d'un élève directeur d'hôpital en formation, dont la philosophie, avant de prendre ses fonctions, est essentiellement celle de l'enthousiasme. L'optimisme du candide en quelque sorte, ou du néophyte, c'est tout un. Plus encore, au fil de cette formation, il m'apparaît que le métier de directeur d'hôpital est plus qu'autre chose l'art de convaincre la multitude des acteurs hospitaliers des vertus du changement, fût-il encore à définir. Or il me semble précisément que la réforme de la tarification à l'activité donne un sens renouvelé à cette éthique de la conviction qui doit être l'étendard du directeur d'hôpital : elle a vocation à rendre plus aigu encore le rôle de pilotage fin de l'établissement qui incombe à cet acteur. Un ton résolument optimiste donc, par choix, et par conviction.

Mais il est également optimiste, par aveuglement pourrait-on dire : cela signifie ainsi que nous l'avons exposé plus haut que l'on ne s'interrogera pas sur des questions pourtant fondamentales, mais auxquelles nous ne sommes pas en mesure d'apporter de réponses. Ces interrogations sont notamment les suivantes :

- Quid de la pertinence de l'outil PMSI pour décrire les activités hospitalières ?
- Les hôpitaux publics seront-ils un jour financés à 100% à l'activité ?

Un ton inquiet ensuite, là encore pour deux raisons essentielles. En premier lieu, le contexte est en lui-même source d'inquiétude. La contrainte budgétaire pesant sur les établissements de santé se fait plus lourde, dans un contexte qui est celui d'un « *désenchantement*¹⁰ » de nombre d'acteurs hospitaliers. Par ailleurs, la réforme de la tarification à l'activité implique de nouvelles alliances opérationnelles entre le corps médical et l'administration de l'hôpital. En d'autres termes, l'investissement des médecins est plus que jamais requis pour mener à bien ces mutations profondes dans de bonnes conditions. Or là encore, le poids du contexte ne peut être oublié, qui est celui d'une démographie médicale en baisse, particulièrement aigue pour certaines disciplines. Plus que jamais donc, le temps médical est un temps rare, qui devra pourtant s'ouvrir à de nouvelles sollicitations liées à cette réforme du financement des établissements de santé. C'est là une première source d'inquiétude.

Le second motif d'inquiétude est propre, lui, à l'hôpital public. Car en effet, deux décennies de budget global ont autorisé ces structures à évoluer sans tenir compte d'un certain nombre d'angles morts, au premier rang desquels la structure des coûts des prestations de soins. Or l'un des effets immédiats de la réforme à venir est précisément de jeter une lumière crue sur cet angle mort. Certes, conscients de l'enjeu de l'utilisation de la comptabilité analytique pour la gestion des établissements, les pouvoirs publics ont fait de celle-ci une obligation réglementaire pour les hôpitaux¹¹. La modulation des dotations globales et des tarifs par les ARH sur la base, pour une large part, de la valeur des points ISA des établissements, constitue pour ces derniers une incitation, bien que limitée, à développer l'outil comptabilité analytique. Mais en dépit de ces dispositifs, celui-ci reste peu développé dans les établissements. La comptabilité analytique sera pourtant dès le 1er janvier 2004 doublement nécessaire aux établissements à la fois pour leur permettre de s'adapter aux tarifs des GHM fixés, mais également pour mieux déterminer ces derniers en élargissant la base de l'ENC.

¹⁰ *L'organisation interne de l'Hôpital*, Rapport d'Information à l'Assemblée Nationale. René Couanau, commission des affaires culturelles, familiales et sociales. 19 mars 2003. 81pages.

¹¹ Art. R. 714-3-43 CSP, introduit par le décret n°92-776 du 31 juillet 1992 relatif au régime budgétaire, financier et comptable des Etablissements Publics de Soins et PSPH.

En d'autres termes, le financement des structures hospitalières publiques leur permettait jusqu'à ce jour de ne marcher que sur une seule jambe (la production de données d'activités par le PMSI) ; la tarification à l'activité pose comme un impératif de marcher sur ses deux jambes, en mettant en place une véritable comptabilité analytique afin de connaître le processus de formation coûts. C'est là un défi majeur, tout à la fois technique et culturel, pour ces établissements, qui justifie également le ton quelque peu inquiet adopté dans les développements à venir pour aborder le cœur du sujet.

Le cœur du sujet

Si la réforme de la tarification à l'activité «*est une chance à saisir*¹²», cette «*chance de la reconstruction de l'hôpital public*¹³», c'est sans nul doute le système d'information qui, dans cette première phase d'attente et de transition doit faire l'objet de toutes les attentions au sein de l'hôpital public. Parce qu'il produit ces flux d'information qui seuls peuvent permettre à l'institution hospitalière de retrouver son équilibre en marchant sur ses deux jambes : les données d'activités qui donneront lieu aux recettes de l'hôpital dans le cadre d'un financement assis sur l'activité (le volet PMSI), et les données relatives aux structures de coûts en interne, qui permettront un pilotage fin de l'établissement et justifieront pleinement le principe de l'autonomie de gestion accordé aux établissements publics de santé (le volet comptabilité analytique).

Le système d'information, et ses nécessaires évolutions, sujet de la réflexion ici abordée, est l'un des éléments qui permettront à cette réforme de devenir cette opportunité saisie par les établissements publics, et non pas une occasion manquée.

Car en effet, on pourrait affirmer que le système d'information d'un hôpital public porte en lui-même la contrainte liée à ce nouveau mode de financement, et également la clé de l'acceptabilité de cette contrainte par les acteurs hospitaliers. Si la réforme a pour effet de transformer les établissements hospitaliers de «*paquebot en dériveur*¹⁴» en leur imposant une double contrainte de réactivité et d'exhaustivité dans l'analyse de l'activité et de ses coûts de production, les informations ainsi mises en lumière constituent

¹² Propos de Laurence Bernard, directrice des finances et du contrôle de gestion au CHU de Grenoble, cité dans *Tarification à l'activité : vers une alliance médico-administrative*. Vanessa Barresi. Gestion Hospitalière, n°191, janvier 2003. pp. 18-19.

¹³ Propos du Pr. Chirossel, président de la Commission médicale d'établissement du CHU de Grenoble, cité dans *Tarification à l'activité : vers une alliance médico-administrative*. Vanessa Barresi. Gestion Hospitalière, n°191, janvier 2003. pp. 18-19.

¹⁴ Patrick Expert. Directeur des Systèmes d'Information et de l'Organisation, et responsable du contrôle de gestion au CH de Blois. Interview réalisée le 5 septembre 2003.

également un puissant vecteur d'acceptabilité de ces contraintes dès lors qu'elles prennent sens dans le cadre d'un processus de contractualisation interne approfondi. C'est là ce que nous nous attacherons à expliciter ou à démontrer au cours des développements à venir à travers un exemple, celui du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Poitiers¹⁵.

L'hypothèse de travail qui sous-tend l'ensemble de cette réflexion peut être ainsi formulée : l'intégration du système d'information en situation initiale, c'est-à-dire avant le 1^{er} janvier 2004, n'est pas en soi un facteur opposant ou adjuvant définitif dans l'impératif d'adaptation de ce système. Est en revanche déterminante la connaissance exhaustive de l'architecture de système, et bien plus, des pratiques et des cultures d'utilisation de ce celui-ci par les acteurs hospitaliers, car c'est avec ces pratiques et cultures, et avec elles seulement, que l'on pourra construire les processus nécessaires à la mise en œuvre de la tarification à l'activité.

Méthodologie

Afin de mener à bien cette réflexion, deux types de sources ont été utilisés. En premier lieu, on a lu. C'est en effet vers les bibliothèques, et doit-on le dire, par réflexe, que nous nous sommes tournées, mais également vers l'Internet, tant les sites recèlent aujourd'hui de précieux documents.

En second lieu, cette réflexion a été nourrie de conversations, formelles et informelles, avec nombre d'acteurs hospitaliers.

Conversations informelles d'abord : en effet, cette réforme du financement de l'hôpital public est une priorité majeure de l'agenda des décideurs hospitaliers. Présente dans les esprits depuis de nombreux mois, elle alimente, on l'a dit, les inquiétudes et l'enthousiasme des uns et des autres, et est donc l'objet de nombreux commentaires, entendus ici et là au cours de ce second stage hospitalier au CHU de Poitiers. En d'autres termes, sans même y travailler précisément, on y réfléchissait, jour après jour, nourrie par les discussions des membres de l'équipe de direction du CHU, mais également des interrogations des représentants du personnel en Comité Technique d'Etablissement, ou du corps médical en Commission Médicale d'Etablissement.

Conversations formelles ensuite : des entretiens m'ont ainsi été accordés par les directeurs d'hôpital du CHU de Poitiers, mais également du Centre Hospitalier de Blois, accordés également par les informaticiens, les médecins du Département de l'Information

¹⁵ Cf. Annexe I. Plan du CHU et Annexe II. Chiffres-clés 2002.

Médicale (DIM), des chefs de service, les membres de la cellule contrôle de gestion du CHU, et plus généralement des utilisateurs de terrain du système d'information. D'autres entretiens m'ont enfin été accordés par des acteurs médicaux et administratifs, n'appartenant pas au sens strict à la sphère hospitalière, mais exerçant leurs missions de contrôle au sein de l'ARH de la région Poitou-Charentes, de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de cette même région, et du service médical de l'Assurance-Maladie.

Les informations recueillies auprès de ces différentes sources nous permettront donc d'explicitier plus précisément, à travers l'illustration du CHU de Poitiers, l'impact de cette double contrainte de réactivité et d'exhaustivité que fait peser la réforme de la tarification à l'activité sur le système d'information, examiné ici dans sa seule finalité de production de données d'activité grâce à l'outil PMSI. **(1).**

L'introduction de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) dès le 1^{er} janvier 2003 au CHU de Poitiers a permis de mettre en lumière la cartographie du système d'information, par là même le poids de l'histoire de l'institution, et les pratiques existantes en matière de recueil, de codage et de saisie des données d'activités ; sont ainsi apparus des éléments saillants sur lesquels s'appuyer afin de répondre à ces contraintes. **(1. 1.)** Est également apparu à cette occasion un besoin de redécouverte d'une logique institutionnelle forte en matière informatique afin de pallier l'hétérogénéité relative des pratiques, besoin auquel des solutions informatiques et humaines peuvent être apportées. **(1. 2).**

Le système d'information, examiné dans un premier temps à travers la finalité immédiate qui lui est assignée dans le cadre de la tarification à l'activité, réactivité et exhaustivité dans la production de données d'activités à des fins de pilotage médico-économique et de contrôle de gestion, peut également être le vecteur d'acceptabilité de la contrainte qui lui est imposée, et ce à travers l'utilisation de ces informations, enrichies des apports de la comptabilité analytique, dans le cadre d'un processus de contractualisation interne **(2).**

C'est là une seconde finalité, attendue et annoncée, de la réforme. Celle-ci impose en effet une redécouverte de la comptabilité analytique, qui apparaît facilitée par le besoin de visibilité sur les dépenses et sur les coûts créé au plus près du terrain par l'expérimentation récente de la déconcentration de gestion au CHU de Poitiers **(2. 1).** L'apparition de nouveaux métiers et de nouvelles missions liés au contrôle de gestion, mais également le perfectionnement des outils et procédures de la contractualisation interne peuvent être de nature à rendre acceptable les contraintes en donnant à voir aux acteurs sur le terrain ces nouvelles marges d'autonomie dont ils disposent dans le cadre des pôles d'activités. **(2. 2).**

1 LE SYSTEME D'INFORMATION, PORTEUR DE L'HISTOIRE DE LA STRUCTURE HOSPITALIERE, FACE AU DEFI D'UNE INTEGRATION NECESSAIRE.

« Chaque hôpital agit en fonction de ses moyens et de son histoire informatique, parfois pesante pour évoluer facilement¹⁶ ».

L'apparition de l'informatique est toute récente à l'échelle de la longue histoire de l'institution hospitalière. Née le plus souvent d'initiatives isolées de quelques acteurs éclairés, cette introduction de l'outil informatique dans la vie hospitalière a donc obéi à des finalités diverses et opportunistes, avant d'être structurée par l'impact du PMSI. Il importe de tenir compte de cette « mémoire » institutionnelle du système d'information **(1.1)**, avant de construire une étape nouvelle et nécessaire de son développement, c'est-à-dire, une intégration toujours plus approfondie **(1.2)**.

1.1 Le système d'information, comme témoin de l'histoire.

La mise en œuvre de la CCAM dès le 1^{er} janvier 2003 au CHU de Poitiers a permis de mettre en lumière, tout à la fois la cartographie des flux d'informations produisant des données PMSI **(I. 1. 1)**, et également les pratiques des utilisateurs du système d'information au plus près du terrain destinées à alimenter ces flux d'information **(I. 1. 2)**. Quelques remarques préalables doivent ici être apportées afin de préciser les enjeux de l'introduction de cette nouvelle nomenclature.

La CCAM repose sur les principes d'exhaustivité (elle recense l'ensemble des actes, et pas seulement ceux qui sont pris en charge par l'assurance maladie), de bijectivité (au libellé d'un acte ne correspond qu'un seul code, et réciproquement) et d'évolutivité. Les libellés des 7 100 actes de la CCAM technique, élaborés par la CNAM et le PERNNS à partir du CDAM, ont été élaborés en liaison avec les sociétés savantes. Beaucoup plus précis que les libellés de la NGAP, ces libellés indiquent la nature de l'acte et sa topographie et éventuellement la voie d'abord et la technique de guidage. Chaque acte de la CCAM est normalement un acte global donc comportant tous les gestes

¹⁶ *Le système d'information hospitalier est-il un système comme les autres ?* L. Debenedetti, A. Livartowski. Perspectives, la lettre d'information des adhérents du GMSIH, n°10, juin 2003, p. 2.

nécessaires à la réalisation d'une séquence diagnostique ou thérapeutique complète dans les règles de l'art. En vue d'une refonte des honoraires du secteur libéral, les 7 100 actes de la CCAM ont été hiérarchisés selon les ressources intellectuelles (le travail médical) et financières (le coût de la pratique) mobilisées par les praticiens pour les réaliser. Le travail médical, exprimé en points, prend en compte la durée de l'acte, le stress occasionné, la technicité et l'effort mental requis. Sur ces critères, des panels d'experts ont établi la hiérarchie des actes d'une même spécialité. Puis, par un système d'actes équivalents entre spécialités, une hiérarchie unique des actes a été réalisée, selon leur nombre de points de travail.

La CCAM devrait ainsi être un outil plus opérationnel que ceux existant précédemment pour décrire l'activité médicale. Le principe d'exhaustivité de cette nomenclature ainsi que les règles de codage permettront d'identifier sans ambiguïté l'acte réalisé. Cette meilleure connaissance de l'activité médicale apportée par la CCAM est en soi un élément positif du point de vue de la contrainte d'exhaustivité qui pèsera demain sur les établissements hospitaliers dans le cadre de la T2A. La question fondamentale posée par ce nouvel outil est donc celle du « savoir bien » recueillir, coder, et saisir l'ensemble des actes médicaux et médico-techniques prescrits au sein des services. Cet enjeu majeur sera au cœur de ces premiers développements.

1.1.1 La cartographie du système d'information au CHU de Poitiers : un archipel de logiciels métiers, qui tous convergent vers le DIM.

Il paraît utile de préciser ici quelques éléments historiques relatifs à la culture locale du système d'information. Les discussions et entretiens développés avec Louis-Marie Challet et Angel Fernandez, tous deux directeurs d'hôpital et informaticiens¹⁷ dans une vie antérieure, ont mis en lumière le fait qu'il n'existe pas, au CHU de Poitiers, d'approche théorique du système d'information. En revanche, règne la culture du pragmatisme, qui conduit à faire évoluer et progresser les différents applicatifs.

Longtemps en effet, le système d'information a été réduit aux seules applications administratives : gestion du personnel, facturation et services économiques. Le premier représentant du corps médical à avoir manifesté de l'intérêt pour l'informatisation d'un service a été un assistant de cardiologie, aujourd'hui professeur au CHU. La motivation de ce pionnier était alors double : recueil informatisé d'un certain nombre d'informations

¹⁷ Entretien avec Louis-Marie Challet, Directeur du site de la Milétrie et de la filière cancérologie, mercredi 10 septembre 2003. Entretien avec Angel Fernandez, directeur de l'hôpital local de Lusignan (86), vendredi 12 septembre 2003.

médicales, et recherche clinique. Ce premier évènement a suscité un effet d'entraînement fort au sein de la communauté médicale : chacun a en effet souhaité disposer dans son service de son propre système de recueil d'informations médicales. Puis, après les premières expériences informatiques liées au PMSI, et lorsque 70% des services eurent été informatisés, le Directeur Général de l'époque décida de généraliser l'informatisation à l'ensemble des services. Deux éléments doivent ici retenir notre attention : le développement progressif de l'outil informatique au sein des services a suscité d'une part l'élaboration de logiciels métiers, mais l'entrée en vigueur du PMSI au cours des années 1980 a largement structuré et accéléré ce processus d'informatisation.

Cette brève page d'histoire informatique se retrouve tout entière dans le schéma reproduit sur la page qui suit.

Ce schéma a été élaboré par G. Toullat¹⁸, chef de projet au sein de la Direction des Finances, de la Contractualisation Interne et du Système d'Information, responsable du domaine informatique médical et médico-technique, afin de présenter le système d'information lors des sessions de formation liées au passage à la CCAM technique le 1^{er} janvier 2003 au CHU de Poitiers. Les commentaires qui viennent lui sont donc largement empruntés.

A) Un archipel de logiciels métiers.

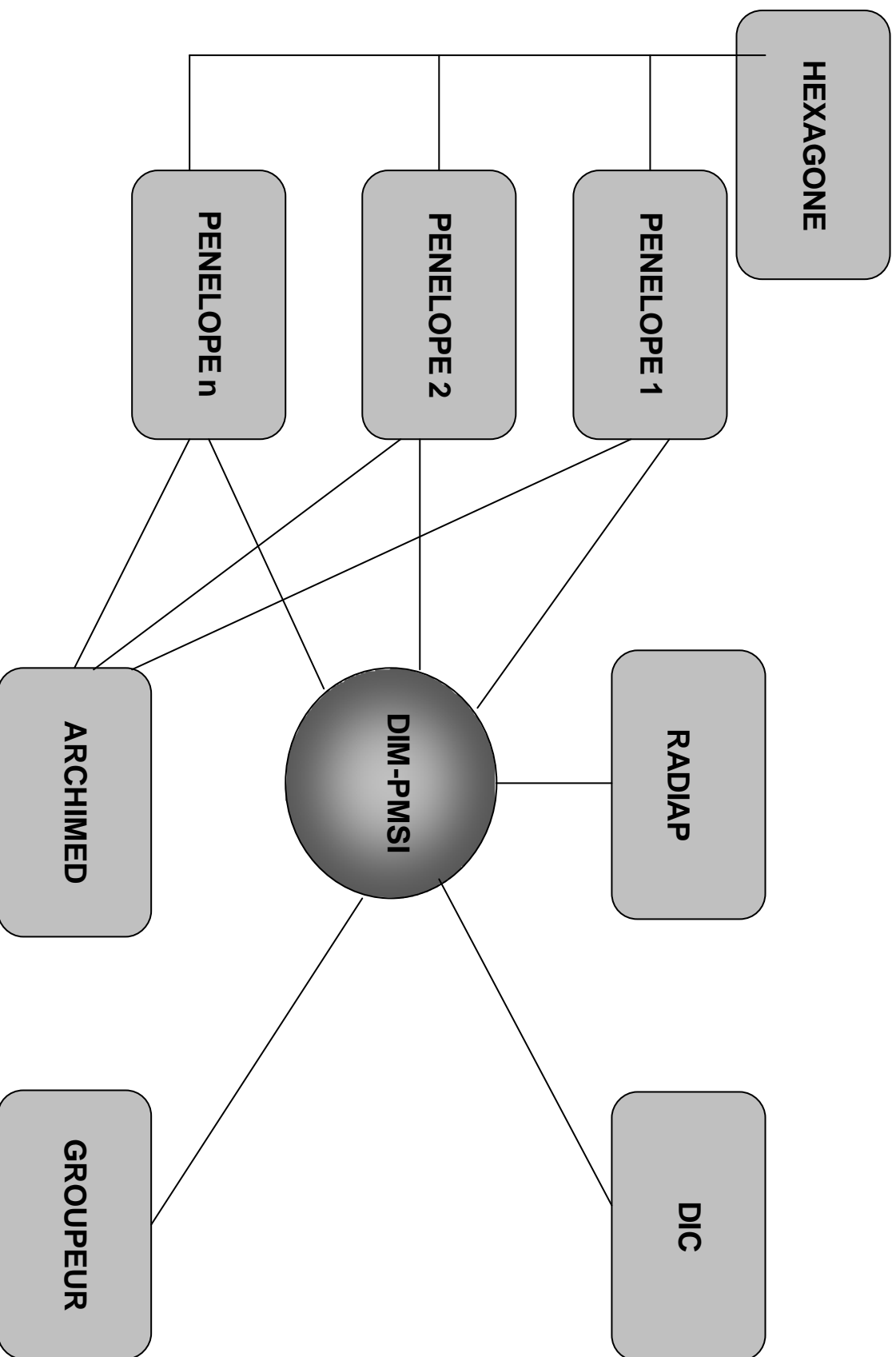
Ce schéma représente les flux de données utilisées au CHU pour produire du PMSI, grâce aux logiciels métiers suivants :

- **Hexagone** : logiciel de gestion administrative du patient (GAP), il est utilisé par le bureau des admissions, et le bureau de la facturation. Sa dernière version date de 2000.
- **Pénélope** : logiciel de gestion du dossier médical, , il est utilisé par l'ensemble des secrétariats médicaux de l'établissement, et date, dans sa première version, de 1988. Il existe aujourd'hui 42 logiciels Pénélope installés, qui correspondent à la diversité des secrétariats médicaux dans l'établissement.

¹⁸ Entretien réalisé le mercredi 6 août 2003 avec Georges Toullat, chef de projet au sein de la Direction des Finances, de la Contractualisation Interne et du Système d'Information, responsable du domaine informatique médical et médico-technique.

- **Radiap** : il s'agit d'un logiciel utilisé par les manipulateurs en électroradiologie pour les comptes rendus de radiologie. Il date de 1993.
- **DIC** : utilisé en radiothérapie par les manipulateurs, il date de mars 2000.
- **DIM** : cette application est utilisée par le département de l'information médicale afin de recueillir l'ensemble des données issues des secrétariats médicaux et des plateaux d'imagerie, ensuite traitées par le logiciel GROUPEUR, avant d'être envoyées aux autorités de tutelle (groupage des séjours et calcul des GHM).
- **ARCHIMED** : lors de la construction de l'applicatif Pénélope en 1988, il n'existait pas de réseau hospitalier dans l'établissement. Les bases d'informations médicales des différents services étaient, et sont toujours indépendantes, car écrites dans des langages informatiques différents. Archimed est un logiciel qui permet la mise en commun d'un certain nombre de données médicales et administratives issues des différentes bases pour un même patient. Le droit d'accès en est exclusivement restreint aux médecins. Archimed témoigne donc des multiples histoires médicales séparées d'un même patient, histoires qui se juxtaposent dans les différents secrétariats médicaux.

Principe simplifié des flux d'informations alimentant PMSI au CHU de Poitiers



La seule lecture de ce schéma met ainsi en lumière une architecture informatique qui en quelque sorte constitue un premier idéal-type : celui d'un modèle d'intégration informatique minimale, privilégiant les besoins des utilisateurs dans le cadre d'une finalité unique, la production de données PMSI. Ceci explique donc que l'ensemble des flux d'information convergent tous vers l'application utilisée par le DIM, et que le logiciel Archimed soit une tentative d'utiliser l'information produite selon une autre finalité, en l'espèce visualiser l'histoire médicale d'un même patient, morcelée par les différents logiciels métiers. Ce premier modèle d'intégration minimale peut être rapproché, ou opposé, à un second idéal-type en matière d'architecture informatique, que l'on a pu observer au Centre Hospitalier de Blois¹⁹. L'intégration plus forte du système d'information du CH de Blois s'explique là encore par le poids de l'histoire de l'institution. En effet, la structuration du système s'est effectuée sur la base de ce qui préexistait en version papier : le dossier médical commun, dès les années 1970. On perçoit ici combien la finalité assignée au système d'information est différente : l'architecture informatique a d'abord vocation à retracer le parcours d'un patient au sein de l'établissement, avant de constituer un outil destiné à alimenter le logiciel de groupage du DIM. Car en effet, le Dossier Médical Informatisé Commun constitue le cœur de la cartographie informatique du CH de Blois. Ces remarques peuvent être résumées dans le tableau suivant :

Deux histoires informatiques différentes

	CHU de Poitiers	CH de Blois
Finalité primaire du système d'information	Production de données PMSI	Histoire médicale du patient
Finalité secondaire du système d'information	Elements de l'histoire médicale du patient (Archimed)	Production de données PMSI
Outil élémentaire	Logiciels métiers	Dossier Médical Informatisé Commun

¹⁹. Lors d'une visite sur site le vendredi 5 septembre 2003.

On peut tenter de synthétiser les éléments qui, dans l'architecture informatique du CHU de Poitiers, peuvent être considérés comme à risque, et au contraire comme positifs, dans l'optique de la mise en place de la tarification à l'activité.

Des éléments à risque.

