ENSP
ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'Hôpital

Promotion 2002 - 2004

La contractualisation interne a-t-elle un avenir à l'hôpital public ?

Etat des lieux et perspectives au regard de l'expérience du Centre Hospitalier de Blois

Guillaume LAURENT

Remerciements

J'adresse mes sincères remerciements à Jean-Pierre GUSCHING et Hubert GARRIGUE-GUYONNAUD, successivement directeurs du Centre Hospitalier de Blois, pour la qualité de l'accueil qui m'a été offert tout au long de mon stage professionnel, ainsi qu'à l'ensemble de l'équipe de direction, qui a contribué à ma pleine intégration dans l'établissement.

Je tiens à remercier en particulier Jeanine LALLEMAND, Directeur de la qualité et maître de stage, pour son accompagnement au quotidien durant ces premiers mois de contact avec le terrain hospitalier.

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

Ce travail doit beaucoup aux précieux conseils de Gérard de DARAN, mon encadrant mémoire, enseignant à l'Ecole Nationale de la Santé Publique, ainsi qu'à ceux non moins avisés de Patrick EXPERT, Directeur du contrôle de gestion, des systèmes d'information et de l'organisation au Centre Hospitalier de Blois. Qu'ils en soient tous les deux remerciés.

Merci également à Isabelle GIRAUD, secrétaire de direction au Centre Hospitalier de Blois, pour sa relecture attentive du mémoire.

Enfin, ces remerciements seraient incomplets si j'omettais d'évoquer le rôle décisif dans mon orientation professionnelle joué il y a quelques années par Olivier ROQUET, désormais Directeur du Centre Hospitalier d'Arcachon.

Tous auront contribué, notamment à travers ce mémoire, à donner une image très positive de mon futur métier de directeur d'hôpital et à conforter la justesse de mes choix professionnels.

Sommaire

Lexique **1**

Liste des sigles utilisés **2**

INTRODUCTION **3**

PREMIERE PARTIE : LA CONTRACTUALISATION INTERNE A L'HOPITAL PUBLIC : ENJEUX, PRINCIPES ET MISE EN ŒUVRE **8**

1.1 ENJEUX DE LA CONTRACTUALISATION INTERNE : VERS UN CHANGEMENT DE PARADIGME DE LA GESTION HOSPITALIERE 8

1.2 « HISTOIRE ET GEOGRAPHIE » DE LA CONTRACTUALISATION INTERNE 13

1.2.1 Contexte historique : une démarche issue du secteur privé 14

1.2.2 Développement de la démarche dans les hôpitaux à l'étranger 15

1.3 PRINCIPES DE LA CONTRACTUALISATION INTERNE 16

1.3.1 La subsidiarité : déconcentrer la gestion 16

1.3.2 La participation des personnels à la gestion via les contrats internes 17

1.3.3 L'évaluation de la performance hospitalière : transparence et dialogue 20

1.3.4 La responsabilisation des équipes : sanctions et intéressement aux résultats 22

1.3.5 La mutualisation des moyens : des centres de responsabilité de taille critique 23

1.4 MISE EN ŒUVRE DE LA CONTRACTUALISATION INTERNE DANS LES HOPITAUX FRANÇAIS : UNE APPLICATION LIMITEE 24

1.4.1 Les différentes formes de la contractualisation interne 25

1.4.2 Les pré-requis de la contractualisation interne : un obstacle à la mise en oeuvre 27

DEUXIEME PARTIE : ETAT DES LIEUX DE LA CONTRACTUALISATION INTERNE AU CH DE BLOIS : UNE DEMARCHE ORIGINALE PERTINENTE MAIS QUI RISQUE DE S'ESSOUFLER **30**

2.1 LA « LOGIQUE CONTRACTUELLE » AU CH DE BLOIS : L'INTERET DEMONTRE D'UNE DEMARCHE ORIGINALE 30

2.1.1 Contexte du développement de la démarche 31

2.1.2 Objectifs et grands axes de développement : une démarche intégrée d'évaluation et d'organisation 33

2.1.3 Une méthode efficace : l'utilisation du système d'information comme outil de dialogue et d'aide à la décision 36

A) Une démarche privilégiant la pédagogie *36*

B) La construction et l'analyse des tableaux de bord médico-économiques *37*

C) Les outils de développement de la démarche *42*

2.1.4 Les résultats enregistrés : un « retour sur investissement » significatif 43

A) Du point de vue de l'organisation des soins : une amélioration du parcours du patient, des marges d'efficience dégagées *44*

B) Du point de vue financier : un meilleur équilibre entre services, une diminution des surcoûts *46*

C) Du point de vue du management et de la conduite du changement : l'apport d'une démarche intégrée *47*

2.2 LES RISQUES D'ESSOUFFLEMENT DE LA DEMARCHE BLESOISE 49

2.2.1 Le « blocage » de 2002 : la difficile transition vers la délégation de gestion 49

2.2.2 Evaluation des faiblesses de la démarche blésoise : 10 points à revoir 53

TROISIEME PARTIE : ANALYSE ET PROPOSITIONS POUR UNE RELANCE DE LA DEMARCHE DE CONTRACTUALISATION INTERNE AU CH DE BLOIS 61

3.1 LES CONDITIONS D'UNE RELANCE : PROFITER D'UN MOMENT FAVORABLE 61

3.1.1 Un environnement favorable à la relance de la démarche : la mise en oeuvre du plan « Hôpital 2007 » et celle d'autres réformes 61

A) La réforme de la gouvernance hospitalière : renforcer la logique de responsabilisation et de contractualisation, rapprocher les soignants et les gestionnaires 62

B) La réforme budgétaire : médicaliser le financement des hôpitaux 64

C) Les nouvelles formes d'évaluation et d'accréditation : vers une médicalisation de l'évaluation des pratiques 66

3.1.2 Une conjoncture propice au sein du CH de Blois 68

A) Un renouvellement de l'équipe à la tête de l'hôpital 68

B) L'élaboration du projet d'établissement 2005-2009 69

3.2 L'ANALYSE SOCIO-DYNAMIQUE A L'APPUI DE LA CONTRACTUALISATION INTERNE : OU COMMENT S'APPUYER SUR LES ARGUMENTS DES ACTEURS POUR AVANCER DES PROPOSITIONS VIABLES DE RELANCE 70

3.3 PROPOSITIONS POUR UNE RELANCE DE LA DEMARCHE 76

3.3.1 Objectifs poursuivis 76

3.3.2 Cinq axes de travail et 28 propositions pour une relance de la démarche 77

CONCLUSION 85

Bibliographie 87

Liste des annexes 91

Liste des sigles utilisés

ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CFDT	Confédération Française Démocratique du Travail
CEO	Comité d'Evaluation et d'Orientation
CGT	Confédération Générale du Travail
CH	Centre Hospitalier
CHB	Centre Hospitalier de Blois
CH(R)U	Centre Hospitalier (Régional et) Universitaire
CHR	Centre Hospitalier Régional
CME	Commission Médicale d'Etablissement
COM	Contrat d'Objectifs et de Moyens
COMPAQH	COordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière
CR	Centre de Responsabilité
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DIM	Département d'Information Médicale
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DQ	Direction / Directeur de la Qualité
DSIO	Direction / Directeur du système d'Information et de l'Organisation
ENC	Etude (ou Echelle) Nationale des Coûts
ENSP	Ecole Nationale de la Santé Publique
EPS	Etablissement Public de Santé (synonyme utilisé ici : *hôpital*)
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FHF	Fédération Hospitalière de France
GHM	Groupe Homogène de Malades
INSERM	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
ISA	Indice Synthétique d'Activité
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
NGAP	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
PMSI	Programme de Médicalisation du Système d'Information
RSS	Résumé de Sortie Standardisé
SIAD	Système d'Information et d'Aide à la Décision
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
T2A	Tarification A l'Activité

L e x i q u e

Le terme « soignants », fréquemment utilisé dans ce mémoire, sera pris au sens large : ensemble des professions prodiguant des soins médicaux et paramédicaux.

Le terme « opérationnels » désignera aussi bien les agents que l'encadrement de proximité et intermédiaire : « producteurs de soins » médicaux et paramédicaux (notamment médecins chefs de service, cadres de santé) et producteurs de biens ou de services autres, tels les services logistiques.

Le terme « management », mot d'origine latine puis italienne (*manegiarre*, c'est à dire manœuvrer, conduire) désignera ici «l'action, art ou manière de conduire une organisation, de la diriger, de planifier son développement, de la contrôler, et s'appliquant à tous les domaines d'activité de l'entreprise ou de la structure concernée. » in THIETART R.A. *Le management.* Que sais-je ? n°1860. Paris : PUF, 1999.

« *Penser est facile, agir difficile, mais agir en homme de pensée est la chose la plus difficile qu'il soit.* »

Johann Wolfgang VON GOETHE

INTRODUCTION
PROBLEMATIQUE ET PERSPECTIVES DE CE MEMOIRE

La contractualisation interne au regard de son application au Centre Hospitalier de Blois est un domaine de réflexion et de prospection qui, à première vue, ne semble pas aller de soi. Thème désormais récurrent de la gestion hospitalière, et appliqué dans un établissement qui fait figure de référence en la matière depuis quelques années, la contractualisation interne pourrait, sous cet angle, ressembler à un terrain maintes fois défriché[1]. Quel pourrait être l'apport concret, dans ce contexte, d'un mémoire de formation de directeur d'hôpital ?

La réponse à cette interrogation est double. Le **premier élément** tient au regain d'intérêt que suscite actuellement la contractualisation interne, tant au niveau des « praticiens » de la gestion hospitalière qu'à un niveau plus élevé, celui de la sphère politique nationale. La contractualisation interne est en effet revenue, ces derniers mois, sur le devant de la scène hospitalière : d'une part, elle est présentée, de manière quasi-unanime, comme l'un des éléments indispensables au renouvellement de la gouvernance des hôpitaux. A la lecture des orientations du plan « Hôpital 2007 » présenté par le Ministre de la Santé, Jean-François MATTEI[2], à celle des propositions contenues dans les récents rapports sur l'organisation interne de l'hôpital[3], et, enfin, à celle des réactions des syndicats et des conférences de responsables hospitaliers (gestionnaires ou médicaux)[4] à cet ensemble de propositions, on peut constater que tous ces acteurs soulignent l'intérêt majeur qu'il y aurait à développer la contractualisation interne dans les établissements, afin d'apporter

[1] Le thème a fait l'objet d'une littérature fournie ces dernières années, et notamment de plusieurs mémoires de l'ENSP, dont un récent, qui concernait en partie le CH de Blois : ROUSSEL A *La contractualisation interne comme levier de modernisation de la gestion de l'hôpital : une étude de benchmarking entre les centres hospitaliers d'Auxerre et de Blois*. ENSP, Mémoire de Directeur d'Hôpital, 2002. 80 p.

[2] Plan « Hôpital 2007 », bilan d'étapes et rencontres avec les professionnels, 26 juin 2003 : propositions disponibles sur le site internet du Ministère de la Santé : cf. références en bibliographie.

[3] Rapport de la mission parlementaire conduite par René COUANAU, député (mars 2003) et rapport de la mission menée à la demande du Ministre de la Santé par Denis DEBROSSE, Antoine PERRIN et Guy VALLANCIEN (avril 2003): cf. références en bibliographie.

[4] Cf. les nombreuses dépêches de l'*Agence de Presse Médicale* à ce sujet (avril à juillet 2003).

un surcroît de dialogue entre la sphère gestionnaire et la sphère médicale, de décentraliser la décision, d'autonomiser et de responsabiliser les acteurs « de terrain », de « libérer les initiatives »… S'insérant parfaitement dans un contexte plus large de modernisation de la gestion des hôpitaux, la contractualisation interne semble bénéficier d'une conjoncture particulièrement favorable à son développement – comme jamais jusqu'ici elle n'a pu autant en bénéficier –, du moins dans les paroles et les intentions.

Dans le même temps, du côté des actes, force est de constater que, depuis la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière[5] et, surtout, depuis l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée – deux éléments fondateurs de la contractualisation interne dans les hôpitaux –, le nombre de démarches entamées dans ce sens est resté modeste[6] et, lorsqu'elles ont été lancées, les démarches se sont heurtées à des difficultés de développement. Il faut également souligner que les résultats de ces démarches, tant en matière de modification du management qu'en termes médico-économiques, sont souvent difficiles à évaluer. Les rapports précédemment cités s'interrogent d'ailleurs sur les raisons du faible nombre d'initiatives prises par les établissements en la matière, alors que le cadre législatif et réglementaire est volontairement souple et permet les innovations.

Le **second élément de réponse** tient plus particulièrement au contexte blésois du développement de la contractualisation interne. Le CH de Blois a été un précurseur de la démarche. Sa manière originale de la mettre en œuvre, qui s'insère bien dans l'esprit d'autonomie promu par les textes officiels, et les premiers résultats concrets obtenus ont été salués par la communauté hospitalière, qui en reconnaît par là le caractère novateur. Le CHB a notamment obtenu le prix national du conseil scientifique du PMSI en 1996 et le premier prix de l'innovation hospitalière[7] en 1998. Tout récemment, l'établissement a été sollicité par la DHOS pour présenter ses travaux, dans le cadre d'une action de promotion de la contractualisation interne à l'intention des décideurs hospitaliers. Or, dans le même temps, les risques d'essoufflement semblent guetter la démarche et ce, depuis quelques mois. En 2002, alors qu'il s'agissait de passer à une seconde étape, celle de la constitution de véritables budgets de service avec délégation de gestion, allant au delà de

[5] Notamment le fameux « amendement liberté », repris à l'article L. 6146-8 du Code de la Santé Publique, selon lequel les établissements peuvent décider d'arrêter librement l'organisation de leurs structures médicales.

[6] Cf. l'enquête réalisée par la DHOS en juin-juillet 2001 : BLAES D., GINESY E. « La contractualisation interne, cinq ans après ». *Gestions hospitalières*, n°416, mai 2002. pp. 325-327. L'échantillon représentatif fait apparaître 35% d'hôpitaux engagés sous une forme ou une autre dans la contractualisation interne et seule une faible minorité de ceux-ci avaient combiné plusieurs éléments constitutifs d'une démarche aboutie.

[7] Décerné par l'Association des Elèves et Anciens Elèves de l'ENSP (Directeurs d'Hôpital).

ce qui était réalisé jusqu'ici – la signature de simples contrats internes et l'analyse périodique et « bilatérale » des tableaux de bord de service – la communauté médicale a souhaité que la direction «revoie sa copie » afin d'approuver le nouveau projet. La démarche de contractualisation interne au CHB se trouve donc désormais à un moment crucial de son existence : ou bien les difficultés d'évolution sont dépassées et la démarche recouvre un intérêt réel, ou bien le statu quo l'emporte, et l'on s'achemine vers une mort, certes lente, mais certaine (par exemple, dès lors que les personnes « porteuses » du projet auront quitté l'établissement), remisant ainsi l'expérience au rang des phénomènes de mode – et la vocation d'un phénomène de mode est justement de disparaître.

Les deux éléments de réponse précédemment évoqués n'en forment en réalité qu'un seul, sous forme de **paradoxe** : alors que la contractualisation interne suscite, sur le papier, une large adhésion des acteurs hospitaliers, elle demeure, sur le terrain, d'application modeste. Sa mise en œuvre rencontre de multiples difficultés, notamment en ce qu'elle remet en cause les schémas classiques de raisonnement tant des responsables médicaux (et paramédicaux) que des responsables « gestionnaires », les directions : elle bouscule véritablement les règles du management à l'hôpital. Plus encore, la contractualisation interne doit son existence à un perpétuel mouvement. Comme nombre de projets hospitaliers, mais peut-être de manière plus prégnante encore, elle nécessite d'être constamment portée, renouvelée, réinventée par les directions en place, afin de susciter l'adhésion des « opérationnels », c'est à dire, principalement, les responsables médicaux et paramédicaux des structures de soins, sans qui elle ne peut vivre. S'engager dans la contractualisation interne nécessite un réel investissement des établissements, en temps et en énergie : la question est donc de savoir si le « retour sur investissement » de la démarche est suffisant pour la promouvoir à une large échelle.

La contractualisation interne a-t-elle un avenir à l'hôpital public ? Comment faire travailler ensemble, et dans une même communauté d'idées et d'actes, des personnages – le gestionnaire et le soignant – aux préoccupations a priori éloignées ? Comment mettre fin à l'opposition entre gestion et soins ?

Plus loin, comment concilier l'exigence d'un service rendu au patient toujours meilleur (efficacité et qualité de l'activité hospitalière, notamment les soins) et celle d'une meilleure utilisation possible des fonds publics (efficience de cette même activité) ? Autrement dit, les acteurs hospitaliers sauront-ils dépasser les contradictions de l'hôpital, à la fois lieu de soins pour tous, lieu du service public (renvoyant à son histoire largement imprégnée des

notions de charité et d'accueil) tout en étant un lieu d'excellence, d'innovation et donc d'efficience médicale et économique (ce qui renvoie, derrière, à la notion «d'hôpital-entreprise») ?

Ce mémoire s'inscrit dans ce contexte de « crise »[8] de la contractualisation interne – au niveau local et national – et il se veut offrir, modestement, et au regard de l'expérience du Centre Hospitalier de Blois, quelques éléments d'analyse et de proposition en vue de relancer une démarche dont l'un des mérites – non des moindres – est d'apprendre aux décideurs hospitaliers, gestionnaires et (para-)médicaux à «manager ensemble» afin d'apporter le meilleur, au service du public.

En tout état de cause, ce mémoire ne saurait arrêter une fois pour toutes les modalités de la contractualisation interne au Centre Hospitalier de Blois : d'une part, celles-ci sont nombreuses, complexes et doivent donc être mises en œuvre dans la durée, comme elles l'ont été depuis 1995 dans l'établissement ; d'autre part, comme il est dit précédemment, elle doivent être constamment ajustées, demeurer en perpétuelle évolution afin de s'adapter aux réalités hospitalières. En revanche, si ce mémoire permet d'apporter un regard extérieur, des éléments d'évaluation – autant que possible – objectifs, ainsi que quelques propositions concrètes en vue d'une relance de la démarche, alors l'objectif ici fixé sera atteint. Il s'agit d'insérer son point de vue, en tant que futur cadre de direction, dans un projet de l'établissement, tout en conservant un espace d'autonomie critique et de proposition vis-à-vis des responsables de l'établissement (démarche se rapprochant de celle de l'audit interne). Ce mémoire pourrait être, par ailleurs, le point de départ d'un renouveau du dialogue – jamais rompu mais qu'il est nécessaire d'entretenir – entre la direction et responsables opérationnels du CH de Blois sur cette question. Sa rédaction coïncide, de fait, avec un moment privilégié de la vie de l'établissement puisque l'année 2003 correspond, d'une part, au lancement de l'élaboration du futur projet d'établissement (2005-2009) dans lequel une réflexion sur le management trouvera pleinement sa place et, d'autre part, à la mise en œuvre de la Tarification A l'Activité (« T2A ») dans le secteur sanitaire, pour laquelle le CHB fait partie des 60 établissements expérimentateurs retenus. Ces deux évènements auront des répercussions certaines, directes ou indirectes, dans le domaine du management et, en son sein, dans celui de la contractualisation interne.

[8] Au sens médical du mot «crise» : «Moment (de la maladie) caractérisé par un changement subit et généralement décisif, en bien ou en mal.» (définition du dictionnaire *Petit Robert,* édition 1999).

L'approche se voudra donc, au final, plus « politique » (approche managériale et, organisationnelle) que « technique », l'établissement s'étant déjà forgé une expertise reconnue en matière d'outils d'accompagnement de la contractualisation interne (système d'information et comptabilité analytique performants, tableaux de bord médico-économiques).

Afin d'insérer des éléments de contexte, la première partie sera consacrée à un succinct développement sur la contractualisation interne dans les hôpitaux français, ses enjeux, ses principes et sa mise en œuvre. Il s'agit ici avant tout de « planter le décor » et non de refaire une histoire maintes fois écrite de la contractualisation interne.

La seconde partie dressera un état des lieux de la contractualisation interne au CH de Blois. En quoi la démarche blésoise est-elle originale ? Il s'agira d'évaluer ses forces et ses faiblesses et de rendre compte des risques actuels d'essoufflement de la démarche, risques qui sont généralisables à beaucoup d'hôpitaux français.