Le schéma est en l'espèce tout à fait explicite : le système d'information, tel qu'il est structuré, ne retrace pas l'ensemble des processus institutionnels en termes de prestations de soins. Ainsi par exemple le plateau d'imagerie est informatisé (RADIAP), mais les blocs opératoires ne le sont pas. Il est donc impossible dans la logique de fonctionnement des différents services médicaux et chirurgicaux d'identifier le rôle de prestataire des différentes composantes du plateau technique. C'est là un manque, qui devrait être prochainement pallié, comme nous le verrons plus loin (cf, infra pp. 31-39). Le risque peut donc être identifié d'un cloisonnement des services, alors même que la réforme de la tarification à l'activité semble tout au contraire impliquer de redécouvrir une logique institutionnelle forte.

Des éléments positifs.

La logique prééminente des logiciels métiers peut, à bien des égards, constituer un atout pour les adaptations du système d'information dans le cadre de la tarification à l'activité. Il n'est en effet plus à démontrer combien la réponse au besoin informatique au plus près des utilisateurs représente un avantage indéniable : les secrétaires médicales dans chacun des services, mais également les manipulateurs en électroradiologie sur le plateau d'imagerie connaissent mieux que tout autre la nature des actes effectués dans les secteurs où ils exercent, les différentes techniques de prises en charge des patients, ou encore les différents acteurs qui se succèdent auprès de ces patients. Cette connaissance profonde du terrain par ces utilisateurs des logiciels métiers est un avantage important tout à la fois pour l'exhaustivité du recueil des données d'activités, mais également pour leur fiabilité.

Par ailleurs, et c'est là un second atout, l'effet structurant du PMSI sur l'architecture du système d'information au CHU de Poitiers rend ces utilisateurs plutôt réceptifs, a priori, aux nouvelles contraintes de réactivité liées à la plus grande rapidité de production et d'analyse des données d'activités à partir du 1^{er} janvier 2004. Celles-ci étant d'abord utilisées dans l'optique d'un envoi à la tutelle, avant même d'être éventuellement réutilisées en interne, les utilisateurs des logiciels métiers sont ainsi depuis longtemps sensibilisés à cette première finalité du recueil des données.

L'examen de ce schéma réalisé par M. Toullat donne également à voir, par contraste, le chemin qui reste à parcourir au CHU de Poitiers, afin de potentialiser toute la richesse des informations recueillies au sein des différents services médicaux, chirurgicaux et médico-techniques de l'établissement : la finalité assignée de production de données PMSI implique en effet un appauvrissement quotidien du contenu de ces informations. Or, et c'est là un défi majeur, la mise en œuvre prochaine de la tarification à l'activité implique notamment d'user pleinement de toute la richesse de l'information recueillie, afin de mettre en lumière le processus de formation des coûts, mais également les relations inter-services au sein de l'institution.

B) Des flux d'information qui tous convergent vers le Département de l'Information Médicale (DIM).

Deux indications chiffrées tout d'abord : au CHU de Poitiers sont traités chaque année au Département d'Information Médicale

- 120 000 séjours
- 400 000 actes codés

Pour procéder à ce traitement de l'information médicale produite par les unités de soins et le plateau technique, l'équipe du DIM au CHU de Poitiers est constituée de la manière suivante :

- Un Professeur des Universités, Praticien Hospitalier (PU-PH), chef de service : le Professeur Pierre Ingrand
- Un Praticien Hospitalier : le Docteur Francis Pradeau
- Une Chef de Clinique Assistante : Le Docteur Laurence Laplace
- Enfin, 8 techniciennes de laboratoire

Le rôle des équipes médicale et technique du DIM, dans un établissement public de santé, est ainsi défini²⁰ par le Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier (GMSIH) : « *Le DIM est concerné par la production des GHM. Les résumés de sortie peuvent être produits soit directement par les praticiens, soit de manière centralisée. Le DIM est également concerné par les analyses d'activité médicale. Il vérifie la pertinence des données fournies par les plateaux techniques et les unités de soins. Il apporte son expertise locale par ses connaissances en matière de classification.*

²⁰ Rapport relatif à l'application de la CCAM dans les établissements de santé au 1^{er} janvier 2004. Version V1.1. Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier. 10 juin 2003. p. 15.

Il exploite la chaîne de production des informations du PMSI et transmet les Résumés de Sortie Anonymisés (RSA) à l'ARH. Il participe à la conception du système d'information de l'établissement ».

Le recueil des données d'activités à finalité de pilotage médico-économique est décentralisé, au CHU de Poitiers, et ce, depuis la création du DIM. C'est là une première caractérisation des pratiques, qui a pour conséquence le positionnement des équipes du DIM sur deux missions essentielles : mission de contrôle des données recueillies d'abord, missions de conseil et d'expertise ensuite. Notons cependant que ce positionnement est quelque peu différent de celui des départements de l'information médicale situés dans les établissements privés sous Objectif Quantifié National (OQN) où « *le DIM est majoritairement sollicité dans les différentes opérations de la production de l'information médicale (PMSI). Les services cliniques et le bloc n'interviennent que pour une moindre part dans ces tâches, qu'il s'agisse du codage des diagnostics et des actes, ou même du recueil et de la saisie des éléments pertinents du dossier médical*²¹ ».

Les missions de contrôle

Il s'agit ici de contrôler en interne la qualité des données d'activités recueillies dans les unités de soins et le plateau technique. Ce contrôle vise tout à la fois à mesurer les éventuelles incohérences dans les opérations de codage, mais également leur exhaustivité afin de rendre visibles quels sont les GHM n'ayant pas fait l'objet d'un Résumé d'Unité Médicale (RUM).

Cette exigence d'exhaustivité correspond aux dernières années de pratique du contrôle exercé par le DIM au CHU de Poitiers : depuis 1995 déjà, le taux d'exhaustivité est de 100%. Concernant le contrôle qualité effectué sur les données d'activité, il a été mené, jusqu'au 1^{er} semestre 2001²², sur la base d'échantillons. Cette première modalité de contrôle consistait à reprendre le dossier médical du patient concerné, à procéder au codage de son séjour, puis à une comparaison avec le codage des actes pratiqué dans les unités de soins ou le plateau technique. A cette première modalité de contrôle ont succédé des procédures d'assurance qualité, développées au plus près possible de la production, grâce notamment à la construction de requêtes d'incohérences. Selon le Pr. Ingrand, la qualité de la production des données d'activités s'en est trouvée améliorée,

²¹ *Synthèse de l'état des lieux du système d'information des établissements sous OQN expérimentateurs. Mission Tarification à l'Activité. Août 2003. 12p.*

²² Entretien avec le Pr. Ingrand. Mardi 9 septembre 2003.

puisque'une baisse de 5 à 10% des groupages discordants a été observée. Cette amélioration de la qualité des données produites n'a cependant pas eu d'impact majeur sur la valeur du point ISA de l'établissement.

Ces modalités de contrôle interne de la base PMSI sont d'autant plus importantes, que les contrôles externes²³ effectués par les médecins inspecteurs de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) se sont considérablement affaiblis au cours des dernières années. Non qu'ils aient été excessivement développés dans le passé : la base PMSI des établissements publics de santé était en effet contrôlée, dans la région Poitou-Charentes, à partir d'un échantillon de 20 dossiers médicaux déjà validés par le DIM de l'hôpital concerné. On peut sans nul doute s'interroger sur la représentativité statistique de cette vingtaine de dossiers par rapport à la base totale d'un établissement ; ce contrôle consistait bien plutôt à valider un travail réalisé préalablement par le DIM. Mais, c'était en quelque sorte mieux que rien... Car en effet, et depuis 2001, il n'existe plus aucune modalité effective de contrôle externe des données PMSI au niveau régional, alors même que de substantiels financements sont attribués sur cette base. Les raisons avancées par les différents interlocuteurs rencontrés²⁴ sont notamment liées à l'annonce en 2001, pour l'heure non encore suivie d'effets, par le service médical de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), de nouvelles modalités de contrôle des données PMSI des établissements de santé. L'horizon du 1^{er} janvier 2004 devrait cependant accélérer la diffusion de ces nouveaux contrôles auprès des acteurs concernés au niveau régional.

La mise en œuvre de la tarification à l'activité devrait modifier sensiblement les pratiques de contrôle interne de la qualité des données PMSI par le DIM au CHU de Poitiers : elles devraient ainsi s'orienter, à partir du 1^{er} janvier 2004, vers un contrôle sur échantillon, considéré comme indispensable, et vers une relance des procédures d'assurance qualité, ciblées cette fois sur des activités identifiées, avec le Directeur des Finances, de la Contractualisation Interne, et des Systèmes d'Information, comme potentiellement à risques dans le cadre de la tarification à l'activité. Ces activités

²³ *Qualité des informations et financement des hôpitaux : critique méthodologique du contrôle officiel de la qualité des données du PMSI.* Jérôme Fernandez, Cécile Bonifaci, Jean-Pierre Bouthiaux, Pierre Dujols. Informatique et gestion médicalisée. Vol. 9. 1997. pp. 139-147.

²⁴ Entretien avec le docteur Gilles Auzemery, médecin-conseil du service médical de l'Assurance Maladie à Limoges, responsable du secteur de l'hospitalisation. Mercredi 3 septembre 2003. Entretien avec le docteur François Mirland, médecin inspecteur de santé publique régional, mardi 9 septembre 2003.

identifiées seront cibles de ces démarches d'assurance qualité, dès lors qu'elles assureront des soins coûteux, et donc avec un enjeu financier fort pour l'établissement, ou bien dès lors que les contrôles exercés par le DIM auront fait apparaître une surreprésentation de codages discordants pour ces activités.

Ces missions de contrôle interne assumées par le DIM constituent le socle historique du positionnement de ses équipes au CHU de Poitiers, comme dans bien d'autres établissements. La réforme annoncée de leur financement a sans nul doute vocation à développer un axe jusqu'alors plus confidentiel de ces missions : le conseil et l'expertise.

Les missions de conseil et d'expertise.

En effet, la qualité du codage des actes dans les unités de soins et le plateau technique revêt un sens tout à fait nouveau avec la mise en œuvre récente de la CCAM, dans son volet technique, au CHU de Poitiers : instrument décrivant de manière beaucoup plus exhaustive la diversité des pratiques médicales, cette nouvelle nomenclature doit être le vecteur d'une valorisation au plus juste des séjours des malades accueillis dans les différentes unités de soins. L'introduction de la CCAM a donc nécessité une véritable collaboration entre les équipes du DIM, les unités de soins et le plateau technique, afin d'utiliser au mieux ce nouvel outil. Ainsi que l'expose le rapport du GMSIH²⁵, « *le DIM accompagne donc les praticiens dans la prise en compte de la CCAM. Il a entre autres la charge d'élaborer des thésaurus par service autant que de besoin avec les praticiens concernés. En collaboration avec le Directeur des Systèmes d'Information, il analyse l'impact des évolutions sur le système d'information en particulier sur les liens entre la partie production de soins et codage des actes. Il assure également la formation et l'aide au codage des actes en cas de difficultés, il contrôle l'exhaustivité du recueil.* »

Nous verrons plus loin les rapprochements opérationnels envisagés entre le Directeur du Système d'Information et le DIM au CHU de Poitiers, rapprochements ici conçus comme une collaboration nécessaire afin de bénéficier pleinement des richesses de cette nouvelle nomenclature (cf, infra, pp. 39-48). Mais ce que l'on perçoit à travers ces recommandations du GMSIH, c'est combien toute l'expérience acquise par les équipes du DIM en matière de traitement de l'information à finalité médico-économique

²⁵ *Rapport relatif à l'application de la CCAM dans les établissements de santé au 1^{er} janvier 2004. Version V1.1. Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier. 10 juin 2003. p. 49.*

doit être diffusée en direction des acteurs de terrain avant cette échéance du 1^{er} janvier 2004. C'est en l'espèce ce qui s'est produit au CHU de Poitiers.

Car en effet, trois mois avant la mise en œuvre de la CCAM le 1^{er} janvier 2003, le Pr. Ingrand a assuré des sessions de formation aux nouvelles pratiques de codage auprès des chefs de service de l'établissement. Des messages importants ont à cette occasion pu être diffusés, relatifs notamment à l'impératif d'exhaustivité du recueil des actes prodigués au patient. Il semble à cet égard que la CCAM ait un caractère éminemment attractif, puisqu'un certain nombre de praticiens ont découvert que des pans entiers de leur activité, jusqu'alors non décrits par l'instrument CDAM, étaient objectivés. On pense ici à la cardiologie et aux activités liées aux pace-makers.

Ces rencontres entre les chefs de service et l'équipe médicale du DIM ont également été l'occasion de valider des thésaurus, destinés à faciliter le codage en CCAM par les prestataires directs des soins. Ces thésaurus sont le regroupement des actes les plus couramment pratiqués au sein d'un service, qui permettent donc une familiarisation plus rapide des praticiens avec cette nouvelle nomenclature. En l'espèce, ce sont des thésaurus par spécialité qui ont été validés conjointement par le DIM et les chefs de service concernés : ils regroupent donc les actes concernant les différents organes ou systèmes concernés par la spécialité, quelle que soit la voie d'abord ou la technique. Ces outils, définis par le DIM avec les utilisateurs de terrain, ont ainsi vocation à faciliter la description la plus précise possible de l'activité des unités de soins et du plateau technique. Il est plus que probable que dans un avenir proche, les équipes du DIM seront amenées à faire bénéficier ces utilisateurs de leurs conseils et de leur expertise.

A travers cette première approche du système d'information du CHU de Poitiers, on dispose déjà de quelques éléments de caractérisation pour le recueil de données d'activités à finalité médico-économique :

- Une évolution historique de l'architecture informatique qui se manifeste aujourd'hui par un archipel de logiciels métiers définis au plus près des besoins des utilisateurs dans les unités de soins et le plateau technique
- Ces logiciels produisent des flux d'information dont le format a été très largement structuré par la finalité médico-économique introduite par le PMSI
- Les utilisateurs primaires des logiciels métiers ont une très bonne connaissance de ces applications et sont sensibilisés à la logique de production de données d'activités à finalité médico-économique puisqu'ils agissent dans le cadre d'un système décentralisé.

- Le DIM est positionné sur des missions de contrôle, et évolue vers des prestations de conseil et d'expertise.

Il importe à présent d'analyser plus profondément les pratiques existantes au sein des unités de soins et du plateau technique en matière de production de ces données d'activités.

1.1.2 Pratiques et cultures d'utilisation du système d'information de recueil des données d'activités au CHU de Poitiers.

Rappelons ici que la mise en œuvre prochaine de la tarification à l'activité imposera le passage d'un rythme de production des données d'activités aux autorités de tutelle aujourd'hui semestriel, à un rythme d'abord trimestriel, puis mensuel. La contrainte de réactivité et d'exhaustivité s'impose donc certes afin de répondre à cette obligation, mais bien plus, pour permettre à la Direction de l'établissement de procéder en amont, à un pilotage médico-économique de ses activités, ainsi qu'au contrôle de gestion. Rappelons enfin que le passage à la CCAM technique rend plus aigu encore l'enjeu du « savoir bien coder ».

Si le recueil d'informations à la source, au plus près du terrain est un choix réalisé depuis longtemps au CHU de Poitiers, l'hétérogénéité des pratiques **(A)** implique sans nul doute de redécouvrir une équation simple : le codage des actes est un acte médical. **(B)**

A) Des pratiques aujourd'hui relativement hétérogènes dans le cadre d'un système décentralisé de recueil des données d'activités.

Si les pratiques relatives au recueil et à la saisie des données d'activités destinées à produire du PMSI sont ici examinées, il importe cependant de préciser dès à présent qu'un acte médical prodigué à un patient hospitalisé donne aujourd'hui lieu à deux traitements différents :

- L'un destiné à alimenter les données PMSI, sous format CCAM
- L'autre destiné à la facturation et au calcul du ticket modérateur, sous format NGAP.

Au CHU de Poitiers, en l'absence de tables de transcodage, les secrétaires médicales, manipulateurs, et Infirmières (IDE et IBODE) pour quelques rares secteurs²⁶, saisissent deux fois un même acte, en CCAM et en NGAP, afin de répondre à ces deux

²⁶ Secteur des explorations fonctionnelles notamment.

finalités. Cette double saisie a encore cela de particulier qu'elle s'effectue selon des temps désynchronisés. Ainsi que l'expose le GMSIH dans son rapport déjà cité²⁷, « *la facturation et le traitement du PMSI sont en général indépendants et les rythmes d'exécution sont désynchronisés. La facturation traite les informations NGAP, au rythme nécessaire à l'élaboration de l'avis des sommes à payer, lequel est très rapide pour les consultations externes, moins rapide pour les hospitalisés. Le PMSI traite l'ensemble des informations du ou des RUM à un rythme beaucoup plus lent que le rythme imposé par la facturation. En effet, le PMSI comporte l'obligation d'envoyer les résultats à l'ARH de manière semestrielle* ».

Dès lors, on distingue nettement combien le flux de recueil d'activités au sein des unités de soins et du plateau technique peut être perçu comme une contrainte lointaine par les acteurs de terrain ; lointaine car secondaire dans le temps par rapport à la saisie des données destinées à alimenter le circuit de facturation. C'est là un premier élément qui pèse naturellement sur les pratiques existantes en termes de recueil des données d'activités dans les services.

On peut dans un premier temps apprécier la production de données PMSI d'une manière globale sur l'ensemble de l'établissement.

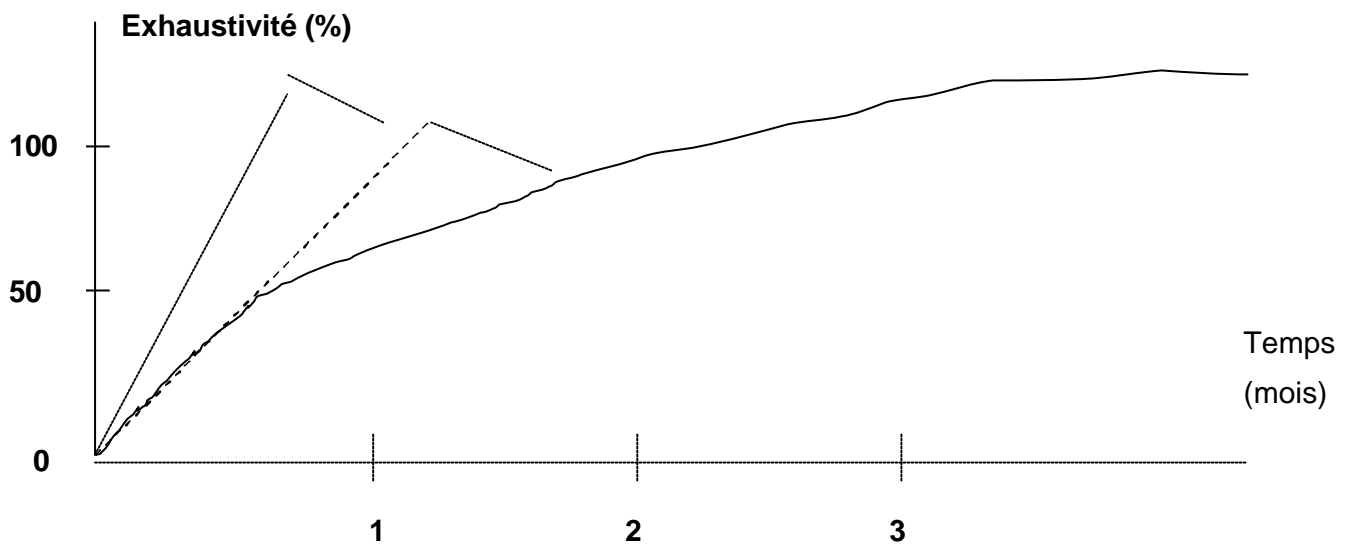
Selon le Pr. Ingrand²⁸, responsable du DIM, 57% de l'ensemble des données destinées à produire du PMSI sont disponibles au bout de 15 jours. Il s'agit en l'espèce d'informations importantes, qui émanent cependant d'un petit nombre de services, effectuant ce recueil au fil de l'eau. Parmi ces services, on compte notamment l'oncologie médicale, et l'oncologie radiothérapique, services qui fonctionnent en hospitalisation de jour et hospitalisation de semaine. Le Pr. Ingrand estime cependant qu'on ne saurait conclure à l'impact immédiat de ce type de structure d'hospitalisation sur la production des données PMSI : c'est semble t'il bien plutôt le type d'activité et de prise en charge qui conditionne le rythme de production. Au bout de trois mois, il reste encore 1% des données en attente.

Il apparaît ainsi, entre ces deux extrêmes, que le profil de production des données est assez moyen sur l'ensemble de l'établissement, et correspond au type de courbe suivant :

²⁷ *Rapport relatif à l'application de la CCAM dans les établissements de santé au 1^{er} janvier 2004. Version V1.1. Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier. 10 juin 2003. p. 17*

²⁸ Entretien avec le Pr. Ingrand. Mardi 9 septembre 2003.

Profil de production des données PMSI sur l'ensemble de l'établissement



La contrainte nouvelle d'accroissement de la rapidité de production des données PMSI à destination des autorités de tutelle impose donc un rythme de recueil de ces données d'activités au sein des services, qui devrait faire tendre cette courbe vers une ligne verticale, selon le sens des flèches.

Un second niveau d'analyse, plus précis cette fois, met en lumière une grande diversité des pratiques, expression des appropriations différenciées de l'outil PMSI.

Du côté du plateau technique.

En imagerie, ce sont les manipulateurs en électroradiologie qui effectuent les opérations de recueil, de codage et de saisie des actes, sous la responsabilité des médecins radiologues. Les services d'imagerie ont une réactivité relativement forte sur l'activité de production des données d'activités. Ceci s'explique sans nul doute par le caractère singulier des actes prodigués aux patients dans ces secteurs : ces actes se définissent en effet bien plus par leur technique que par leur raison médicale.

Pour les activités de bloc opératoire, il existe une forte hétérogénéité des pratiques. Si la majeure partie des chirurgiens dictent conjointement le compte rendu opératoire et l'identification des codes à mettre en place pour les actes réalisés, le rythme de production des données d'activités est conditionné par l'organisation du travail de chaque secrétariat médical et par là même, conditionné par la sensibilité développée par le praticien à l'égard de ces opérations de codage. Il semble en effet que l'on puisse opérer une distinction entre les services qui dissocient la rédaction de la lettre de sortie du patient, et la mise à jour de son dossier, du codage des actes qu'il aura reçus durant son séjour, et les services qui effectuent simultanément ces trois types d'activités. Les services qui dissocient ces opérations ont semble-t-il, un retard récurrent dans

l'alimentation du flux de données PMSI, alors même que les seconds répondent plutôt positivement à la contrainte de réactivité sur la production de ces données.

Du côté des unités de soins

L'analyse des pratiques portée sur les activités de bloc opératoire peut être projetée sur l'ensemble des unités de soins : le constat d'hétérogénéité des pratiques est ici sensiblement identique.

Il importe donc de distinguer deux éléments à la lumière de ce qui vient d'être exposé :

- **Du côté de la contrainte de réactivité sur le rythme de production des données d'activités d'une part**

La diversité des profils des différents services sur l'ensemble de l'établissement, du plus réactif au plus attentiste, met en lumière l'importance majeure du binôme praticien-secrétaire médicale. L'organisation du travail au sein des secrétariats médicaux est en effet largement conditionnée par la priorité, ressentie comme forte ou de manière beaucoup plus relative par les médecins accordée à l'actualisation du dossier médical. Selon le degré d'importance accordée à cette actualisation en temps réel par les médecins, s'opère soit une dissociation des opérations de rédaction des courriers de sortie et de comptes-rendus opératoires, avec le codage des actes effectués, soit une association de ces différentes opérations, et donc, une plus grande réactivité dans la production des flux d'information destinés à alimenter le PMSI.

- **Du côté de la contrainte d'exhaustivité d'autre part**

C'est bien de la qualité du codage des actes en CCAM dont il est ici question, et donc de l'appropriation de cet outil et de son intérêt par le corps médical. Or là encore, ces appropriations sont diverses, que l'on peut résumer dans le tableau suivant :

OPERATIONS ALIMENTANT LES FLUX D'INFORMATION PMSI	IMPLICATION DU CORPS MEDICAL
RECUEIL	FORTE
CODAGE	RELATIVE
SAISIE	RARE

Il apparaît donc que la clé de voûte qui supporte les deux contraintes d'exhaustivité et de réactivité dans la production de données d'activités est bien le corps médical. S'impose donc le retour dans la pratique à une donnée fondamentale : le codage est un acte médical.

B) Le retour à une pratique fondamentale : le codage est un acte médical.

Il importe avant toutes choses de préciser à nouveau une donnée qui, pour évidente qu'elle soit, n'en est pas moins fondamentale, en ce qu'elle implique l'élaboration de stratégies complexes afin de modifier certains comportements : cette question de l'implication des médecins dans le codage des actes grâce à l'outil CCAM ne se pose en effet pas du tout avec la même acuité pour les établissements privés sous OQN. Car dans ces établissements, les médecins ont un intérêt incontestable et avéré au suivi quotidien de leur activité : son évolution a en effet une traduction directe sur leur fiche de paye. Ce qui naturellement n'est pas le cas au sein des établissements publics, ce d'autant moins que l'application du volet tarifant de la CCAM n'est pas encore à l'ordre du jour. Il s'agit donc bien d'un défi majeur qui se pose ici de manière spécifique aux structures hospitalières publiques.