Enfin, la troisième partie se voudra prospective : il s'agira d'analyser les conditions d'une relance de la démarche en vue de lui conférer un second souffle. Les propositions ici formulées le sont avant tout à destination des dirigeants du Centre Hospitalier de Blois ; il est cependant envisageable qu'elles puissent être reprises dans d'autres établissements, sous certaines conditions d'adaptation. L'objectif étant bien, à une modeste dimension, de contribuer à assurer un avenir à une démarche qui comporte un réel intérêt.

1 *PREMIERE PARTIE*
LA CONTRACTUALISATION INTERNE A L'HOPITAL PUBLIC : ENJEUX, PRINCIPES ET MISE EN ŒUVRE

Il s'agit d'apporter ici des éléments de contexte au lecteur désireux de s'imprégner du sujet, afin de permettre notamment les comparaisons et l'analyse du développement de la démarche au CH de Blois. Seront successivement exposés les enjeux de la contractualisation interne (1.1), quelques repères « historiques et géographiques » (1.2), de même que ses principes (1.3) et sa mise en œuvre dans les hôpitaux français (1.4). Cette partie s'appuie pour une large part sur une revue de la littérature dans le domaine, ainsi que sur mes échanges avec Patrick EXPERT, DSIO du CH de Blois.

1.1 Enjeux de la contractualisation interne : vers un changement de paradigme de la gestion hospitalière

Il semblerait qu'un nouveau paradigme dans la gestion des services publics, annoncé depuis le début des années 1990 – et notamment contenu dans une série de circulaires ministérielles relatives au management par objectifs et à la contractualisation[9] – soit désormais à l'œuvre.

La loi organique relative aux lois de finances du 1er août 2001 est une pierre importante dans cet édifice[10]. Elle illustre bien, tant dans l'esprit que dans la lettre, la volonté des pouvoirs publics, tous bords politiques confondus, de substituer à la traditionnelle logique de moyens (en caricaturant à peine : « on utilise les crédits que l'on nous donne, peu importe, au final, les résultats en termes de quantité et de qualité du service rendu… ») à une **logique d'objectifs et de résultats**, fondée sur la confiance et la responsabilisation des gestionnaires. Il s'agit d'instaurer des systèmes de gestion publique basés sur la performance et l'évaluation de celle-ci : analyse de l'efficacité de l'action (rapport des résultats aux objectifs fixés : évaluation de la quantité et de la qualité produites) et de son efficience (rapport des résultats aux moyens mis en œuvre : évaluation des coûts, notamment financiers).

[9] Circulaire du Premier Ministre du 25 janvier 1990 relative au renouveau du service public ; circulaire du Premier Ministre du 26 juillet 1995 relative à la préparation et à la mise en œuvre de la réforme de l'Etat et des services publics.

[10] Loi organique 2001-92 du 1er août 2001 relative aux lois de finances.

L'hôpital est une « organisation vivante, à forte identité collective et dotée d'une autonomie réelle dont beaucoup d'autres entités publiques ne peuvent bénéficier. »[11] Cette autonomie le rapproche, par certains aspects, de la gestion de l'entreprise privée et constitue, en même temps, un terrain privilégié au développement de la logique d'objectifs et de résultats. C'est probablement en son sein que se sont le plus affirmées les démarches de management par objectifs et la contractualisation, qu'elle soit externe (ARH / EPS) ou interne (direction / services de soins, médico-techniques ou logistiques), ces deux formes de contractualisation étant d'ailleurs présentées par les textes officiels comme clairement liées. La préoccupation des hôpitaux est, à ce titre, double : ils doivent, d'une part, améliorer sans cesse la qualité des soins qui sont prodigués aux populations prises en charge (il en va de l'*efficacité* de leur action). Ils doivent, d'autre part, dans une perspective de bonne utilisation de fonds publics nécessairement bornés, s'attacher à maîtriser, voire à diminuer, leurs coûts – ou, à coûts constants, augmenter leur activité, ce qui est sans doute préférable encore, car cela signifie probablement que la population prise en charge est élargie et que les délais de réponse sont moindres. Une fois réunis, les deux éléments précédents (efficacité de l'action et optimisation des moyens) concourent à l'*efficience* de l'action hospitalière. C'est bien dans une logique d'efficience que se sont engagés les hôpitaux depuis quelques années, et pas seulement dans une logique d'efficacité. Ils en sont d'autant plus incités que, notamment depuis les ordonnances dites JUPPE de 1996, ils sont placés en situation de comparaison – voire de concurrence – entre eux et avec les autres acteurs de santé. Or il faut savoir s'adapter et évoluer vite lorsque l'on est en compétition. Réfléchir au fonctionnement interne est bienvenu dans ce contexte.

Les établissements publics de santé ne sont pas, par définition, soumis aux exigences du secteur privé – notamment la recherche du profit et la rémunération du capital – et la question de la rentabilité de l'hôpital demeurera toujours absurde, dans la mesure où un hôpital ne peut que coûter, ce qu'il rapporte à la collectivité n'étant pas immédiatement perceptible (il s'agit avant tout d'un « investissement » humain). En revanche, ces mêmes établissements ne doivent pas pour autant s'exonérer de la recherche de l'efficience, car celle-ci doit concerner toute organisation qui agit avec des ressources nécessairement limitées (d'autant plus dans un contexte où le temps de chacun au travail est compté...).

[11] KITOUS B. *Soigner l'hôpital, management pour une autonomie au quotidien*. Paris : Erès, 1994. 278 p.

Le postulat qui sous-tend la réflexion sur la contractualisation interne est que la mobilisation des professionnels hospitaliers autour de projets visant au **rapprochement des logiques soignantes et gestionnaires** peut être source d'efficience au bénéfice du patient. La circulaire du 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne dans les établissements publics de santé indique que la démarche « constitue une condition de l'amélioration de la qualité du service de santé rendu à la population par une optimisation des moyens qui y sont consacrés. »[12] Il s'agit de réconcilier l'efficacité des soins, plus proche de la logique soignante (un niveau de qualité des soins qui garantit une prise en charge globale et des résultats tangibles en termes thérapeutiques), et la réflexion sur les moyens utilisés pour ces mêmes soins, relevant principalement de la logique gestionnaire. Comme le fait justement remarquer Jacques BARROT, ancien Ministre de la Santé, « la contractualisation n'est donc pas seulement un cadre juridique nouveau. C'est un état d'esprit. »[13]

Il est beaucoup question de (dé-)cloisonnement des services dans les hôpitaux et, lorsqu'on en parle, on pense avant tout aux rapprochements entre services cliniques, au sein de départements, de fédérations ou de pôles. Or l'on oublie trop souvent ce qui devrait être le premier des rapprochements : celui entre les soignants et les gestionnaires. « En forçant le trait, le Code de la Santé Publique présente un directeur sans prise sur la production et des médecins sans prise sur la gestion. On comprend dès lors qu'il est temps d'agir, de se pacser. »[14] Le but ultime de la contractualisation interne est bien de connecter sphère soignante et sphère gestionnaire, de les imbriquer étroitement dans une communauté d'intérêts : si un médecin doit avoir conscience des questions de gestion (de moyens), car elles conditionnent sa pratique clinique au quotidien, sans même qu'il s'en rende compte, un directeur d'hôpital doit pouvoir mener une réflexion large sur les valeurs et les pratiques soignantes et leur efficacité, sans lesquelles, en définitive, son propre métier d'organisateur et de « pilote » n'aurait pas de sens mais qui, pourtant, lui son encore trop souvent inconnues, malgré les avancées récentes dues au développement de l'évaluation des pratiques, de la démarche qualité et de l'accréditation. Comme le souligne l'économiste et ergonome François HUBAULT, « diriger relève d'une présence toute particulière au sein du collectif de travail. L'enjeu du management pour une direction

[12] Circulaire DH/AF/AF 3 n°97-304 du 21 avril relative à la contractualisation interne dans les établissements publics de santé, Ministère de la Santé.

[13] in préface à SEGADE J.P. *La contractualisation à l'hôpital*. Paris : Masson, 2000. 110 p.

[14] Jean-Pierre CLAVERANNE in CAVALIER M., DALMASSO R., ROMATET J.J. *Médecins, directeurs : un pacs pour l'hôpital ?* Paris : Erès, 2003. 156 p.

est d'occuper le terrain, le ré-habiter, rencontrer l'autre, avoir un rapport clinicien (singulier, donc « intelligent ») à la réalité »[15].

Au delà du rapprochement entre la direction d'un hôpital et les « opérationnels » de ce même hôpital (« le terrain »), il s'agit de «travailler » sur les cultures soignantes et gestionnaires afin de les « mettre en intelligence ». L'une et l'autre trop souvent s'ignorent, à l'image du médecin qui feint d'ignorer que le directeur, *lui aussi*, dans son domaine de compétences bien entendu, *soigne* des malades et à celle du directeur qui pense que les médecins sont incapables de bien gérer les moyens qui leurs sont attribués, deux refrains bien connus en terre hospitalière. S'il n'est pas envisageable qu'un directeur exerce l'art de la médecine et que le médecin se substitue au directeur dans le pilotage de l'institution, il n'est sans doute pas inopportun d'imaginer que l'un ait un œil sur ce que fait l'autre, et sur les contraintes de l'autre, et réciproquement. **Médicaliser la gestion et rationaliser la médecine**, voilà bien résumée la finalité de la contractualisation interne comme outil de management au service du patient.

Dans l'analyse des relations entre la sphère gestionnaire et la sphère soignante, l'on ne retient, le plus souvent, que l'aspect conflictuel, certes bien réel (la maîtrise des coûts peut parfois se faire au détriment de la qualité des soins, et inversement). Or, ne retenir que cet aspect, c'est ignorer que la complexité de l'hôpital, démontrée par l'analyse sociologique, dans sa multitude de flux humains, logistiques, financiers requiert – sans doute plus que dans toute autre entité de production – les analyses croisées, l'apport des différents regards : les points de vue des gestionnaires et ceux des opérationnels sont complémentaires dans l'objectif d'atteindre l'efficience. La logique d'efficience, ou, en d'autres termes, de «performance hospitalière »[16], est ce qui permet, justement, de réconcilier gestionnaires et soignants, car elle s'attache autant à la qualité des soins qu'à la maîtrise des coûts. Il s'agit de passer d'une maîtrise purement gestionnaire et comptable – et donc aveugle – des dépenses de soins, à une maîtrise médicalisée, c'est à dire éclairée par l'expertise médicale.

La notion de responsabilité, très forte à l'égard du patient dans le cadre de la prise en charge médicale et paramédicale, est culturellement moins présente parmi les soignants

[15] Ces lignes reprennent le propos de François HUBAULT, économiste, responsable du Centre d'Education Permanente Ergonomie et Ecologie Humaine à l'Université Paris I, développé lors du séminaire de l'équipe de direction et du bureau élargi de la CME du CH de Blois à Cheverny, le 10 juillet 2003.

[16] Terme notamment employé par Dominique BEAUBEAU, ancien praticien hospitalier, actuellement chargé de mission à la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques au Ministère de la Santé, lors des journées de l'Association des Elèves et Anciens Elèves de l'ENSP (Directeurs d'Hôpital), à La Baule, du 19 au 21 mars 2003.

quand il s'agit de veiller à l'optimisation des ressources humaines, logistiques et financières qui leur sont allouées. Leur métier ne les prédestine pas à se préoccuper de gestion mais à se consacrer entièrement aux malades. Or, la nécessaire implication des soignants dans la gestion de leur hôpital est d'autant plus précieuse qu'ils détiennent un véritable pouvoir ordonnateur des dépenses à travers les prescriptions de médicaments, d'examens médico-techniques, de soins de suite, etc. Les coûts se constituent en effet en amont : ils sont dans la prescription médicale au sens large ; dans le choix de développer telle ou telle activité ; dans l'organisation du service et de ses relations avec les autres unités ou l'environnement extra-hospitalier…

Selon F. HUBAULT[17], les médecins responsables de services ou d'unités assument assez peu leur rôle de manager, d'organisateurs des soins et du travail. Ils possèdent une vision avant tout ingénieuriale de leur activité (capacité d'expertise scientifique, volonté d'exercer un contrôle sur tout ce qui constitue leur environnement). Or, plus les soins sont complexes, plus l'organisation est complexe. Diriger un service ou un hôpital dans son ensemble nécessite dès lors de la part des responsables médicaux et administratifs une vision managériale (accompagner, faire-faire ou « prescrire » le travail, plutôt que le faire soi-même) et une approche de type « clinique » – la sphère gestionnaire emprunte ici ses mots à la sphère médicale – c'est-à-dire développer une relation à la singularité et à la complexité qui privilégie l'apprentissage et non la simple application (« le terrain comme lieu de découverte et d'apprentissage du management »).

Encore beaucoup de médecins hospitaliers éprouvent des difficultés à concilier leur exercice dans une collectivité avec leur attachement à un art qui se pratique, à leur yeux, souvent seul, dans le secret d'un colloque singulier avec le malade, d'une part, avec le directeur de l'établissement, d'autre part. Il est vrai que la médecine conserve des aspects affectifs très forts, dans la relation au malade, dans le fait de côtoyer quotidiennement la souffrance et la mort, qu'il ne s'agit pas d'effacer derrière des chiffres et une analyse « froide » de la prise en charge sanitaire en termes uniquement de production de biens et de services. De par les enjeux symboliques et bien réels qu'elle implique chez les individus, la santé ne peut s'analyser comme un bien comme les autres et la production de soins comme une prestation de service comme les autres. Cette évidence mérite d'être soulignée : on ne remet pas son corps entre les mains d'une équipe médicale comme on remet sa voiture au garagiste pour la révision annuelle, sauf à réifier le corps, le penser comme une chose...

[17] Op.cit.

Ayant dit cela, il n'est cependant pas admissible, lorsqu'on envisage une « professionnalisation » des soins, de laisser la part d'affectif prendre le pas sur l'analyse et l'action rationnelles. La relation individuelle médecin / patient, en ce qu'elle a « d'artisanal », doit être préservée (dans ce fameux « colloque singulier », il s'agit bien de soins prodigués à une personne par essence unique, donc de soins sans cesse renouvelés d'un patient à un autre). Cela ne doit pas cependant empêcher le développement de la professionnalisation – certains diraient de « l'industrialisation » – de la prise en charge à l'œuvre depuis l'après-guerre et en voie d'accélération depuis quelques années : c'est cette professionnalisation qui permet une meilleure organisation de la prise en charge, afin, au bout du compte, d'améliorer la qualité des soins et d'optimiser les ressources humaines, logistiques et financières (gains de productivité). Cette professionnalisation passe par le développement des « bonnes pratiques » soignantes, celui des démarches qualité, etc. bref, par une certaine standardisation des pratiques visant à traiter de la même (bonne) façon des patients qui requièrent le même type de soins.

Il n'est pas inutile de rappeler que les gains de productivité obtenus dans le domaine de la santé ne s'accompagnent pas d'une réduction de l'offre de soins mais, à l'inverse, comme le montre l'augmentation constante des dépenses de santé dans les pays industrialisés, permettent le développement des capacités du système de soins pour une prise en charge toujours plus large de la population (rapidité de réaction à la demande, population-cible élargie), qui se constate par une augmentation continue de l'espérance de vie. Enfin, est-il nécessaire de rappeler, pour bien montrer que qualité des soins et maîtrise des coûts ne sont pas foncièrement antinomiques, que la non-qualité engendre des surcoûts.[18]

1.2 « Histoire et géographie » de la contractualisation interne

La démarche de contractualisation interne prend certes un certain essor dans la sphère publique française. Il ne faut pas oublier cependant qu'elle trouve son origine dans le renouvellement du management dans l'entreprise privée (1.2.1), et qu'elle est adoptée par certains hôpitaux à l'étranger depuis plus d'une décennie (1.2.2).

[18] CHARVET-PROTAT S., JARLIER A, PREAUBERT N. *Le coût de la qualité et de la non-qualité à l'hôpital*. ANAES, 1998. 59 p.

1.2.1 Contexte historique : une démarche issue du secteur privé

La contractualisation interne est historiquement liée au renouvellement du management dans le secteur privé, notamment aux Etats-Unis[19]. Le souci des grandes entreprises – jusqu'alors très centralisées – de mieux prendre en compte leur environnement s'est traduit, au cours de la première moitié du XXème siècle, par l'adoption d'une structure décentralisée de type multidivisionnel : celle-ci permet de déléguer la prise de décision à des divisions autonomes responsables d'une ligne de produit, ainsi que les coûts et les bénéfices réalisés qui y sont rattachés (d'où la notion utilisée de centre de profit). L'allocation de moyens est assurée latéralement par des directions fonctionnelles (ressources humaines, logistique, communication…).

Au cours des années 1960, la structure multidivisionnelle a progressivement laissé la place à une structure matricielle : ce modèle permet la coexistence, d'une part, d'équipes permanentes affectées à des produits ou des marchés standards comme dans la structure divisionnelle et, d'autre part, d'équipes temporaires affectées à des projets ponctuels, des produits innovants ou des marchés changeants. De telles structures, multidivisionnelle ou matricielle, favorisent le développement des transactions internes entre des entités axées sur des activités (divisions, pôles…) et d'autres spécialisées par fonction ou type d'expertise, chargées de leur fournir les moyens nécessaires (directions des finances, des ressources humaines, de la communication…). A partir des années 1980, l'usage de telles transactions internes entre centres de profit autonomes est alors largement répandu dans les grandes entreprises américaines et se développe au Japon et en Europe.

Une troisième forme organisationnelle, dite « en réseau », intervient à la fin des années 1980 et durant les années 1990 avec des principes de coordination interne qui s'apparentent à ceux du marché (contrats). L'entreprise adopte alors la configuration d'un ensemble de centres de profit qui, quelle que soit leur fonction (directement productive ou non), doivent se comporter comme des unités entrepreneuriales. Chacun de ces centres se voit doté d'une large autonomie, noue avec les autres centres des relations de type client / fournisseur (jusqu'alors externes à l'entreprise) et rend compte de ses résultats à la direction. Les contrats bilatéraux que passent entre eux les différents services ont pour objet de les inciter à dévoiler publiquement le contenu de leur activité et des coûts

[19] HOCHEREAU F. « La contractualisation interne dans l'entreprise et ses limites. Le cas de la conception informatique ». *Revue Française de Sociologie*, n°41-4, octobre-décembre 2000. pp. 719-746.

afférents afin de rendre celle-ci moins opaque pour le management (principe de transparence des relations internes). Chaque entité a des objectifs de contribution au chiffre d'affaires, correspondant au poids des produits ou services qu'elle fournit dans la production de l'entreprise. Le système de contrôle de gestion repose ainsi largement sur la mise en relation de l'activité (dépenses de production) et du chiffre d'affaires enregistré (unités d'œuvre produites). Il est à noter que c'est à cette même période, dans les années 1990, qu'en France, beaucoup d'entreprises des secteurs privé (notamment celles d'origine anglo-saxonne : DHL, Rank Xerox, Dupont de Nemours…) et public (Renault avec la *Twingo*, la RATP avec les lignes de métro érigées en centres autonomes…) adoptent des organisations s'inspirant de ces modèles de décentralisation.

1.2.2 Développement de la démarche dans les hôpitaux à l'étranger

Les expériences de déconcentration de la gestion menées dans les hôpitaux étrangers fréquemment cités en référence (par exemple l'Hôpital Universitaire de Genève ou l'Hôpital Karolinska de Stockholm) montrent combien, par comparaison, les démarches françaises restent modestes tant dans leur réalisation que dans leur conception. Dans ces hôpitaux, c'est l'ensemble de l'architecture organisationnelle qui a été repensée. Un seul exemple sera évoqué, celui de l'Hôpital Karolinska de Stockholm.

A l'Hôpital Karolinska[20], plusieurs entités composent depuis 1992 une architecture de type « triangulaire ». **(a)** La direction générale, restreinte et médico-administrative dans sa composition, exerce les fonctions de stratégie et de contrôle et s'assure de la cohésion de l'ensemble de cet hôpital de 1000 lits (organe dit « d'état major »). **(b)** A ses côtés, cinq directions fonctionnelles (organes dits « fonctionnels ») gèrent directement certaines activités mais exercent avant tout des fonctions d'aide logistique, de conseil et d'expertise auprès des divisions médicales : elles agissent principalement en tant que prestataires de services de ces structures (finances, personnel, stratégie et développement…). **(c)** Les 11 divisions médicales (organes dits « opérationnels »), au cœur du système, se composent chacune de plusieurs services ou unités, regroupés autour de pathologies. Elles sont dirigées par un coordonnateur de formation managériale, ou, le plus souvent, médicale, qui s'appuie sur une équipe de direction et des services administratifs et logistiques restreints. Une large partie des fonctions de gestion est assurée par les divisions

[20] Ces lignes retranscrivent sommairement la présentation effectuée par Viviane PIEDCOQ, Elève-Directeur d'Hôpital, et Einar AREKLETT, Directeur du Département du Développement de l'Hôpital Karolinska, lors des journées de l'Association des Elèves et Anciens Elèves de l'ENSP (Directeurs d'Hôpital), 19 au 21 mars 2003, La Baule.

médicales (gestion des ressources humaines, gestion des stocks…) même si certaines fonctions continuent d'être assurées par les directions fonctionnelles, pour plus d'efficacité et de cohérence (achats, gestion des contentieux, planification des investissements…). Chaque division médicale bénéficie d'une large liberté d'organisation des services et unités qui la composent, dans le respect de certains principes (notamment démocratie interne). Le contrat est la formule la plus couramment employée dans les relations inter- et intra-hospitalières : contrat externe hôpital / autorités de tutelle (collectivités locales), parallèlement à une tarification à l'activité, contrats internes entre les directions fonctionnelles et les divisions médicales, entre divisions médicales entre-elles. Pour illustrer ce propos, la devise adoptée à Karolinska est : « si vous prenez une décision qui engendre des coûts, soyez responsable du résultat ».

Si elle constitue le principal vecteur des relations à l'intérieur de l'hôpital, la démarche contractuelle à Karolinska n'a pas été mise en place de manière autonome : elle s'insère dans une démarche globale de redéfinition des rôles et des missions de chaque entité de l'établissement, de la direction générale aux services de soins, avec pour principe de base la démarche d'interdépendance client / fournisseur à tous les niveaux des processus de soins et de management. Ce modèle, s'il présente des imperfections, notamment un risque d'éclatement de l'entité hospitalière et, parfois, des pertes d'efficacité engendrées par la décentralisation de la décision dans certaines matières déléguées, permet d'apporter un éclairage intéressant dont peuvent s'inspirer les hôpitaux français.

1.3 Principes de la contractualisation interne

Tout en gardant ses spécificités – il n'est pas concevable, par exemple, qu'elle s'inscrive dans une logique de profit, par définition propre au secteur privé lucratif –, la démarche de contractualisation interne dans le secteur public en France, et notamment dans les hôpitaux, s'inspire largement des évolutions du monde de l'entreprise. Elle repose sur quelques principes simples qu'il convient d'évoquer : la subsidiarité, la participation des personnels à la gestion, l'évaluation, la responsabilisation des équipes, la mutualisation des moyens.

1.3.1 La subsidiarité : déconcentrer la gestion

Le principe de subsidiarité est incontestablement la première pierre sur laquelle repose la contractualisation interne. D'origine politique (l'un des principes fondateurs, notamment,

du droit de l'Union Européenne), ce principe s'est progressivement étendu à la sphère de gestion. Dans sa forme la plus aboutie, il se traduit par une délégation de gestion de la direction vers les services opérationnels (ce point sera développé ultérieurement).

Comme le précise la circulaire du 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne dans les établissements de santé, « l'esprit de la réforme est de déconcentrer la gestion hospitalière, en application du principe de subsidiarité selon lequel les décisions doivent être prises au niveau le plus proche possible des personnes qu'elles concernent. » Le postulat de départ du management de proximité est, évidemment, que les professionnels du niveau opérationnel sont mieux placés que le niveau central, la direction, par essence éloignée « du terrain », pour gérer leur activité au quotidien, observer les dysfonctionnements éventuels et y apporter les solutions appropriées. Il s'agit donc pour les opérationnels d'acquérir une plus grande liberté d'organisation et de pilotage du service, en échange de l'acceptation à concourir aux objectifs sur lesquels ils ont contracté avec la direction. Pour cette dernière, il s'agit de recentrer ses missions sur la stratégie, l'arbitrage, l'expertise, le conseil et le contrôle a posteriori. Du point de vue de la gestion, il s'agit donc de passer d'une régulation d'ordre essentiellement « macroéconomique » (à l'échelle de l'établissement), à une régulation plus « microéconomique » (à l'échelle des unités).

Un parallèle peut ici être dressé avec la décentralisation politique amorcée dans notre pays en 1982-1983. Les collectivités locales, comme les établissements publics, dont les hôpitaux, sont passés progressivement d'un contrôle a priori de l'Etat sur leurs décisions (autorité préfectorale pour les collectivités locales, DDASS et ARH pour les hôpitaux) à un contrôle a posteriori. De même, il ne s'agit plus pour les autorités de l'Etat de contrôler l'opportunité des décisions prises par les responsables élus ou nommés, mais seulement leur conformité au cadre législatif et réglementaire. L'esprit de la contractualisation interne dans les hôpitaux relève de ce même schéma où les décisions prises par les services, à l'issue d'une délégation de gestion de la direction, sont réputées incontestables dès lors qu'elles respectent le cadre préalablement fixé et négocié, qu'il soit interne ou externe. Les directions comme les unités opérationnelles doivent se sentir liées par ce cadre, sans lequel la confiance réciproque n'est pas possible.

1.3.2 La participation des personnels à la gestion via les contrats internes

L'application du principe de subsidiarité renvoie, concrètement, à la participation des personnels à la gestion, dans le droit fil des théories du management participatif

développées à la suite des travaux de Douglas MAC GREGOR dans les années 1960.[21] La sociologie des organisations a, par ailleurs, montré que la préservation du dynamisme des entreprises reposait sur un renversement de leur structure pyramidale. L'idée est de donner le premier rôle aux unités opérationnelles. Cette autonomisation des unités de production doit s'accompagner d'une réduction du nombre des échelons hiérarchiques pour renforcer l'implication de chaque individu. L'objectif est alors de modifier le rôle des acteurs : les anciens « décideurs » deviennent des experts, dont le rôle est de conseiller les anciens « exécutants », à qui les décisions désormais appartiennent, dans le cadre de la signature d'un contrat d'objectifs. Or, l'un des atouts de l'hôpital est de posséder, parmi les professionnels qui y exercent, un niveau élevé de compétences. Ces professionnels disposent d'un degré d'autonomie fort dans leur métier qui leur permet d'apporter leur contribution à une réflexion sur l'amélioration du fonctionnement des services dans lesquels ils travaillent, et ce, au bénéfice des patients, pas simplement d'un strict point de vue financier. L'actualité récente, à savoir la canicule estivale, a d'ailleurs montré que les hospitaliers, et notamment dans les hôpitaux où l'autonomie des équipes est encouragée, pouvaient prendre des initiatives heureuses en temps de crise, limitant ainsi ses effets (ce fut clairement le cas au CH de Blois). Il s'agit donc de s'appuyer sur la créativité des équipes pour faire évoluer les organisations et mener les actions.

La contractualisation interne, en ce qu'elle suppose de participation des personnels, remet en cause l'organisation de type taylorien (pyramidale et unilatérale) des hôpitaux, telle qu'elle prévaut encore largement à l'heure actuelle. Elle se rapproche, en ce sens, de la « démarche-projet » et peut donc être à l'origine d'une modification de la répartition des pouvoirs au sein de l'hôpital en même temps que d'une évolution des métiers.

En revanche, il n'a jamais été dans l'intention de ses promoteurs de faire de la contractualisation interne la solution-miracle au management des hôpitaux : le procédé contractuel ne peut se substituer à l'acte unilatéral pris par l'autorité hiérarchique, en l'occurrence la direction (décisions) ou la tutelle politique et administrative (lois, décrets…), car il ne peut tout régler de la vie hospitalière. De même, la décision prise d'autorité doit primer sur la négociation, s'il est estimé que cette dernière ne permettra pas d'atteindre l'intérêt de l'établissement. « Le contrat interne doit donc pouvoir se conjuguer à l'acte administratif unilatéral, soit en amont, soit en aval ».[22]

---

[21] MAC GREGOR D. *La dimension humaine de l'entreprise*. New York : MIT Press, 1960. 325 p. Il postule notamment que les individus ont besoin du travail pour s'épanouir et qu'ils désirent exercer des responsabilités.

[22] SEGADE J.P. *La contractualisation à l'hôpital*. Paris : Masson, 2000. 110 p.

Le contrat interne est avant tout un instrument de management ; sa valeur juridique, si l'on s'en tient à la définition du contrat contenue dans le Code Civil (« Le contrat est une convention par laquelle une ou plusieurs personnes s'obligent… », article 1101), est très contestable. Tout contrat interne est en effet passé entre l'établissement, représenté par le directeur, et un centre de responsabilité (CR), représenté par son responsable. Or, des deux co-contractants, seul l'établissement bénéficie de la personnalité juridique. De plus, il n'existe pas de tiers indépendant pouvant imposer aux parties le respect des termes du contrat et sanctionner un co-contractant défaillant (tel le pouvoir judiciaire dans le règlement des litiges contractuels). Dans la démarche de contractualisation interne, la direction peut apparaître comme juge et partie (ce phénomène est atténué si un comité mixte direction / représentants des services est institué). Il semblerait donc que la formule « d'acte unilatéral négocié », utilisée par le juriste Jacques HARDY (qui utilise également l'expression de « protocole d'accord relatif à l'organisation du service public »)[23] soit la plus appropriée pour rendre compte de la réalité juridique du contrat interne passé entre le chef d'établissement et le responsable de CR. Par le contrat interne, le pouvoir hiérarchique demeure, mais fait l'objet d'une négociation en certains points, qui aboutit à un accord écrit dont l'objet est l'organisation du service public. Si l'on s'en tient à une lecture strictement juridique, la contractualisation interne ne remet donc pas fondamentalement en cause le pouvoir hiérarchique : il s'agit avant tout d'une logique contractuelle, d'un état d'esprit, et non pas d'obligations contractuelles. Les contrats constituent alors davantage des engagements réciproques explicites et formalisés, plaçant la direction et les services opérationnels sur un certain pied d'égalité, que de véritables cadres ayant force de loi.

La participation des personnels au regard de la contractualisation interne s'effectue à un double niveau. D'une part, il s'agit pour « l'équipe dirigeante » d'un CR (médecin, cadre de santé) de s'impliquer dans la gestion, en relation avec la direction ; d'autre part, cette même équipe dirigeante doit pouvoir s'appuyer, dans sa prise de décision, sur la participation des personnels du / des service(s) concernés, via les instances de concertation (conseils de service). De ce fait, dans le droit fil de la loi hospitalière du 31 juillet 1991, la contractualisation interne doit pouvoir s'appuyer sur la démocratie interne : le contrat interne doit être lié au projet du service, lui-même élaboré à l'issue d'une consultation du conseil de service. Ainsi, le schéma idéal est que l'ensemble des

[23] HARDY J. « Contractualisation interne et délégation de signature ». *Revue Hospitalière de France*, n°6, novembre-décembre 1997. pp. 844-847

personnels d'un service s'approprie les questions de gestion quotidienne et d'organisation du service.

1.3.3 L'évaluation de la performance hospitalière : transparence et dialogue

Le secret médical a fortement imprégné les mentalités, la culture hospitalière, tant chez les soignants que parmi les gestionnaires. L'exigence d'une transparence des données sur la qualité des soins et de la gestion, à la fois en interne et vers l'extérieur, a fait une entrée tardive dans les hôpitaux. Depuis quelques années, sous la pression notamment des procédures d'accréditation et des risques judiciaires, les hôpitaux passent progressivement d'une culture de l'oral à une culture de l'écrit et de la preuve (plus généralement, une culture du « rendre-compte »), favorisant d'ailleurs les transmissions d'informations dans le cadre de la prise en charge globale du patient.

L'évaluation de la performance hospitalière, porteuse de cette transparence, est au cœur de la contractualisation interne. Seule la mesure des résultats et des moyens employés pour les obtenir permet de construire un dialogue direction / services sur des bases communes et objectives et de jeter les grandes lignes d'un contrat contenant des objectifs et des moyens pour un service donné, dans une situation donnée.

A l'hôpital, exemple parfait de lieu où s'entrecroisent de multiples pouvoirs et influences, formels et informels, le « décibel »[24] (et avec lui l'intimidation, l'anecdote ou les généralisations abusives…) a longtemps été – et reste parfois – un « outil » privilégié de « dialogue » entre la direction et les services, ou entre les services entre-eux. La contractualisation interne, en objectivant les données, en suscitant des sources fiables et partagées, remet en cause le pouvoir traditionnel de « celui qui crie le plus fort ». L'évaluation de la performance permet aux équipes opérationnelles et à la direction d'identifier les points critiques et d'y apporter, ensemble, les solutions adéquates, dans un esprit de progression perpétuelle et d'apprentissage commun des mécanismes de la complexe machine hospitalière. Le pouvoir est transféré aux services qui apportent la preuve que les moyens dont ils disposent ne correspondent pas à leur activité ou aux objectifs fixés dans le cadre du projet d'établissement et / ou négociés avec la direction. La direction ne peut que suivre, dès ce moment, la réalité constatée par les indicateurs et en tirer les conclusions.

[24] Expression fréquemment utilisée par Patrick EXPERT, DSIO du CH de Blois.

L'évaluation de la performance hospitalière, et donc la contractualisation interne, doit dès lors s'appuyer sur les outils du contrôle de gestion et sur système d'information complet et performant. Le PMSI, rendu obligatoire depuis plusieurs années, constitue une source très importante d'informations disponibles , si ce n'est la source principale : couplées à celles de l'ENC, les données issues du PMSI peuvent être efficacement utilisées en interne (valorisation de l'activité des services, comparaisons entre établissements et services à activité et pathologies traitées similaires). Il faut ajouter à cela d'autres éléments apportant des points d'observation complémentaires sur la performance : dossier patient informatisé et ses applications en matière d'évaluation de l'activité, outils de la comptabilité analytique, tableaux de bord prospectifs…

La contractualisation interne, de son côté, apporte une valeur ajoutée aux outils du système d'information et d'aide à la décision (SIAD) ; ces outils étant souvent lourds à mettre en œuvre techniquement et financièrement, le retour sur investissement en est plus grand lorsqu'ils servent de base à la gestion décentralisée et au pilotage des services via la contractualisation interne. Cela rejoint les développements autour du contrôle de gestion et ses finalités. D'après A. BURLAND et C. SIMON, les objectifs du contrôle de gestion visent en effet à « concourir à un contrôle à distance des comportements, sur la base d'indicateurs quantifiés, dans une optique contractuelle, ou plus exactement pseudo-contractuelle, car le lien de subordination formel demeure. »[25] F. HUBAULT fixe ces objectifs à l'outil «contrôle de gestion » : « d'outil de contrôle, de mesure ex post, il doit servir à prendre des décisions tournées vers la réalisation d'objectifs et non plus vers le réalisé, aider à cheminer et pas seulement vérifier si on est passé comme prévu. Aider à produire des valeurs, pas seulement à traquer les coûts. »[26]

Il reste cependant que, jusqu'à récemment, l'évaluation de la performance hospitalière s'est cantonnée à son volet strictement financier ; son deuxième volet, l'évaluation de la qualité du service rendu, est venu plus tardivement, se heurtant tant à la culture des hospitaliers (gestionnaires et soignants confondus), jusque là peu permissive à la comparaison et à la transparence en la matière, qu'aux difficultés techniques de mise en place d'indicateurs de qualité fiables et faisant consensus. Le développement de la démarche qualité et la mise en œuvre de l'accréditation des établissements ont certes

[25] BURLAND A., SIMON C. *Analyse des coûts et contrôle de gestion*. Paris : Vuibert, 1985. 331 p.

[26] HUBAULT F., *Ergonomie et GRH*. Document du CEP-Ergonomie et Ecologie Humaine, Université Paris 1

permis de mettre à jour un certain nombre de critères de mesure de la qualité hospitalière, mais ceux-ci restent encore partiels, et sont parfois d'application difficile.

1.3.4 La responsabilisation des équipes : sanctions et intéressement aux résultats

Corollaire de l'évaluation de la performance, la responsabilisation collective des équipes passe par une politique d'intéressement et de sanction, prévue par les textes officiels précités. Dans la perspective de garder un haut niveau de motivation, il s'agit avant tout de montrer que les efforts des équipes peuvent être récompensés, afin de ne pas décourager les plus dynamiques et encourager ceux qui le sont moins à le devenir.

Dans la fonction publique française, les mécanismes de motivation des agents tendent à privilégier l'intéressement collectif, partant du postulat que la cohésion interne apporte plus en termes de performance que des mesures impliquant une certaine concurrence entre les individus composant l'entité. Si l'intéressement individuel n'est pas inexistant, il est avant tout indirect (primes, notation, promotion). Dès lors, la responsabilisation des équipes contenue dans la contractualisation interne passe par des instruments collectifs, qui doivent être préalablement définis par le conseil d'administration de l'établissement, après avis de la CME et du CTE. Pour être incontestables, ces mécanismes doivent s'appuyer sur une définition claire et partagée des objectifs à atteindre et des moyens de les atteindre. Il s'agit de déterminer les niveaux pertinents à partir desquels s'appliquent l'intéressement et la sanction.

Les mécanismes d'intéressement et de sanction collectifs dans le cadre de la contractualisation interne rencontrent des difficultés d'application de deux ordres. Il s'agit, d'une part, d'agir en fonction de données factuelles et chiffrées tout en évitant une application aveugle des mesures. Première question : quels critères de résultat prendre en compte ? Jusqu'ici, ces critères sont essentiellement financiers. Il y a nécessité de prendre en compte des indicateurs de qualité des soins : lesquels ? D'autre part, la difficulté demeurera toujours d'expliquer les résultats : quelle est la part de responsabilité (d'imputabilité) du service dans l'atteinte ou la non-atteinte des résultats ? Quelle part du résultat ne peut-il maîtriser et qui relève de la responsabilité de ses partenaires internes (les autres services) ou externes, de son environnement ? L'application d'une politique de contractualisation interne nécessite sur ce point un dialogue direction / services, ainsi que la négociation d'une marge de tolérance prenant en compte l'incertitude pesant sur les données recueillies. Il faut donc veiller à prendre le système d'information pour ce qu'il

est, un outil utile mais par définition imparfait pour retranscrire une image fidèle de la réalité : « les indicateurs servent à rendre compte, ils ne sont pas *la* décision, qui ne peut se déduire mécaniquement de la valeur qu'ils affichent. Les indicateurs ne peuvent donc dispenser le décideur de l'exercice de l'intelligence (…). Toute robotisation de la décision à partir d'une palette d'indicateurs, aussi riche soit-elle, est vouée à l'échec. La décision demeure toujours humaine.»[27] A l'instar de l'image médicale qui ne prend tout son sens que par l'interprétation du radiologue, les données issues du système d'information et sur lesquelles reposent la politique d'évaluation et d'intéressement / sanction ne prennent tout leur sens qu'après analyse et confrontation des points de vue.

Il s'agit, d'autre part, de bien considérer l'impact que peut prendre la sanction / l'intéressement. Quelle(s) forme(s) la sanction peut-elle prendre ? La sanction à l'encontre d'un service est-elle possible, compte-tenu de la nécessité pour l'hôpital public d'assurer un certain nombre d'obligations, notamment de service public ? La sanction est-elle souhaitable, dans la mesure ou elle pénalise encore plus des services déjà en difficulté ? Quelle forme l'intéressement peut-il prendre : intéressement sur les recettes subsidiaires, rétrocession sur les résultats d'exploitation, crédits d'équipement supplémentaires ou anticipés ? Quel est le niveau souhaitable d'intéressement des services, permettant à la fois une réelle récompense des plus dynamiques et prenant en compte, également, la nécessité de dégager des marges de manœuvre budgétaires, réalisées grâce aux excédents dégagés par ces mêmes services, pour promouvoir des projets de développement institutionnels de l'établissement ? Enfin, si la politique d'intéressement / de sanction peut permettre une saine émulation entre services, elle peut également s'avérer néfaste sous certains aspects (développement d'activités à l'intérêt contestable mais permettant au service de rationaliser les moyens mis à sa disposition…).

1.3.5 La mutualisation des moyens : constitution de centres de responsabilité de taille critique

La constitution de centres de responsabilité, elle aussi prévue par les textes officiels précités, est facultative, comme l'est l'ensemble de la procédure de contractualisation interne. En revanche, créer des CR semble impliquer, pour l'établissement, un engagement dans la démarche.