Lors des sessions de formation à l'outil CCAM mises en œuvre par le Pr. Ingrand du DIM à destination du corps médical, il semble que les médecins aient été séduits par cette nouvelle nomenclature, dans la mesure où elle offre une description beaucoup plus fine de leurs activités réelles. En revanche, la mise en œuvre de cette nouvelle norme depuis presque neuf mois au CHU de Poitiers, ne semble pas avoir suscité de modifications profondes dans les pratiques de codage des praticiens. Mais selon le responsable du DIM, la sensibilisation des chefs de service aux enjeux portés par cet outil est sans nul doute plus grande, ce qui peut laisser espérer un certain nombre de changements de comportements dans un avenir proche.

Car il s'agit bien de donner tout son sens au système existant au CHU de Poitiers de décentralisation de la production des données d'activités destinées à alimenter le PMSI : générés au plus près du terrain, ces flux d'information doivent également être élaborés, au-delà des obligations légales, par les acteurs médicaux qui ont procédé aux actes concernés.

On peut envisager cette question du plus grand investissement du corps médical dans le codage des actes qu'ils effectuent de deux manières : idéologique d'abord, pragmatique ensuite.

Un débat idéologique ?

D'un point de vue idéologique en effet, on peut avancer l'argument selon lequel, à l'intérieur d'une même spécialité, surviennent très fréquemment un grand nombre de prises en charge très standards. Dans ces cas, les opérations de recueil, de codage, puis de saisie des actes subis par le patient font l'objet de procédures rigoureuses et précises, extrêmement bien codifiées. L'instrument des thésaurus par spécialités construits conjointement par les équipes du DIM et les médecins concernés favorisent encore le caractère systématique de ces opérations. Dans cette immense majorité des cas, on peut ainsi estimer que le codage est sans nul doute aussi bien effectué par la secrétaire médicale, sous la responsabilité du médecin, que par le médecin lui-même ; en effet, par le sens même de ses missions, la secrétaire médicale aura de fortes préoccupations de rigueur sur cette opération de codage, alors même que le médecin pourra éventuellement considérer celle-ci avec un regard un peu plus distancié. En revanche, lorsque surviennent des prises en charge atypiques pour des pathologies complexes ou rares, le codage devrait impérativement être réalisé par le médecin, dès lors que cette prise en charge est absente du thésaurus constitué par le DIM.

C'est là une position que l'on peut entendre, mais qui paraît extrêmement difficile à tenir dès lors que l'on admet que la CCAM implique une qualité de codage dont le degré

n'a rien de commun avec le codage au format CDAM. En effet, la contrainte d'exhaustivité sous l'empire du CDAM portait essentiellement sur d'éventuels manques d'actes classants. Or, l'introduction de la CCAM, outil de description extrêmement fin de l'activité médicale (plus de 7 000 libellés), nécessite précisément le regard du médecin sur son propre geste, car il est alors seul à même de le différencier d'autres types de prises en charge, pourtant très proches, mais ne représentant pas la même valeur financière pour l'établissement au regard de la T2A. C'est cette extrême précision de la nomenclature CCAM qui justifie aujourd'hui plus encore qu'hier le codage des actes par le praticien qui les aura effectués. Une mise en conformité de la pratique à la lettre de la loi en quelque sorte. Ces quelques remarques nous conduisent tout droit à la question du « Comment » : comment faire en sorte que les médecins qui l'auraient délaissé, s'emparent à nouveau de cet acte médical qu'est le codage ?

La voie du pragmatisme.

Les formations récentes du corps médical à l'utilisation de la nomenclature CCAM, puis les retours reçus par les médecins responsables du DIM sur ces quelques mois de pratique ont permis de mesurer le degré de perception par ces acteurs de la double contrainte de réactivité et d'exhaustivité posée sur le recueil des données d'activités destinées à alimenter les flux d'information PMSI. Force est d'admettre que cette perception semble encore faible, à l'exception peut-être des chefs de service, plus sensibilisés à la notion de suivi de leur activité. Car c'est sans nul doute sur cette appropriation progressive de la notion de suivi d'activité d'un service qu'il faudra s'appuyer afin que les médecins réinvestissent l'espace qui leur appartient dans le domaine du codage de leurs actes. Historiquement en effet, le corps médical s'est intéressé à ce recueil de données d'activités lorsqu'en retour, les directeurs d'hôpital ont pu leur donner une première image, objective, de leur activité. C'est ce que désigne P. Expert²⁹ sous le vocable des « *vertus de l'électrochoc* ».

Plus précisément, décrivant l'utilisation dans une optique de gestion interne des données du PMSI au CH de Blois, il expliquait que lors des rencontres avec le chef de service et les différents praticiens de ce même service, il présentait les tableaux de bord intégrant les données PMSI du service, en précisant que ces chiffres constituaient une image de l'activité du service, sans apporter plus de commentaires ; cette proposition, quelque peu abrupte, ne manquait jamais de susciter des manifestations d'intérêt de la part des médecins présents lors de ces rencontres. On perçoit ici combien le retour

²⁹ Entretien réalisé le 5 septembre 2003 au CH de Blois

d'information qui suit le traitement des données PMSI est primordial : ces flux en effet ne doivent pas seulement aller à sens unique, des unités de soins et du plateau technique vers le logiciel de groupage du DIM, mais ont vocation à être exploités dans le cadre d'une utilisation en interne du PMSI. C'est là un des éléments qui fonde la démarche de contractualisation interne au CHU de Poitiers : l'une des clés de l'appropriation de l'outil PMSI par le corps médical réside sans nul doute dans la contrepartie liées un processus de déconcentration de gestion (cf, infra, pp. 64-83). Cette démarche ne peut s'effectuer que sur le long terme, et nécessite de nombreuses expérimentations puisqu'elle a vocation à modifier durablement des comportements et des cultures de travail notamment auprès des médecins. Cette démarche nécessite encore de s'appuyer sur des acteurs convaincus, susceptibles de convaincre à leur tour une large partie de la communauté médicale ; c'est là encore un aspect important du processus de contractualisation interne en œuvre au CHU de Poitiers, qui implique également fortement le président de la CME.

Ce processus, nous l'avons dit, ne peut porter ses fruits qu'à long terme. Or, la mise en œuvre progressive de la tarification à l'activité commence dès demain. On mesure ici les nécessaires efforts de formation et de communication qui doivent être déployés à destination du corps médical, afin d'explicitier plus avant les enjeux de cette réforme du financement des hôpitaux, et les liens directs avec leur pratique quotidienne. Ce sont notamment ces liens entre la notion de diagnostic, celle de GHM, puis celle de Groupe Homogène de Séjours (GHS) qui devront être rendus visibles auprès du corps médical, afin qu'ils appréhendent très concrètement l'impératif de retrouver, dans la pratique, l'axiome « codage = acte médical ». Ces efforts de formation et d'information susciteront nécessairement, et à très court terme cette fois, des coopérations rapprochées entre différents acteurs : directeurs d'hôpital au premier chef, mais également médecins du DIM, informaticiens, et enfin acteurs convaincus au sein de la communauté médicale.

On peut aussi évoquer ces nécessaires modifications des comportements plus simplement : « *les médecins font aujourd'hui beaucoup, sans même parfois le savoir ; la tarification à l'activité implique seulement de leur en faire prendre conscience*³⁰ ».

³⁰ Patrick Expert. Entretien réalisé le 5 septembre au CH de Blois.

1.2 Le système d'information et l'horizon de l'intégration.

Une métaphore maritime a été évoquée plus haut pour signifier l'impact de la tarification à l'activité sur la structure hospitalière : il s'agit de transformer celle-ci de « paquebot en dériveur ». Cette transformation passe par une intégration approfondie du système d'information. Cet horizon ainsi annoncé suscite déjà l'ébauche d'un certain nombre de réponses au CHU de Poitiers : réponses strictement informatiques d'abord, **(1. 2. 1)**, mais également organisationnelles, sous la forme de coopérations rapprochées entre plusieurs acteurs de la vie hospitalière **(1. 2. 2)**.

1.2.1 Vers une intégration approfondie du système d'information : deux illustrations.

Les développements précédents ont mis en lumière deux caractéristiques fortes du système d'information au CHU de Poitiers : la prégnance des logiciels métiers d'abord, et un effet structurant très puissant du PMSI sur l'organisation des flux d'information. Ces deux aspects ont cela de positif que les outils informatiques sont relativement bien adaptés aux besoins des utilisateurs dans les unités de soins et le plateau technique, et que le recueil de données d'activités destinées à alimenter le PMSI correspond désormais à un impératif familier des mêmes utilisateurs. Ces singularités du système d'information au CHU de Poitiers induisent en revanche un certain nombre d'effets dont on peut estimer qu'ils sont négatifs du point de vue des contraintes imposées par le passage prochain à une tarification à l'activité.

Deux conséquences néfastes peuvent ainsi être explicitées : en premier lieu, la logique des applications métiers entraîne un morcellement par activités, et donc par services, du recueil de ces données PMSI ; or c'est là un élément préoccupant en cela que la tarification à l'activité implique un raisonnement par séjour du patient. Cela signifie notamment qu'il importe de redonner une visibilité forte aux liens existant entre les différents services pour la prise en charge d'un même patient. En second lieu, la structuration des flux d'information sur le format des données PMSI a engendré un appauvrissement de l'information pourtant recueillie dans les applications métiers. Là encore, la réforme à venir impose de redécouvrir toute la richesse des informations recueillies sur le séjour d'un patient, ce qui mettra également en lumière les liens existant entre services, et notamment entre le plateau technique et les unités de soins. En d'autres termes, la tarification à l'activité doit contribuer à ouvrir les portes des services sur le

parcours d'un patient, et par là même permettre aux acteurs de terrain de se reconnaître dans les rôles de services-clients, et de services-prestataires.

Ces caractéristiques du système d'information au CHU de Poitiers, ont conduit Thierry Lefebvre, Directeur des Finances et de la Contractualisation Interne (DFCI) et Directeur du Système d'Information (DSI), et Pierre Bordron, responsable du Système d'Information, à définir un certain nombre de projets afin d'emmener progressivement cette architecture vers une intégration toujours plus poussée. Deux projets apportent notamment des solutions informatiques à ce constat d'un morcellement institutionnel : le projet d'informatisation des blocs opératoires **(A)**, et la construction prochaine d'un infocentre **(B)**.

A) Le projet d'informatisation des blocs opératoires.

Ce projet, validé tout récemment au mois de juin 2003 par l'ensemble des acteurs (directeur des finances et de la contractualisation interne, président de la CME, informaticiens, chirurgiens, anesthésistes réanimateurs, cadres soignants) repose tout entier sur un besoin ressenti par les acteurs de terrain : ce sont eux, personnels soignants et médicaux, qui ont fait naître ce projet. La DSI a donc apporté son expertise et structuré ce projet en bénéficiant de la dynamique des acteurs de terrain.

Il importe tout d'abord d'explicitier ce que sont les pratiques existantes en matière de recueil de données sur les activités de blocs opératoires.

Ces blocs sont, au CHU de Poitiers, répartis géographiquement en quatre lieux distincts³¹ :

- Au niveau 0 de l'Hôpital Jean Bernard (qui abrite la plupart des services actifs et l'essentiel du plateau technique): le bloc commun, comprenant un secteur orthopédie-traumatologie, et un secteur chirurgie viscérale-vasculaire ; le bloc gynéco-obstétrique.
- Au niveau 0 du satellite technique (attendant à l'Hôpital Jean Bernard) : le bloc opératoire Jean-François Risse, comportant les spécialités suivantes : ORL. Neurochirurgie. Chirurgie pédiatrique. Chirurgie plastique. Ophtalmologie.
- Dans un pavillon extérieur (Pavillon René Beauchant) : le bloc de chirurgie cardio-thoracique.
- Dans un autre pavillon extérieur (Pavillon Camille Guérin) : le bloc opératoire d'urologie.

³¹ Cf. Annexe I. Plan du site de la Milétrie du CHU de Poitiers

Le bilan des pratiques actuelles de recueil de données sur les actes pratiqués aux blocs opératoires peut être rapidement dressé : grâce au support du cahier de bloc opératoire, sont recueillies des informations manuscrites relatives à la traçabilité des implants, matériels et textiles utilisés, mais également relatives aux interventions, mentionnant notamment les intervenants, les types d'actes effectués, les éventuelles circonstances et techniques spécifiques utilisées. Pour tout le reste, les secrétaires médicales des services de chirurgie recueillent les données sur le logiciel Pénélope. On perçoit ici combien l'organisation actuelle du recueil des informations au sein des blocs opératoires est largement insatisfaisante : morcelé entre les services de chirurgie, sur support informatique, et entre les blocs sur support manuscrit, ce recueil n'offre aucune visibilité immédiate de l'activité réelle de ces secteurs, et plus encore, ne permet donc pas l'utilisation optimale des ressources tout à la fois humaines et techniques de ces blocs opératoires.

Successivement porté par les cadres soignants des blocs, puis par le Pr. Debaene³², Chef du service d'Anesthésie-Réanimation chirurgicale et Président du Conseil de Bloc Opératoire, le projet d'informatisation a 3 objectifs³³ :

- Normaliser les fiches d'intervention (anciens cahiers de bloc opératoire)
- Améliorer la traçabilité des dispositifs médicaux
- Aider à la saisie de l'information liée aux nouveaux codes des actes médicaux et à la tarification à l'activité.

Les items à saisir couvrent trois champs différents : les données patient, les données liées à l'intervention chirurgicale, et enfin les ressources mises en œuvre pour réaliser cet acte (salle d'intervention, matériels, implants, textile, et toutes autres informations spécifiques). La saisie de ces informations sera réalisée directement en salles d'intervention puisque celles-ci seront toutes équipées d'un poste de travail connecté sur le réseau. Cette saisie sera réalisée par les médecins et les personnels paramédicaux. A terme, les documents papiers seront donc supprimés.

Ce projet d'informatisation des blocs opératoire doit ainsi permettre d'objectiver d'une part la logique d'utilisation des ressources des blocs opératoires par des services « clients », et d'autre part la logique de prestations fournies par les équipes médicales (anesthésistes-réanimateurs) et soignantes (Infirmières anesthésistes, IADE, Infirmières de bloc opératoire, IBODE, Aides-soignants, AS) de ce secteur du plateau technique. Cette objectivation de cette double logique rendue possible par l'informatisation devrait ainsi faciliter une prise de conscience de la part des chirurgiens du fait qu'ils sont tout à la

³² Entretien réalisé le vendredi 12 septembre 2003.

fois « opérateur » au sens strict du terme, mais également consommateurs des ressources des blocs opératoires qu'ils utilisent.

On comprend alors aisément que les seules données d'activités servant à alimenter les flux PMSI ne suffisent pas à rendre visibles cette logique de prestataires-clients entre les blocs et les services de chirurgie. Il importe donc d'enrichir ce format d'information en y ajoutant notamment des éléments mettant en relation les différents intervenants, médicaux et paramédicaux, le type d'intervention réalisé, et le temps nécessaire à la réalisation de cette intervention. Aussi l'impact immédiat de ce projet d'informatisation sera-t-il double : une amélioration des programmes opératoires d'une part, et une utilisation optimale des équipements d'autre part.

Cette objectivation des relations inter-services rendue possible par l'outil informatique a ainsi été décrite par J-P Gusching en 1997, alors qu'il était directeur du CH de Blois³⁴ : « *Dans l'organisation traditionnelle, un prescripteur peut d'autant plus demander des prestations « hors normes » qu'il n'en supporte pas l'impact financier. A titre d'exemple, on a pu constater que certains opérateurs imposaient au bloc la mobilisation de moyens (en salles d'opération en particulier) supérieurs à ceux que leur activité réelle aurait dû leur permettre. Une discussion a donc pu s'établir sur le point de savoir si cette pratique était justifiée. Il est clair que sans les aspects financiers et les données plus objectives issues du PMSI, cette discussion aurait pris un tour beaucoup plus passionnel, ce qui en aurait réduit la portée. Les conditions d'une négociation réelle entre les chirurgiens et l'équipe du bloc sont donc réunies* ».

Cette objectivation de la relation clients-prestataires a d'autant plus de chances d'être pleinement acceptée par les chirurgiens que le Pr. Debaene a déjà construit un certain nombre de pages informatiques de recueil de données lui permettant déjà aujourd'hui d'avoir ces discussions avec les services de chirurgie : le temps d'utilisation des blocs opératoires pour chaque chirurgien est donc strictement répertoriée, tout comme l'utilisation de consommables, ou encore les types de matériels utilisés. Ces données, précises, mais exigeantes en termes de temps, font l'objet d'une diffusion mensuelle à chaque chirurgien. L'appropriation institutionnelle de cette dynamique initiée par les acteurs médicaux et paramédicaux sur le terrain, et l'enrichissement des informations

³³ Compte rendu de la réunion extraordinaire de tous les conseils de bloc opératoire du 20 juin 2003.

³⁴ *Une expérience d'utilisation du PMSI en gestion interne : l'exemple du centre hospitalier de Blois.* J-P Gusching. La lettre d'informations hospitalières. Avril 1997. n°28. pp 1 à 7.

recueillies, devrait donc bénéficier très largement des pratiques de dialogue déjà instaurées entre les différents représentants du corps médical au sein du conseil des blocs opératoires.

On mesure ici que cet enrichissement des données, signant le passage d'un format administratif - le PMSI -, à un format médical de l'information a vocation à exercer une action importante sur les organisations médicales inter-services dans l'établissement, se rapprochant par là même de cette notion majeure des établissements de santé privés : le forfait de bloc opératoire.

Il faut encore préciser que ce projet d'informatisation des blocs opératoires s'accompagne d'un second projet, celui de la construction d'un dossier informatisé d'anesthésie. L'objectif est d'obtenir un dossier d'anesthésie informatisé unique par patient regroupant toutes les informations pré-, per- et post-opératoires disponibles et accessibles de façon continue par l'ensemble des acteurs du service d'anesthésie (médecins et infirmières anesthésistes). Cet outil devrait là encore permettre à chacun des acteurs concernés de raisonner très concrètement en termes de processus mettant en relation des prestataires et des clients : car le département d'anesthésie-réanimation constitue bien un autre prestataire, partageant ce rôle avec les équipes du bloc opératoire, à l'égard des unités de soins. Ce second projet d'informatisation a lui aussi vocation à générer des discussions entre les représentants du corps médical sur une optimisation des organisations de travail au sein des différents services. Les propos de J-P Gusching³⁵ sont là encore éclairants quant aux effets potentiels de ce second projet : soulignant le fait que l'analyse des informations recueillies avait mis en lumière une mauvaise utilisation des lits de réanimation par les chirurgiens au centre hospitalier de Blois, il explique que « *des orientations ont pu être prises par les services pour éviter le recours injustifié à ce prestataires « lourd » [le service de réanimation]. Ainsi, les chirurgiens du service le plus concerné ont avancé leur activité opératoire. Cette mesure permet un réveil des patients en cours de journée plutôt qu'en début de soirée avec, en ce cas, recours obligé à la réanimation* ». Ces commentaires conduisent à penser que ces projets d'informatisation vont véritablement dans le sens d'une plus grande appropriation par les médecins des outils d'analyse de leur activité. Découvrant ou re-découvrant grâce à ces outils informatiques la logique prestataires – clients qui sous-tend les relations inter-services, les acteurs médicaux trouveront sans nul doute, entre eux, les arguments pour conserver ou modifier une organisation de leurs activités objectivée par l'informatique.

³⁵ . Une expérience d'utilisation du PMSI en gestion interne : l'exemple du centre hospitalier de Blois. J-P Gusching. La lettre d'informations hospitalières. Avril 1997. n°28. p 5.

Ces aspects sont importants, car ils vont dans le sens d'une plus grande sensibilisation et d'un plus grand investissement du corps médical dans l'analyse multidimensionnelle de leur activité. Ces outils informatiques constituent donc un vecteur important de facilitation de la tâche des directeurs, pilotes de la mise en œuvre de la tarification à l'activité au sein des établissements.

B) La construction à venir d'un infocentre.

La création d'un infocentre au CHU de Poitiers partage deux points communs avec le projet d'informatisation des blocs opératoires dont on a fait état plus haut :

- Il apporte une solution à la segmentation relative introduite par les logiciels métiers
- Il nécessite un enrichissement du format de l'information recueillie sur le terrain pour produire du PMSI

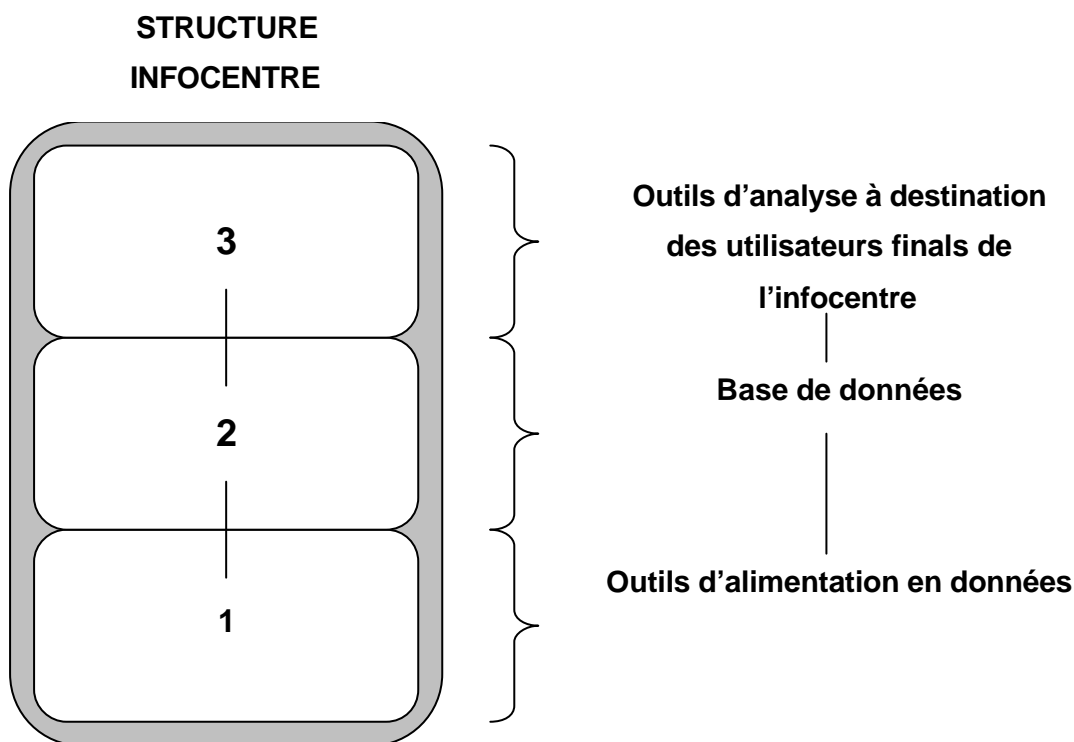
Il s'agit là encore d'un outil permettant d'acquérir une plus grande visibilité sur l'activité de l'ensemble des services de l'établissement, de mettre en rapport les données d'activités des différents services, et donc de mettre en lumière d'éventuelles incohérences. Mais alors que l'informatisation des blocs opératoires a vocation à objectiver des relations inter-services, l'infocentre est au contraire un instrument de pilotage de l'activité « supra-services », puisqu'il offre un regard très large au niveau de l'ensemble de l'institution considérée. Ce qui constitue en outre son intérêt majeur est d'éclairer ces données d'activités, déjà renseignées dans les services en direction du logiciel de groupage du DIM, à la lumière des dépenses générées par la production desdites activités. On retrouve ici un commentaire déjà apporté précédemment lors de l'introduction : les contraintes de réactivité et d'exhaustivité qui pèseront sur les établissements hospitaliers dès le 1^{er} janvier prochain imposent d'acquérir une plus grande visibilité non seulement sur les données d'activités, mais également sur les coûts engendrés par ces prestations de soins. On perçoit bien ici que la culture de réactivité ne sera véritablement présente au niveau des administrateurs de l'hôpital, non plus que suscitée et vécue au plus près du terrain, que si l'on parvient à mettre en rapport de manière suffisamment précise des activités et des coûts en fonction d'objectifs clairement définis. Nous reviendrons plus avant dans la deuxième partie de cette réflexion sur cet aspect.

L'infocentre a précisément vocation à faciliter cet impératif nouveau de pilotage fin des activités hospitalières, grâce à des données recueillies auprès des différents services : celles utilisées pour produire du PMSI d'abord, et les celles portant sur le volet dépenses ensuite. Il importe ici d'expliquer plus avant le fonctionnement de cet outil informatique.

Lors de l'entretien qui nous a été accordé par M. Toullat³⁶, on nous a donc expliqué que cet outil de pilotage, ici assimilé à une construction, était en quelque sorte composé de trois grandes « briques » :

- Une première brique regroupant les outils d'alimentation
- Une deuxième brique constituant la base de données proprement dite
- Une troisième et dernière brique comportant l'outil d'analyse utilisé par le ou les utilisateurs finals de l'infocentre.