[27] DUHESU E., in ROMATET J.J. (dir.). *L'hôpital réformateur de l'hôpital*. Paris : Erès, 2000. 160 p.

Si l'établissement est libre de son organisation et de la définition de la taille des CR, et ce, dans la continuité de « l'amendement liberté » de la loi hospitalière du 31 juillet 1991, la circulaire du 21 avril 1997 recommande de regrouper les structures existantes (fédérations, services, unités) au sein de CR bénéficiant d'une taille critique. L'initiative de la création d'un CR appartient aux équipes médicales et paramédicales ainsi qu'au directeur. La CME et le CTE donnent leur avis sur cette création, ainsi que les équipes concernées lorsqu'elles ne sont pas à l'origine de la proposition. La décision de création d'un CR appartient dans tous les cas au directeur, qui doit motiver cette décision. Le responsable de chaque CR est désigné par le directeur sur proposition des structures médicales qui composent le CR parmi les médecins, biologistes, odontologistes, et pharmaciens membres de ces structures (ou un cadre dans les services logistiques, techniques et administratifs). Un praticien peut donc être nommé responsable de CR sans pour autant être chef de service ou responsable d'une unité fonctionnelle.

La constitution de CR correspond à une triple exigence. Il est souhaitable, tout d'abord, de limiter le nombre d'interlocuteurs de la direction, afin d'éviter les « goulets d'étranglement » dans les relations. Ceci est particulièrement important dans les CHU et les centres hospitaliers de référence, où les services sont nombreux. Il s'agit ensuite d'identifier des responsables à qui seront confiés les nouveaux pouvoirs. Il est nécessaire, enfin, et surtout, d'agréger les structures existantes afin de leur permettre d'atteindre une taille critique dans l'organisation et la gestion des moyens.

Ainsi, contractualisation interne et réorganisation des structures sont-elles étroitement liées, sans nécessairement, toutefois, qu'un statu quo en matière d'organisation bloque toute velléité de mise en place de la démarche contractuelle.

1.4 Mise en œuvre de la contractualisation interne dans les hôpitaux français : une application limitée

Les principes de la contractualisation interne, s'ils servent de socle commun aux démarches mises en œuvre dans les hôpitaux, ne sont ni uniformément ni tous strictement appliqués. En réalité, il n'existe pas une seule mais plusieurs formes de contractualisation interne, presque autant qu'il existe d'hôpitaux qui l'ont mise en œuvre (1.4.1). Les pré-requis de la démarche, lourds à mettre en œuvre, semblent expliquer la timidité de son application dans les hôpitaux français, d'où les interrogations sur l'intérêt à agir dans le sens de son développement (1.4.2)...

1.4.1 Les différentes formes de la contractualisation interne[28]

Si les démarches de contractualisation interne respectent certains principes de base évoqués précédemment, elles recoupent des formes très différentes d'un établissement à un autre, en fonction du contexte local (taille et histoire de l'établissement par exemple) mais aussi parce que les textes laissent volontairement une marge de liberté importante aux établissements dans la mise en œuvre d'une démarche qui demeure facultative.

En premier lieu, les objectifs d'engagement dans la démarche sont variés : ils peuvent être, séparément ou concomitamment, financiers (réduction ou maîtrise des dépenses), d'activité (développement de l'activité ou de projets), de management (mise en œuvre d'un management plus transparent, plus participatif et médicalisé), organisationnels ou de qualité (intention de mieux connaître le fonctionnement et les dysfonctionnements de l'établissement pour y remédier), etc.

Du point de vue de la mise en œuvre, la démarche, telle qu'exposée par la circulaire du 21 avril 1997 précitée repose sur un montage juridique à trois temps : (a) La création de centres de responsabilité. (b) L'établissement d'une délégation de gestion définie par le directeur au bénéfice des responsables de ces centres. (c) La passation d'un contrat entre la direction et ces responsables (médecins ou cadres). En réalité, rarement ces trois temps sont respectés dans leur intégralité. On peut néanmoins distinguer trois formes de contractualisation, en fonction du degré d'achèvement de la démarche.

Dans sa **forme légère**, la plus couramment adoptée dans les établissements, la contractualisation interne se satisfait de la mise en œuvre de contrats entre la direction et les services opérationnels (centres de responsabilité), voire, parfois, entre services entre eux (contrats de prestations internes), dont les clauses déterminent des objectifs, généralement financiers ou d'activité, et des engagements réciproques sur les moyens, pouvant être assortis de conditions d'intéressement (et, plus rarement, de sanction). Ces contrats sont le plus souvent annuels, parfois pluriannuels. Ils comportent des clauses générales (reprises dans tous les contrats ou sous la forme d'un « contrat-cadre ») et des clauses propres aux services concernés. Ils sont assis sur des conditions d'évaluation faisant intervenir des outils de contrôle de gestion plus ou moins développés (comptabilité analytique voire données du PMSI) pouvant aboutir à la constitution de budgets de service (identification des moyens mis en œuvre dans les services). Cette forme légère ne

[28] Ces développements sont issus d'une analyse de la littérature (cf. bibliographie) et de documents aimablement fournis par différents établissements : notamment CHU de Nantes, CHU de Rouen, CH d'Avignon, CHS Le Vinatier à Bron.

comporte pas de redécoupage de l'établissement, les CR étant calqués sur les services déjà en place. Le plus souvent également, la délégation de gestion stricto sensu n'est pas effective ; les contrats sont de type «ponctuel » : ils portent sur des objectifs et des moyens donnés (respect des enveloppes budgétaires et / ou augmentation de l'activité en échange de moyens supplémentaires en personnels ou en matériels pour le service…) et non pas sur une délégation permanente de la prise de décision en certains domaines.

Une **forme intermédiaire** de la contractualisation interne consiste donc à mettre en œuvre une véritable délégation de gestion. Il s'est agi pour les quelques établissements qui sont entrés dans cette phase de mettre en place des contrats qui ne comportent pas seulement des clauses ponctuelles mais également des clauses plus pérennes assurant une véritable décentralisation de la décision : ces contrats prévoient que les décisions relatives à certaines dépenses soient prises par les services eux-mêmes, excluant tout contrôle d'opportunité de la direction (dans ce cas, et lorsqu'il n'y a pas de délégation de signature, seul le mandatement de la dépense appartient à la direction). Sont privilégiées dans les délégations les dépenses d'exploitation : en particulier certains comptes du groupe 1 (dépenses de personnel : mensualités de remplacement, crédits de formation, rôle accru dans le recrutement…), du groupe 2 (dépenses médicales et pharmaceutiques : médicaments, dispositifs médicaux…), et du groupe 3 (dépenses hôtelières et générales : fournitures de bureau et d'hôtellerie…). Les dépenses d'investissement sont très rarement concernées – sauf éventuellement les petits matériels – du fait de leur caractère stratégique pour l'institution et de leur financement particulier (règles propres à la section d'investissement, et obligation de l'autofinancement impactant sur la section d'exploitation).

La **forme la plus aboutie** que peut revêtir la contractualisation interne est la possibilité, pour le directeur de l'établissement, de conférer une délégation de signature aux responsables de centres de responsabilité dans les conditions prévues par le contrat de délégation. Dans ce cas, l'ensemble du processus de dépense, y compris le mandatement au comptable public, est maîtrisé par le responsable du CR. Le décret du 18 avril 1997 relatif à la délégation de signature des directeurs d'établissements publics de santé et la circulaire précitée en précisent les modalités. Ils rappellent notamment que la délégation de gestion sous la forme d'une délégation de signature ne correspond pas à une délégation de compétence : cela renvoie à la règle bien connue en droit selon laquelle « délégation ne vaut pas abdication » (le délégateur, en l'occurrence le directeur, conserve une responsabilité, y compris en termes de sanctions éventuelles, sur la matière déléguée et donc doit pouvoir faire jouer son droit d'outrepasser la décision prise). Il est à noter également que les délégataires, en l'occurrence les praticiens et / ou les cadres,

sont placés, dans l'exercice des actes de gestion pour lesquels ils bénéficient d'une délégation de signature, sous l'autorité hiérarchique directe du directeur de l'établissement.

1.4.2 Les pré-requis de la contractualisation interne : un obstacle à la mise en œuvre de la démarche

Si la littérature portant sur la contractualisation est abondante, il faut néanmoins souligner l'absence d'études systématisées et chiffrées sur le sujet. En particulier, il n'existe pas de réelle évaluation scientifique de l'apport de la démarche pour les établissements.

A défaut, une étude menée par la DHOS sur un échantillon représentatif d'hôpitaux fait apparaître un état des lieux plutôt décevant[29]. La pratique actuelle des contrats internes est loin d'avoir répondu aux objectifs ambitieux fixés par l'ordonnance de 1996. Relevons ces quelques points :

- Résultats globaux : 35 % des établissements de l'échantillon déclarent être engagés dans la démarche, sous une forme ou une autre.
- Très peu d'hôpitaux (6% de l'échantillon) ont mis en place des CR pertinents regroupant plusieurs services dans des pôles ou fédérations.
- L'évaluation de la performance est inégale : 25% des établissements seulement ont développé la pratique des budgets de services, parmi lesquels très peu utilisent le PMSI pour mesurer leur activité et l'intégrer dans ces budgets décentralisés. Dans le même temps, 15% des hôpitaux interrogés reconnaissent ne pas posséder encore de véritable comptabilité analytique…
- Seulement 18% des établissements affichent la signature d'au moins un contrat direction / services. Une proportion similaire affiche l'existence de mécanismes d'intéressement, voire de sanction. Ces démarches prévoient toutes des objectifs budgétaires, d'activité et qualitatifs (mais le volet qualitatif est très peu développé).
- 22% des hôpitaux déclarent pratiquer la délégation de gestion (chiffre qui peut apparaître contradictoire avec le précédent). Parmi les dépenses qui sont déléguées, les fournitures médicales et les fournitures hôtelières sont privilégiées, et, à un degré moindre, certaines dépenses de personnel. Aucune réponse ne fait

[29] Enquête réalisée par la DHOS, juin-juillet 2001 : résultats présentés dans BLAES D., GINESY E. « La contractualisation interne, cinq ans après ». *Gestions hospitalières*, n°416, mai 2002. pp. 325-327.

en revanche apparaître de délégation de signature du chef d'établissement vers les responsables de CR (ce chiffre a probablement évolué depuis 2001, mais demeure faible quoi qu'il en soit).

- Les informations sur le degré de généralisation de la démarche en interne ou la part du budget contractualisé sont inexistantes.

Au final, bien peu d'établissements remplissent les conditions d'une contractualisation aboutie. Ce constat cependant est à nuancer en fonction des caractéristiques de l'établissement : les plus grands en nombre de lits, notamment les CHU, (effet-taille) et ceux qui disposent d'outils de connaissance de leur activité (SIAD) sont aussi ceux qui sont le plus engagés dans la démarche.

Comment expliquer cette frilosité ? Edouard COUTY, Directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins apporte ce point de vue : « classiquement, il y a le paradoxe entre le discours et la réalité, la réticence au changement, le recul devant la prise de risque qui conduisent à l'immobilisme. Il y a la pesanteur institutionnelle, considérable, liée à la complexité des organisations et des relations entre les acteurs au sein de l'institution (…), avec des retours sur investissement assez aléatoires. »[30]

Il faut surtout insister sur la difficulté de mise en place des pré-requis à la démarche, rendant le « retour sur investissement » peu évident à première vue :

- Le regroupement des services est un vœu des directions, pour des raisons d'amélioration de la prise en charge du patient et de mutualisation des moyens, mais il se heurte aux évidents enjeux de pouvoir au sein du corps médical sur lesquels il n'est pas nécessaire de revenir (quel sort pour les chefferies de services… ?). Par ailleurs, si ce regroupement est nécessaire pour les plus grands établissements (CHU, voire centres hospitaliers de référence), il n'est pas indispensable pour les plus petits.
- L'évaluation de la performance est confrontée à des obstacles tant financiers (coûts importants engendrés par les investissements informatiques et la mise en place du contrôle de gestion) que méthodologiques (insuffisances bien connues des outils du contrôle de gestion pour retracer la réalité de l'activité hospitalière, implication inégale des médecins dans la mise en place d'un PMSI encore

[30] in CAVALIER M., DALMASSO R., ROMATET J.J. *Médecins, directeurs : un pacs pour l'hôpital ?* Paris : Erès, 2003. 156p.

perfectible…). Au final, les hôpitaux sont encore faiblement armés dans le domaine du contrôle de gestion pour développer sereinement des procédures de contractualisation interne.

- L'implication des directions, essentielle pour le développement de la démarche, est inégale. Certaines sont découragées face aux obstacles à surmonter. D'autres font preuve de volonté mais relâchent progressivement leurs efforts pour susciter l'adhésion (mort lente). D'autres sont peu enclines à déléguer une partie de leurs prérogatives à des médecins apparaissant à leurs yeux comme de mauvais gestionnaires… Au final, le caractère facultatif de la démarche peut expliquer un certain attentisme des directions.

- L'implication du corps médical ne va pas non plus de soi : l'intérêt de la démarche pour les opérationnels reste à démontrer. Certains rejettent en bloc toute implication dans la gestion (une minorité semble-t-il). D'autres évoquent leur propre incompétence en la matière ou bien les carences du système d'information rendant impossible toute démarche construite et équitable. Certains sont peu enclins à se voir déléguer «la gestion de la pénurie » ou, dans le cas de la délégation de signature, sont peu désireux d'être placés directement sous l'autorité hiérarchique du directeur… Pour beaucoup, le contrat est un leurre : il s'agit d'une procédure administrative de plus ; les termes du contrat ne sont pas toujours respectés par la direction (à la première difficulté, elle reprend le pouvoir délégué) ou peuvent masquer une réelle vacuité…

- Enfin, certaines spécificités de la gestion des hôpitaux rendent difficile la délégation de gestion : voir en cela certaines rigidités dénoncées au sein du Code de Marchés Publics ou au sein du statut des personnels de la fonction publique hospitalière, la base budgétaire historique des établissements pénalisant les plus dynamiques d'entre eux….

Le contexte de développement de la contractualisation interne dans les hôpitaux français étant clairement posé, il convient désormais d'analyser, au regard des éléments déjà évoqués, les forces et les faiblesses de la démarche au CH de Blois. L'expérience blésoise permettra, in fine, un éclairage sur la situation au niveau national.

2 *DEUXIEME PARTIE*
ETAT DES LIEUX DE LA CONTRACTUALISATION INTERNE AU CH DE BLOIS : UNE DEMARCHE ORIGINALE PERTINENTE MAIS QUI RISQUE DE S'ESSOUFLER

Il convient désormais de dresser un état des lieux de la mise en œuvre de cette démarche au CH de Blois, en apportant des éléments d'évaluation aussi objectifs que possible et un regard extérieur que permet la situation d'élève directeur d'hôpital. Il s'agit notamment de voir que, si la démarche blésoise présente un intérêt réel qui en fait une référence au niveau national (2.1), elle n'en est pas moins exposée à l'heure actuelle – comme beaucoup de démarches semblables mises en œuvre – à des risques d'essoufflement (2.2).

Cette partie, essentiellement évaluative, repose sur une analyse des documents fournis par la DSIO, ainsi que sur les entretiens menés tant au sein de l'équipe de direction que parmi des responsables opérationnels de l'établissement (médecins, cadres de santé). La méthode employée pour ces entretiens est décrite en troisième partie (cette dernière s'appuyant encore plus fortement sur les entretiens). Il a été procédé à un seul entretien externe au CHB, auprès de M. Olivier BRAND, Directeur de l'Analyse, de la Prospective et de l'Evaluation au CHU de Rouen (cf. questionnaire en annexe 2). L'objectif était d'établir, à un moment où ma connaissance du sujet était encore peu développée, des points de comparaison entre la démarche blésoise et la démarche telle qu'elle est menée dans un autre établissement ayant valeur de référence dans ce domaine. Il a été décidé par la suite de procéder uniquement à des entretiens internes au CHB, d'abord parce que les comparaisons ne sont pas toujours valides d'un hôpital à l'autre ; ensuite, parce que j'ai pu m'apercevoir que le CHB était en avance sur beaucoup d'établissements, y compris parmi certains engagés dans la démarche ; enfin, et surtout, parce qu'il s'agissait de repérer en interne les ressources et les arguments permettant de relancer la démarche.

2.1 La « logique contractuelle » au CH de Blois : l'intérêt démontré d'une démarche originale

L'enquête menée par la DHOS précitée fait apparaître trois catégories d'hôpitaux dans la mise en œuvre de la démarche. Un premier groupe a d'abord cherché à regrouper ses services et à constituer des pôles, ce qui a pu retarder la mise en place de la

contractualisation interne. Se retrouvent dans un deuxième groupe les hôpitaux qui ont lancé des expériences dans quelques services à structure constante, avec un objectif de généralisation plus ou moins rapide et volontaire. Un troisième groupe, enfin, a développé un système pointu d'analyse d'activité sans prévoir, du moins dans un premier temps, de délégation de gestion.

La mise en œuvre de la démarche au CH de Blois le classe a priori dans le troisième groupe, même si elle reprend des éléments présents dans ceux du deuxième. La démarche blésoise présente des spécificités par rapport aux autres démarches menées : cela tient évidemment aux caractéristiques propres au CHB (taille, contexte local, histoire de l'établissement…) ainsi qu'à la manière dont a été mise en œuvre la démarche par la direction. Il s'agit d'analyser dans les lignes qui suivent l'originalité de la démarche blésoise et l'intérêt qu'elle présente, tant en termes de management que du point de vue des critères d'efficience.

2.1.1 Contexte du développement de la démarche

Les caractéristiques du CHB doivent être prises en compte pour mieux saisir le contexte de développement de la démarche.

Le CHB, situé à proximité du CHU de Tours et du CHR d'Orléans[31], doit compter par ailleurs avec la présence en ville d'un établissement privé à caractère lucratif très dynamique. Son environnement public et privé est donc perçu comme fortement concurrentiel, ce qui contribue à le conforter dans une position de centre hospitalier de référence pour le département de Loir-et-Cher. Dans le même temps, le CHB doit faire face à l'impact en termes d'activité des difficultés de fonctionnement des centres hospitaliers « secondaires » voisins de Vendôme et de Romorantin-Lanthenay, tous deux situés à une trentaine de kilomètres de Blois, au nord et au sud (prise en charge des urgences, activité chirurgicale, voire spécialités de médecine), et, dans un degré moindre, à celles du Centre Hospitalier Intercommunal d'Amboise-Château-Renault dans le département limitrophe d'Indre-et-Loire (fermeture récente de la maternité). Cet environnement à la fois concurrentiel et « mouvant », constitue pour l'établissement un aiguillon à une adaptation constante, un facteur d'ouverture au changement. D'où une

[31] Ces deux établissements se situent à 60 kilomètres de part et d'autre de Blois par l'autoroute A10, soit environ 40 minutes de trajet.

réactivité à intégrer les nouveaux concepts et outils de gestion tels la contractualisation interne.

FICHE DE PRESENTATION SYNTHETIQUE DU CHB[32]

· ***Lits :*** total de 1331, dont 446 en secteur MCO

- Médecine : 276
- Chirurgie : 128
- Gynécologie-Obstétrique : 42
- Psychiatrie : 106
- SSR : 105
- Secteur « EHPAD » (USLD + maisons retraite) : 674

· ***Activité***

- Hospitalisation : total de 29.516 entrées et 434.654 journées (secteur MCO : 26.445 et 130.686).
- 120.887 consultations externes
- 33.466 passages aux urgences
- Six principales catégories majeures de diagnostic en points ISA :
  - Affections de l'appareil circulatoire
  - Affections de l'appareil respiratoire
  - Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif
  - Affections du tube digestif
  - Affections du système nerveux
  - Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum
- Cinq principaux GHM en points ISA :
  - Accouchements par voie basse sans complication
  - Oedèmes pulmonaires et détresses respiratoires
  - Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire
  - Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie
  - Addidents vasculaires cérébraux non transitoires

· ***Finances***

- Investissement : 7,8 M€
- Exploitation : 100,3 M€

· ***Ressources Humaines***

- Effectifs en ETP :
  - Personnel médical, dont internes : 153
  - Personnel non-médical : 1985
- Age moyen personnel non-médical : 41 ans

· ***Plateau technique*** développé, disposant notamment d'un IRM

· ***Mesure de la performance du secteur MCO***

- Performance médico-économique (valeur du point ISA en €) :
  1.72 (valeur de référence nationale : 1.94 €)
- Performance concurrentielle (part d'activité sur le bassin de recrutement) :
  43.69% (valeur de référence nationale : 43.70%)
- Performance du personnel non-médical (ETP non médical / 100.000 points ISA) :
  2,206 (valeur de référence nationale : 2,431)
- Performance du personnel médical (ETP médical / 100.000 points ISA) :
  0.323 (valeur de référence nationale : 0.405)
- Performance qualité (taux de plainte/entrées) : non renseigné (référence nationale : 0,3%) ;
  signalons cependant l'accréditation de l'établissement en 2002 (avec une réserve levée en 2003).
- Performance organisationnelle (DMS en jours) : 6,59 (valeur de référence nationale : 6.14)

Au final, le CHB présente une performance, au regard de ces critères, supérieure ou égale aux établissements comparables en taille et activité, et ce, dans tous les domaines pris en compte, à l'exception notable de la durée moyenne de séjour. Cela peut traduire une sous-dotation relative de l'établissement au regard de son activité.

[32] Sources : « Chiffres clés 2001 » (Direction de la Qualité du CHB, août 2002) et « Tableaux de bord stratégiques 2001 », Banque de Données Hospitalière de France, (FHF et Direction des Affaires Financières du CHB, mars 2002).

Le contexte social de l'établissement est probablement marqué par les points qui précèdent. La perception qu'ont les personnels de cet environnement concurrentiel et mouvant est identifiable. La démarche de contractualisation ne constitue donc pas a priori un point majeur d'achoppement en interne. D'autres réformes, telle la mise en place des 35 h, ont semble-t-il eu un impact perturbateur autrement développé.

Contrairement à d'autres établissements pour lesquels l'engagement dans la démarche de contractualisation correspondait avant tout à un impératif financier (par exemple, le CHU de Rennes), le contexte budgétaire – relativement stable à Blois – n'a pas constitué le moteur principal de l'initiative. La valeur du point ISA de l'établissement étant inférieure à la valeur régionale, le CHB apparaît comme sous-doté, dans une région qui l'est également. Cette situation explique que la démarche n'ait pas eu pour ambition première la recherche d'économies, d'où le climat de confiance qui a pu s'instaurer parmi les responsables de services.

2.1.2 Objectifs et grands axes de développement : une démarche intégrée d'évaluation et d'organisation

Dans un document de présentation rédigé en février 2001, la direction du CHB expose les trois axes sur lesquels repose la contractualisation interne :

- utilisation systématique des éléments contenus dans les systèmes d'information (principe d'évaluation de la performance) ;
- association des soignants à la gestion et au pilotage de leur centre de responsabilité (principe de participation) ;
- intégration des questions financières, qualitatives et d'organisation dans une démarche d'ensemble (principe d'intégration de la contractualisation interne et des autres outils de management : contractualisation externe avec le COM, démarche qualité, démarche projet d'établissement…).

Voyons plus précisément comment se déclinent ces trois axes et quels ont été les effets bénéfiques de la démarche.

Le premier point à souligner est que la démarche blésoise repose davantage sur une « logique contractuelle » que sur une véritable contractualisation au sens des textes officiels. En effet, la circulaire du 21 avril 1997 énumère deux étapes essentielles dans la mise en œuvre de la contractualisation interne : la constitution de centres de responsabilité bénéficiant d'une taille critique et l'élaboration de contrats de délégation de

gestion. Or, dans ces deux étapes, le CHB s'est montré très prudent. D'une part, les centres de responsabilité créés ont été calqués, pour l'essentiel, sur les structures existantes, notamment médicales (services, unités fonctionnelles), sans que des regroupements soient opérés. Le postulat de départ est que la mise en place de fédérations ou de pôles aurait absorbé beaucoup de temps et d'énergie au sein de l'établissement, compte-tenu des résistances prévisibles qu'elle aurait engendrées, et ce, au détriment de la mise en œuvre de la contractualisation elle-même. La direction a également jugé préférable d'en rester au statu quo afin d'impliquer des responsables opérationnels nécessairement familiarisés avec « l'unité de lieu » : il s'agissait de faire coïncider l'analyse chiffrée de l'activité avec la perception de la réalité du « terrain ». Le CHB a donc fait le pari que la contractualisation interne était un préalable à une éventuelle réorganisation, et non l'inverse.

D'autre part, si des contrats ont bien été signés, ils n'ont jamais comporté de délégation de gestion, ni a fortiori de délégation de signature du directeur vers les responsables de CR. Là encore, la direction a parié sur la progressivité de la démarche. La délégation de gestion, partie intégrante de la démarche de contractualisation prévue au projet d'établissement 1999-2003, ne devait intervenir que dans un second temps.

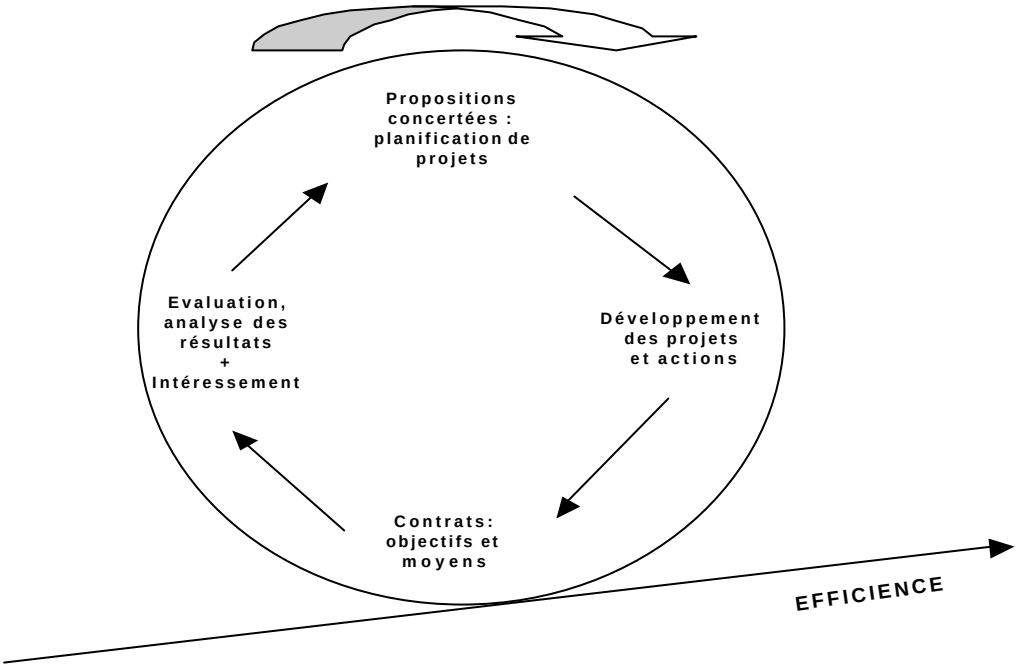
La contractualisation a été initiée par la mise en place, à partir de 1995-1996, d'un dispositif de suivi de budgets virtuels par service pour disposer d'une connaissance affinée et objective des besoins et de l'organisation des différents services cliniques. L'idée de base promue par la direction était de savoir qui dépensait quoi, afin de réaliser à terme une ré-allocation interne des moyens de l'établissement au profit des services les moins bien dotés au regard du volume de leur activité. La nécessité de mettre en place un véritable contrôle de gestion est apparue comme un moyen de répondre à des interrogations posées de manière récurrente en CME : « Quels services peuvent être prioritaires pour l'allocation des ressources supplémentaires accordées par la tutelle ? » « Comment déterminer les priorités de développement de certaines activités ? » « En vertu de quels indicateurs ? »

La démarche menée au CHB ne concerne pas uniquement la gestion financière. L'axe financier stricto sensu est en effet vite dépassé. Certes, il s'agit de permettre à chaque service d'obtenir des moyens conformes à l'activité qu'il réalise. Mais évaluer l'impact financier seul consisterait à mesurer les effets économiques des actions passées. Si cet aspect est présent dans la démarche de l'établissement, il ne se limite pas à un seul examen rétrospectif. La démarche se veut également prospective : il s'agit, par l'analyse des résultats médico-économiques, de repérer les failles d'organisation en vue d'une

amélioration de la prise en charge des patients, selon une approche par processus (notamment de soins) et une approche « circuit du patient » au sein de l'établissement, voire en dehors. De fait, en permettant aux opérationnels de mieux cibler les leviers sensibles pour l'amélioration de leurs résultats, la démarche privilégie les projets porteurs d'avancées en termes de prise en charge du patient et de réduction des coûts. De même que dans la démarche qualité, la contractualisation interne pousse les acteurs hospitaliers à raisonner en termes de processus de prise en charge des patients – notamment au travers de la démarche « client / fournisseur » dans la chaîne des soins – et de moins en moins en termes de structures d'accueil. Elle facilite une vision globale du patient centrée non plus sur les seules pathologies ou organes traités, mais sur la qualité de la trajectoire dans l'établissement. La recherche des causes des problèmes via l'analyse de l'activité des services (par exemple, 15% des hospitalisations enregistrées en chirurgie relèvent en réalité de médecine) conduit régulièrement à mettre en évidence les processus, et plus particulièrement les interfaces (ou points nodaux) entre les différents secteurs de l'hôpital.

Pour illustrer cela, une version appliquée à la contractualisation interne – et non plus à la démarche qualité – de la roue de DEMING, est ici reprise.[33]

[33] Il s'agit d'une version légèrement modifiée de la roue de DEMING appliquée à la contractualisation interne et présentée par Patrick EXPERT, DSIO du CH de Blois.



ROUE DE DEMING DE LA CONTRACTUALISATION INTERNE

2.1.3 Une méthode efficace : l'utilisation du système d'information comme outil de dialogue et d'aide à la décision

A) Une démarche privilégiant la pédagogie

La méthode blésoise se caractérise tout d'abord par une volonté de privilégier la pédagogie. La nécessité d'un travail explicatif dans la mise en œuvre de la contractualisation interne a été d'autant plus essentielle qu'elle a pu apparaître, dans un premier temps, aux yeux de la communauté médicale notamment, comme un nouvel avatar de la modernisation de la gestion hospitalière et comme une volonté de « l'Administration » (terme fréquemment employé par le corps médical pour désigner la direction) de diffuser dans les services la contrainte budgétaire et réglementaire externe. De la même façon que les équipes peuvent estimer qu'elles ont «toujours fait de la qualité », elles semblent en général persuadées de gérer au mieux les moyens alloués pour fonctionner, et ne perçoivent pas toujours les dysfonctionnements dans l'organisation auxquels il serait possible de remédier. C'est ici que doit intervenir la contractualisation interne : elle doit servir de « révélateur » des dysfonctionnements non immédiatement perceptibles. Il s'agissait donc pour la direction d'expliquer l'état d'esprit

de la démarche, de prendre en compte les inquiétudes des professionnels quant à son impact sur le fonctionnement du service au quotidien, et d'être capable de démontrer le retour sur investissement pour eux-mêmes. L'ancien président de la CME, le Docteur Maurice CHANTEREAU, pour qui la contractualisation interne est « une bonne démarche, sous réserve que les médecins soient suffisamment informés et formés sur ce qu'est la gestion à l'hôpital », évoque à ce titre la question de « l'envie, voire du désir, qu'il faut savoir susciter pour obtenir la plus grande adhésion possible au projet. » [34]

L'esprit de pédagogie s'est traduit par une grande progressivité, voire par un empirisme et un pragmatisme affichés dans la mise en œuvre, ce qui a facilité l'adhésion des acteurs opérationnels. L'apprentissage a été collectif et interdisciplinaire, fondé en quelque sorte sur le « learning by doing » (apprentissage par l'action) anglo-saxon. En cela, le CHB a appliqué quelques préceptes bien connus des pédagogues, résumés dans les lignes qui suivent. « La pédagogie consiste à faire en sorte que l'autre s'approprie des connaissances nouvelles fondées qui l'amènent à agir différemment. Si l'on part du principe que c'est l'individu qui change et non pas les autres qui le font changer, alors son intention de changer est un facteur clé de réussite. Là où il est important que le manager intervienne, c'est sur l'expression, la formalisation de cette intention. (...) Une organisation apprend quand, au quotidien, les situations de travail sont, pour une part, des activités apprenantes. Chaque cellule de coopération est un espace d'apprentissage. »[35] Cet apprentissage vaut tout autant pour les services, qui repèrent mieux les mécanismes de leur organisation, que pour la direction, qui, elle aussi, doit pouvoir mieux comprendre le fonctionnement des services.

B) La construction et l'analyse des tableaux de bord médico-économiques

Les tableaux de bord médico-économiques des services pour lesquels le CH de Blois a été reconnu comme un précurseur ont servi de base à cet apprentissage (cf. un exemple en annexe 8). Ces tableaux de bord, faisant apparaître, selon la formule utilisée localement, les «budgets-vérité » pour chaque structure (un curieux terme pour des budgets qui sont avant tout virtuels…), sont inspirés, dans l'esprit plus que dans la lettre, des « balanced scorecards » (tableaux de bord prospectifs) proposés par Robert KAPLAN

[34] Entretien du 5 juin 2003.

[35] Christian RIOS, consultant, in CAVALIER M., DALMASSO R., ROMATET J.J. *Médecins, directeurs : un pacs pour l'hôpital ?* Paris : Erès, 2003. 156 p.

et David NORTON[36]. Les tableaux au CHB ont eux-mêmes connu une constante évolution. Conçus au départ de façon « grossière » afin d'être affinés par la suite avec les responsables intéressés, ils évoluent selon les besoins et les spécificités de chaque centre de responsabilité.

Sur la base des travaux effectués à partir de 1994-1995 autour du système d'information, une expérimentation a été menée dans trois services cliniques volontaires en 1996, puis dans sept en 1997, année où les instances de l'établissement ont pu débattre de l'intérêt de la démarche. En 1998, ces dernières se sont prononcées formellement sur l'engagement dans la démarche en approuvant notamment la « convention cadre » (avis favorable de la CME, avis défavorable du CTE, décision d'engagement du CA). A partir de 1999, l'ensemble des services cliniques du secteur MCO se sont impliqués dans la démarche. Les services médico-techniques et logistiques les ont rejoints en 2000. A l'heure actuelle, tous les services sont volontaires et aucun n'a souhaité se retirer, même s'il faut noter que la participation des acteurs est inégale d'un service à un autre (à l'évidence, la qualité de la réflexion commune en pâtit).

Trois strates d'information, renvoyant à trois sources différentes, sont présentes dans les tableaux de bord :

- le volet « dépenses engagées » (ou dotation réelle) de la structure concernée, issu de la comptabilité analytique traditionnelle, comprend les dépenses directes des quatre groupes budgétaires (dépenses de personnel, dépenses médicales et pharmaceutiques, dépenses hôtelières, amortissements). Il comprend également les dépenses semi-directes liées à la « facturation virtuelle » des prestations des « fournisseurs internes » (services médico-techniques et logistiques : laboratoires, imagerie médicale, réanimation, rééducation, blanchisserie ; services cliniques pour des prestations telles que les explorations fonctionnelles par exemple…), ces dernières étant isolées au moyen d'unités d'œuvre (lettres-clés de la NGAP par exemple) ou d'indices de coûts relatifs ;
- le volet « recettes potentielles » (ou dotation théorique du service), issu de l'utilisation des données du PMSI, fait apparaître l'activité du service (activité clinique, prestations internes pour le compte d'autres services) et ce qu'elle « rapporte » au service en points ISA. Le budget du service est alors calculé sur la

[36] KAPLAN R., NORTON D. *Le tableau de bord prospectif.* Paris : Les éditions d'organisation, 1997. 356 p. Le « balanced scorecard » concerne la stratégie des entreprises organisée autour de quatre axes : « financier », « clients », « processus internes » et « apprentissage organisationnel ». Un équilibre doit être recherché entre les différents indicateurs.

base de sa production de points ISA, multipliée par la valeur du point ISA de l'établissement. Ce volet constitue la véritable « valeur ajoutée » des tableaux de bord du CHB : il permet d'éviter de se focaliser sur le volet « dépenses » et prémunit contre les effets pervers d'une telle focalisation (par exemple, réaliser des économies factices pour le service en ralentissant le turn-over des patients et en allongeant la durée moyenne de séjour). Par ailleurs, les recettes potentielles étant ventilées par ligne de dépense, les comparaisons sont possibles avec un établissement de référence virtuel (comparaisons recettes réelles du service du CHB / recettes virtuelles du service de référence au regard du PMSI), ce qui permet de repérer immédiatement les lignes de dépenses s'éloignant, en plus ou en moins, de la référence (par exemple, les dépenses anormales élevées d'examens de laboratoire peuvent être facilement repérées) ;

- le volet « organisation-qualité », issu du PMSI et d'autres sources, telle la mesure de satisfaction des patients, est celui qui demeure le plus perfectible. Il reprend, entre autres, les indicateurs suivants : nombre de consultations, durée moyenne de séjour, modes d'entrée des patients, âge moyen des patients traités, nombre de patients hébergés par le service mais traités par un autre (service hôte non traitant), taux d'hospitalisations itératives, taux de séjours mono-unités, taux de satisfaction des patients… Les résultats de l'auto-évaluation dans le cadre de l'accréditation de l'établissement ont également été intégrés dans les tableaux de bord.

Les volets « dépenses » et « recettes » sont mis en regard afin de mesurer les écarts et d'isoler les secteurs d'activité ou les prestations engendrant des «marges » pour le service ou, au contraire, des « dépassements » de budget.

Le choix méthodologique d'utiliser le PMSI pour concevoir les tableaux de bord a été motivé par la volonté de mobiliser les services dans une démarche novatrice excluant le traditionnel recours aux tableaux bâtis sur des bases budgétaires historiques à la validité très contestable et surtout inéquitables. Le travail de recueil des actes médicaux par les praticiens dans le cadre du PMSI, obligation légale à destination de la tutelle, dépasse ainsi le stade de la contrainte : il devient pour les responsables des services un outil d'évaluation de la gestion et le pilotage de leurs activités. Les producteurs d'actes sont à l'origine des données, ce qui limite d'autant les risques de contestation des chiffres (la saisie de l'information à la source est traditionnellement une garantie de qualité).

La construction des tableaux de bord a pu s'appuyer sur un système d'information intégré très développé, et qui a pris de l'ampleur au fil des années, au point de devenir un réel outil de stratégie pour l'établissement (on parle d'informatique « de réflexion »). Cela a

nécessité quelques investissements, modestes d'un point de vue financier, un peu plus conséquents en termes de compétences informatiques requises en interne. Il faut noter que, si le CHB a pu paraître en avance, cette situation reflète avant tout le sous-investissement chronique des établissements dans le domaine informatique, pointé du doigt par nombre d'observateurs. Certains établissements se sont d'ailleurs engagés dans la contractualisation interne sans faire évoluer leur système d'information (c'est le cas du CHU de Nantes par exemple). Le CHB possède désormais un dossier médical unique informatisé dans tous les services. Ce dossier et ses interfaces ont rencontré, une fois les premières difficultés levées, un franc succès parmi les utilisateurs, secrétaires médicales, médecins et personnels paramédicaux, qui en voient clairement l'intérêt dans leur pratique au quotidien, qu'elle soit strictement soignante ou de gestion / pilotage. Il permet, par exemple, le recueil des données des actes opératoires directement sur les lieux, et de calculer le temps de présence du patient au bloc. Un projet de dossier patient informatisé au chevet du malade est actuellement esquissé. Réunissant le dossier médical informatisé et le dossier de soins en attente de l'être, il permettrait, du point de vue de la contractualisation interne, de compléter le dispositif, et notamment de mettre à jour de nouveaux indicateurs d'activité et de qualité, comme par exemple la charge en soins d'un service, le taux de prévalence d'escarres, etc. Par ailleurs, une réflexion est en cours afin d'améliorer le suivi par pathologie et par patient : il est prévu de publier les résultats par GHM et par séjour, et non plus seulement par structure médicale ou médico-technique comme actuellement.

Du point de vue du traitement des données, il faut noter que le CHB a pu s'appuyer sur un DIM facilitant et sur une source d'information centralisée (infocentre) réunissant les données de ce même DIM et du service informatique.