En voici la traduction schématique :



On a pu observer au CH de Blois une structure infocentre récemment mise en place, appelée DYNAMICUBE. Cet outil utilise les données de 70% des tableaux de bord disponibles sur l'établissement. Ces tableaux de bord intègrent des dépenses directes, mais également indirectes (coût de chaque service prestataire), avec en regard, les « recettes » générées par les activités, c'est-à-dire le chiffre des points ISA produits par chaque service. Le système utilisé permet de « zoomer » sur les différentes structures (unités fonctionnelles, services, départements, fédérations), et donc d'adapter l'outil à une demande précise. On peut en effet obtenir grâce à cet infocentre des informations par structure, par période, par recettes et par dépenses. Cet instrument permet donc des

³⁶ Entretien réalisé le Août 2003.

analyses multidimensionnelles. Son utilisation soulève cependant trois types d'interrogations :

- **Quelles informations ont vocation à alimenter la base de données ?**

C'est là un questionnement fondamental. On peut estimer qu'un certain nombre d'éléments recueillis dans les services à destination des services du DIM, côté activités, et donc recettes, pourront être retenus ; d'autres éléments devront sans nul doute, comme le donne à voir le projet d'informatisation des blocs opératoires, être ajoutés afin de compléter ces données d'activités. Du côté des dépenses et des coûts, nous verrons plus loin (cf, infra, pp. 72-77), que ces interrogations vont de pair avec les modalités de recueil des informations nécessaires à la construction d'une véritable comptabilité analytique au CHU de Poitiers.

- **Quelles sont les règles de gestion applicables aux unités fonctionnelles ?**

Car en effet, tant du côté du recueil des données d'activités, que de celui des données relatives aux coûts, il importe que l'appellation d'unité fonctionnelle corresponde, sur l'ensemble de l'établissement, à une même utilisation. La définition d'une unité fonctionnelle est utilement rappelé dans le cahier statistique, diffusé mensuellement par la DFCI au CHU de Poitiers³⁷ : il s'agit de « *la plus petite entité de l'Etablissement à partir de laquelle sont collectées les informations élémentaires sur l'activité, sur la prise en charge des patients et sur les consommations de ressources. Elle est identifiée par sa fonction et son organisation* ». L'impératif de revenir à une pratique homogène en ce qui concerne la création des unités fonctionnelles a fait l'objet d'une réunion de l'équipe de direction du CHU de Poitiers au cours du mois de juillet 2003 : Thierry Lefebvre avait alors rappelé que les unités fonctionnelles, unités élémentaires d'analyse pour les directeurs, ne pouvaient être créées pour répondre à de simples soucis de gestion, afin par exemple d'isoler une activité particulière. A chaque unité fonctionnelle doit bien correspondre une activité et donc des imputations de dépenses.

- **Enfin, quels seront les utilisateurs finals de l'outil infocentre ?**

La question est naturellement prématurée, dans la mesure où l'instrument n'est pas même construit ; la réponse dépendra donc des finalités que l'on assignera à l'infocentre. Si l'on imagine sans peine que les directeurs, au premier rang desquels le Directeur Général et le Directeur de Finances et de la Contractualisation Interne, seront intéressés

³⁷ *Rapport mensuel de gestion. Cahier statistique.* Direction des Finances et de la Contractualisation Interne. CHU de Poitiers. P. 2

par l'utilisation de cet outil de pilotage, qu'en sera t'il par exemple de certains membres du corps médical ? On peut estimer que les médecins coordonnateurs de pôle (cf, infra, p. 72) au CHU de Poitiers ont vocation à bénéficier de certaines dimensions de cet outil pour ce qui concerne le pilotage des activités des pôles concernés. Lors d'un entretien téléphonique réalisé en avril dernier³⁸, P. Expert développait ces commentaires à propos des utilisateurs potentiels de l'outil CUBE au centre hospitalier de Blois : « *A terme, l'infocentre a vocation à être utilisé par un certain nombre de médecins directement dans leurs services afin de disposer d'informations en temps réel ; aujourd'hui, deux médecins utilisent déjà cet outil en direct, pour les fonctions de statistiques et de résultats d'activités. Cependant, la direction garde à l'esprit l'exemple d'un centre hospitalier de Bruxelles qui, fortement engagé dans cette voie, a dû faire machine arrière. Il importe par ailleurs de nuancer : ces deux médecins utilisent des fonctions de l'infocentre orientées purement activités/épidémiologie, c'est-à-dire des informations strictement médicales, qui ne sont pas même revues par le médecin responsable du DIM. Ce n'est donc pas suffisant pour construire une analyse globale. Enfin, il faut garder à l'esprit un autre principe : le système d'information n'est pas fait pour donner toutes les informations à tout le monde.* », ... mais aux bonnes personnes situées au bon endroit, serait-on tenté d'ajouter. Nous verrons plus loin l'acuité avec laquelle s'exprime cette dernière remarque dans le cadre du processus de déconcentration de gestion.

1.2.2 Des réponses organisationnelles : les coopérations rapprochées.

Nous avons évoqué plus haut les efforts de communication et d'information qui nécessairement devront être déployés en direction notamment du corps médical afin d'aider au travail d'appropriation des contraintes d'exhaustivité et de réactivité liées à la mise en œuvre de la tarification à l'activité. Ces échanges autour de cette réforme peuvent donner lieu soit à une communication de type institutionnelle, soit à une communication permettant une libération de la parole entre un petit groupe de personnes. Ces deux dimensions sont présentes dans les remaniements organisationnels et humains les plus récents au CHU de Poitiers. Ceux-ci peuvent en effet être analysés à deux niveaux : celui d'un affichage politique fort du projet T2A pour l'ensemble de l'établissement, qui se lit donc à travers l'organigramme de la direction de l'établissement **(A)** ; celui de rapprochements opérationnels tout aussi stratégiques, qui prennent la forme de micro-structures projets ensuite **(B)**.

³⁸ Entretien téléphonique. P. Expert, DSIO au CH de Blois. 7 avril 2003.

A) Un affichage politique fort du projet T2A au niveau de l'ensemble de l'établissement.

Cet affichage politique a été conçu au plus haut niveau de l'établissement, en l'espèce, par le directeur général du CHU de Poitiers, Jean-Pierre Dewitte, qui a souhaité procéder à un remaniement de l'organigramme de l'équipe de direction, opérationnel au 1^{er} septembre 2003. Cette lecture de l'organigramme du CHU s'opère à deux niveaux : en premier lieu, une approche large permet de distinguer deux priorités de l'établissement, toutes deux contenues dans le Plan Hôpital 2007 du ministre de la Santé, Jean-François Mattei. En second lieu, de manière plus approfondie, l'organisation de la nouvelle Direction des Finances et de la Contractualisation Interne doit elle aussi faire l'objet de quelques commentaires.

A l'échelle institutionnelle : l'organigramme de la direction du CHU de Poitiers.

La seule lecture des deux schémas qui suivent nous permet de distinguer un changement majeur : la nouvelle organisation de l'équipe de direction s'effectue autour de missions, et non plus autour de fonctions. Le vocable de direction fonctionnelle, s'il demeure toujours, paraît aujourd'hui quelque peu obsolète, tant il apparaît que les différentes directions de l'établissement sont aujourd'hui des structures de missions.

Cette plus grande visibilité des missions se traduit par la distinction de grands pôles thématiques, qui chacun regroupent plusieurs directions. Quatre pôles ont ainsi été définis :

- Un premier pôle centré sur la thématique de l'utilisateur
- Un second pôle sur celle des ressources humaines
- Un troisième pôle sur le thème des ressources financières
- Et enfin un quatrième pôle centré sur l'ingénierie et la logistique

Et si l'on effectue une comparaison plus précise entre ce nouvel organigramme et l'organisation précédente, il apparaît notamment que deux thèmes sont clairement affichés comme prioritaires dans la conduite stratégique des projets de l'établissement :

- La filière cancérologique d'une part, qui pour la première fois au CHU de Poitiers trouve une traduction dans un organigramme.
- La réforme de la tarification à l'activité d'autre part, avec un pôle financier sensiblement plus imposant que dans l'organigramme précédent.

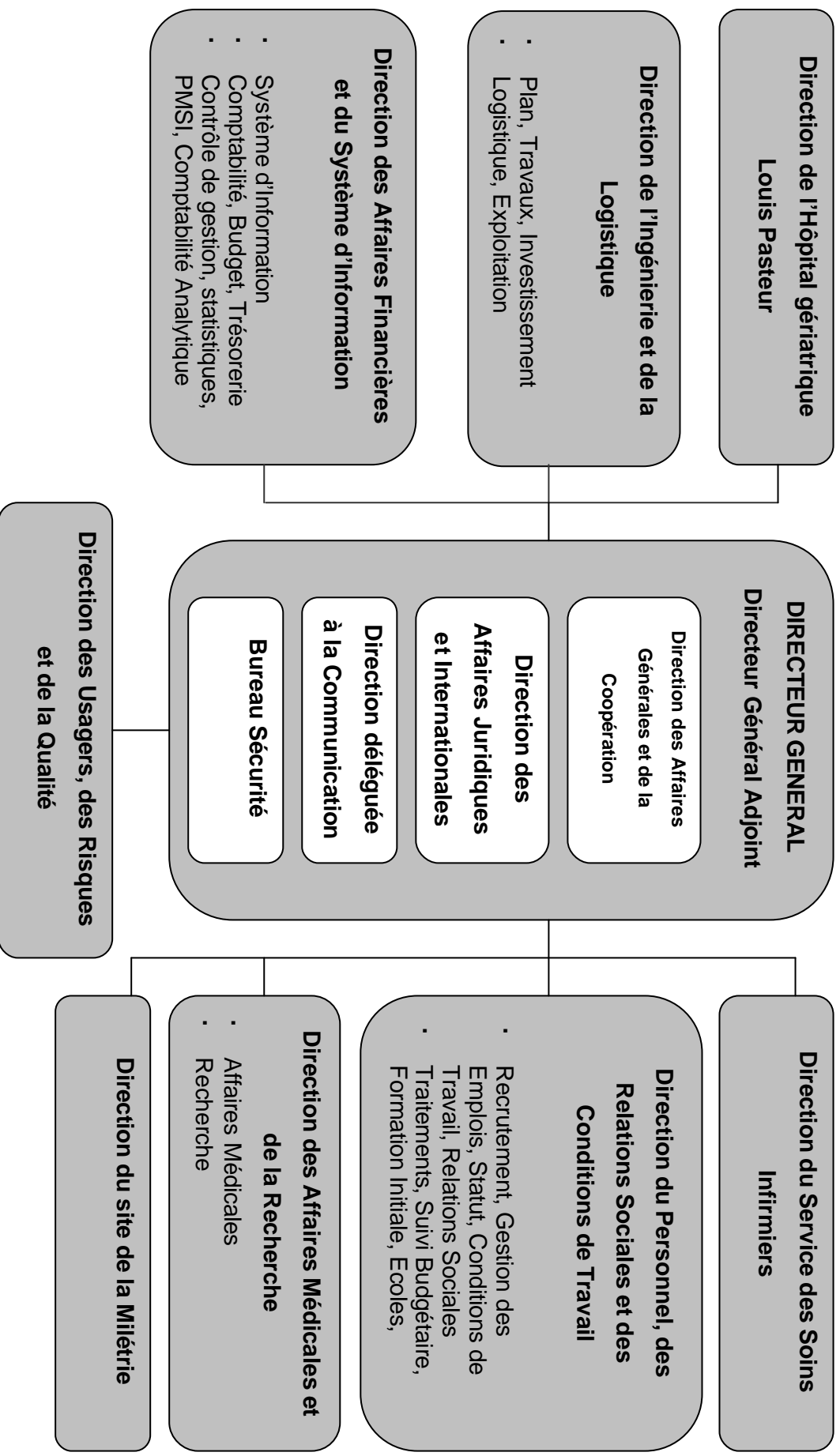
Il y a là une recherche de cohérence avec les thèmes prioritaires de l'agenda gouvernemental. En effet, concernant la filière cancérologique, le Plan Cancer n'est pas seulement une mission du ministère de la Santé, mais bien un axe politique du président

de la République lui-même. L'inscription en tant que telle de ce thème dans la nouvelle organisation de l'équipe de direction au CHU de Poitiers prend sens par rapport à la signature, au mois de juin dernier, d'un avenant au Contrat d'Objectifs et de Moyens prévoyant la création dans l'établissement d'un Institut Régional du Cancer³⁹.

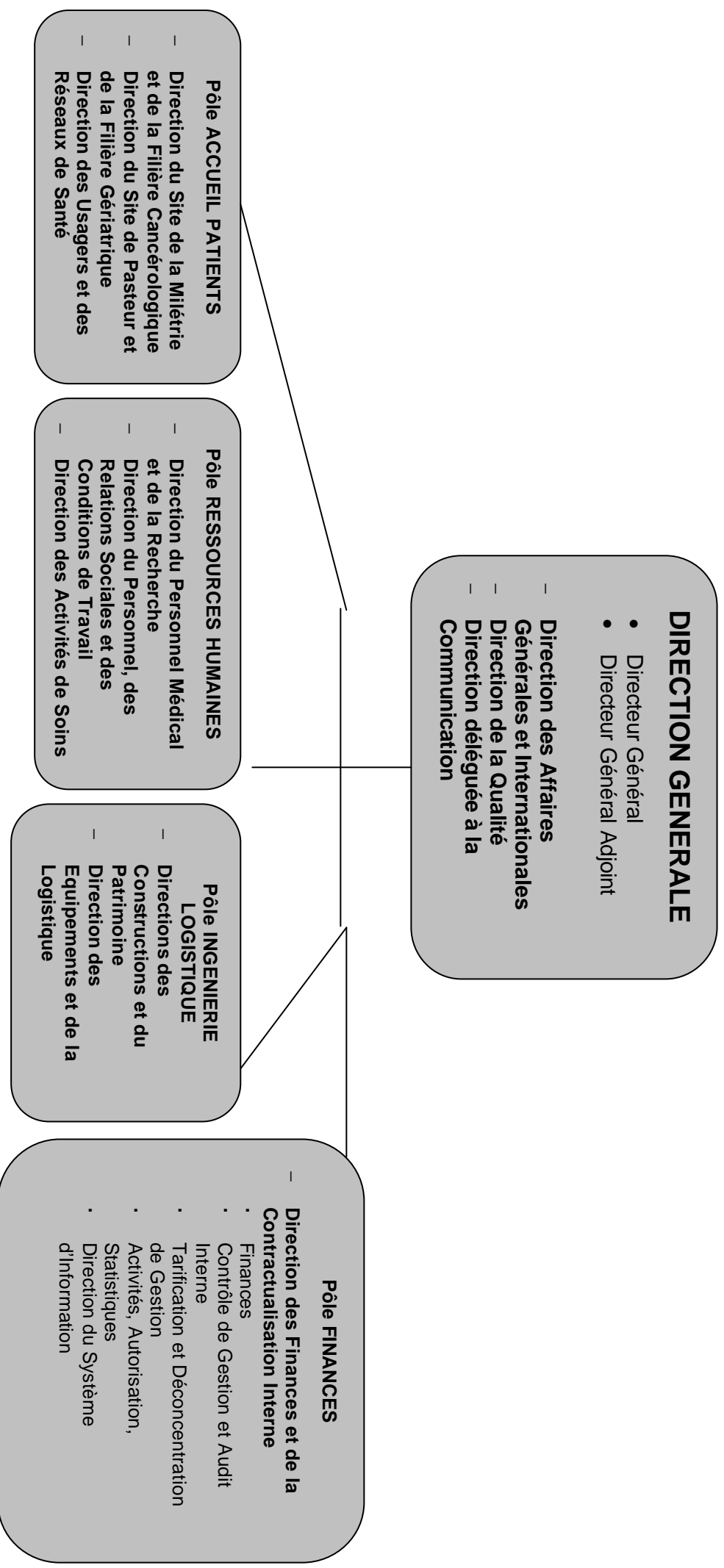
Concernant cette fois la mobilisation de l'équipe de direction de l'établissement autour de la mise en œuvre de la tarification à l'activité, la comparaison entre les deux schémas est là encore éclairante : si l'on considère les seuls effectifs, la Direction des Finances et de la Contractualisation Interne (DFCI) passe de deux directeurs à quatre. Mais ce n'est sans doute pas là l'élément le plus parlant. Car en effet, cette nouvelle DFCI n'a plus grand-chose de commun avec l'ancienne Direction des Affaires Financières et du Système d'Information, comme nous le montrera le schéma suivant décrivant son organisation interne.

³⁹ Il faut ici préciser que la situation du CHU de Poitiers a cela de particulier qu'il n'existe pas dans la région Poitou-Charentes de Centre Régional de Lutte Contre le Cancer.

ORGANIGRAMME DE L'EQUIPE DE DIRECTION DU CHU AU 26 MAI 2003.



ORGANIGRAMME DU CHU DE POITIERS. 1^{ER} SEPTEMBRE 2003.



Mais déjà à ce stade, il importe de bien mesurer l'impact au sein même de l'établissement de cet affichage politique des priorités stratégiques du CHU. Cette nouvelle organisation a en effet donné lieu à une communication ciblée : auprès de l'encadrement paramédical, des chefs de service et coordonnateurs de pôle, et bien évidemment du Doyen comme du Président de la CME. Présenté par le Directeur Général, cet organigramme a donc bénéficié de larges explications de textes mettant en lumière ces deux axes forts que sont le développement de la filière cancérologique et la mise en œuvre de la T2A. Les changements organisationnels étant tout à fait concrets, les différents acteurs médicaux et paramédicaux ont donc perçu, à l'occasion de ces rencontres avec l'équipe de direction, que cet horizon du 1^{er} janvier 2004 donnait lieu à une véritable mobilisation des troupes directionnelles. La réforme du financement des hôpitaux devient donc, par là même, beaucoup plus réelle, en attendant d'être vécue par tous les acteurs.

Un regard plus précis : l'organigramme de la Direction des Finances et de la Contractualisation Interne

La lecture de ce nouvel organigramme de la DFCI nous donne à voir de manière plus éclairante encore combien le regroupement des hommes s'est structuré autour d'une mission : la mise en œuvre de la T2A.

Sont distingués en effet trois sous-éléments au sein de cette direction :

- Missions de contrôle de gestion et d'audit interne
- Missions relatives aux activités et autorisations
- Et enfin missions relatives à la tarification et à la déconcentration de gestion.

Ce qui semble tout à fait singulier dans cette nouvelle organisation, c'est qu'elle délaisse le modèle traditionnel de structuration hiérarchique, pour privilégier celui de la coopération et de la coordination entre les différents interlocuteurs. Car, on le voit, chacun des directeurs adjoints positionné sur chacune de ces trois missions a besoin des outils de l'autre. Qu'on en juge : il paraît à cet égard évident que le directeur adjoint en charge des données d'activités et des autorisations a vocation à utiliser l'outil comptabilité analytique, dont use également le directeur adjoint supervisant le contrôle de gestion et les missions d'audit interne. De la même façon, le processus de déconcentration de gestion se nourrit des analyses d'activités produites par le premier. On perçoit ici également le positionnement nouveau du directeur des Finances dans un rôle de coordination de tous ces échanges.

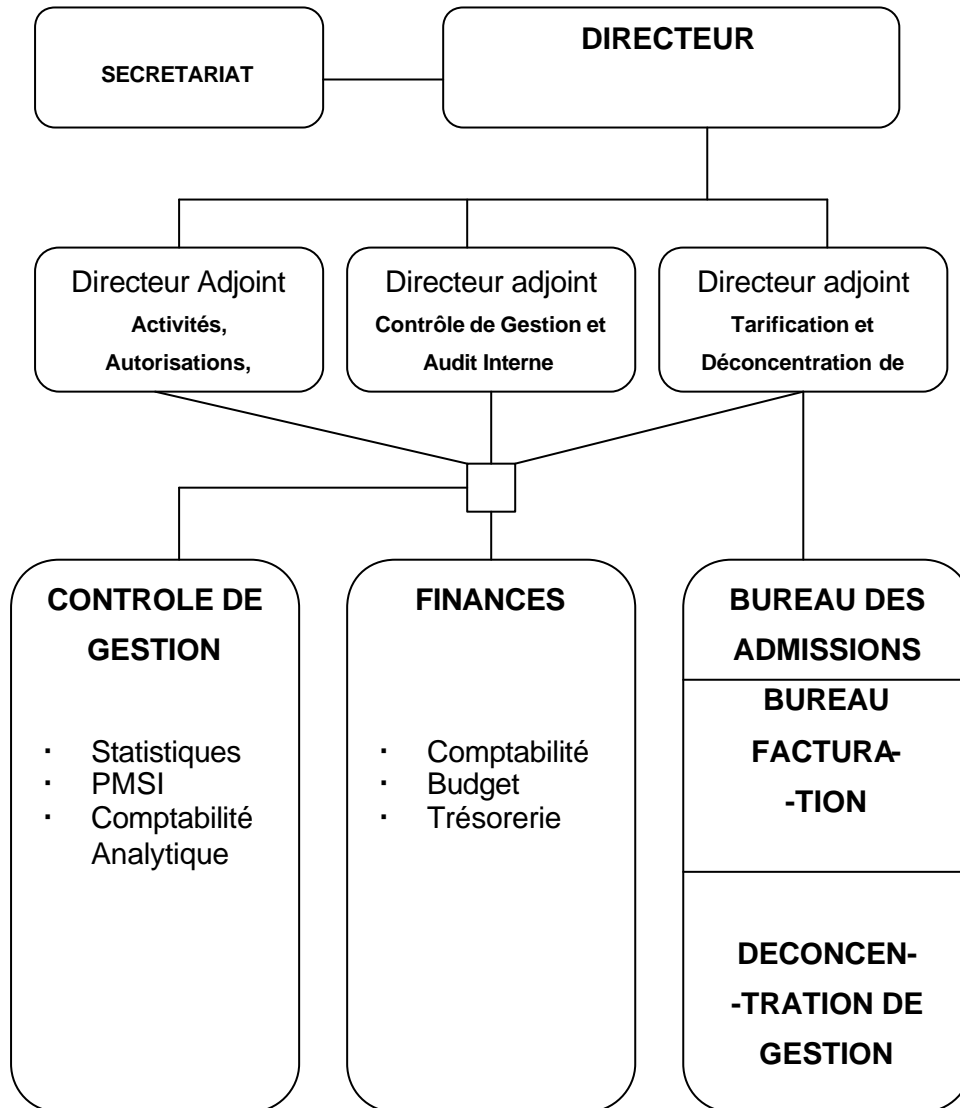
Ce nouvel organigramme a en quelque sorte vocation à libérer la parole des uns et des autres, à susciter des questions et y apporter des réponses. La mise en œuvre de la

T2A est bien une affaire d'équipes, et d'échanges nourris entre les différents interlocuteurs.

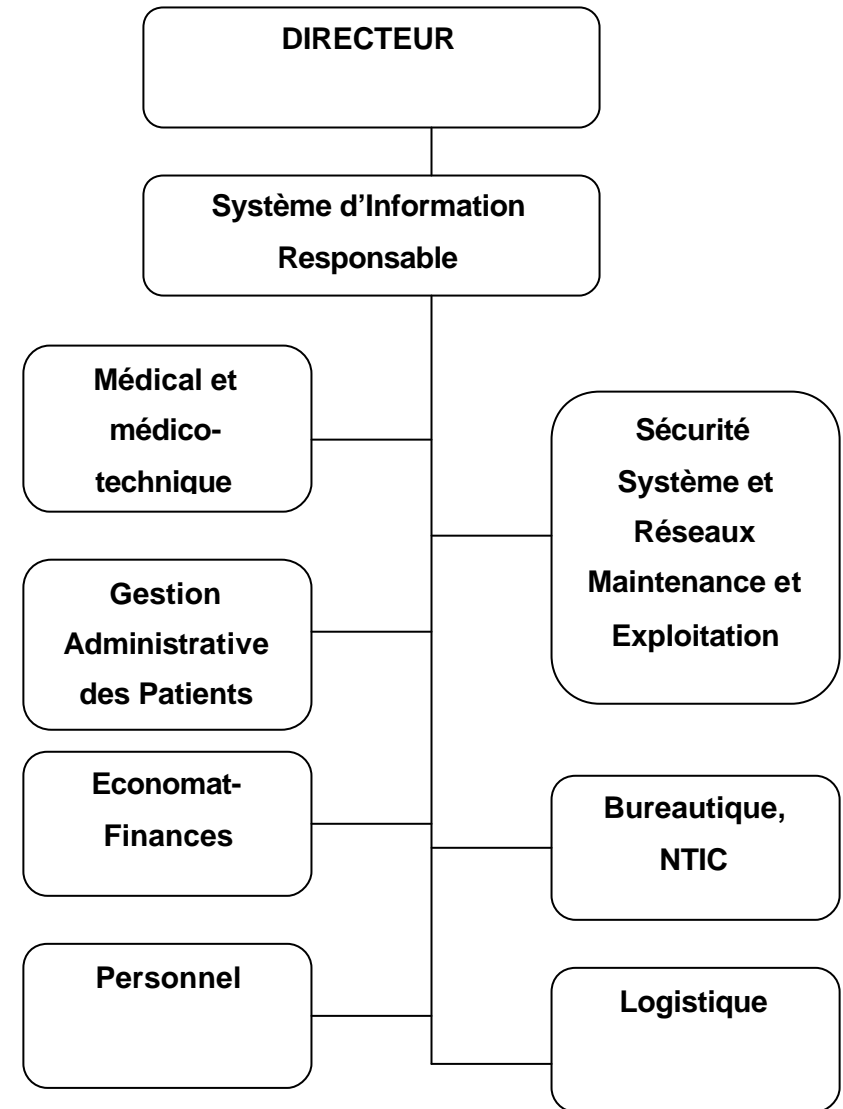
Mais ce n'est pas là tout ce que donne à voir la lecture de cet organigramme. En effet, les bureaux des admissions et de la facturation sont désormais rattachés à la Direction des Finances et de la Contractualisation Interne. Ces deux activités étaient jusqu'alors rattachées à la Direction du Site de la Milétrie du CHU ; ceci avait pour conséquence de positionner ces activités sur des fonctions prédominantes d'accueil des usagers. Or, la tarification à l'activité impose une fois encore de raisonner en termes de processus, non seulement au sein des organisations médicales, mais également pour ce qui concerne les organisations administratives. Ce nouvel organigramme en prend acte, qui redonne aux admissions et à la facturation leurs fonctions originelles, qui se situent précisément dans le processus générateur de recettes pour l'établissement.