Les tableaux de bord, fournissant des données brutes, ne peuvent se suffire à eux-mêmes. Ils font donc l'objet – c'est là aussi un des points forts de la démarche – d'une analyse croisée lors de rencontres semestrielles (la restitution trimestrielle initialement prévue a été abandonnée, le rythme des rencontres étant apparu comme difficile à tenir)[37]. A cette occasion, le DSIO, accompagné du médecin responsable du DIM, rencontre dans leurs services les responsables médicaux et l'ensemble des praticiens, ainsi que les cadres et cadres supérieurs de santé concernés. La présence du directeur à ces réunions, plus récente, semble particulièrement appréciée par les acteurs de terrain, comme le montrent les propos recueillis lors des entretiens menés avec certains d'entre

[37] Il m'a été donné l'occasion au cours de mon stage de suivre plusieurs de ces rencontres.

eux (cf. annexe 1). Ces rencontres, d'une durée courte (1h30 à 2 heures maximum), permettent d'analyser la situation du service et de confronter les points de vue et ce, de manière sereine, hors « situation de crise » (les directions sont parfois accusées de se déplacer dans les services et de n'agir que « lorsque cela va mal »). Ainsi, les acteurs participent au diagnostic de leur service : il s'agit de décentraliser l'analyse, de faire en sorte qu'ils s'approprient les données et les confrontent à leur vécu de la réalité. L'objectif est d'amener les responsables à faire eux-mêmes le bilan régulier des forces et faiblesses de leur structure et de dégager une à deux idées-forces pour le service, autant de pistes de progression à développer. Ce point de rencontre semble unanimement apprécié y compris, de manière assez paradoxale, parmi les opposants déclarés à la démarche. Des questions se posent en revanche sur le « terrain » pertinent de restitution et d'analyse des tableaux de bord : faut-il privilégier l'approche par service isolé, comme cela a été le cas initialement, ou, au contraire, inviter autour de la table l'ensemble des services d'un « pôle » (identifié de manière plus ou moins formelle à l'heure actuelle), comme cela semble se dessiner depuis quelques temps à la faveur de la mise en place de fonctions de cadres supérieurs de santé responsables de « pôles » ?

L'analyse des résultats service par service n'est pas strictement financière. On le voit, la prise en compte des « recettes » en points ISA permet de valoriser l'activité, et non pas de manière comptable comme cela serait le cas si l'on prenait seulement en compte les dépenses et leur évolution d'une année sur l'autre. Par ailleurs, pour tenir compte des inévitables imperfections du système d'information, une marge d'erreur de + / - 5% est admise dans le calcul de l'équilibre « recettes » / « dépenses » du budget de service. Seuls les services situés au delà de cette marge de 5%, en déficit, sont considérés comme déficitaires (ou financièrement « sur-dotés » au regard de leur activité). Les services situés au delà des 5%, en excédent, sont considérés comme excédentaires (ou financièrement « sous-dotés » au regard de leur activité). L'analyse de l'équilibre budgétaire du service s'accompagne également d'une analyse du niveau de production des points ISA et des écarts par rapport à la moyenne nationale des établissements de taille et d'activité comparables pour certains indicateurs (valeur du point ISA, DMS, taux d'hospitalisation itératives, etc.). Surtout, de manière fondamentale, les rencontres direction / services sont l'occasion d'analyser, pour en tenir compte, les raisons des écarts dépenses / recettes : un déficit peut s'expliquer, par exemple, par une insuffisance de praticiens due à des facteurs externes difficilement maîtrisables par le service. Les difficultés de recrutement – non-spécifiques à Blois – pour les services de pédiatrie ou d'imagerie médicale illustrent bien cette situation (d'où une activité médicale réduite, alors que les charges fixes ou semi-variables du service demeurent : charges en personnels paramédicaux, etc.). Il s'agit également de distinguer les effets-volumes (maîtrisables par

le service lui-même) des effets coûts (non-maîtrisables, car dépendants de facteurs externes au service, tel le prix de « facturation » des « prestations internes »).

C) Les outils de développement de la démarche

Le développement de la démarche repose sur trois outils élaborés et validés par les instances de l'établissement : une « convention cadre », un « comité d'évaluation et d'orientation », une « charte de l'intéressement des services aux résultats ». Ce développement s'inscrit tout logiquement dans le projet d'établissement 1999-2003 élaboré et approuvé en 1998.

La **« convention cadre »** votée en 1998 et intégrée en annexe au projet d'établissement sert de contrat général entre la direction et les services (cf. annexe 5). Elle a été approuvée formellement par les premiers services volontaires (les contrats signés ont également comporté des clauses particulières à ces services), puis tacitement une fois la généralisation adoptée. Elle annonce les motivations de la démarche et en décrit les principales étapes. Document à visée pédagogique, la convention décrit le calcul des recettes, des dépenses et des indicateurs présents dans les tableaux de bord des services. De même, elle inclut un glossaire des termes utilisés pour la démarche. Document à visée contractuelle, elle reprend les engagements respectifs de la direction et des responsables de structures, notamment en termes de constitution et d'adaptation des tableaux de bord, de participation à l'analyse des données et à la mise en œuvre des mesures correctives. La convention cadre illustre la volonté du CHB de s'inscrire dans une *logique* contractuelle et de rejeter le formalisme du « tout contrat ».

Le **« Comité d'Evaluation et d'Orientation » (CEO),** institué en 1999, a une vocation stratégique et transversale. Son règlement intérieur (cf. annexe 6) en précise les missions : il coordonne la politique de l'établissement en matière d'évaluation de l'efficience des services, de contractualisation interne et externe, de démarche qualité et d'accréditation, d'élaboration et de suivi du projet d'établissement : autant d'approches interdépendantes et convergentes ainsi intégrées dans une logique d'ensemble. Ce « comité des sages » est composé de représentants des différents secteurs et catégories professionnelles de l'établissement, et fait également appel à des «experts internes » (médecin hygiéniste, médecin responsable du DIM, pharmacienne-chef…) dont les compétences étaient jusqu'alors utilisées de manière non-coordonnée.

La **« charte de l'intéressement des services au résultats »** (cf. annexe 7) est chronologiquement le dernier outil mis en place. Elle émane d'une réflexion au sein du CEO et a suscité de vifs débats au sein de la communauté médicale (un certain nombre de responsables ont opposé des arguments en défaveur de l'intéressement, désormais en bonne partie levés). Si l'intéressement a été mis en œuvre pour la première fois – à titre expérimental – en 1999, la charte a été votée par le conseil d'administration et appliquée en 2001 (sur la base des résultats de l'exercice 2000). L'intéressement est financier (dépenses d'investissement ou dépenses ponctuelles d'exploitation), collectif (il peut concerner une unité, un service ou une fédération de services) et non-pérenne (il ne peut générer de dépenses au delà de l'année durant laquelle il s'est appliqué). Il peut se traduire par le pré-financement de projets (notamment des projets prévus au COM). Il repose avant tout sur l'analyse des résultats financiers de l'exercice précédent, même si les indicateurs de qualité doivent servir de « garde-fous ». L'analyse s'effectue lors des rencontres direction / services et doit être validée par le CEO. Le fonds d'intéressement créé est alors sollicité dans deux cas de figure : lorsque le service dégage un excédent notable (au dessus des 5% de marge d'erreur) illustrant une sous-dotation en moyens au regard de son activité ; mais également lorsque des difficultés de fonctionnement (sous-dotation en personnel médical par exemple) expliquent la situation de déficit avéré du service (au delà des 5% de marge d'erreur). Ainsi, l'intéressement bénéficie aux services situés, en termes de résultat financier, aux deux extrémités de l'éventail : il s'agit de les rapprocher. Dans tous les cas, la modulation des crédits pour l'un ou l'autre des services tient compte des résultats et des efforts constatés. La répartition des crédits est arrêtée par le conseil d'administration, sur proposition du CEO et après avis de la CME. Il faut souligner que le fonds d'intéressement est abondé par une partie des excédents dégagés par l'établissement. Dès lors que celui-ci ne réalise plus d'excédents, ce fonds n'est plus alimenté : telle est la règle retenue (les responsables critiques de l'intéressement ne souhaitaient pas qu'il soit alimenté à budget constant, ce qui aurait retiré des moyens aux services moins performants). En 2001, le montant de l'intéressement s'est élevé à 1,3 M de francs soit 200.000 € (somme partagée avec des projets entrant dans le cadre de la démarche qualité).

2.1.4 Les résultats enregistrés : un « retour sur investissement » significatif

Les acteurs du CHB eux-mêmes estiment prudemment qu'il est « prématuré de dire que la démarche conduite à Blois a apporté à l'établissement un avantage décisif. En effet, force est de constater que d'autres hôpitaux qui ne sont pas autant engagés dans ce domaine font aussi bien, voire mieux, en matière d'organisation, de fonctionnement et

d'efficience. En réalité, le retour sur investissement dans ce type de démarche n'est pas sensible et décisif avant plusieurs années.» [38]

Certes, les mesures d'amélioration de l'organisation prises dans le cadre de la démarche auraient pu l'être en application d'autres méthodes, voire peut-être *sans* méthode. Mais, de l'avis des acteurs, y compris des responsables opérationnels, la contractualisation interne a sans aucun doute accéléré le rythme d'un certain nombre de projets et d'actions. Sans elle, la mise en œuvre aurait nécessité plus de temps et les actions retenues de manière plus intuitive n'auraient sans doute pas eu les mêmes effets. Les premiers résultats concrets à mettre à l'actif de la démarche apparaissent très encourageants, tant du point de vue de l'amélioration de la prise en charge des patients que de celui de la réduction des coûts inutiles. L'analyse croisée des données issues des tableaux de bord a clairement favorisé la prise de décision[39] et fait avancer des projets, comme les lignes qui suivent tendent à le prouver.

A) Du point de vue de l'organisation des soins : une amélioration du parcours du patient, des marges d'efficience dégagées

Il est constaté que les points faibles d'un service engagé dans la démarche apparaissent rapidement, c'est à dire dans l'année qui suit son engagement. Ensuite, du point de vue de la réactivité des responsables des services, il faut noter que les délais de mise en œuvre des mesures correctives et ceux pour percevoir les effets de ces mesures sont relativement courts : en règle générale, de 6 à 24 mois (parfois moins) selon les projets. Les principaux exemples d'amélioration en matière d'organisation à citer sont :

- au bloc opératoire, un meilleur respect des horaires des interventions dû aux modalités de calcul des coûts de la prestation « bloc opératoire » (le patient « coûte » au service de chirurgie concerné dès la première minute de son entrée au bloc).
- pour le service de chirurgie viscérale et d'urologie, la modification de près de 30% au recours à la réanimation par une modification des plages opératoires (l'analyse

[38] Jean-Pierre GUSCHING, (ancien) directeur du CHB et Patrick EXPERT, DSIO, in « Le PMSI dans le management des EPS : PMSI et gestion financière ». *Revue Hospitalière de France*, n°481, juillet-août 2001.

[39] Le CHB a pu s'inspirer en cela de la méthode « ABC-ABM » (« activity based costing / activity based management »), sans pour autant aller jusqu'au bout de cette logique : cette méthode consiste d'une part à imputer les coûts par activité. D'autre part, l'analyse des activités qui en découle doit, dans une perspective de management, favoriser la prise de décision. Il s'agit alors de conforter le place des activités qui dégagent une réelle valeur ajoutée (ce dernier point n'ayant pas été appliqué par le CHB).

avait montré que les patients lourds étaient opérés trop tardivement dans la journée, ce qui rendait régulièrement nécessaire le recours à la réanimation après la fermeture, en fin d'après-midi, de la salle de réveil) ;

- pour le service de médecine interne et polyvalente 1, le renforcement en personnel médical par la création d'un poste supplémentaire de praticien hospitalier (l'analyse des données avait montré une sous-dotation en personnel médical au regard de l'activité, ce qui compliquait les sorties de patients et allongeait la DMS et qui, du point de vue du budget de service, le rendait déficitaire) ;

- pour le service de cardiologie, une réduction de 25% des demandes d'examens du laboratoire de biologie clinique par une harmonisation des pratiques et une suppression des doublons. Plus généralement, le laboratoire a mis en place une politique d'amélioration des prescriptions auprès des services cliniques (les horaires de prélèvements sanguins ont été harmonisés, les demandes d'examen en urgence font l'objet d'une fiche spécifique et d'une surfacturation, ce qui a eu pour effet de réduire considérablement les demandes « automatiques », que l'urgence soit réelle ou non) ;

- pour le service de pneumologie, une meilleure anticipation des solutions de sortie des patients, notamment les personnes âgées vers leur domicile ou les services d'hébergement ;

- pour le service de chirurgie orthopédique, une amélioration de la gestion programmée des lits ;

- pour le service de réanimation, le passage de 8 à 10 lits (accompagné d'une augmentation relative de l'effectif infirmier), afin d'atteindre la taille critique esquissée par l'analyse de l'activité. Du fait de l'augmentation de l'activité qui en est ressortie, le coût de la prestation « réanimation » a diminué ;

(…)

La démarche suivie à Blois, à travers ces exemples très concrets, montre clairement que la chasse aux coûts non justifiés n'est pas incompatible avec une qualité des soins constante, voire meilleure. La communication sur les résultats de la démarche par la direction a, dès lors, probablement contribué à diffuser une envie, un «intérêt à agir » parmi ceux qui n'étaient pas initialement engagés, et a renforcé le désir de continuer de ceux qui se sont impliqués.

B) Du point de vue financier : un meilleur équilibre entre services, une diminution des surcoûts

Il a été constaté que l'écart entre services excédentaires ou « sous-dotés » (33% des cas en 2001) et services déficitaires ou « sur-dotés » (17% des cas) s'est resserré, du fait des efforts réalisés sur la réduction des coûts (comme exposé ci-dessus) et / ou sur le développement de l'activité. NB : les 50% des services restants sont en situation d'équilibre ou proche de l'équilibre (inclus dans la marge de +/- 5% d'écart)

Les sept premiers services volontaires en 1996-1997 (les services dits « in ») représentaient 43% des points ISA produits au sein de l'établissement et présentaient, par le simple fait du hasard, une valeur du point ISA (=prix de revient) supérieure à celle des autres services (les services dits « out »). En 2001, l'évaluation de l'impact de la démarche en termes financiers sur la période 1996-2000 a fait apparaître que les efforts accomplis par les « in » ont porté leurs fruits :

- Les **séjours multi-unités**, facteurs de dysfonctionnements en termes de parcours interne du patient, ont augmenté d'à peine 10% pour les sept services expérimentateurs, contre une augmentation de 60% pour les autres. La prise en compte des activités nouvelles (+15% d'entrées sur la période) n'a donc pas été réalisée de la même façon selon que les services étaient attachés à l'analyse de leur activité ou non : les services « in » ont développé la pratique du déplacement du praticien au chevet du patient, quel que soit son unité d'hospitalisation (ce qui a été pris en compte par le système d'information : imputation des points ISA aux services « traitants » et non aux services « hôtes »).

- Par une **meilleure qualité de codification des actes au sein du PMSI**, associée à ce qui est évoqué au point précédent, le services « in » ont augmenté leur activité de manière plus sensible que les services « out ». La valorisation de l'activité en interne conduit en effet les praticiens à être plus vigilants, d'où, pour l'établissement, de meilleurs résultats à présenter en externe, notamment vers l'ARH.

- Au final, sur la période indiquée, le **prix de revient du point ISA** a baissé plus sensiblement pour les premiers services impliqués dans la démarche (un différentiel de -10%, soit -0.16 € par point). Si les sept expérimentateurs avaient dû suivre **l'évolution** de la valeur du point ISA constatée dans les autres services, l'établissement serait dans une situation financière délicate, avec un surcoût au regard de l'activité estimé à plus de 1,6 million d'euros (plus de 10 millions de francs).

C) Du point de vue du management et de la conduite du changement : l'apport d'une démarche intégrée

Pour beaucoup d'acteurs, la mise en œuvre de la démarche a constitué un changement (jugé globalement positif) pour l'hôpital. La mise en regard de la comptabilité, de la production et de la mesure de la qualité ne semble pas laisser les acteurs indifférents, bien au contraire. On peut constater au CHB, même si cela n'est pas original, une diffusion de la culture de gestion parmi les responsables des services. Sans nécessairement se transformer en gestionnaires, ces responsables ont une meilleure idée des coûts réels d'un service rapportés à son activité. Les praticiens sont désormais des ordonnateurs conscients de l'impact économique de leurs décisions. Cela a permis de déclencher une dynamique fondée sur le rapprochement des logiques de gestion et médicales et une prise de décision plus déconcentrée. L'analyse conjointe des données est à ce titre saluée de manière quasi-unanime par les acteurs des services comme une avancée de l'établissement dans la perspective d'un rapprochement direction / services.

Pour les cadres paramédicaux, la démarche a permis de faciliter le dialogue avec les praticiens, notamment les chefs de service, autour des projets et de l'analyse du fonctionnement du service.

L'apport de la démarche dans le pilotage interne s'est traduit de deux manières : une série d'actions a porté sur un niveau « local », c'est-à-dire dans un ou plusieurs service(s) identifié(s), à partir des analyses menées avec ces mêmes services (cela a été décrit précédemment). A un deuxième niveau, plus global, la démarche a permis d'aboutir à une série d'actions plus « institutionnelles » :

- **L'identification de projets d'envergure fédérant plusieurs services dont la mise en œuvre repose sur les acteurs eux-mêmes (management décentralisé des projets).** Le premier projet à citer est celui de la mise en place, dans un délai de 6 mois à compter de l'analyse des données médico-économiques, d'une unité de chirurgie de jour et de semaine, offrant aux patients soignés en ambulatoire des conditions d'accueil mieux adaptées. Les chirurgiens des différents services se déplacent dans ce lieu commun à plusieurs activités (ophtalmologie, urologie…). Dans ce projet, la direction a cherché à impliquer les acteurs concernés (praticiens, cadres de santé) : le délai très court de mise en œuvre s'explique très probablement par cette décentralisation du management du projet (ce délai aurait probablement été rallongé si la direction avait cherché à piloter seule le projet). L'autonomie accordée aux acteurs opérationnels par une direction plus « aidante », « facilitante », que « toute-puissante » semble donc, concrètement, source

d'efficacité dans la conduite du changement. Un autre projet, celui de la mise en place d'une unité de jour de médecine et de cancérologie, vient d'aboutir. Il a reposé sur les mêmes préceptes que le projet de chirurgie ambulatoire et semble aboutir aux mêmes résultats (amélioration de la prise en charge avec diminution des coûts), même s'il a nécessité un peu plus de temps (un an) pour la mise en œuvre.

- **Un projet d'établissement « ascendant » (ou de type « bottom-up »).** L'évaluation des forces et faiblesses des services et les constats qui ont pu être réalisés dans le cadre de la démarche ont largement contribué à faire émerger les grands axes du projet d'établissement 1999-2003. La volonté des acteurs du « terrain » a ainsi été relayée au niveau institutionnel. Cette méthode ayant fait ses preuves, elle a été conservée pour l'élaboration, en cours, du prochain projet d'établissement. La démarche de contractualisation interne montre ici combien elle peut être utile du point de vue de la stratégie d'un établissement.

- **Un lien entre la contractualisation interne et l'utilisation des moyens nouveaux accordés par l'ARH.** Le Comité d'Evaluation et d'Orientation a proposé que l'analyse de l'activité des services ait une répercussion sur l'allocation interne, via le rapport d'orientation annuel, des moyens nouveaux alloués par la tutelle. Ainsi, les services sous-dotés au regard de leur activité ont pu bénéficier en priorité des moyens en 2002 accordés au titre de l'aménagement et la réduction du temps de travail (postes supplémentaires). De plus, au titre de l'intéressement, certains services ont pu bénéficier en priorité de moyens accordés dans le cadre du COM 2001-2005 signé avec l'ARH du Centre. Le lien contractualisation interne / contractualisation externe évoqué par la circulaire du 21 avril 1997 est donc clairement établi.

Beaucoup d'acteurs des services soulignent avec satisfaction le caractère plus objectif et mieux étayé de la répartition des moyens nouveaux entre services. Le « décibel » ou l'aura de tel ou tel responsable médical semblent moins fonctionner comme outil de répartition de ces moyens.

Le CHB, qui a su prendre l'initiative dans le domaine de la gestion médicalisée et partagée – et s'il sait la garder – dispose probablement d'un avantage décisif en termes de négociation des COM à venir. L'image extérieure qu'il donne, celle d'un établissement engagé dans une démarche de modernisation de la gestion centrée sur la recherche de l'efficience, est de nature à le rendre plus visible et plus écouté auprès de l'ARH. On peut avancer l'hypothèse que son niveau de réflexion, d'organisation et de réactivité lui permet

de mieux orienter les choix de la tutelle en sa faveur, d'autant plus que celle-ci est sensible aux démarches de contractualisation interne.