La redéfinition des organisations de l'équipe de direction a donc un rôle « d'avertisseur » pour les collaborateurs, plus lointains ou plus proches, des directeurs, pilotes de la mise en œuvre de la tarification à l'activité : elle rend plus réelle et plus concrète aux yeux de tous une réforme qui jusqu'à une période récente, n'intéressait que quelques initiés ; elle permet donc, comme les solutions informatiques évoquées précédemment, de faciliter l'appropriation progressive, d'abord dans les esprits, de ce nouveau défi.

**DIRECTION DES FINANCES ET DE LA
CONTRACTUALISATION INTERNE**



DIRECTION DU SYSTEME D'INFORMATION



B) Des rapprochements opérationnels

Moins visibles, plus éloignés de l'axe de communication institutionnel, ces rapprochements opérationnels visent également à accompagner cette appropriation des contraintes liées à la tarification à l'activité par les acteurs de terrain. Ces coopérations rapprochées peuvent être analysées à deux niveaux : celui de rapprochements stratégiques d'abord, celui de rapprochements au sein de structures projets ensuite.

Les coopérations rapprochées au niveau stratégique.

On retrouve là encore une proposition du Plan Hôpital 2007, qui vise à susciter des associations approfondies entre le corps médical et les directeurs d'hôpital ; cette proposition, nous l'avons dit prend le nom de « *comité de direction* » sous la plume du ministre de la Santé, Jean-François Mattei. La traduction poitevine de cette instance prendrait le nom de « *Comité Stratégique* », et réunirait, dans son acception restreinte, le directeur général, le président de la CME, et le Doyen. Dans son acception plus large, elle associerait aux trois premiers, les collaborateurs du directeur général au sein de l'équipe de direction, ainsi que les médecins coordonnateurs de pôle. Ces réunions du comité stratégique, restreint ou élargi, devraient ainsi permettre des échanges directs entre les membres de l'équipe de direction et les représentants du corps médical, dans une autre optique que les discussions ayant lieu, par exemple, lors des séances de la CME. Elles seraient l'occasion pour la direction de donner des éléments d'explication aux praticiens sur la tarification à l'activité, tout au long de son application, et plus largement d'évoquer les expériences concrètes des uns et des autres, ainsi que les éventuelles difficultés rencontrées, dans le cadre du processus de déconcentration de gestion. Cette nouvelle modalité de rencontre entre ces acteurs hospitaliers a cela d'attractif, qu'elle devrait également être un lieu d'expression et d'échanges de points de vue, en-dehors de tout épisode éventuellement conflictuel, ce qui, il faut sans doute l'admettre, est trop souvent le cas pour les instances traditionnelles qui rythment la vie d'un établissement hospitalier. Cette adaptation poitevine du Comité de Direction proposé par le ministre de la Santé est à mettre en regard de l'expérience Blésoise, qui a elle aussi suscité ce type de coopération stratégique entre médecins et directeurs. Au Centre hospitalier de Blois en effet, a été créée une instance dite « Comité d'Évaluation et d'Orientation » (CEO), qui associe le bureau de la CME et le comité de direction. Ce CEO a une triple compétence, en matière de contractualisation interne, d'élaboration et de suivi du projet d'établissement, et enfin d'accréditation. Deux exemples de rapprochements, qui tous deux, doivent favoriser le déploiement d'une authentique culture du dialogue au niveau stratégique des établissements.

Des structures projets ou comités de pilotage.

La mise en œuvre de la tarification à l'activité va donner lieu à la création d'une sorte de « poste de réflexion avancé », à un double niveau.

Au niveau de l'équipe de direction d'une part, va se structurer un axe fort entre la Direction générale et la direction des Finances et de la Contractualisation Interne afin de piloter les différentes phases de cette réforme. D'autre part, la structure projet en tant que telle associera, sous le double regard du Directeur des Finances et du médecin responsable du DIM, un informaticien, la cellule du contrôle de gestion ainsi que le médecin chef de clinique assistante du DIM.

Ces instances de pilotage à géométrie variable constituent donc autant d'instruments destinés, nous l'avons dit, à aider les différents acteurs à s'approprier les contraintes nouvelles imposées par le passage prochain à une tarification à l'activité, c'est-à-dire à rendre visibles et à expliquer le pourquoi des nouveaux modes d'utilisation du système d'information au plus près du terrain.

Au terme de ces premiers développements, on a ainsi pu observer que l'analyse des éléments caractéristiques de l'architecture et des pratiques d'utilisation du système d'information au CHU de Poitiers permettait de mettre en lumière combien la perception des nouvelles contraintes de réactivité et d'exhaustivité qui pèseront sur le « paquebot hospitalier » à partir du 1^{er} janvier 2004 font l'objet d'une appropriation très hétérogène de la part des acteurs de terrain, et notamment du corps médical. Des projets de modifications sensibles de l'architecture du système d'information dans le sens d'une intégration plus approfondie - nous en avons évoqué deux - sont certes envisagés, qui ont vocation à induire des changements de comportements de la part des utilisateurs de terrain. Des modifications organisationnelles importantes vont également dans ce sens. Cependant, la clef d'une perception et d'une acceptabilité plus grandes de cette double contrainte réside peut-être dans la construction d'une culture partagée de l'utilisation de l'information entre les différents acteurs hospitaliers, grâce à deux processus qui s'autoalimentent : la construction progressive d'une véritable comptabilité analytique d'une part, et le déploiement d'une démarche de contractualisation interne portée par la déconcentration de gestion d'autre part.

2 VERS L'ACQUISITION D'UNE CULTURE PARTAGEE DE L'INFORMATION : LES APPORTS DE LA COMPTABILITE ANALYTIQUE DANS LE CADRE DE LA CONTRACTUALISATION INTERNE.

Les pages qui précèdent ont mis en lumière l'impact de la double contrainte d'exhaustivité et de réactivité que les acteurs de terrain, utilisateurs du système d'information. Ont ainsi été mises en évidence les nécessaires modifications des pratiques d'utilisation de ce système d'information dans les unités de soins et le plateau technique. Des éléments ont été identifiés, qui faciliteront cette appropriation par les acteurs de l'impératif du changement : solutions informatiques d'abord, solutions organisationnelles ensuite. Mais ce ne sont là « que » des mesures d'assistance, qui, pour nécessaires et utiles qu'elles soient, ne suffiront probablement pas induire cette appropriation active des contraintes nouvelles posées par la mise en œuvre prochaine de la tarification à l'activité.

En effet, et malgré tous les efforts déployés en termes d'information et de communication, subsiste le risque que les nouvelles cultures d'utilisation du système d'information dans le cadre de cette réforme du financement des hôpitaux soient avant tout subies. Or, le système d'information dispose peut-être en lui-même de ce qui permettrait de donner du sens à ces contraintes d'exhaustivité et de réactivité qui pèsent désormais sur les services. Il importe en effet de redécouvrir un instrument jusqu'alors trop rarement utilisé par les établissements publics de santé, et ce par la seule force d'inertie du financement par dotation globale : la comptabilité analytique.

Redonner du sens à ces contraintes avons-nous dit : la comptabilité analytique en effet doit permettre à l'hôpital public, nous l'avons exposé lors de l'introduction, de marcher à nouveau sur ses deux jambes (recettes et dépenses), et par là même de retrouver la signification profonde des fonctions de pilotage d'un établissement. Cet instrument doit rendre visible à la direction d'un hôpital le processus de formation de ses coûts, et donc, de découvrir précisément les marges de liberté possibles pour conduire le développement stratégique de l'établissement.

Car en effet, la comptabilité analytique se définit de la façon suivante, par opposition à la comptabilité générale⁴⁰ : « *La comptabilité générale peut être définie comme un système d'organisation d'informations économiques chiffrées décrivant l'activité d'une*

⁴⁰ *La comptabilité hospitalière médicalisée*. Jacques Grolier, Yvan Pérard, Philippe Peyret. Editions ENSP, Octobre 2002. 390 p. p. 13

organisation et établissant régulièrement l'état de son patrimoine. La comptabilité générale est fondamentalement tournée vers l'extérieur de l'unité économique qu'elle décrit : la présentation qui en résulte est opposable à des tiers (administration fiscale, établissements bancaires, salariés, propriétaires...). Il en résulte un classement par nature, représentant l'entreprise comme un tout homogène. Si cet outil est à la base de toute information économique, il est inapte à fournir une lecture en compréhension de la construction progressive des coûts des différents biens ou services produits par l'entreprise. La comptabilité analytique va être chargée de cette approche ».

Et précisément, il s'agit bien, en redécouvrant cet outil de la comptabilité analytique, d'abandonner progressivement le modèle d'architecture d'un système d'information tourné vers l'extérieur de l'établissement, en l'espèce vers les autorités de tutelle, pour un nouveau modèle centré sur des fonctions internes de pilotage stratégique. Car *« connaître les variables contrôlables par l'organisation [ce qui constitue la finalité même de la comptabilité analytique] est un prérequis indispensable à la détection des leviers d'action et à la définition d'indicateurs⁴¹ »* qui serviront aux fonctions de pilotage fin dévolues à la direction de l'hôpital.

On doit encore se rappeler, avant de lire les pages qui suivent, que le système d'information d'un établissement hospitalier a été défini plus haut comme le regroupement de deux sous-ensembles : un sous-système d'outils-supports (les logiciels) générant des flux d'information, qui eux-mêmes définissent un second sous-système de relations et interactions entre acteurs (les utilisateurs, primaires et secondaires des logiciels). Ce rappel est ici important tant l'état des lieux relatif à la disponibilité des informations sur le processus de formation des coûts au CHU de Poitiers détermine très largement aujourd'hui les comportements des différents acteurs.

Car en effet, ce que met en lumière l'introduction de cette relation nouvelle entre une activité de soins et le coût de sa production, relation jusqu'alors largement ignorée des acteurs de terrain, c'est, on le verra, l'importance de la conduite du changement dans ces modifications substantielles du système d'information : *« Le changement est inhérent à l'évolution de toutes les organisations, notamment dans son adaptation au contexte social, économique et politique. (...). L'évolution des pratiques professionnelles peut alors engendrer des craintes et des résistances de la part des salariés. Le risque humain d'un projet système d'information est donc à prendre en compte au même titre que les aspects techniques, fonctionnels, et financiers : c'est le rôle de la conduite du changement⁴² »*. Un

⁴¹ *Analyse et outils de pilotage d'une activité hospitalière*. Entre réalité et rêve d'un chef de service. Dominique Phanuel. Gestions Hospitalières. Avril 2000. pp. 303-311.

⁴² Conduite du changement. La lettre d'information des adhérents du GMSIH. N° 10. Juin 2003. P. 3.

élément est cependant de nature à « conjurer » ce risque humain dont est porteur la construction et bien plus, l'utilisation d'une véritable comptabilité analytique au CHU de Poitiers : il s'agit en l'espèce du processus d'expérimentation de déconcentration de gestion sur des pôles d'activités, à l'œuvre depuis le début de l'année 2002 au sein de l'établissement. Il en sera également largement question dans les pages qui suivent, dans la mesure où cette démarche permet d'intéresser les acteurs de terrain à la réalisation d'un certain nombre d'objectifs, et donc de susciter un besoin d'utilisation des informations créées par l'instrument de la comptabilité analytique.

Vecteur potentiel d'acceptabilité des contraintes, la comptabilité analytique peut ainsi être regardée comme l'instrument indispensable d'un véritable pilotage des activités à tous les niveaux de l'établissement **(2. 1)**, mais bien plus, comme un instrument propre à créer de nouvelles modalités d'échanges entre les différents acteurs de l'hôpital dans le cadre d'un processus de contractualisation interne **(2. 2)**.

2.1 La comptabilité analytique, ou la redécouverte de la notion de pilotage.

Il importe dans un premier temps d'explicitier les enjeux de la redécouverte de la comptabilité analytique dans le cadre de la réforme à venir, et ce afin de mieux apprécier les pratiques actuelles au CHU de Poitiers **(2. 1. 1.)** ; on pourra alors dans un second temps commenter deux éléments qui semblent favorables au déploiement de cette comptabilité analytique dans le contexte local : une démarche volontariste de la Direction d'une part, et l'expérimentation de la contractualisation interne d'autre part. **(2. 1. 2.)**

2.1.1 Enjeux et pratiques

Il importe en effet de préciser d'une part les obligations réglementaires qui s'imposent aux établissements de santé en matière de comptabilité analytique et leur relecture dans le cadre de la tarification à l'activité **(A)** afin d'être mieux à même de comprendre le bilan des pratiques existantes au CHU de Poitiers **(B)**.

A) Les obligations réglementaires à la lumière de la mise en œuvre de la tarification à l'activité.

Un bref détour par l'histoire est ici nécessaire avant d'analyser plus précisément les enjeux de l'outil comptabilité analytique pour les établissements de santé publics dans le cadre de la T2A.

Un détour par l'histoire : flux et reflux de la comptabilité analytique hospitalière

Les commentaires à venir s'inspirent très largement de l'ouvrage déjà cité relatif à la Comptabilité Analytique Hospitalière Médicalisée publié aux éditions de l'ENSP⁴³.

L'instrument de la comptabilité analytique n'est en rien une idée neuve, puisqu'en effet, et dès 1953, une circulaire⁴⁴ précise la chose suivante : « *La détermination des prix de revient, ou « comptabilité analytique d'exploitation » doit en effet, au premier chef, être utilisée par les commissions administratives et les directeurs comme un moyen d'information qui leur donnera tous les renseignements d'aspect économique susceptibles de les éclairer sur le fonctionnement interne de chacun des services qui composent l'immeuble de l'établissement* ». La comptabilité analytique a donc ici vocation à « éclairer » les décideurs ; cette première approche développée en 1953 fait écho à la finalité assignée à cet instrument dans le Plan Comptable Général, qui dispose en effet que « (...) d'une manière générale, [la comptabilité analytique] doit fournir tous les éléments de nature à éclairer les prises de décision⁴⁵ ».

Faisant fi de quelques décennies, on peut ensuite s'intéresser à une autre approche de la comptabilité analytique hospitalière développée en 1985, en lien avec l'apparition quelques temps plus tôt, du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information. L'objet de la comptabilité analytique, défini dans le Guide Méthodologique de Comptabilité Analytique Hospitalière se fait alors plus précis : « *Parallèlement à la médicalisation du système d'information, la création d'une comptabilité analytique doit déboucher sur des coûts de revient complets par GHM. Le croisement des données issues de ces deux démarches permettra une meilleure connaissance de la production*

⁴³ *La comptabilité hospitalière médicalisée*. Jacques Grolier, Yvan Pérard, Philippe Peyret. Editions ENSP, Octobre 2002. 390 p.

⁴⁴ Circulaire n°151 du 4 décembre 1953, portant réforme de la comptabilité des hôpitaux et hospices publics, pp. 1 et 2.

⁴⁵ Conseil National de la Comptabilité, *Plan Comptable Général*, p. III. 7.

*hospitalière, source d'optimisation des ressources*⁴⁶ ». L'élément le plus frappant dans cette approche développée en 1985 est son caractère innovant, qui s'appuie sur la logique introduite par le PMSI en termes de description fine des activités de soins, pour proposer une connaissance du coût de revient complet par GHM. Approche innovante, voire même avant-gardiste... qui ne suscitera pas l'engouement des hospitaliers. Car en effet, cette précision extrême de l'objet de la comptabilité analytique dans un établissement de santé, si elle tire les leçons de la logique introduite par le PMSI, méconnaît cependant deux éléments majeurs : en premier lieu, la structuration des systèmes d'information des établissements afin d'obtenir l'exhaustivité des données recueillies dans le cadre du PMSI nécessitera près d'une décennie. Nous l'avons, vu, cette exhaustivité existe au CHU de Poitiers depuis 1995. En second lieu, la réforme du financement de l'hôpital public, sous la forme du « budget global » en 1983, n'incite pas fortement les décideurs à connaître précisément le processus de formation des coûts dans leurs établissements. Ce n'est en effet que très récemment que les informations recueillies sur la base du PMSI (la valorisation des activités en points ISA) ont un impact, fût-il relatif, sur le budget des établissements. En avance sur son temps, le guide méthodologique de 1985 avait donc oublié ces deux éléments de contexte. Mais d'autres textes sont entre temps intervenus, qui assignent des objectifs plus modestes ou plus réalistes à la comptabilité analytique hospitalière. Ils sont résumés dans le tableau suivant, et constituent donc les bases légales sur lesquelles les hôpitaux doivent aujourd'hui construire cet instrument :

Références du Code de la Santé Publique	DISPOSITIONS
Art. L. 710-6	« [...] Les établissements de santé, publics et privés, mettent en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies [...], en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts ».
Art. L. 710-7-I	« Les établissements de santé, publics et privés, transmettent aux ARH [...] ainsi qu'à l'État et aux organismes d'assurance-maladie, les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité qui sont nécessaires à la détermination de leurs ressources et à l'évaluation de la qualité de soins ».
Art. R. 714-3-43. 1°	« Pour les besoins de la gestion financière, l'ordonnateur tient une comptabilité analytique qui couvre la totalité des activités et des moyens de l'établissement, selon une nomenclature fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale »

⁴⁶ *La comptabilité hospitalière médicalisée*. Jacques Grolier, Yvan Pérard, Philippe Peyret. Editions ENSP, Octobre 2002. 390 p.p . 75.

Enfin, le guide méthodologique de la comptabilité analytique hospitalière publié en 1997 retrouve la finalité de gestion interne assignée à cet instrument dès 1953, ainsi que le précise la préface de ce guide : « *la comptabilité analytique est avant tout un outil de gestion interne. Outil de gestion et de pilotage indispensable pour chaque établissement, elle pourra cependant, à son initiative, constituer un instrument utile de négociation externe. Les modes de calcul de coûts qui y sont développés ne constituent pas un référentiel incontournable. Les établissements pourront choisir, en fonction de leurs besoins de gestion, de ne mettre en pratique qu'une partie des rubriques proposées : coûts par séjour, coûts par activité, coûts par centre de responsabilité, ou bien encore développer d'autres approches*⁴⁷ ».

Outil de gestion interne, la comptabilité analytique doit l'être plus que jamais dans le cadre de la tarification à l'activité.

La comptabilité analytique hospitalière dans le cadre de la tarification à l'activité.

La comptabilité analytique est en effet nécessaire aujourd'hui plus encore qu'hier au succès de cette réforme du financement des établissements, à la fois pour leur permettre de s'adapter aux tarifs des GHM fixés par le gouvernement (la fonction de pilotage en interne), mais également pour mieux déterminer ces derniers en élargissant la base de l'Echelle Nationale de Coûts (ENC).

C'est ce qu'exprimait Thierry Courbis, lors d'une intervention effectuée dans le cadre des Premières journées de l'Information Médicale et de Santé au mois de mai 2002⁴⁸. La citation est longue, mais elle est lumineuse : « *Un premier constat : la comptabilité analytique médicalisée n'est pas nécessaire à l'établissement vu de l'œil du régulateur. Il suffit d'avoir un échantillon plus ou moins représentatifs d'établissements publics et privés pour calculer un coût standard. [l'ENC]. Fixer a priori un prix sur des pathologies, ça c'est un prix politique. [...]. La question qui peut se poser est de savoir si l'on en a besoin au niveau des établissements .* »

La réponse est claire, qu'argumente Thierry Courbis : « [...] *Cela paraît une nécessité, puisqu'il est clair qu'il s'agit d'un outil indispensable à la mesure de la*

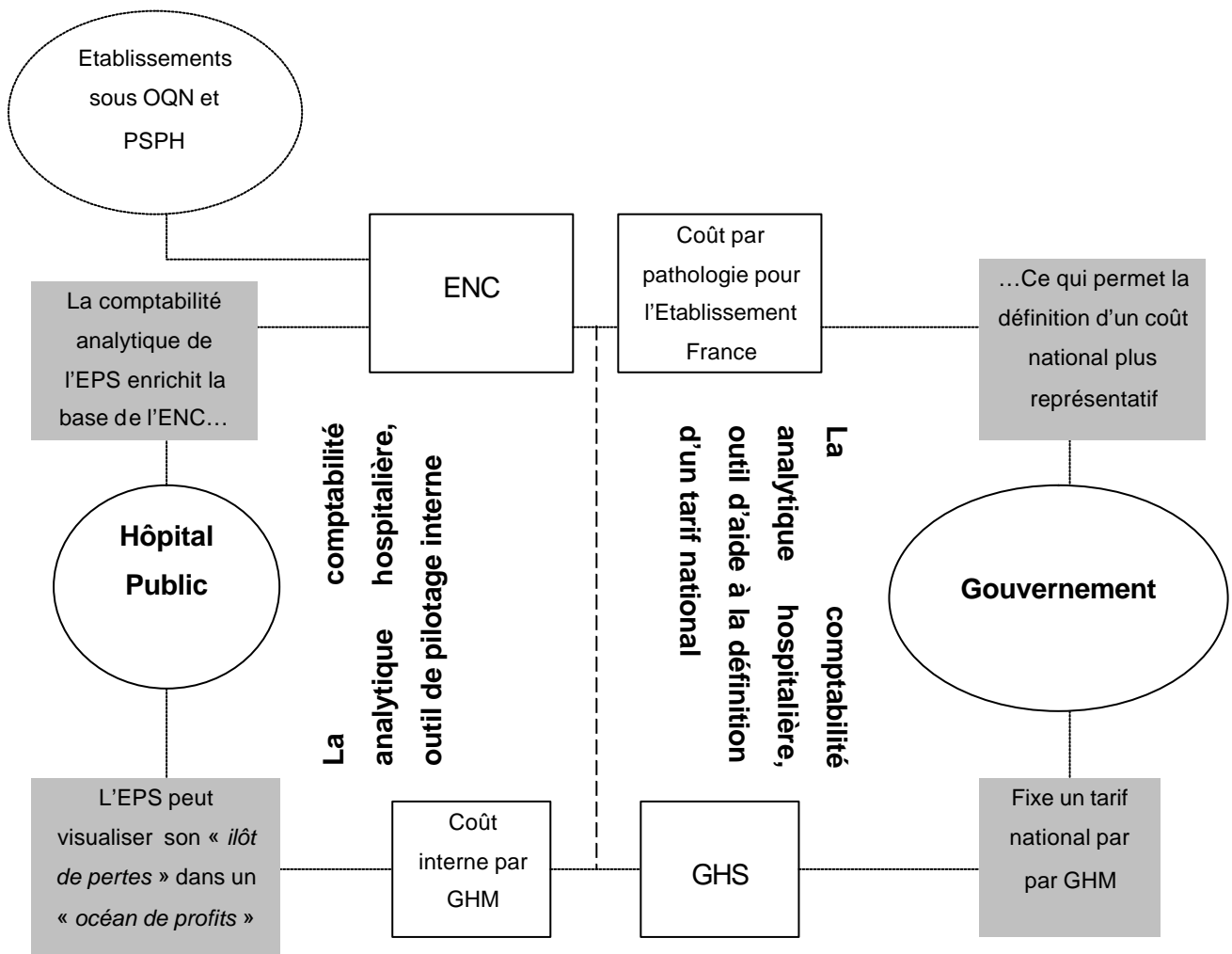
⁴⁷ Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière. DHOS. Bulletin Officiel n° 97-2bis

⁴⁸ *Quelle comptabilité analytique dans la perspective de la tarification à la pathologie ?* Intervention de Thierry Courbis, Directeur des Systèmes d'Information et de l'Organisation, CHU de Montpellier. 1ères Journées Nationales de l'Information Médicale et de Santé : Stratégie Qualité. 23 mai 2002. Actes du colloque disponibles sur Internet : www.fhf.fr/.

performance économique. Une comptabilité analytique nous permet de connaître, avec un certain degré de précision, le processus de formation des coûts. Nous sommes tout à fait capables de mesurer la part des coûts par postes de dépenses, de pouvoir cibler des actions en termes de régulation, de diminution de ces charges, mesurer sur des inflations, des évolutions de dépenses, les effets coûts, les effets volumes sur lesquels nous n'avons pas d'autres marges de manœuvre ».

Autrement dit, « Lorsque dans un établissement on fait un projet médical, on ne peut pas simplement décider quel positionnement stratégique suivre sans regarder ce qu'il va nous coûter. (...). On m'a toujours dit qu'une entreprise était capable d'avoir un îlot de pertes dans un océan de profits. Cela veut dire que l'on est capable de se positionner sur une activité non rentable parce que c'est une activité de service public, que c'est la volonté de l'établissement, mais il faut être capable derrière cela de mesurer les gains nécessaires pour pouvoir financer cet îlot de pertes ».

Les deux arguments qui fondent l'impératif de développement d'une véritable comptabilité analytique hospitalière dans le cadre de la tarification à l'activité peuvent donc être schématisés de la façon suivante :



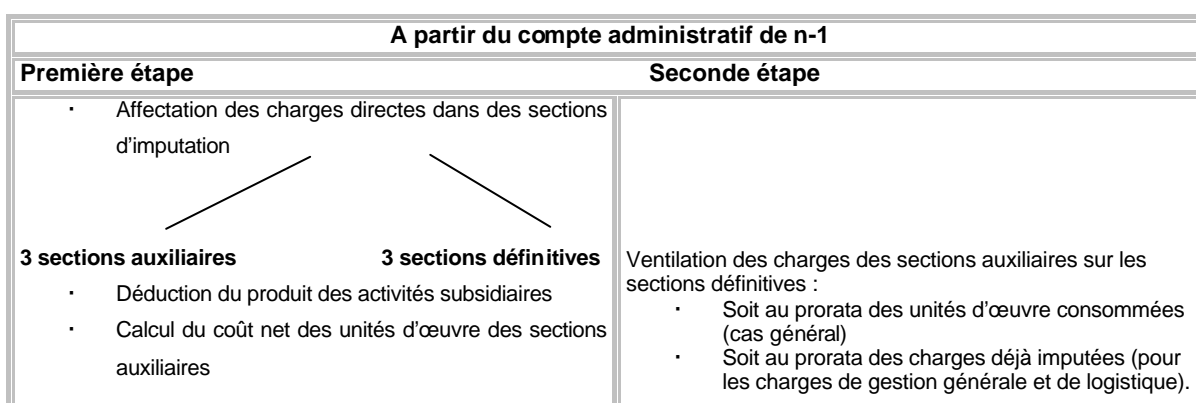
B). L'état des lieux des pratiques en matière de comptabilité analytique au CHU de Poitiers.

Naturellement, ou plutôt réglementairement, au CHU de Poitiers, «*l'ordonnateur de l'établissement tient une comptabilité analytique*», selon les prescriptions du premier alinéa de l'article R. 714-3-43 du Code de la Santé Publique (CSP). Mais ledit ordonnateur n'a, dans les faits, retenu que les seuls éléments les moins contraignants pour la construction de cette comptabilité analytique. En effet, la finalité de gestion interne depuis longtemps assignée à la comptabilité analytique est assez largement ignorée en terres poitevines. Ou plus précisément, l'établissement a bien plutôt modelé ses pratiques d'utilisation de la comptabilité analytique sur les exigences, somme toute modestes en matière d'imputation des coûts et d'isolation de charges, du compte administratif retraité.

Ce document prend sens par rapport à l'article R. 714-3-43 du CSP, qui fait obligation au directeur de l'établissement de communiquer au directeur de l'ARH un tableau faisant apparaître le montant des crédits d'exploitation consacrés aux secteurs cliniques, médico-techniques et logistiques (les frais de structure restant exclus). Ces informations sont regroupées dans le compte administratif retraité de l'établissement. L'objectif de cette démarche est d'isoler quatre ensemble de charges dans le compte administratif anticipé de l'établissement au sein du budget H :

- Charges de court séjour (MCO) et charges de SSR (Soins de Suite et Réadaptation)
- Charges des autres activités hospitalières
- Charges de structure

L'ouvrage collectif cité plus haut relatif à la comptabilité analytique hospitalière médicalisée propose un schéma présentant la démarche des retraitements comptables⁴⁹ :



⁴⁹ *La comptabilité hospitalière médicalisée*. Jacques Grolier, Yvan Pérard, Philippe Peyret. Editions ENSP, Octobre 2002. 390 p.p. 99

Ainsi que le précise la version 2002 du guide des retraitements comptables⁵⁰, « *les opérations à effectuer à cette fin suivent une logique d'ordre analytique : il s'agit d'imputer aux secteurs utilisateurs (appelés, par convention, « sections d'imputation »), les ressources qui ont été mises à leur disposition au cours de l'exercice écoulé. Toutefois, le niveau de précision requis est sans commune mesure avec celui que suppose une véritable comptabilité analytique d'exploitation* ». Une note de bas de page de ce même document précise encore : « *Attention : si le niveau d'analyse requis suffit à satisfaire les exigences du modèle, cela ne dispense pas les établissements d'établir une comptabilité analytique d'exploitation détaillée : prévue par le décret financier de 1992, son utilité demeure entière, dans une perspective de connaissance et de maîtrise des éléments intervenant dans le processus de formation des coûts* ». Précision utile sans doute, mais à laquelle sont restés sourds nombre d'établissements publics de santé en l'absence d'incitation forte à son utilisation dans le cadre du financement par dotation globale.

C'est donc la règle d'imputation directe des charges sur chacune des sections ou sous-sections d'imputation proposée par le guide des retraitements comptables qui est appliquée au CHU de Poitiers. Deux raisons majeures peuvent ici être invoquées afin d'expliquer l'utilisation de cette comptabilité analytique simplifiée :

En premier lieu, et comme la majeure partie des établissements de santé, le CHU de Poitiers a accordé la priorité au développement du système d'information selon l'axe PMSI, et ce en parfaite cohérence avec le mode de financement du budget global.

En second lieu, une tentative avait eu lieu au cours des années 1990 de développer une véritable comptabilité analytique détaillée à l'aide de clés de répartition propres à produire une image plus réelle du processus de formation des coûts dans l'établissement. Mais là encore, la force d'inertie du mode de financement, et l'absence de processus de contractualisation interne, et donc d'intérêt potentiel des acteurs de terrain à l'utilisation de cet outil, a conduit à son abandon assez rapide. Les efforts doivent donc aujourd'hui se tourner vers la mise en œuvre d'une comptabilité analytique permettant la définition d'un coût par GHM, ainsi que le montre le schéma sur la page suivante :

⁵⁰ Disponible sur Internet www.le-pmsi.fr depuis le 26 mars 2002

Les coûts par séjour : méthodologie

Fichier structure du centre hospitalier Comptabilité générale et analytique				Découpage en sections d'analyse (SA) Coûts par séjour et par section d'analyse							
Structure	Gestion générale	Restauration	Blanchisserie	SA médico-techniques			Personnel SA consommatrices			Autres charges de la SA clinique	Produits coûteux ▪ produits sanguins ▪ prothèses ▪ médicaments ▪ Actes faits à l'extérieur
				Laboratoire	Radiologie	Bloc	Soignant	Médical	Autres		
?		UO = journée		UO = ICR		UO = journée				Direct	
COUTS PAR SEJOUR											
PMSI : classification de chaque séjour dans un GHM											
COUTS PAR GHM											
Source : La comptabilité analytique hospitalière médicalisée. J. Grolier, Y. Pérard. P. Peyret. Ed. ENSP. Octobre 2002. 390 p. p 95											

Ce bref état des lieux nous permet de retrouver un constat déjà effectué plus haut sur les caractéristiques fortes du système d'information au CHU de Poitiers : celui-ci est tout entier structuré par le format des informations construites à destination des autorités de tutelle. Cette caractéristique, observée pour la production des données PMSI, s'avère également vraie pour la production d'information sur les coûts de l'établissement : ces informations, recueillies dans le seul cadre du compte administratif retraité, correspondent bien à la structuration du système d'information sur cette logique de production de données à l'attention des partenaires externes de l'établissement. C'est précisément sur cet axiome qu'il importe aujourd'hui d'agir, afin de « convertir » cette architecture selon un format interne à des fins de pilotage médico-économique et de contrôle de gestion.

2.1.2 Des facteurs favorables au déploiement d'une véritable comptabilité analytique au CHU de Poitiers.

Ces facteurs sont ici d'une double nature : en premier lieu, la direction de l'établissement s'est en quelque sorte imposée à elle-même cet impératif de développer la connaissance des coûts par GHM sur ses activités MCO en se fixant un objectif stratégique fort : intégrer prochainement la liste des établissements de santé participant à l'Etude Nationale de Coûts (ENC) ; les efforts de l'ensemble des directions fonctionnelles et en particulier de la DFCI devront donc être collectivement tournés vers la réalisation de cet objectif **(A)**. En second lieu, et plus près du terrain cette fois, l'expérimentation récente, sur deux pôles d'activités du processus de déconcentration de gestion contribue à créer un besoin de visibilité sur les notions de dépenses et de coûts auprès des professionnels médicaux et paramédicaux. **(B)**. On retrouve donc ici les deux axes de développement d'une comptabilité analytique schématisés plus haut : l'un à vocation externe pour aider à la définition d'un coût national par GHM et donc à la détermination d'un tarif national plus juste, l'autre à vocation interne, à des fins de pilotage de l'activité.

A) Un objectif stratégique de la direction du CHU de Poitiers: intégrer l'ENC.

Il importe ici de rappeler ce qu'est l'Etude Nationale de Coûts, à laquelle participaient, au mois de janvier 2003, 51 établissements. (cf, infra, Annexe III), avant de préciser les chantiers immédiats qui s'imposent au CHU de Poitiers pour respecter cet objectif.

Par la circulaire DH/PMSI/92 n°8 du 28 février 1992, la Direction de l'Hospitalisation a décidé de construire une base nationale de coûts par séjour, constituée à partir d'un échantillon d'établissements hospitaliers publics, et d'établissements Participant au Service Public Hospitalier (PSPH) volontaires.

Les établissements hospitaliers participant doivent être représentatifs des établissements français et doivent satisfaire à plusieurs conditions :

- Un taux d'exhaustivité du recueil des informations PMSI sur les séjours supérieur à 95%
- Une bonne expérience de la comptabilité analytique hospitalière
- Un système d'information capable d'identifier pour chaque séjour hospitalier la totalité des actes médico-techniques et des consommations médicales (sang, prothèses et implants, médicaments coûteux, actes réalisés à l'extérieur).

Les établissements retenus appartiennent à plusieurs catégories : CHG (ayant produit plus de 23000 RSA théoriques pendant l'année), CHMG (ayant produit de 16001 à 23000 RSA théoriques), CHMP (ayant produit de 10001 à 16000 RSA théoriques), CHP (ayant produit jusqu'à 10000 RSA théoriques), CHR (centre hospitalier régional), PSPH, CLCC (centre de lutte contre le cancer).

L'objectif de la base nationale de coûts par GHM est de constituer une échelle de poids économiques relatifs sur laquelle serait situé chaque GHM. Chaque GHM est caractérisé par un poids valorisé en points ISA. Ces poids relatifs expriment la lourdeur des cas traités en termes de consommation de ressources et sont publiés chaque année dans l'Echelle Nationale de Coûts.

Les établissements de l'échantillon indiquent pour chaque séjour MCO :

- Les dépenses directes affectables au malade : prothèse, implants, matériel à usage unique coûteux, produits sanguins, médicaments coûteux, actes réalisés à l'extérieur.
- Le poids économique (exprimé en ICR⁵¹, en B ou en scores oméga) des actes réalisés par chaque service médico-technique au cours de l'hospitalisation.
- Le nombre de journées passées par le patient dans chacun des services cliniques fréquentés durant le séjour.

Parallèlement aux coûts directs affectables aux malades, sont affectés à chaque service clinique ou médico-technique l'ensemble de leurs charges directes de fonctionnement : salaires des personnels médicaux, des personnels soignants, des autres personnels afin que le coût des unités d'œuvre produites par ces services puisse être calculé. Enfin, les établissements déterminent le volume des charges à affecter sur les activités logistiques (blanchisserie, restauration, logistique et administration) ainsi qu'à la structure (dépenses d'amortissement des bâtiments, frais financiers, dépenses d'entretien des bâtiments).

⁵¹ Indice de Coût Relatif, composé de trois sous-indices : un indice d'activité médicale, un indice d'activité soignante, un indice de consommation des ressources matérielles.

Le coût du séjour hospitalier est ainsi obtenu en additionnant l'ensemble de ces coûts rapportables au séjour.

L'échelle de coûts par GHM est construite à partir du coût moyen observé dans la base de données pour chaque GHM. Pour construire l'Echelle nationale de Coûts, on dispose pour chacun des séjours de la base, du GHM dans lequel le séjour est affecté, du type et de la taille de l'établissement d'où provient le séjour, du coût complet calculé du séjour. Un redressement de l'échantillon est ensuite effectué en pondérant chacun des séjours en fonction de la sur- ou sous-représentation de la catégorie d'établissements dont il provient. On procède donc au calcul du coût par GHM, qui consiste à calculer la moyenne arithmétique redressée après suppression des séjours extrêmes (5% à gauche, 5% à droite).

La qualité et la validité des données sont contrôlées tout au long du processus de deux manières :

- Contrôle des données comptables : la validation passe notamment par un équilibre respecté entre le total des charges des sections d'analyses et le total du compte administratif de l'hôpital afin de vérifier si toutes les charges ont bien été imputées aux sections d'analyses
- Contrôle de la qualité des données médicales : un seuil de 10% d'erreurs est fixé. Les erreurs retenues sont celles qui rendent compte d'un changement de GHM par rapport au codage initial du séjour. D'autre part, ce contrôle nécessite la mise en œuvre de démarches d'assurance-qualité afin d'opérer un contrôle plus continu et plus ciblé sur la qualité du codage. Ces procédures sont à mettre en œuvre sous la responsabilité du DIM.

Ces remarques relatives aux procédures de contrôle font écho aux commentaires effectués précédemment (cf, supra, pp. 19-24) sur les missions dévolues au DIM au CHU de Poitiers : on perçoit en effet combien seront utiles dans l'optique du projet d'intégration prochaine de l'établissement à l'ENC, le développement récent des procédures d'assurance qualité sur le recueil des données d'activités par l'équipe du Pr. Ingrand. Cela constitue sans nul doute un facteur favorable pour la réalisation de cet objectif, ce d'autant plus que l'exhaustivité des données recueillies dans le cadre du PMSI est depuis déjà 1995 de 100%.

Un autre facteur favorable à cette intégration doit encore être évoqué, qui prend sens par rapport à l'exigence d'exhaustivité de l'ensemble des actes réalisés, ainsi formulée par Gaëlle Sanger lors d'une contribution au débat sur les méthodologies et limites de

l'ENC au mois de mai 2002⁵²: il s'agit de « *recueillir tous les actes réalisés, et non pas seulement les actes classants (...); tous les actes car nous sommes dans une logique de calcul du coût de revient, du coût de la production. Non seulement il faut être capable de recueillir ces actes, mais en plus il faut être capable de les rattacher au numéro d'hospitalisation* ». Ce facteur favorable au CHU de Poitiers, du point de vue de la contrainte d'exhaustivité, repose sur le rattachement récent du bureau des admissions et du bureau de la facturation à la DFCI : concernant les consultations externes, mais également la gestion des identités des patients, les personnels de ces secteurs pourront jouer pleinement leur rôle selon les orientations tracées par le Directeur des Finances.

Elements favorables certes, du strict point de vue du recueil des données d'activités ; en revanche, l'association des activités produites aux moyens qu'elles auront consommés est sans nul doute plus approximative au CHU de Poitiers, comme nous avons pu le voir plus haut. Les chantiers immédiats concernant le développement de la comptabilité analytique médicalisée selon l'objectif d'intégration de l'ENC visent ainsi au premier chef la relecture attentive du fichier commun de structures.

Cet impératif avait déjà été évoqué pages 36 à 39 de cette réflexion, lors des développements relatifs à la construction prochaine d'un infocentre au CHU de Poitiers ; il avait alors été exposé que l'élaboration du socle de l'infocentre, destiné à alimenter la base de données proprement dite, nécessitait une réflexion approfondie de la notion d'Unité Fonctionnelle (UF). Or c'est précisément cette notion qui est au cœur du toilettage indispensable du fichier commun de structures.

Du côté des procédures

Rappelons tout d'abord que des règles fondamentales relatives à la création d'UF dans le fichier commun de structures ont été édictées au mois de juillet 2003 au CHU : ces demandes de création devront toutes être examinées en comité de coordination hebdomadaire, réunissant l'ensemble de l'équipe de direction ; par ailleurs, il ne pourra être répondu par l'affirmative à une telle demande que si cette UF fait bien coïncider une activité à des consommations de ressources. En d'autres termes, une UF n'a pas vocation à permettre d'isoler une activité, à laquelle ne pourraient être directement rattachés des coûts et inversement, n'a pas non plus vocation à isoler un certain nombre de dépenses qui n'auraient pas de lien direct avec une activité. Ces règles de procédure,

⁵² *L'ENC : méthodologies et limites*. Intervention de Gaëlle Sanger, mission PMSI, DHOS, ministère de l'Emploi et de la Solidarité. 1ères Journées Nationales de l'Information Médicale et de Santé : Stratégie Qualité. 23 mai 2002. Actes du Colloque disponibles sur Internet : www.fhf.fr/.

pour utiles qu'elles soient, ne dispensent cependant pas d'une relecture approfondie du fichier commun de structures afin d'y déceler certaines incohérences.

Au-delà des procédures, le fichier commun de structures en lui-même : deux incohérences à traquer

Ce découpage analytique de l'établissement constitue la base fondamentale de déploiement d'une véritable comptabilité analytique. Rappelons ainsi qu'une section d'analyse⁵³, « *socle du découpage analytique (...) est un compartiment d'affectation des charges. Il en résulte que son activité doit être homogène, même s'il n'existe pas toujours une unité d'œuvre qui décrive complètement cette activité.* » Or, une règle de construction fondamentale du fichier structure doit toujours être observée : « *une unité fonctionnelle ne peut correspondre qu'à une seule section d'analyse. Le raccordement n'est possible que si, à chaque UF concernée, on peut faire correspondre activité et consommation de moyens*⁵⁴ ». La relecture du fichier commun de structures implique donc de relever ces éventuelles incohérences relatives au rattachement d'une UF à une et une seule section d'analyse.

Un second point est ici lié au contexte local : en effet, le fichier commun de structures du CHU de Poitiers opère un découpage analytique par Centre de Responsabilités (CR). Il s'agit d'« *un découpage organisationnel et/ou budgétaire de l'établissement, correspondant à un niveau où les objectifs d'activités et de moyens sont négociés entre le responsable et la direction de l'établissement. Ce découpage est libre en fonction des objectifs de l'établissement et de ses projets de contractualisation interne*⁵⁵ ». L'expérimentation d'un processus de contractualisation interne entre la direction et des pôles d'activités au CHU de Poitiers impose donc de prêter également attention à une seconde source d'incohérences éventuelles dans le fichier commun de structures : la non correspondance entre les notions d'UF, de SA, de CR et de pôles d'activités. On touche ici à une problématique fondamentale dans la construction d'une démarche de comptabilité analytique : la nécessaire précision des informations sur les coûts, et le niveau pertinent de l'analyse de ces informations. Or, le fichier doit en quelque sorte « résoudre » cette tension en faisant correspondre autant que possible la logique de contractualisation interne représentée par les pôles d'activités, niveau pertinent d'analyse de l'information, et celle de recueil de cette information, représentée par les sections d'analyse.

⁵³ *La comptabilité hospitalière médicalisée*. Jacques Grolier, Yvan Pérard, Philippe Peyret. Editions ENSP, Octobre 2002. 390 p. p. 128.

⁵⁴ Ibid. p. 133

⁵⁵ Ibid. p. 133

Le premier pas vers la construction de cette comptabilité analytique nécessaire pour intégrer l'échantillon d'établissements participant à l'Etude Nationale de Coûts est donc celui d'une relecture attentive du fichier commun de structures en prêtant attention aux deux types d'incohérences mentionnés ci-dessus. La définition par la Direction du CHU de Poitiers de cet objectif d'intégration à l'ENC peut ainsi constituer un aiguillon puissant pour le développement d'une véritable comptabilité analytique, dans la mesure où il s'agit d'un objectif stratégique, et donc partagé par l'ensemble des directions fonctionnelles de l'établissement.

Mais un autre objectif stratégique de l'établissement contribue encore à constituer un contexte favorable pour accueillir cette comptabilité analytique : celui de l'approfondissement de la démarche de contractualisation interne.

B) Le processus de contractualisation interne : la construction progressive d'un besoin de visibilité sur les coûts au plus près du terrain.

Le processus de contractualisation interne prend la forme, au CHU de Poitiers, d'une véritable déconcentration de gestion, au plus près du terrain, vers des pôles d'activités (cf, Annexe IV, liste des pôles d'activités). Cette démarche, expérimentée depuis le mois d'avril 2003 sur le pôle médico-chirurgical de l'appareil digestif, et le pôle biologie, engendre deux effets :

Le premier, progressif, est celui d'une familiarisation des acteurs médicaux et paramédicaux avec un florilège de termes jusqu'alors utilisés par les seuls « administratifs ». On pense ici aux notions de « crédits délégués », « d'enveloppes », ou encore de « gestion des mensualités de personnel non médical ». Cet effet est à proprement parler de l'ordre du changement culturel.

Le second, lui aussi progressif, concerne la création, par ce processus même de contractualisation interne, d'un intérêt du corps médical à s'investir dans l'analyse fine des données d'activités de leurs services, et plus précisément, à mettre en relation ces données d'activités et celles relatives aux dépenses qui leur sont attachées. On retrouve ici ce que l'on avait évoqué plus haut : le nécessaire investissement du corps médical dans le suivi de leur activité.

Quelques mots d'abord de cette démarche de déconcentration de gestion au CHU de Poitiers.

L'organisation en pôles permet de développer une logique d'activité, centrée sur un organe, une pathologie, une technique, qui nécessite un travail en commun entre différents acteurs, médicaux et non médicaux. Le pôle présente en outre une structure qui

permet la mutualisation des moyens des services qui la composent. La taille d'un pôle permet d'atteindre un seuil à partir duquel une gestion réelle est possible : c'est au niveau de chaque pôle que pourra être pris et mis en œuvre un ensemble de décisions, qui peuvent tout à la fois concerner les ressources humaines, les achats de matériels ou le recours à des prestations internes à l'établissement. L'échelle d'un pôle semble également pertinente pour mettre en œuvre un réel management des équipes médicales et soignantes.

Le principe de subsidiarité est au fondement de cette démarche : chaque décision doit être prise le plus possible là où elle doit être mise en œuvre ; il s'agit bien de rapprocher la décision du terrain et de donner à tous les acteurs une plus grande proximité avec le décideur. Ce principe de subsidiarité se traduit par la signature de contrats de pôles entre le Directeur Général du CHU et le coordonnateur (médical) du pôle concerné : ce contrat précise à la fois les objectifs et les moyens du pôle pour l'année considérée ; il est la déclinaison d'un projet médical partagé pour un meilleur service rendu au patient, projet qui développe un lien fort avec le projet d'établissement et le Contrat d'Objectifs et de Moyens. Dans ce cadre, le pôle est libre de décider de ses priorités, de son organisation et de l'utilisation qu'il fait des moyens qui lui sont alloués, dans le respect des objectifs et principes de fonctionnement de l'ensemble de l'établissement. Les crédits délégués au pôle sont fongibles entre eux.

Le 13 mai 2003, deux contrats annuels de pôles ont ainsi été signés. Le contrat du pôle biologie prévoit notamment de promouvoir de nouvelles techniques pour le diagnostic et le suivi des traitements, de faire évoluer la formation vers une polyvalence du personnel, d'améliorer la pertinence et la conformité des prescriptions, et enfin, d'informatiser la gestion des stocks. Doté d'un budget prévisionnel de 14 millions d'euros pour l'exercice 2003, le pôle biologie peut donc gérer comme il l'entend son budget et la répartition des mensualités en personnels techniques et soignants. Pour le pôle médico-chirurgical de l'appareil digestif, les objectifs du contrat annuel de pôle portent sur la mise en place d'une unité digestive aiguë et le développement de l'activité ambulatoire, du réseau hépatite C, et enfin de la formation en cancers digestifs.

Bouleversement culturel avons-nous dit : le Professeur Fauchère, coordonnateur du pôle biologie exprime ainsi sa familiarisation progressive avec cette forme de contractualisation interne et la découverte de nouvelles marges de manœuvre qu'elle induit: « *La révolution pour nous, c'est la fongibilité des enveloppes. Si le pôle a épuisé son budget en réactifs et*

*en consommables, il peut utiliser les crédits d'une autre ligne budgétaire, par exemple celle du personnel*⁵⁶».

Mais plus encore, au-delà des marges de manœuvre retrouvées sur le terrain dans le cadre d'une responsabilisation accrue des acteurs, ce processus a également vocation à dynamiser la logique de projet développée au sein d'un pôle grâce à des mesures d'intéressement collectif : en effet, dans l'hypothèse où le pôle réalise des économies (réelles ou certaines), l'établissement en récupère certes la moitié, mais l'autre moitié de ces sommes revient au pôle, qui choisit de la reporter sur le budget de l'année suivante, ou d'effectuer des achats de matériel.

Ces dispositions de la démarche de déconcentration de gestion au CHU de Poitiers sont la traduction du principe selon lequel on ne peut demander aux acteurs de terrain de s'investir dans un processus lourd, sans leur proposer de contrepartie. Celle-ci est donc d'une double nature : liberté retrouvée dans la gestion au quotidien de la vie du pôle, et intéressement collectif aux résultats obtenus sur douze mois.

Très concrètement, cette phase expérimentale a donc permis à ces acteurs médicaux et soignants, et plus particulièrement aux deux figures nouvelles du coordonnateur de pôle et du cadre supérieur assistant de se familiariser avec un format d'information de gestion budgétaire et financière, qui leur est adressé chaque mois. La trame de ces tableaux de bord d'activités, de dépenses, et de suivi des effectifs, sont reproduits dans l'annexe V.