2.2 Les risques d'essoufflement de la démarche blésoise

Bien que ses apports bénéfiques aient pu être démontrés, la démarche de contractualisation au CH de Blois est entrée dans une période critique menaçant son développement, voire son existence même. Les risques d'essoufflement la guettent : d'une part, du fait d'un «blocage » de la communauté médicale en 2002 alors qu'il s'agissait d'entrer de plein pied dans la délégation de gestion (2.2.1) ; d'autre part, du fait des faiblesses intrinsèques de la démarche (2.2.2).

2.2.1 Le « blocage » de 2002 : la difficile transition vers la délégation de gestion

La volonté de la direction de poursuivre le développement de la démarche s'est traduite par la préparation, au printemps 2002, du passage à une deuxième phase de la contractualisation, celle d'une véritable délégation de gestion accordée à l'ensemble des responsables des services. Le CEO (juin 2002), puis la CME (septembre), ont été saisis de cette nouvelle perspective. A cette occasion, la communauté médicale a adopté une position relativement claire : elle a opposé un refus d'aller plus loin en matière d'implication dans la gestion et le pilotage des services tant que le système d'information donnerait «une vision déformée de la réalité, et donc tant que la direction ne pouvait fournir des informations complètes et suffisamment fiables, dans des délais plus courts » (entretien avec un responsable médical).

Sur le plan méthodologique, il est vrai que le PMSI, outil perfectible, donne une image de l'activité des services encore assez grossière. Certes, il est sans conteste l'outil le plus proche de l'objectivité dont les hôpitaux aient pu se doter pour décrire l'activité médicale, mais le case-mix (éventail des pathologies) d'un hôpital est fondé sur des GHM qui ne prennent pas nécessairement en compte la diversité des pathologies et des prises en charges : par exemple, la valorisation par l'intermédiaire des complications associées peut être considérée comme insuffisante lorsque le raisonnement s'établit au niveau du service. Autres exemples : les consultations externes demeurent faiblement valorisées, de même que le travail de nuit et les jours féries n'est pas pris en compte. De plus, en interne, les tableaux de bord demeurent encore perfectibles (amélioration de certains

calculs, valorisation d'activités pour certains services, développement des indicateurs de qualité et mise en place d'indicateurs de charge de travail).

Pour la communauté médicale, le développement de la démarche est conditionné par la mise en place d'un système d'information plus pertinent, voire techniquement irréprochable. Cette remise en cause par les acteurs de la fiabilité des tableaux de bord, pierre angulaire du dispositif, porte en elle le risque d'écroulement de la démarche. Pour la direction, les données du PMSI doivent rester des indicateurs et, comme pour tout indicateur, il ne faut pas considérer qu'elles ont une valeur absolue, ni les utiliser de façon mécanique dans le pilotage des services (l'analyse croisée prend ici tout son sens). L'incompréhension est donc grande sur ce point.

Cela illustre bien l'une des difficultés de la contractualisation interne : comment dépasser le cadre technique ? La question de la faisabilité technique renvoie à celle de l'acceptabilité du changement : s'agit-il dans ce cas d'une réelle inquiétude quant à l'utilisation qui peut être faite d'indicateurs nécessairement imparfaits ou bien d'une résistance par une voie détournée (la technique comme « prétexte » ou « critique-écran ») ?

Nous considérons pour notre part que la direction a sans doute commis une erreur dans la stratégie mise en œuvre pour passer à cette deuxième phase. Alors que, jusqu'ici, elle avait adopté une stratégie sélective et progressive, en s'appuyant sur l'expérimentation de la démarche dans quelques services, avec dans un second temps, une généralisation rendue possible par les premiers résultats, elle a opté, cette fois-ci, pour une stratégie directe, plus frontale et plus rapide, se traduisant par une mise en œuvre envisagée à compter du 1er janvier 2003 sur l'ensemble des services du secteur MCO (même si la première année devait être une «année à blanc » d'expérimentation générale). Or les conditions de réussite d'une telle stratégie ne semblaient pas remplies.

Le tableau en page suivante, inspiré des travaux de l'analyse stratégique, telle qu'elle a été principalement développée en France par les sociologues Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG[40], montre les avantages et inconvénients de ces deux types de stratégies, et d'une troisième, la stratégie dite « d'encerclement » ou indirecte (non utilisée au CHB).

[40] CROZIER M., FRIEDBERG E. *L'acteur et le système*. Paris : Seuil, 1977. 450 p. La notion de stratégie, issue de la science militaire, est au cœur de leur approche. Ces développements reprennent en particulier des échanges menés dans le cadre du module «Organisation et Management des Personnes », dirigé par Mme Laetitia LAUDE-ALIS, Département MATISS, ENSP, 2002-2003.

L'utilisation de la stratégie directe en 2002 s'explique par une volonté de la direction de mettre en œuvre rapidement la délégation de gestion et, probablement, par le sentiment que la culture de gestion était désormais bien diffusée parmi les responsables opérationnels, que le contexte de la mise en œuvre était donc favorable au nouveau projet. A contrario, les responsables de services ou d'unités rencontrés font état d'un sentiment de précipitation et d'absence d'anticipation. Beaucoup évoquent l'absence de lisibilité des finalités et des moyens de la délégation de gestion : « Quelles matières déléguées ? » … « Avec quel suivi et quel soutien de la part de la direction ? »… « Quelles conséquences en cas de dépassement de budget ? »…. La plupart font état d'un sentiment d'impréparation dans la mise en œuvre, s'accompagnant d'une impression d'être mis devant le fait accompli : ils auraient souhaité que le projet soit amené plus progressivement devant les instances (CEO, CME), accompagné d'une communication plus claire, afin d'aboutir à une prise de position après un temps de réflexion plus important. Au final, ils ont eu le sentiment que la délégation de gestion s'orientait vers un système de contraintes, apportant un surcroît de travail en matière de gestion des moyens pour les cadres paramédicaux (en l'absence d'une définition claire du rôle des directions fonctionnelles dans l'accompagnement de la délégation), ainsi que vers un système de « sanctions » à l'encontre de certains services financièrement déficitaires.

La conséquence de l'échec de la stratégie directe est que le projet a dû être stoppé, sans espoir d'alternative à court terme. Il doit donc être fait appel à des éléments externes (réformes annoncées) ou internes (élaboration du nouveau projet d'établissement) pour relancer la démarche sans rencontrer de nouvelle opposition frontale.

	Stratégie de mise en œuvre directe (ou « frontale)	**Stratégie sélective, d'expérimentation (ou « de commando »)**	**Stratégie indirecte (ou « d'encerclement »)**
Mode	Mise en œuvre directe du projet sur l'ensemble de l'entité.	Expérimentation sur quelques secteurs, puis généralisation à l'entité après ajustements éventuels.	Mise en œuvre très progressive, sans communication particulière sur le projet (dans un premier temps).
Stratégie plutôt adaptée si…	• Le contexte est favorable ou neutre. • L'encadrement est solidaire de la direction. • La culture de management est solide. • Il y a une bonne perception des finalités du projet. • Il existe des facteurs de pression externes. • Les moyens d'action (ressources mobilisables pour le projet) sont satisfaisants.	• Le contexte est neutre ou partiellement hostile. • L'encadrement n'est que partiellement solidaire. • La culture de management est (encore) limitée. • On dispose de peu de moyens d'action (ressources mobilisables pour le projet).	• Le contexte est défavorable ou hostile. • L'encadrement est divisé ou indifférent aux enjeux du projet. • La culture de management est limitée. • On dispose de peu de moyens d'action (ressources mobilisables pour le projet).
Stratégie plutôt efficace si…	• Il y a nécessité de faire vite et d'obtenir des résultats rapides, une rupture radicale. • Les moyens (ressources) nécessaires sont dégagés. • L'effet de déstabilisation est anticipé et maîtrisé.	• On dispose de temps pour la mise en œuvre du projet. • On a su repérer et choisir les secteurs favorables pour l'implanter. • On investit (ressources) sur le secteur choisi. • On soigne la diffusion.	• On a du temps devant soi et une forte volonté d'aboutir. • On cherche un changement en profondeur mais progressif. • On passe dans un deuxième temps à une stratégie plus directe.
Stratégie plutôt inefficace si…	• Il y a précipitation et absence d'anticipation. • Le diagnostic initial est erroné, incomplet : le projet est inadapté au besoin et au contexte. • Il y a un manque de conviction et d'implication continue des pilotes du projet.	• On a fait le mauvais choix du secteur d'expérimentation. • L'absence de diffusion provoque un phénomène d'enclavement ou de marginalisation du secteur testé : projet discrédité durablement.	• On conduit le projet sans jalonnement, avec une démarche erratique. • Le pilotage manque de continuité.
Lorsqu'elle est mise en œuvre de manière efficace…	• Elle permet des résultats rapides. • Elle renforce la culture de management.	• Elle permet de passer ensuite à une stratégie directe de diffusion plus large de la démarche. • On garde une liberté de manœuvre pour réorienter la démarche en cours de route.	• Elle permet de réduire les oppositions. • Elle aide à transformer la culture de l'entité, les valeurs des groupes sociaux concernés par le projet. • On garde une liberté de manœuvre pour réorienter la démarche en cours de route.
Lorsqu'elle est mise en œuvre de manière inefficace…	• On risque l'enlisement de la démarche. • La marge de manœuvre pour réajuster la démarche est faible.	• Le secteur d'expérimentation est marginalisé. • On discrédite durablement le projet.	• Le projet suscite des malentendus et crée un sentiment de manipulation. • Les intentions apparaissent trop vite / trop clairement et accentuent le phénomène de rejet initial.

2.2.2 Evaluation des faiblesses de la démarche blésoise : 10 points à revoir

Au delà du coup d'arrêt de 2002, il convient d'analyser les faiblesses plus structurelles de la démarche blésoise, en s'appuyant notamment sur les entretiens réalisés auprès des responsables opérationnels.

1 – Une construction inachevée des tableaux de bord

Certes, si l'on attendait que tous les outils d'évaluation soient parfaitement au point, aucune démarche de contractualisation ne pourrait être lancée. Mais les responsables opérationnels indiquent la nécessité immédiate d'améliorer la présentation visuelle, l'ergonomie et la qualité du contenu des tableaux de bord. Pour certains, ces tableaux de bord sont « illisibles » et rendent l'analyse difficile. Si son caractère synthétique semble très apprécié, les acteurs, notamment les cadres, souhaiteraient que le tableau de bord déclinant les données générales du service soit accompagné de tableaux sur des fonctions plus spécifiques : gestion du personnel (absentéisme, remplacements), gestion des achats et des stocks. L'analyse générale doit en effet être complétée par une analyse plus fine car la valeur de tableaux de bord s'apprécie, pour partie, en regard de l'utilité effective pour les responsables opérationnels. Dans un même ordre d'idées, l'absence de données en temps (quasi-)réel rend impossible toute réactivité : les actions d'amélioration ne peuvent être apportées qu'a posteriori, ce qui rend peu envisageable en l'état actuel une véritable délégation de gestion. Il faut également évoquer la difficulté à identifier clairement certains liens d'interdépendance qui influencent directement les résultats de chaque unité.

Le caractère évolutif des tableaux de bord fait parfois défaut : certains acteurs signalent le manque de réactivité la part de la DSIO lorsqu'il s'agit de modifier les modes de calcul des données. Apparaît en particulier la nécessité d'améliorer l'intégration de données qui peuvent fortement influencer les résultats financiers des services. Par exemple, les vacations de personnels d'un service A pour le compte d'un service B, dues à la fermeture de lits durant l'été, ne sont pas prises en compte, ce qui pénalise le service A.

L'absence ou la faiblesse des indicateurs de qualité / d'organisation / de charge de travail (charge en soins) dans les tableaux est un aspect constamment soulevé, tant par les cadres que par les médecins. Beaucoup de responsables ont le sentiment que la logique budgétaire prime la logique d'efficience (de qualité des soins) : à la question « que signifie pour vous la démarche de contractualisation interne ? », on relève une occurrence élevée

des mots «finances », «entreprise privée », «productivité », «concurrence »... Il y a donc nécessité de valoriser le volet « qualité des soins », sans que personne ne trouve cependant de réponse satisfaisante quant aux indicateurs à mettre en place (par exemple, la mesure de la satisfaction des patients ne reflète, pour une large part, que la qualité de l'hôtellerie et de l'accueil)[41].

Par ailleurs, certains champs d'activité du CHB ne sont pas encore intégrés à la démarche : service social, activités de SSR, de psychiatrie, voire secteur des EHPAD. Quand bien même les outils d'analyse de l'activité sont les plus développés en MCO, ces secteurs, constituant la majeure partie des lits au CHB, apporteraient par leur intégration un surcroît d'intérêt dans la démarche. Ce pourrait également être l'occasion de les rapprocher symboliquement de l'activité de MCO et d'en faire des secteurs « normalisés » au sein de l'entité hospitalière.

Du point de vue de l'ergonomie, en amont de la construction du tableau de bord, les praticiens font état d'une faiblesse des logiciels utilisés pour la cotation des actes du PMSI. Si, par exemple, l'utilisation de mots-clés pouvait faciliter le fastidieux travail de recueil des données, un temps médical appréciable serait gagné.

Au final, le développement de la démarche ne peut se faire sans une réflexion sur les moyens mis à sa disposition. La DSIO dispose, pour tout moyen humain, outre le cadre de direction, d'un temps de secrétariat à tiers-temps (le DIM et le service informatique lui apportent cependant des compétences ciblées). Le DSIO ne peut, seul, assurer l'ensemble des fonctions de maintenance et de développement de la démarche (outils du contrôle de gestion, amélioration des tableaux de bord et de l'analyse).

2 – Une démarche d'analyse des données perdant une partie de sa pertinence

Les acteurs font état d'insatisfactions majeures quant à la qualité de la démarche d'analyse des données :

- Les tableaux de bord sont distribués au moment même de la réunion service / direction, ce qui ne permet aucun recul ni aucune analyse fine de la part des responsables de service.

[41] A ce titre, une recherche d'indicateurs d'efficience utilisés au sein du *National Health Service* britannique montre que des éléments de réponse sont possibles, mais beaucoup de travail reste à faire dans cette voie. Cf. site internet de la *Commission for Health Improvement* (équivalent de l'ANAES au Royaume-Uni) : http://www.chi.gov.uk

- La périodicité trimestrielle des réunions, voire semestrielle, donnait satisfaction. Une périodicité annuelle telle qu'adoptée ces dernières temps donne le sentiment que la réunion d'échanges apporte peu, surtout si l'analyse des données d'une année est réalisée en juin de l'année n+1 (difficulté pour les acteurs de comparer les chiffres avec le vécu du terrain). Les tableaux sont alors plus rétrospectifs que prospectifs, et, passé le premier stade de « découverte » des principales faiblesses du service, ils perdent une bonne partie de ce qui en fait leur valeur.

- Les acteurs sont attachés au suivi des éléments évoqués au cours de la réunion. Certains déplorent ne pas avoir obtenu de compte-rendu de réunion, ce qui est pourtant, rappellent-ils, un engagement de la direction dans la convention-cadre. D'autres, y compris parmi les alliés affichés de la démarche, évoquent l'absence de réponse ou la réactivité déclinante du DIM ou de la DSIO à des interrogations formulées en réunion, sur tel ou tel aspect de la gestion du service. Ces manques semblent vécus comme des déceptions majeures. De même, le bilan d'activité annuel de la démarche, prévu lui aussi par la convention-cadre, n'a pas toujours été exposé devant les instances.

3 – Une absence de formalisation des contrats

Peu de contrats direction / services ont été formellement signés ; les contrats signés l'ont été surtout au début de la démarche. Symboliquement, la formaliser de contrats permet pourtant de matérialiser les engagements réciproques et de maintenir l'attention envers la démarche, de maintenir celle-ci « sous tension ». Tout en refusant le « tout-contrat », nombreux sont les acteurs opérationnels à déplorer l'absence de bases écrites.

De manière plus globale, certains acteurs reprochent à la démarche de ne pas avoir de bornes claires : elle est « employée à toutes les sauces » selon un médecin interviewé ; « le contenu en est flou » pour un autre ; « où s'arrête-t-elle ? »...

4 – Au niveau des résultats financiers : une démarche atteinte par la logique des rendements décroissants ?

Comme il a été précédemment montré, du fait même de la mise en œuvre réussie de la démarche depuis1995, les écarts de coûts entre services « sur-dotés » et « sous-dotés » au regard de leur activité ont eu tendance à se resserrer, tout comme les écarts « recettes » / « dépenses » d'un même service. Les actions d'amélioration dirigées vers la

maîtrise des coûts perdent alors une partie de leur pertinence. Mais les « niches d'efficience » demeurent encore existantes.

5 – Une intégration de la démarche encore perfectible

Il a été souligné la volonté d'intégration de la contractualisation interne dans une démarche d'ensemble de management, via notamment les travaux du Comité d'Evaluation et d'Orientation. Si cela est indéniable, cette intégration demeure perfectible, notamment pour ce qui concerne les liens contractualisation / démarche qualité. L'interpénétration des deux démarches reste à faire : les projets d'amélioration sont encore rarement menés de concert ; la Direction de la Qualité n'est pas représentée dans les réunions direction / services.

Plus généralement, s'il est légitime qu'une direction, la DSIO, soit « porteuse » du projet, on peut regretter la relative faiblesse de l'implication des directions fonctionnelles. La diffusion de la démarche au sein de l'équipe de direction demeure encore perfectible, comme en attestent les débats au sein du conseil de direction en avril 2002 : passer d'un management faisant une large part à la centralisation et à l'affectif à un management plus décentralisé et plus objectif rencontre des résistances non seulement parmi les opérationnels mais aussi parmi les cadres de direction, qui saisissent bien l'intérêt de la démarche, mais n'ont pas encore acquis les réflexes de son intégration dans leur pratique quotidienne. Là encore, l'évolution des mentalités et des habitudes demandera du temps.

Illustration de cette faiblesse, certaines informations traitées au niveau des services administratifs ne sont pas communiquées en routine aux services soignants, médico-techniques ou logistiques. Par exemple, la DRH mène une réflexion institutionnelle sur l'absentéisme des personnels non-médicaux. Lors d'une présentation en CME en en réunion de cadres de santé, les différents acteurs ont paru très intéressés par la problématique et on activement participé aux débats. Cette réflexion n'est cependant pas suffisamment relayée dans les services, la cellule «données sociales » de la DRH ne diffusant pas les chiffres qu'elle détient service par service. Or, le ressenti sur le terrain des cadres peut être différent (au cours des entretiens, certains s'interrogeaient sur la fiabilité des données sur l'absentéisme, n'étant pas destinataires du détail de leur service). Il serait intéressant que ceux-ci puissent analyser les données de leur service et les confronter à leur vécu, dans le but d'affiner l'éventail des mesures de prévention de l'absentéisme proposé au niveau institutionnel : un couplage actions institutionnelles /

actions par service, management d'ensemble / management de proximité pourrait ainsi être proposé.

La même problématique touche d'autres directions : la Direction des Achats, des Equipements et de l'Hôtellerie ne fournit pas non plus en routine les données de gestion des stocks (les magasins centraux disposent de données informatisées service par service, mais ne les transmettent que lorsque le cadre du service en fait la demande).

Cela traduit une certaine orientation de la démarche de contractualisation : celle-ci s'est prioritairement appuyée sur les responsables médicaux des services, moins sur les cadres paramédicaux. L'interrogation sur l'implication des cadres dans la démarche renvoie aux difficultés supposées qu'ils éprouvent dans le pilotage des activités : quelle « emprise » ont-ils sur l'activité médicale, dont dépend étroitement le fonctionnement du service ? Si cette orientation première pouvait être justifiée pour des raisons d'efficacité (la prescription médicale au sens large est un axe majeur dans la recherche de l'efficience), elle l'est moins dans une optique d'intégration complète de la démarche (vis-à-vis de la démarche qualité, de la démocratie interne, etc.).

6 – Un système d'intéressement restant à pérenniser

Les règles adoptées dans le cadre de la charte de l'intéressement semblent comprises et bien acceptées par les responsables opérationnels, sous réserve qu'elles soient régulièrement rappelées (certains « oublient » la règle du caractère non-pérenne du financement). Passée la phase de définition, ces derniers paraissent très attachés à l'intéressement. Beaucoup regrettent que le système instauré ait connu des coups d'arrêts ces dernières années (il n'y a pas eu de versements aux services en 2002). De plus, ils souhaiteraient une évolution, d'ailleurs prévue par la charte, vers un intéressement non plus uniquement basé sur les résultats financiers, mais également sur les critères de qualité des soins ou des projets innovants portés par des équipes (cela renvoie aux difficultés à établir des indicateurs de qualité).