2.2 Vers l'acquisition d'une culture partagée de l'information : le partage de la contrainte.

Eu égard aux développements précédents, deux éléments doivent retenir toute notre attention :

En premier lieu, deux phénomènes se nourrissent l'un l'autre : la modification profonde de l'architecture du système d'information du CHU de Poitiers, vers une finalité redécouverte de pilotage interne, est un puissant vecteur d'approfondissement du processus de contractualisation interne. En effet, le développement d'une véritable comptabilité analytique hospitalière a vocation, nous le verrons, à susciter de nouveaux questionnements de la part des responsables de terrain sur l'utilisation de leurs

⁵⁶ *Le CHU de Poitiers s'organise en pôles d'activité.* Isabelle Barre. Dépêche APM n° 53567. 6 août 2003.

ressources dans la mesure où ils poursuivent des objectifs contractualisés avec la Direction Générale. D'autre part, ce même processus de déconcentration de gestion, qui a un impact majeur sur les utilisations de l'information reçue sur le terrain, est un aiguillon tout aussi puissant de l'accélération du changement de cette architecture du système d'information.

En second lieu, la réforme de la tarification à l'activité, rappelons-le, repose sans nul doute plus que toute autre réforme, sur des modifications de comportements de la part des acteurs hospitaliers, en les contraignant notamment à l'impératif de réactivité face à des données d'activités (bases nouvelles du financement) mais également face à des informations sur les coûts. Le nouvel adage qui dans ce cadre réformé du financement de l'hôpital public devra être partagé par tous est donc bien le suivant : les dépenses ne pourront avoir lieu que dans la stricte proportion d'une augmentation de l'activité. Dès lors, on perçoit combien la nouvelle architecture du système d'information, toujours plus approfondie dans le cadre de la contractualisation interne, est l'un des éléments permettant d'apporter une réponse à cette contrainte de réactivité : les acteurs hospitaliers, administratifs, médicaux et paramédicaux, utilisateurs à différents niveaux du système d'information, devraient ainsi être en mesure de donner son véritable sens à la réforme, grâce aux informations produites par la comptabilité analytique, traduction en données économiques du PMSI ; ceci, afin de faire en sorte que ce nouveau mode de financement des structures hospitalières ne soit pas cette occasion manquée de réformer profondément les modes de gouvernance à l'hôpital.

L'utilisation progressive, dans le cadre de la contractualisation interne, de ces informations mettant en relation des activités et des coûts au plus près du terrain est donc un puissant facteur d'appropriation de la contrainte de réactivité par les acteurs hospitaliers **(2. 2. 1)**. Mais les procédures d'échanges entre les acteurs hospitaliers autour de l'analyse de ces informations, devraient également favoriser l'acquisition progressive de cette culture partagée de la réactivité au sein de l'hôpital. **(2. 2. 2)**.

2.2.1 L'appropriation collective de la contrainte de réactivité : la part des utilisateurs de l'information.

Selon Patrick Expert⁵⁷, « (...) la contractualisation interne doit être l'occasion d'une rencontre

- *Des contraintes de terrain d'une part, qui doivent être connues et évaluées à leur juste mesure par la direction (...)*
- *D'autre part des contraintes budgétaires, que le corps médical et soignant doit mieux cerner pour moins les subir. Les enveloppes financières ont forcément des limites et, à ce jour, celles et ceux qui ont la connaissance du terrain sont exclus de la prise de décision dans le domaine budgétaire. C'est précisément ce pouvoir qu'il s'agit de leur conférer ».*

Ce processus en effet, crée un « intérêt à agir » au plus près du terrain, et donc un « intérêt à analyser » les données issues du système d'information. Ces deux intérêts conjugués, à agir, et à analyser, impliquent tout d'abord une réflexion approfondie sur le format de l'information délivrée aux acteurs de terrain, afin de faire naître les interrogations les plus pertinentes **(A)**. Il importera alors d'y apporter des éléments de réponse, grâce à l'apparition de nouveaux métiers dans le paysage hospitalier. **(B)**.

A) Une réflexion approfondie sur le format de l'information diffusée.

Le rôle majeur de la Direction de l'établissement

Cette réflexion incombe, naturellement, aux membres de l'équipe de direction de l'établissement. Car en effet, l'exercice est difficile, qui consiste à « calibrer » au plus juste les informations destinées aux responsables de terrain dans un double objectif : d'une part qu'ils reconnaissent suffisamment, dans ces données qui leur sont adressées, l'image de leurs activités quotidiennes afin de s'y intéresser ; et d'autre part, que ces données soient en quelque sorte presque trop générales pour susciter des questionnements plus précis sur des évolutions d'activités et de dépenses.

Nous avons pu observer les trames des tableaux de bord situées en annexe, adressés au coordonnateur de pôle ainsi qu'au directeur référent et à la direction générale

⁵⁷ Y-a-t'il une vie après la contractualisation interne ? Patrick Expert. Gestions Hospitalières. Novembre 2002. pp. 742-745.

de l'établissement : tableaux d'activités d'une part, de suivi des dépenses et des effectifs d'autre part. Le choix stratégique opéré par la Direction est ici manifeste : celui de la clarté de l'information diffusée, sur un même format, à l'égard de l'ensemble des pôles d'activités.

Ce choix peut être analysé à travers trois éléments.

En premier lieu, ces informations, côté activité et côté dépenses, mettent en lumière, aux yeux des professionnels médicaux et paramédicaux, le fait que le niveau pertinent de l'analyse est désormais le pôle d'activités, et non plus les différents services constitutifs du pôle. En effet, l'activité et les dépenses d'une unité fonctionnelle du pôle ne sont pas visibles sur ces tableaux de bord. Cet aspect du format de l'information diffusée sur le terrain ne doit pas être sous-estimé. Car il est en effet le vecteur d'un nouveau paradigme culturel au sein des établissements, et plus particulièrement au CHU de Poitiers : l'ancien modèle de territorialisation de l'hôpital qui s'exprimait en termes de services et d'unités fonctionnelles a vocation à disparaître, et par là même, le cloisonnement des pratiques. Ces tableaux de bord, en introduisant le seul pôle comme périmètre pertinent d'analyse participent de l'émergence d'un nouveau collectif au plus près d'une terrain, autour d'une activité.

En second lieu, la clarté des informations diffusées a été obtenue grâce à une adaptation des instruments jusqu'alors utilisés par les différentes directions fonctionnelles pour suivre leurs activités propres. A titre d'exemple, on a pu observer que la Direction du Personnel, des Relations Sociales et des Conditions de Travail (DPRSCT) adressait chaque mois à chacun des pôles expérimentaux un tableau relatif au suivi des effectifs des personnels non médicaux. La variable des mensualités, plus parlante pour les acteurs de terrain, a été construite à la demande de ces derniers, afin de compléter l'information jusqu'alors diffusée sous le seul format de la variable Equivalent Temps Plein (ETP), tout droit sortie du Tableau des Emplois. Ce mouvement d'adaptation des informations diffusées par les directions fonctionnelles à destination des responsables de terrain continuera à se poursuivre au rythme du déploiement du processus de déconcentration de gestion sur l'ensemble des pôles d'activités de l'établissement. Ainsi, au cours du 4^{ème} trimestre 2003, la DPRSCT sera à même de détailler l'évolution des dépenses de personnel non médical par pôle (soit la déclinaison budgétaire du tableau de bord relatif au suivi des effectifs) grâce au reformatage de son logiciel de gestion du personnel sur la demande émanant du terrain. La clarté de l'information passe donc par l'adaptation du langage de chacun des acteurs concernés, au plus près du terrain sans doute, mais également au cœur de la Direction de l'établissement, et ce afin de nouer un véritable dialogue sur ces évolutions objectivées des activités de production de soins.

Enfin, ce choix effectué par la Direction sur le format de l'information s'exprime également à travers la fiabilité de celle-ci. En effet, l'analyse ne peut avoir lieu que sur des données stabilisées. L'homogénéité des tableaux de bord sur l'ensemble de l'établissement est un premier gage de cette stabilité. La validation institutionnelle de l'information en est un autre. Il a ainsi été créé tout récemment, dans le courant du mois de septembre 2003 au CHU de Poitiers, un répertoire commun informatisé entre les différents partenaires de la contractualisation interne pour chacun des pôles expérimentateurs. Ce répertoire rassemble aujourd'hui l'ensemble des tableaux de bord sous la forme de fichiers informatiques, accessibles en lecture seule, et modifiables exclusivement par leur auteur. Ils sont diffusés à l'ensemble des directions fonctionnelles du CHU, mais également aux coordonnateurs de pôles, ainsi qu'aux directeurs référents. Ce répertoire commun ainsi disponible permet à chacun d'avoir la même information, au même moment, validée par les directions fonctionnelles à l'origine de leur création.

Ces tableaux de bord, par la clarté des informations présentées, donnent à voir des évolutions mensuelles d'activités et de dépenses sur le périmètre d'un pôle. Ils constituent donc en quelque sorte un premier niveau de lecture qui doit alors conduire à d'autres interrogations, plus fines, cherchant à mettre en relation ces évolutions observées avec des causes plus précises. La direction là encore dispose des moyens d'orienter ces interrogations, en introduisant notamment des indicateurs relatifs à l'activité d'établissements comparables.

Ainsi, le prochain enrichissement du format de l'information fournie dans ces tableaux de bord portera sur l'introduction d'indicateurs d'activités provenant d'autres CHU. On retrouve ici la logique de benchmarking dont est intrinsèquement porteuse la réforme de la tarification à l'activité : les pôles disposeront bientôt non seulement de données objectivées les conduisant à réfléchir sur le pilotage de leurs activités en interne, mais encore d'éléments de comparaison avec d'autres CHU, leur permettant d'évaluer leur propre situation.

La direction de l'établissement a donc ici un rôle majeur à jouer dans l'orientation des réflexions suscitées par la lecture des tableaux de bord sur le terrain.

Les interrogations suscitées auprès des acteurs de terrain

En premier lieu, le seul fait de recevoir une représentation chiffrée de son activité a vocation à susciter, à tout le moins, une réaction ; réaction d'autant plus affirmée que des objectifs à atteindre sont ici en jeu, dans le cadre de la contractualisation interne. Il existe donc un premier paramètre d'appréciation de ces tableaux de bord, qui consiste en un rapprochement vis-à-vis des objectifs contractualisés avec la Direction. En quelque sorte,

et à un premier niveau : sommes-nous, pôle d'activité, sur la bonne voie, ou tout au contraire, avons-nous encore beaucoup de progrès à accomplir ?

Un second niveau de lecture consiste à mettre en rapport le volume d'activités avec celui des dépenses : peuvent ainsi être mises en lumière d'éventuelles incohérences, ou à l'inverse, une parfaite concordance entre ces deux éléments.

Un troisième regard porté sur ces tableaux de bord consiste, et c'est sans nul doute là le plus intéressant, à rechercher les causes d'évolutions sensibles des activités et des dépenses dans le pôle. Cette recherche d'une causalité à un effet observé conduit inéluctablement à exiger un niveau de précision plus grand que celui qui est diffusé dans les tableaux de bord. Ce type d'interrogations est déjà observé de manière tout à fait sensible de la part des coordonnateurs et des directeurs référents des pôles expérimentaux : la DFCI est ainsi très fréquemment sollicitée afin de faire parvenir aux acteurs concernés de nouvelles données plus ciblées sur certains postes de dépenses, ou certaines données d'activités. Il y a donc bien création d'un besoin de visibilité toujours plus aigu grâce à cette information diffusée dans le cadre de la contractualisation interne.

Cet « intérêt à analyser » est ainsi traduit par les auteurs de l'ouvrage relatif à la comptabilité analytique hospitalière médicalisée cité plus haut⁵⁸ : le croisement des données issues de la double démarche de médicalisation du système d'information et de création d'une comptabilité analytique *« permettra une meilleure connaissance de la production hospitalière, source d'optimisation des ressources. Il doit aussi jeter les bases d'une collaboration médico-administrative au sein de l'hôpital. De plus, le PMSI ainsi traduit en données économiques doit être incitatif pour le corps médical l'invitant à rationaliser et à développer son propre système d'information pour organiser de façon plus efficiente les moyens qui lui sont confiés »*.

La modification des comportements, vecteur essentiel de la mise en œuvre de la tarification à l'activité est ici à l'œuvre, par la seule force de ces interrogations des responsables de terrain. Ordonnateurs de dépenses plus conscients pour les activités qu'ils dirigent, ils sont également conduits à s'interroger sur les liens qui les unissent à d'autres partenaires de l'établissement : les réflexions suscitées par l'analyse approfondie des tableaux de bord ouvrent ainsi les portes des pôles sur les autres activités développées à l'hôpital. A titre d'exemple, les indicateurs relatifs aux modes d'entrée des patients dans les services du pôle ont vocation à susciter des réflexions, non seulement sur l'organisation interne du pôle, mais également d'éventuels dysfonctionnements liés à

⁵⁸ *La comptabilité hospitalière médicalisée*. Jacques Grolier, Yvan Pérard, Philippe Peyret. Editions ENSP, Octobre 2002. 390 pages, p. 75.

l'absence de prise en compte de l'organisation interne d'un autre pôle. La lecture des tableaux de bord doit donc conduire à recréer la notion de processus dans la prise en charge d'un patient. Ainsi que l'expose Patrick Expert concernant le processus de contractualisation interne au CH de Blois, « *Le décloisonnement des services est aussi noté comme un élément positif. Paradoxalement, alors que beaucoup voulaient voir dans la contractualisation interne le dernier avatar de la balkanisation et du chacun pour soi, il n'en a rien été. C'est le contraire qui s'est produit, car les centres de responsabilité ont, de façon naturelle, pu prendre conscience à quel point leurs propres résultats étaient influencés par ceux des autres structures. Les relations d'interdépendance ont été valorisées par cette démarche*⁵⁹ ».

Ces multiples niveaux d'interrogations suscitées par la lecture des tableaux de bord ne doivent pas rester sans réponse ; de nouvelles figures et de nouveaux métiers sont donc apparus au CHU de Poitiers, qui précisément ont vocation à apporter des éléments de réponse aux questionnements des acteurs de terrain, et plus encore, à les faire progresser dans leur réflexion.

B) Nouvelles figures et nouveaux métiers dans le paysage hospitalier.

Ces mutations profondes des modes de rencontre des acteurs hospitaliers induites par ces nouvelles utilisations du système d'information dans un cadre renouvelé ont cela de singulier qu'elles engendrent un besoin de « traduction » : traduction du langage des uns dans la langue des autres, traduction aussi des objectifs des uns en objectifs des autres. De nouveaux métiers émergent donc à la faveur de ce mouvement, qui doivent faire figure de passeurs, de facilitateurs. Cependant, et intégrant ces nouveaux métiers à la vie de la structure hospitalière, il importe de se garder d'un double risque.

Risque d'abord d'alourdir une organisation humaine exerçant les fonctions de direction d'un établissement, qui aujourd'hui plus qu'hier, doit se faire plus légère : en effet, le sens même du processus de contractualisation interne s'appuyant sur la déconcentration de gestion au CHU de Poitiers est bien de faire redécouvrir des marges d'autonomies, organisationnelles et budgétaires, jusqu'alors largement ignorées du terrain et peut-être simplement soupçonnées, et non encore objectivées, par la direction. Celle-ci doit donc

⁵⁹ *Y-a-t'il une vie après la contractualisation interne ?* Patrick Expert. Gestions Hospitalières. Novembre 2002. pp. 742-745

concevoir l'intégration de ces nouveaux venus dans le paysage hospitalier comme de véritables « traducteurs ».

Risque ensuite de céder à la tentation d'analyser les données en lieu et place des responsables médicaux et paramédicaux. Car là encore, la cohérence de la démarche suppose de laisser toute leur place aux analyses développées par les acteurs de terrain afin d'enrichir, et plus de donner son véritable sens, aux fonctions recentrées de pilotage des membres de l'équipe de direction.

Ce double risque étant pris en compte, l'échange sur l'analyse des données contenues dans les tableaux de bord peut donc avoir lieu, à un double niveau : le premier est celui des responsables du pôle, administratif, soignant et médical. Le second associe quant à lui les personnes qui ont la possibilité d'enrichir le format de l'information diffusée, et de délivrer des explications de textes plus approfondies : contrôleur de gestion, administrateur de base de données, gestionnaire assistant, et médecin du DIM.

Les échanges au niveau des responsables du pôle d'activités.

Ces responsables sont au nombre de trois : le coordonnateur (médical), le directeur référent (administratif) et enfin, le cadre supérieur assistant. Quelques mots d'abord sur chacun d'entre eux.

Le coordonnateur de pôle est désigné par le Directeur Général, pour une durée de trois ans renouvelables une fois consécutivement, au vu des résultats des élections organisées dans chaque pôle. Sont éligibles à cette fonction les chefs de service ou de département du pôle, les responsables d'unité fonctionnelle du pôle, et enfin les praticiens hospitaliers du pôle. Sont électeurs les membres du corps médical (PU-PH, et PH) du pôle. Le coordonnateur préside le conseil de pôle (qui a vocation à remplacer le conseil de service) dont il est l'organe exécutif, rend compte au conseil, et est enfin l'interlocuteur privilégié de la Direction Générale pour toutes questions relatives au pôle. Il exerce un rôle majeur dans l'élaboration et la négociation du contrat annuel de pôle, pour l'exécution duquel il est responsable. Par ailleurs, concernant la gestion du pôle, il assume les missions de coordination de l'ensemble de ses moyens humains et physiques, est responsable du budget qui lui est délégué, ainsi que de l'organisation médicale. Il définit, en association avec le cadre supérieur assistant, les priorités en matière de gestion du personnel non médical et de formations. Enfin, il organise la transmission des informations, est un relais, un intermédiaire, dans le pôle et en-dehors du pôle.

Garant des valeurs de l'établissement, le directeur référent, lui aussi désigné pour trois ans renouvelables par le Directeur Général, a un rôle de conseiller, d'expert, de facilitateur auprès du pôle pour les questions administratives, réglementaires et

financières. Il participe au conseil de pôle, est associé à l'élaboration du contrat annuel de pôle. Il favorise enfin la communication et la diffusion de l'information.

Le cadre supérieur assistant, désigné dans les mêmes conditions que les deux précédents, est l'interlocuteur soignant privilégié du coordonnateur de pôle. Participant au conseil de pôle, il est responsable de l'organisation non médicale du pôle, participe à la réflexion et au suivi de l'utilisation des moyens logistiques, au suivi des moyens alloués, et assure l'interface entre les cadres du pôle et les autres acteurs de l'institution. Il participe enfin à la communication et à la diffusion de l'information.

On le voit, les missions de ces trois acteurs, telles que décrites dans le guide de déconcentration de gestion élaboré au CHU de Poitiers, intègrent pleinement la notion de diffusion de l'information. Or c'est précisément dans un premier temps entre ces trois interlocuteurs qu'une analyse partagée des tableaux de bord peut être fructueuse.

En effet, et notamment lors de la phase expérimentale du processus de déconcentration de gestion, ces analyses partagées doivent être un temps dédié à l'appropriation par chacun des contraintes et interrogations des uns et des autres. Ainsi, par exemple, le coordonnateur, face à l'image de l'activité du pôle qui lui est donnée par les tableaux de bord, doit très rapidement être en mesure de faire le lien entre un vocabulaire qui lui est familier, celui de diagnostic principal, et un autre terme, celui de GHM, qui nourrit le discours du directeur référent.

Des explications sont ici nécessaires entre l'un et l'autre : le coordonnateur s'appropriera la logique économique dont est porteuse pour l'établissement l'activité médicale du pôle, cependant que le directeur référent découvrira la prise en charge médicale concrète qui conduit à la définition d'un GHM, jusqu'à connaître très précisément l'ensemble des gestes et techniques effectués dans le pôle. Dans un second temps, le lien devra être fait, grâce à ces temps d'analyses partagées, entre le GHM et le GHS, de telle sorte que soit rendu plus concret aux yeux du coordonnateur et du cadre supérieur assistant l'enjeu du «savoir bien coder » dans le cadre de la tarification à l'activité. Ces échanges ont naturellement vocation à permettre, une fois acquise la définition d'un langage commun à ces trois acteurs, une diffusion de cette nouvelle culture partagée à l'ensemble des équipes médicales et paramédicales du pôle. C'est là le rôle essentiel du binôme coordonnateur – cadre supérieur assistant, qui plus proches du terrain, auront nécessairement un impact plus grand sur la mobilisation de leurs équipes dans le sens d'objectifs communs issus de ces analyses partagées avec le directeur référent.

D'autres interlocuteurs ont également un rôle important à jouer dans ces réflexions toujours plus approfondies issues de l'analyse des tableaux de bord.

Les missions du gestionnaire assistant, du contrôleur de gestion, et de l'administrateur de base de données

Les analyses communes des responsables de pôle, si elles résolvent un premier niveau d'interrogations, en suscitent nécessairement d'autres, qui nécessitent de disposer d'informations plus précises sur un certain nombre d'évolutions, d'activités et de dépenses. Or, le nouvel organigramme de la Direction des Finances et de la Contractualisation Interne (DFCI) commenté précédemment (cf, supra, pp. 44-47) est susceptible de répondre à ces demandes grâce aux nouveaux métiers qu'il organise.

Ainsi en va-t-il notamment du gestionnaire assistant, dont des extraits du profil de poste sont reproduits ci-après.

Ce gestionnaire assistant, tout récemment recruté au CHU, exercera ses fonctions pour partie auprès du pôle médico-chirurgical de l'appareil digestif, pour partie auprès du pôle biologie, et enfin pour partie auprès de la DFCI. Ses interlocuteurs seront en effet essentiellement les membres de l'exécutif de chacun des pôles, et les membres de la cellule du contrôle de gestion à la DFCI. Selon l'expression de Thierry Lefebvre, ce gestionnaire assistant portera tour à tour trois maillots : celui de l'équipe du pôle A, celui de l'équipe du pôle B, et enfin celui de l'équipe de la Direction des Finances et de la Contractualisation Interne. Cette personne a donc vocation, plus que toute autre, à traduire, dans chacun de ces trois contextes et auprès de l'ensemble de ces interlocuteurs, les demandes des uns et des autres. Il apportera un regard d'analyste financier dans la lecture des tableaux de bord, répondant ainsi aux interrogations du coordonnateur, du directeur référent et du cadre supérieur assistant, exécutif du pôle. Mais à l'occasion de ces échanges, il sera aussi le traducteur des propres interrogations du directeur en charge de l'analyse de gestion au sein de la DFCI sur certaines évolutions d'activités et de dépenses. Il sera en quelque sorte tout à la fois traducteur et courroie de transmission du regard porté par l'ensemble de ces interlocuteurs sur les tableaux de bord. Aussi sera-t-il un maillon essentiel de la transmission de cette culture partagée entre le monde médical et celui de la direction. Maillon essentiel mais pas unique : ses rapports immédiats avec les acteurs des pôles sont ainsi l'occasion de transmettre ces demandes plus précises dont nous avons parlé plus haut à d'autres.

Placé sous l'autorité hiérarchique du directeur en charge de l'analyse de gestion, et sous l'autorité fonctionnelle du coordonnateur de pôle, le gestionnaire assistant a pour mission d'accompagner la mise en place de la déconcentration de gestion dans un pôle expérimental et apporter une expertise, qui recouvre les éléments suivants :

Suivi et analyse de l'activité

- Analyser les tableaux de bord mensuels de l'activité, et, en référence au contrat annuel de pôle, rechercher éventuellement les éléments d'explication ou les compléments d'information nécessaires à une bonne compréhension
- Diffuser ces informations à l'exécutif du pôle et éventuellement à d'autres interlocuteurs du pôle

Suivi et analyse des consommations et du budget du pôle

- Repérer, à partir des tableaux de bord, et en référence au contrat annuel de pôle, les tendances et les données qui auront une incidence sur l'évolution du pôle (...), les rapprocher de l'évolution de l'activité et faire part de son analyse.

Fonctionnement du pôle

- Etre, en lien avec l'exécutif du pôle, le référent pour l'organisation des circuits logistiques et administratifs, le suivi de la maintenance (historique des interventions sur un appareil...)
- Etre l'interlocuteur des prestataires internes (services techniques, informatique)
- Actualiser l'inventaire des équipements et mobiliers du pôle transmis par la direction
- Etre associé à la planification et la réalisation de travaux et aménagements au sein du pôle

Contrat annuel de pôle

- Mettre en forme le contrat annuel de pôle, à partir des éléments qui auront été transmis
- A la demande des dirigeants du pôle, assurer un suivi de l'exécution du contrat ou y apporter des éléments complémentaires.

Communication et Information

- Préparer les réunions du pôle : préparer l'ordre du jour avec l'exécutif du pôle, gérer les calendriers, rédiger et envoyer les convocations, réserver les salles
- A la demande du coordonnateur de pôle, participer à ces réunions, établir les relevés de conclusions, les diffuser et assurer le suivi des décisions
- Suivre la composition du conseil de pôle et préparer son renouvellement

Interlocuteurs

- Coordonnateur, cadre supérieur assistant et directeur référent du pôle : échange d'informations.
- Médecins, cadres, personnels du pôle.
- Cellule d'analyse de gestion.
- Directions fonctionnelles.

⁶⁰ Note de service n° 03-132. 16 juillet 2003. Direction du Personnel, des Relations Sociales et des Conditions de Travail.

Ces autres sont notamment le binôme formé par la cellule de contrôle de gestion et l'informaticien, administrateur de la base de données de l'infocentre au sein de la DFCI. Ce terme de binôme est ici essentiel car le contrôleur de gestion et cet informaticien sont à la base de la construction de l'outil comptabilité analytique au CHU de Poitiers. En effet, le contrôleur de gestion doit aider l'administrateur de la base de données à distinguer quelles sont les informations pertinentes qui doivent y être intégrées, et à quel endroit précisément dans le fichier commun de structures ; en retour, l'administrateur permettra également au premier d'élaborer des analyses précises de la qualité des informations recueillies, mais également de leur contenu, afin d'améliorer l'instrument de la comptabilité analytique. Enfin, c'est à ce binôme que s'adressera le gestionnaire assistant pour transmettre les demandes plus précises émanant du terrain, afin de rechercher les causes de telle évolution de dépenses ou de telle évolution d'activité. Ces demandes constitueront donc un aiguillon puissant de perfectionnement et d'adaptation de l'infocentre ; ce partenariat est d'autant plus important que chaque réponse apportée à une demande de précision des acteurs de terrain sera accompagnée d'explications de texte, facteurs d'enrichissement de l'analyse des informations recueillies.

Les médecins du DIM enfin ont là aussi un rôle important à jouer, puisqu'ils sont en mesure d'apporter leur expertise technique dans le processus de développement d'une logique d'analyse basée sur des indicateurs médico-économique. Selon les demandes du terrain, relayées par ces différents interlocuteurs, il leur appartient donc de transformer les informations dont ils disposent pour construire des indicateurs parlants susceptibles de favoriser cet « intérêt à analyser » dont nous parlions plus haut.

Cet intérêt à analyser développé chez les acteurs de terrain, n'aura cependant de sens, dans le cadre de la tarification à l'activité, que s'il est immédiatement suivi d'un intérêt à agir. Cette réactivité, nouveau rythme de la vie hospitalière, peut être organisée par des procédures, formelles et informelles.

2.2.2 L'appropriation collective de la contrainte de réactivité : la part des procédures.

L'appropriation de la contrainte de réactivité par l'ensemble des acteurs hospitaliers peut être favorisée, nous l'avons vu, tout à la fois par un format d'information clair et parlant pour les responsables de terrain, et également par l'intégration de nouveaux métiers dans la vie hospitalière, qui ont pour double mission de traduire les interrogations de chacun auprès d'autres interlocuteurs, et surtout de susciter de nouvelles réflexions

dans l'analyse des informations disponibles. La contrainte de réactivité trouve également un vecteur d'une acceptabilité toujours plus grande dans la redéfinition nécessaire de procédures, formelles **(A)** et informelles **(B)**

A) La part du formel.

Comme le « juste calibrage » de l'information est l'un des nouveaux axes des missions stratégiques dévolues à la Direction de l'établissement, le « juste calibrage » du calendrier et de l'articulation entre un certain nombre d'instances est là encore un exercice difficile, mais nécessaire, qui incombe aux membres de l'équipe de direction, afin de rapprocher le temps de l'action de celui de l'analyse.

Car la procédure budgétaire et comptable des établissements de santé se trouvera bouleversée dès la campagne 2005 : liée à l'adoption du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) par le Parlement au cours du dernier trimestre de l'année n, l'élaboration de l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) se fera dans le courant du mois de février en n+1, pour un envoi à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation au mois de mars suivant. Par ailleurs, les premières décisions modificatives, se basant sur l'analyse des données réelles d'activités et des évolutions de dépenses, dès la seconde moitié du semestre n+1. Ces bouleversements du temps budgétaire de l'hôpital imposent donc très concrètement un nouveau calendrier institutionnel des moments de rencontres entre professionnels de terrain et membres de la direction, afin de permettre des prises de décision rapides suite à des analyses partagées de l'information délivrée par le système d'information.

Il existe ici un certain nombre d'instances, qui jusqu'alors, ne nouaient entre elles que des liens somme toute vagues au CHU de Poitiers : les instances nouvelles liées au processus de déconcentration de gestion d'une part, et des instances plus ancrées culturellement dans la vie de l'établissement, instances d'analyse et instances de décisions stratégiques.

Les instances du pôle.

Du côté de la vie du pôle, les instances que sont le conseil de pôle, et les réunions budgétaires trimestrielles devront être à l'avenir des forces de propositions et de décisions, pour les domaines qui leur sont délégués, beaucoup plus vives que ce qu'elles sont aujourd'hui, dans la phase expérimentale de cette démarche.

Rappelons ici que le conseil de pôle est une instance fondée sur le double principe de parité entre le personnel médical et le personnel non médical, et d'un juste équilibre dans la représentation des différents services ou départements du pôle ; elle se réunit au minimum quatre fois par an. Le conseil de pôle est consulté sur toutes les questions qui méritent d'être posées à l'échelle du pôle. Il est ainsi associé à l'élaboration du contrat annuel de pôle, et consulté sur la version finale du document avant sa signature par le Directeur Général. Il participe en outre à la définition de l'organisation médicale et soignante ; il est consulté sur l'organisation du travail et des conditions d'hygiène et de sécurité. Le conseil de pôle est enfin consulté sur la formation, et élabore un projet qui répond aux besoins de formation du personnel non médical, facilitant la complémentarité au sein du pôle. C'est encore cette instance qui définit la politique qualité à partir du projet qualité de l'établissement. Les réunions du conseil de pôle sont ainsi l'occasion de faire valider un ensemble de propositions stratégiques concernant les actions à mener afin de développer telle ou telle activité dans le pôle, ou tout au contraire, de diminuer telle autre prestation. Les ordres du jour de cette instance sont en effet ainsi conçus : il s'agit en premier lieu d'examiner l'évolution des grands postes de dépenses, mise en relation avec l'évolution des données d'activités ; il s'agit ensuite, et à la demande expresse du Directeur Général, de faire un bilan des réalisations des objectifs du contrat annuel de pôle.

Ces propositions émanant des réunions du conseil de pôle ont un lien étroit avec une autre instance qui rythme elle aussi le processus de contractualisation interne : il s'agit des réunions budgétaires trimestrielles pour chaque pôle expérimental. Ces réunions associent des acteurs de terrain du pôle, au premier rang desquels les membres de l'exécutif du pôle, et des collaborateurs directs du Directeur Général, directeurs adjoints certes, mais également ingénieurs biomédicaux. La mission essentielle de ces réunions budgétaires trimestrielles est de valider, au niveau institutionnel, une analyse partagée entre acteurs du pôle et membres de la direction sur les tableaux de bord d'activités et de dépenses ; de cette analyse partagée doit découler un certain nombre de propositions afin d'apporter d'éventuelles corrections nécessaires à certaines évolutions, ou tout au contraire de définir des stratégies afin de dynamiser plus encore des mouvements jugés positifs pour l'ensemble de l'institution.

Notons par ailleurs que ces analyses ont vocation à être enrichies par les échanges se développant lors des réunions mensuelles du Comité statistiques et du Comité PMSI : le premier changera prochainement de composition, en y intégrant des représentants plus nombreux de la communauté médicale ; il s'agit bien ici d'approfondir la richesse des analyses partagées. Ces deux instances trimestrielles doivent donc être étroitement liées afin de valider l'analyse partagée des données, de procéder aux décisions dans les domaines soumis à la déconcentration de gestion, et d'élaborer des

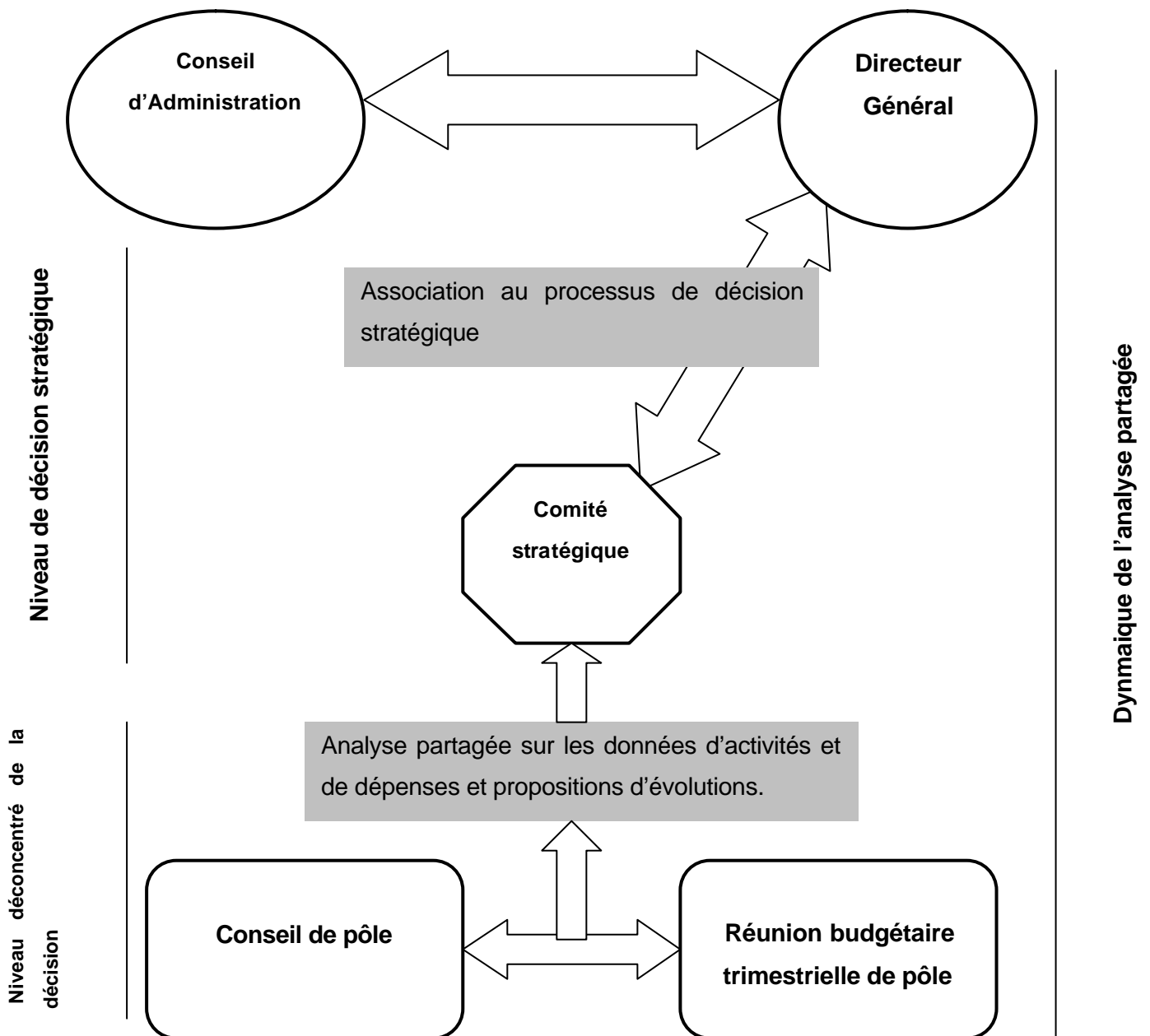
propositions à soumettre aux organes décisionnels de l'établissement pour les domaines qui échappent à la déconcentration de gestion.

Les organes décisionnels et stratégiques de l'établissement

Ces organes sont naturellement à l'hôpital public, le conseil d'administration et le Directeur Général de l'établissement.

Les évolutions souhaitables et souhaitées au plus près du terrain, validées par les regards croisés des membres de l'équipe de direction et des responsables de pôle, doivent trouver une traduction très rapide dans les faits, et ce afin de répondre à la contrainte de réactivité imposée par la réforme de la T2A. Le rôle du Directeur Général est ici primordial : disposant réglementairement du pouvoir de procéder à la conduite des affaires générales de l'établissement, il est le vecteur majeur de ce passage du temps de l'analyse au temps de l'action. Il lui appartient en outre d'engager le conseil d'administration dans cette démarche d'impératif de réaction face à une analyse partagée par l'ensemble des acteurs, en utilisant le comité stratégique évoqué plus haut, comme véritable antichambre de la décision au sein de l'hôpital. En effet, associant très largement le corps médical aux orientations stratégiques de développement de l'établissement, ce comité devrait donner à voir aux membres du conseil d'administration combien l'impératif de l'action est aujourd'hui présent dans les esprits des acteurs hospitaliers, et par là même repositionner cette instance solennelle dans un rôle véritablement décisionnel. Cette adaptation des liens existant entre les différentes instances évoquées plus haut peut ainsi être schématisée de la façon suivante :

Du temps de l'analyse au temps de l'action : la part des procédures



La réactivité sera donc suscitée à un double niveau : celui du pôle d'abord, à travers l'exercice des compétences qui lui sont attribuées en vertu du principe de subsidiarité, celui des organes de décision stratégiques de l'établissement ensuite, et ce grâce à l'approfondissement des liens unissant ces lieux de rencontres entre les acteurs hospitaliers.

B) Le pari de l'informel.

La part jouée par l'informel dans la création d'une dynamique de réactivité dans la culture hospitalière publique, est aussi, et très largement, un pari, à plus long terme. En effet, il s'agit là de parier sur le fait que la plus grande fréquence des rencontres entre les acteurs de terrain et la direction de l'établissement dans le contexte de la contractualisation interne participera d'une nouvelle « *alliance médico-administrative*⁶¹ » dans le sens d'une adaptation toujours plus grande de l'hôpital public aux défis posés par la réforme de la tarification à l'activité. L'intégration approfondie du système d'information serait ainsi porteuse d'une intégration elle aussi plus poussée des organisations.

Le symbole de cette nouvelle alliance pourrait être celui de l'exécutif d'un pôle d'activité : rassemblant le coordonnateur, le directeur référent et le cadre supérieur assistant, cet exécutif a pour mission essentielle d'explicitier, par des échanges nourris, les enjeux de développement des activités du pôle, en s'appuyant notamment sur la lecture des tableaux de bord. Cet exécutif est très précisément le lieu de rencontres de plusieurs contraintes vécues de manières différentes par les acteurs médicaux et paramédicaux, et les acteurs administratifs ; le lieu aussi, nous l'avons dit, de l'élaboration d'analyses partagées. Chacun pour ce qui le concerne, les membres de l'exécutif du pôle sont aussi les porte-voix de cette culture commune de travail progressivement construite au fil du déploiement du processus de déconcentration de gestion sur l'ensemble de l'établissement.

Par ailleurs, et à un autre niveau, stratégique cette fois, le comité stratégique réunissant le Directeur général et ses collaborateurs, le président de la CME et le Doyen contribue également, par les débats qu'il suscite en son sein, à substituer une culture de la confiance à une culture de la défiance, entre acteurs médicaux et administratifs.

La régularité de ces rencontres s'effectuant sur un nouveau mode, et s'appuyant sur l'analyse partagée de données objectivées, constitue donc un puissant vecteur de construction d'une culture commune. Comme le principe de subsidiarité, fondement de la contractualisation interne, introduit plus de souplesse dans le pilotage de leurs activités par les acteurs de terrain, ces nouveaux espaces de dialogues sont également facteurs d'une plus grande souplesse dans les rapports hiérarchiques qui constituent l'hôpital public.

⁶¹ *Tarification à l'activité : vers une alliance médico-administrative.* BARRESI V. Décision Santé, n°191, janvier 2003, pp. 18-19.

Car en effet, tout ne peut être codifié dans l'adaptation des comportements des utilisateurs de l'information produite par le PMSI et la comptabilité analytique ; plus encore, tout ne doit pas nécessairement être codifié. Il faut sans nul doute parier sur le fait que l'acquisition d'une meilleure connaissance mutuelle des contraintes des uns et des autres permettra le développement progressif de réflexes plus fréquents d'association des différents partenaires pour analyser les données et proposer ensuite un plan d'actions. La réactivité induite par la réforme de la tarification à l'activité serait donc ainsi organisée, par des procédures formelles, mais également créée par les acteurs hospitaliers eux-mêmes. Et si l'on osait abuser une fois encore de la métaphore maritime à laquelle on a plusieurs fois fait référence au cours de cette réflexion, qui traduisait le passage d'un hôpital paquebot à un hôpital dériveur, on pourrait encore ajouter que la structure hospitalière hiérarchique et pyramidale, devrait peu à peu se transformer en hôpital cascade, irriguée par les flux d'informations, sources de l'approfondissement du processus de contractualisation interne.

CONCLUSION

On a tenté de mettre en lumière, au cours de cette réflexion, l'épine dorsale que constitue le système d'information d'un établissement hospitalier ; épine dorsale sur laquelle se nouent nombre de mutations en cours à l'hôpital public, à la faveur de la mise en œuvre prochaine et progressive de la tarification à l'activité.

Mutations liées à l'adoption d'un nouveau rythme auquel doit désormais battre le cœur de la vie hospitalière : celui de la réactivité, qui implique un passage très rapide du temps de l'analyse à celui de l'action ;

Mutations également liées au repositionnement de la direction de l'établissement sur des fonctions stratégiques de pilotage fin de ses activités ;

Mutations enfin liées aux bouleversements des modes de gouvernance, qui se tournent aujourd'hui vers l'acquisition progressive d'une culture de la confiance autour de responsabilités partagées.

Le système d'information est donc plus que jamais dans ce contexte de turbulences multiples, à la fois architecture informatique, modes d'information, et utilisations de ces informations.

On l'a dit dès les premières pages de ce travail, le ton adopté ici était très largement prospectif, mais également optimiste. Ceci explique sans doute le développement d'une vision quelque peu idéalisée de l'enchaînement des actions à mettre en œuvre. Mais c'est bien entendu ignorer la théorie de l'aléa, qui constitue l'une des définitions possibles de la matière informatique, domaine, s'il en est un, de la non qualité. La phase de transition de la réforme de la tarification à l'activité, sera, soyons-en sûrs, l'occasion de mettre ces enchaînements prospectifs développés plus haut à l'épreuve de cet aléa, absent de nos considérations. N'avions-nous pas dit que le ton adopté était tout à la fois optimiste et inquiet ?

Bibliographie

OUVRAGES

DELNATTE J., GROLIER J. *Comptabilité générale et budget des hôpitaux*. Rennes : éditions ENSP, 2001. 466p.

GROLIER J., PERARD Y., PEYRET P. *La comptabilité analytique hospitalière médicalisée*. Rennes : éditions ENSP, 2002. 390p.

PUBLICATIONS OFFICIELLES

Hôpital 2007 : un pacte de modernité avec l'hospitalisation. Discours de Monsieur Jean-François MATTEI, Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées. Mercredi 20 novembre 2002. Disponible sur Internet : http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/33_021120jfm.htm.

L'organisation interne de l'Hôpital, Rapport d'Information à l'Assemblée Nationale. René Couanau, commission des affaires culturelles, familiales et sociales. 19 mars 2003. 81pages.

La modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale. Rapport au Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées. Denis Debrosse, Antoine Perrin, Guy Vallancien. 3 avril 2003. 41 pages.

Rapport relatif à l'application de la CCAM dans les établissements de santé au 1^{er} janvier 2004. Version V1.1. Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier. 10 juin 2003.

La tarification à l'activité : modèle d'allocation des ressources et modalités de mise en œuvre. Document de Travail. Mission Tarification à l'Activité. Août 2003. 44p.

Synthèse de l'état des lieux du système d'information des établissements sous OQN expérimentateurs. Missions Tarification à l'Activité. Août 2003. 12p.

PERIODIQUES

BALSAN D. La variabilité de la valeur du point ISA des établissements de soins publics et PSPH en 1997. *Dossiers Solidarité et Santé*, n°1, 2001, pp. 59-77.

BARBERYE R. La crise de l'hôpital public. *La Revue du Trésor*, n°5, mai 2003, pp. 251-256.

BARDET J. De la tarification à la pathologie à la tarification à l'activité. *BJPH*, n°54, janvier 2003, pp. 11-13.

BARRESI V. Tarification à l'activité : vers une alliance médico-administrative. *Décision Santé*, n°191, janvier 2003, pp. 18-19.

BONHOMME C. Dossier : le PMSI. *Revue Hospitalière de France*, juillet-août 2001, n°481, pp. 4-43.

BORELLA L. Le PMSI : un outil d'évaluation hospitalière ? Intérêts et limites du PMSI et de l'ISA pour l'évaluation de la performance hospitalière. *Gestions Hospitalières*, avril 2000, pp. 287-295.

BOUGOUIN J.-M., CHEVILLARD C., JOUANAUD M. GHM et GHS : vers un PMSI de troisième génération. *Gestions Hospitalières*, mars 2000, pp. 283-287.

CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES, Groupe projet tarification à l'activité. Projet d'expérimentation et de mise en place de la tarification à l'activité dans les établissements de santé. *Bulletin d'informations générales*, n°1, 24 avril 2003, pp. 1-10.

CASTAIND D., CHABANNES J.-A. Santé, une réforme de plus ? *Risques*, juillet-septembre 1999, pp. 5-22.

CHONE P., LESUR R. Hétérogénéité des établissements de santé et tarification à la pathologie. *Revue d'Economie Politique*, 112 (1), janvier-février 2002, pp. 65-76.

DEBENEDETTI L., LIVARTOWSKI A. Le système d'information hospitalier est-il un système comme les autres ? *Perspectives, la lettre des adhérents du GMSIH*, n°10, juin 2003. p 2.

DEGOULET P., FIESCHI M., ATTALI C. Les enjeux de l'interopérabilité sémantique dans les systèmes d'information de santé. *Informatique et Santé*, Vol. 9, 1997, pp. 203-212.

DERVAUX B. Adéquation de la tarification à l'activité chirurgicale des établissements privés français. *Journal d'Economie Médicale*, mai-juillet 2002, Vol. 20, pp. 201-214.

DORMONT B., MILCENT C. Coûts hospitaliers et tarification par pathologie, le cas de l'infarctus du myocarde aigu. *Revue d'Economie Politique*, 110 (4), juillet-août 2000, pp. 571-596.

EXPERT P. Y a-t'il une vie après la contractualisation interne ? *Gestions Hospitalières*, novembre 2002, pp. 742-745.

FERNANDEZ J., BONIFACJ C., BOUTHIAUX J.-P., DUJOLS P. Qualité des informations et financement des hôpitaux : critique méthodologique du contrôle officiel de la qualité des données PMSI. *Informatique et Santé*, Vol. 9, 1997, pp. 139-147.

FIESCHI M. Peut-on aujourd'hui classer les hôpitaux à partir des données du PMSI? *Journal d'Economie Médicale*, novembre-décembre 2001, Vol. 19, n°7-8, pp. 473-480.

GROUPEMENT POUR LA MODERNISATION DU SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER. La mise en œuvre de la CCAM dans le cadre du PMSI est reportée au 1^{er} janvier 2003. *Perspectives, la lettre d'information des adhérents du GMSIH*, n°7, septembre 2002, pp. 2-3.

GUIDONI D. Vers la tarification à la pathologie. *Journal d'Economie Médicale*, novembre-décembre 2001, Vol. 19, n°7-8, pp. 487-489.

GUSCHING J.-P. Une expérience d'utilisation du PMSI en gestion interne : l'exemple du Centre Hospitalier de Blois. *La Lettre d'Informations Hospitalières*, avril 1997, n°28, pp. 1-7.

LASCOLS S. Tarification à la pathologie : le point du dossier. *Entreprise Santé*, n°44, mars-avril 2003, pp. 6-8.

LENAY O. De la concrétisation d'un outil de gestion : le rôle du PMSI dans la régulation du système hospitalier. *Politiques et Management Public*, septembre 2000, pp. 43-60.

MOUGEOT M., NAEGELEN F. La réglementation hospitalière : tarification par pathologie ou achat de soins ? *Economie et Prévision*, juillet-septembre 1997, pp. 207-220.

MOUGEOT M., MICHEL P. Les indicateurs de qualité des soins en France en 1997. *Gestions Hospitalières*, avril 1999, pp. 268-274.

PHANUEL D. Analyse et outils de pilotage d'une activité hospitalière. Entre réalité et rêve d'un chef de service. *Gestions Hospitalières*, avril 2000, pp. 303-311.

RAIKOVIC M. De l'hôpital autrement au plan Hôpital 2007. *Le concours médical*, 2002, 10/19, Vol : 124, n°32, pp. 2118-2119.

RODRIGUES J.-M., TROMBERT-PAVIOT B., MARTIN C. Tarification à l'activité dans les hôpitaux : les expériences étrangères peuvent-elles fournir des idées pour la réforme prévue pour 2004 en France ? *Journal d'Economie Médicale*, janvier-mars 2003, Vol. 21, n°1-2, pp. 81-84.

CONGRES, COLLOQUES, NUMEROS SPECIAUX

Le PMSI. Analyse médico-économique de l'activité hospitalière. Informations Hospitalières, numéro spécial, mai 1996, 72p.

Premières journées nationales de l'information médicale et de santé : stratégie qualité. Forum de l'hôpital public, Paris, 23 mai 2002. Actes du colloque disponibles sur Internet : www.fhf.fr/.

La tarification à la pathologie, les leçons de l'expérience étrangère. Actes du colloque, 7 et juin 2001. Paris. La Documentation Française. Dossiers Solidarité et Santé, hors série, juillet 2002, 93p.

SITES INTERNET

<http://www.sante.gouv.fr/>: site du ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées.

www.ameli.fr/: site de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

Liste des annexes

Annexes non publiées

Annexe I : Plan du site de la Milétrie du CHU de Poitiers

Annexe II : Chiffres-clés 2002 du CHU de Poitiers

Annexe III : Etablissements participant à l'ENC expérimentateurs de la tarification à l'activité au mois de janvier 2003. Communiqué du ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, 29 janvier 2003.

Annexe IV : liste des pôles d'activités du CHU de Poitiers

Annexe V : trame des tableaux de bord diffusés aux membres de l'exécutif des pôles d'activités.