De son côté, la direction fait état de la difficulté pour certains services à proposer des projets finançables par l'intéressement (financements non pérennes).

7 – Une culture du « management ensemble » à développer chez les acteurs des services et parmi les cadres de direction

Le blocage observé en 2002 incite à reposer la question de l'appropriation de la démarche par les acteurs opérationnels, et celle de leur niveau de compréhension des enjeux et des outils ; la direction ayant peut-être surestimé sur ce point le niveau de développement de la culture de management au sein de l'entité, notamment parmi les services cliniques (les services médico-techniques sont culturellement mieux préparés à la gestion). Développer la culture de gestion, comme tout phénomène d'ordre culturel, est une affaire de longue haleine : l'évolution des regards des professionnels sur leurs propres pratiques est perceptible, mais lente. Partant de là, l'évolution du contenu des métiers ne peut se faire sans phénomène de freinage ou – selon une vision plus optimiste – sans phénomène d'apprentissage (très) progressif.

Il faut noter à ce titre que les formations (continues) aux principaux outils du management (conduite de projet, de réunion, gestion des conflits internes aux équipes…), accessibles au plus grand nombre, sont faiblement développées parmi les médecins. Les incitations à se former ont été faibles, y compris dans la phase de lancement de la démarche de contractualisation. Or, confronter la pratique à quelques outils théoriques constitue probablement la meilleure formation au management qu'il soit. Chez les cadres, incontestablement mieux préparés aux outils du management, le risque est celui d'une certaine focalisation sur des enjeux certes non négligeables mais, au final relativement faibles au regard des coûts constatés (par exemple la gestion des stocks), alors que les marges de manœuvre en vue de l'efficience se situent plus du côté de l'organisation des soins (il est vrai étroitement dépendante de l'organisation médicale du service).

De leur côté, les acteurs des services, notamment les praticiens, reprochent aux cadres de direction le fait que la dimension strictement gestionnaire, prime, chez eux, la dimension « santé publique » (développement d'activités nécessaires pour répondre aux besoins de la population locale, prise en compte de l'activité de prévention et du travail en réseaux), ce qui cristallise le conflit autour des moyens, conflit nécessaire mais réducteur à leurs yeux. Les praticiens renvoient également le fait que certaines réticences vis-à-vis de la démarche proviennent avant tout des directions fonctionnelles, du fait de leur volonté de conserver leur « pouvoir centralisateur » : ainsi le devoir « d'exemplarité » de la direction n'est pas constamment respecté.

8 – Quelle conciliation entre le niveau traditionnel des services et la mise en commun de moyens ?

La volonté de lancer la contractualisation sans regrouper au préalable les services et les unités aura permis d'ancrer la démarche et de surmonter les résistances des opérationnels. Aujourd'hui – et c'est à mettre en partie au crédit de la contractualisation – certaines tendances fédératrices parmi les services peuvent être constatées (unités ambulatoires en chirurgie et en médecine, fédération urgences-SAMU-SMUR). Se pose dès lors la question du niveau pertinent de contractualisation, non encore résolue au CHB : faut-il développer la démarche à organisations inchangées (analyse des tableaux de bord, intéressement… au niveau des services ou unités, de manière individuelle : c'est la préférence spontanée des responsables opérationnels) ? Faut-il, au contraire, regrouper les services au sein de centres de responsabilité préfigurant des « pôles » (fédérations) ? Ces dernières années, les deux niveaux ont été simultanément adoptés pour l'analyse des tableaux de bord (réunions regroupant différents services), mais la clarification entre ce qui doit relever des services / unités et ce qui doit relever des pôles reste à établir.

9 – Un lien encore ténu entre la contractualisation et la « démocratie interne »

Le lien entre la contractualisation et la démarche participative, notamment au travers des conseils de service, reste ténu, ce qui fait dire à certains cadres paramédicaux que la démarche est «élitiste ». Les responsables opérationnels semblent peu évoquer les tableaux de bord et les résultats du services lors des réunions de service. Certains cadres ont voulu confier une responsabilité à des personnes référentes pour la démarche (IDE par exemple), sans que cela soit réellement suivi. Surtout, tous les services ne sont pas dotés d'un conseil de service. Faire avancer ce point pourrait cependant contribuer l'adhésion des syndicats à la démarche, jusqu'à présent réticents, et donc donner encore plus de poids à cette dernière.

10 – Une communication sans cesse à renouveler dans la diffusion de la démarche

Dans un telle démarche, l'effort de pédagogie doit être constant. Il l'a été en partie, mais les acteurs des services constatent que, lors de la phase de généralisation des tableaux de bord, l'évaluation de l'expérimentation ne leur a pas été présentée ; la transition s'est faite « en catimini » ; la généralisation n'a pas été clairement expliquée. La direction devra se faire vigilante à l'avenir quant aux modalités de diffusion de la démarche, car, pour certains, « le flou artistique demeure » (un cadre paramédical).

3 *TROISIEME PARTIE* ANALYSE ET PROPOSITIONS POUR UNE RELANCE DE LA DEMARCHE DE CONTRACTUALISATION INTERNE AU CH DE BLOIS

Ayant démontré les risques d'essoufflement de la démarche de contractualisation interne, la question est désormais de savoir comment les prévenir. Le statu quo ne jouant pas en faveur de la démarche, il convient d'analyser les conditions d'une relance (3.1) afin de présenter des éléments de proposition permettant de dépasser les problèmes rencontrés (3.2).

3.1 Les conditions d'une relance : profiter d'un moment favorable

Il semblerait que la deuxième étape de la contractualisation interne au CH de Blois puisse actuellement bénéficier d'une conjoncture propice à sa mise en œuvre, tant au niveau de l'environnement (3.1.1) qu'à un niveau interne au CHB (3.1.2). Il s'agira donc pour la direction du CHB de saisir cette opportunité.

3.1.1 Un environnement favorable à la relance de la démarche : la mise en oeuvre du plan « Hôpital 2007 » et celle d'autres réformes

L'annonce du lancement du plan « Hôpital 2007 » par le Ministre de la Santé, Jean-François MATTEI, dès la fin de l'année 2002, a ouvert la voie à une réforme d'envergure au sein du monde hospitalier. Il est intéressant de voir que ce plan recouvre une dimension globale : les différents éléments qui le constituent (aide à l'investissement hospitalier, notamment le système d'information, réforme de l'organisation interne, réforme budgétaire et assouplissement des contraintes réglementaires…) sont reliés entre eux par une même logique reposant, selon les mots de J.F. MATTEI, sur «la confiance, la responsabilité partagée et la contractualisation, (…), l'instauration d'une culture du résultat et de la qualité »[42]. Cela renvoie tout simplement à la logique

[42] Cf. Discours de Jean-François MATTEI, Ministre de la Santé, 20 novembre 2002 (disponible sur le site internet du Ministère de la Santé, cf. bibliographie).

d'efficience, ou de performance hospitalière, évoquée dans la première partie de ce mémoire.

A) La réforme de la gouvernance hospitalière : renforcer la logique de responsabilisation et de contractualisation, rapprocher les soignants et les gestionnaires

La contractualisation interne reçoit un sérieux encouragement au travers de la réforme de la gouvernance proposée au sein du plan « Hôpital 2007 ». Si, à l'heure où sont écrites ces lignes, les modalités de cette nouvelle gouvernance ne sont pas encore arrêtées (elles le seront au cours du dernier trimestre 2003), les grandes orientations sont déjà tracées comme suit.[43]

Du point de vue de **l'organisation institutionnelle des établissements**, et nonobstant l'impact des éventuelles modifications apportées aux statuts de praticiens hospitaliers et des directeurs d'hôpital[44], un certain nombre de propositions – intéressant de près ou de loin la contractualisation interne – pourraient apporter des changements majeurs :

- Le conseil d'administration verrait ses missions recentrées sur les fonctions stratégiques (grandes orientations de l'organisation interne, dont les modalités de la contractualisation), d'évaluation et de contrôle, en même temps que ses pouvoirs seraient renforcés.
- Le comité de direction, déjà présent dans un certain nombre d'établissements, dont le CHB, serait institutionnalisé et restreint à une dizaine de personnes. Le corps médical y serait représenté de plein droit, ce qui, phénomène curieux, est rarement le cas à l'heure actuelle dans les hôpitaux (au CHB, le comité de direction comprend le directeur, les six directeurs adjoints, la Directrice des Soins et l'ingénieur responsable des Services Techniques et des Travaux, mais pas de responsable médical). Ses missions recouperaient une fonction d'élaboration et de proposition au conseil d'administration, ainsi qu'une fonction opérationnelle d'organisation et de gestion.
- La CME verrait ses missions recentrées sur la définition de la stratégie médicale et de la formation médicale continue. Sa composition évoluerait : seraient membres

[43] Cf. discours de Jean-François MATTEI, lors de la réunion d'étape avec les professionnels hospitaliers du 26 juin 2003 dans le cadre du plan « Hôpital 2007 » (disponible sur le site internet du Ministère de la Santé, cf. bibliographie).

[44] Par exemple, pour les praticiens, la mise en œuvre du principe des «valences » (soins, enseignement, recherche, gestion) ou celle du principe d'évaluation, etc.

de droit les responsables médicaux des pôles nouvellement institués ; un collège de membres élus subsisterait. La fonction de président de CME – qui deviendrait en quelque sorte le «directeur médical » – serait valorisée par une indemnisation particulière et un remplacement de temps médical.

Si l'on s'en tient à **la contractualisation interne** stricto sensu, les propositions avancées par le Ministre de la Santé vont dans le sens d'un développement audacieux de la démarche. Il s'agirait d'aboutir à une généralisation des procédures de contractualisation interne déjà existantes.

- Chaque établissement devra déterminer une masse critique de gestion, en fonction du contexte local, à partir de laquelle seront constitués des pôles (le Ministre emploie également le terme de «services » pour désigner ces entités), regroupements des actuels services et unités autour de pathologies, organes ou processus de soins.

- Le principe de la responsabilisation des pôles et de leurs responsables est clairement posé. Les chefs de pôle, nommés par le comité de direction après avis de la CME, seraient des médecins formés aux principaux outils de la gestion et disposeraient de pouvoirs importants, en contrepartie de cette responsabilité. Ils seraient assistés par un cadre de santé et un encadrement administratif.

- L'outil contractuel serait largement privilégié dans les relations direction / pôles. La contractualisation serait à la fois collective (contrats de pôles) et individuelle (choix des responsables de pôles par exemple).

- Le contrat conclu entre le pôle et le comité de direction pourrait comprendre une véritable délégation de gestion au responsable de pôle qui pourrait notamment concerner pour partie la gestion des achats et celle des ressources humaines. Les termes de la délégation seraient fixés par le règlement intérieur de l'établissement et prévus dans les contrats négociés. Ils comporteraient notamment les modalités d'évaluation de la performance des services (financière, qualité des soins), ainsi que celles de l'intéressement individuel et collectif aux résultats.

Au final, la réforme de la gouvernance appartient au premier chef aux hôpitaux eux-mêmes, puisque le Ministre de la Santé a réaffirmé le principe de la liberté d'organisation des établissements, dans le droit fil de « l'amendement liberté » de la loi hospitalière de 1991.

B) La réforme budgétaire : médicaliser le financement des hôpitaux

Le budget global des hôpitaux, mis en œuvre à partir de 1983, vit ses derniers mois, en tout cas sous sa forme actuelle. La réforme annoncée de la tarification à l'activité (« T2A ») sera incontestablement un changement majeur dans l'histoire des hôpitaux. Certes, il ne s'agit pas d'une révolution puisque le changement sera progressif, échelonné sur plusieurs années à compter de 2004, et que, par ailleurs, pour certaines activités liées au service public (urgences, réanimation, soins palliatifs…) ou à l'innovation (nouvelles molécules ou dispositifs implantables coûteux par exemple), un financement par dotation globale sera préservé. En revanche, l'idée d'instaurer des mécanismes de financement incitatifs, prenant en compte l'activité médicale et le service rendu, si elle n'est pas nouvelle (elle était contenue en germes dans la création du PMSI à la fin des années 1980), fait passer le budget des hôpitaux d'une logique de moyens (« on obtient les financements correspondants à nos dépenses ») à une logique de résultats (« on obtient les financements correspondants à notre activité »). Les efforts des établissements les plus dynamiques en seront récompensés, tandis que les hôpitaux moins dynamiques n'auront d'autre choix que se restructurer.

Le budget global, s'il a pu constituer une avancée par rapport à la situation antérieure du « prix de journée », a révélé des effets néfastes : il a notamment figé les situations financières des établissements, ne tenant pas suffisamment compte de l'évolution de leur activité. Ainsi, par exemple, des établissements qui ont connu une croissance de leur activité n'ont pas nécessairement vu augmenter leur budget ; c'est le cas du CH de Blois, sous-doté au regard de la moyenne nationale calculée à partir des données du PMSI et de l'ENC. Inversement, d'autres établissements ont pu bénéficier de rentes de situation (budget plus important que ce qu'il devrait être au regard de leur activité). Dès lors, le budget global pénalise les établissements dynamiques, comme le CH de Blois, qui voient leur activité augmenter à moyen ou long terme, et n'encourage aucunement les établissements bénéficiant de rentes de situation à augmenter leur productivité (en développant leur activité ou en diminuant leurs coûts).

Au final, selon les propres mots de J.F. MATTEI, le budget global « a pu laisser croire aux hospitaliers que la santé était affaire, avant tout, de comptabilité. »[45] Il s'agit dorénavant, avec la tarification à l'activité, de parachever la médicalisation du financement des

[45] Discours de Jean-François MATTEI, op. cit.

hôpitaux entamée avec le PMSI : c'est le passage annoncé d'une « maîtrise » comptable des dépenses hospitalières (en réalité d'une non-maîtrise) à une maîtrise médicalisée.

Le CHB est dans une position favorable vis-à-vis de la « T2A » : compte-tenu de son contexte financier et d'activité, l'établissement semble avoir plus à gagner qu'à perdre dans cette réforme. Le CHB est d'ailleurs d'ores et déjà impliqué à plusieurs titres dans la « T2A ». D'une part, le Directeur et le DSIO de l'établissement font partie du groupe de travail mis en place par la DHOS pour lancer cette réforme. D'autre part, et surtout, le CHB fait partie des 60 établissements publics et privés volontaires choisis l'expérimenter en 2003. Concrètement, cela se traduit par une analyse du traitement des informations médico-économiques issues du PMSI (qualité, exhaustivité, rapidité du codage et de la production des résumés de sortie standardisés de manière trimestrielle voire mensuelle), de la comptabilité analytique et de la façon dont sont associés les praticiens – sans qui le PMSI ne pourrait exister – au pilotage de l'hôpital[46].

La mise en œuvre de la tarification à l'activité renforce l'intérêt à agir vis-à-vis de la contractualisation interne. La valorisation de l'activité médicale verra son impact renforcé de manière cruciale : les services de soins, avec l'appui du DIM, auront tout intérêt à coder au mieux (et de manière rapide) leurs actes puisque la valorisation de leur activité, qui se fait sans enjeu financier majeur sous la forme actuelle du PMSI (l'enjeu est indirect, avec les dotations « de rattrapage » des ARH aux établissements sous-dotés dans le cadre des COM), aura un impact budgétaire direct sur l'hôpital. D'un point de vue méthodologique, la contractualisation interne en sortira mieux armée : dès lors que la qualité et la rapidité du recueil des actes médicaux sera accrue, les tableaux de bord médico-économiques des services auront une fiabilité renforcée (les chiffres sur lesquels s'appuie toute la démarche contractuelle en deviendront d'autant moins contestables et leur parution sera plus régulière). De plus, une révision de la classification des GHM est prévue dans ce cadre. Elle devrait mieux prendre en compte les spécificités de certaines pathologies, tout comme la mise en place d'une classification commune des actes médicaux (CCAM) remplaçant la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) devrait faire disparaître des distorsions dans le calcul des coûts.

Surtout, du côté des changements de fond, la tarification à l'activité favorisera la transparence autour de données objectives et suscitera le débat au sein de l'hôpital

[46] Cf. CHARDON D. « La tarification à l'activité inquiète les directeurs d'hôpital et de clinique ». *Le Quotidien du Médecin*, 24 juin 2003, avec notamment une interview d'Hubert GARRIGUE-GUYONNAUD, Directeur du CH de Blois, intitulée « La confiance du CH de Blois ».

(direction / services et services entre eux) sur les questions cruciales de l'activité et de l'organisation : « Sommes nous bien organisés ? », « Comment améliorer les relations inter-services ? », « Avons nous intérêt à développer / à abandonner tel ou tel type d'activité ?, « Quelles ré-allocations de ressources devons-nous éventuellement effectuer au sein de l'hôpital, entre services ? »… Les services seront directement responsabilisés sur leur activité ; leur réactivité sera renforcée, notamment par la mise en place fortement recommandée de tableaux de bord disponibles en temps réels. Dans ce cadre, il sera tout à fait envisageable d'intéresser durablement les services « locomotives » de l'hôpital.

La première phase de la contractualisation interne au CH de Blois, essentiellement évaluative, aura été celle de l'utilisation des outils du PMSI, lui aussi principalement évaluatif. Pourquoi ne pas imaginer que la seconde phase de la contractualisation interne, plus active et réactive, coïncide avec la mise en œuvre de la « T2A », qui n'est autre que l'utilisation du PMSI selon une version elle aussi plus active et réactive (ré-allocation de ressources entre services) ?

C) Les nouvelles formes d'évaluation et d'accréditation : vers une médicalisation de l'évaluation des pratiques

Le troisième et dernier bouleversement annoncé est celui de la réforme de l'évaluation et de l'accréditation sous l'égide de l'ANAES[47]. S'il ne fait pas directement partie du plan « Hôpital 2007 », il n'en participe pas moins de la même logique, puisque, là encore, il s'agit de développer la médicalisation de l'évaluation et de l'accréditation des établissements et des pratiques professionnelles (et de simplifier les procédures prévues à cet effet), autour du concept de performance économique et qualitative (notamment médicale) des établissements.

L'ANAES s'est lancée dans une double réforme de l'évaluation : il s'agit, d'une part, de prendre en compte véritablement les pratiques cliniques et de mesurer le service médical rendu, notamment dans la procédure d'accréditation des établissements de santé, et, d'autre part, de développer l'évaluation de la qualité du management dans ces mêmes établissements. Le travail d'élaboration du nouveau manuel d'accréditation doit s'achever d'ici la fin de l'année 2003. En 2004, une expérimentation sera mise en œuvre dans les

[47] Cf. site internet de l'ANAES référencé en bibliographie, dépêche de l'*Agence de Presse Médicale* du 2 mai 2003, « L'ANAES se lance dans l'élaboration de la nouvelle procédure d'accréditation « médicalisée », et CHARDON D., « L'ANAES veut « médicaliser » la procédure d'accréditation des hôpitaux et des cliniques », *Le Quotidien du Médecin*, 30 avril 2003.

établissements volontaires ayant satisfait à la première procédure (ce pourrait être le cas du CHB, accrédité en 2002), pour un lancement définitif de la nouvelle procédure au second semestre 2004.

Parmi les idées intéressantes du point de vue de la contractualisation interne figure celle d'une éventuelle accréditation «décentralisée» (par service ou par pôle), qui viendrait compléter l'accréditation de l'établissement dans son ensemble, telle qu'elle est pratiquée actuellement. Les établissements identifieraient les pôles dominants de leur activité. Ces pôles seraient soumis, du point de vue des pratiques cliniques, à une auto-évaluation et à une visite des experts-visiteurs, parmi lesquels des praticiens spécialistes dans les disciplines concernées. Dès lors, les spécificités des différentes disciplines médicales et chirurgicales seraient mieux prises en compte. Par ailleurs, l'ANAES indique, par la voix de son directeur général, Alain COULOMB, que la thématique de la gouvernance hospitalière sera désormais au cœur de ses travaux : les dirigeants hospitaliers pourront, à l'avenir, s'appuyer sur les résultats objectifs de l'évaluation de l'activité clinique pour prendre leurs décisions internes en matière de créations de postes, d'achats d'équipements, etc. Il s'agit, une fois de plus, de mettre en adéquation les moyens attribués avec la qualité du service médical rendu.

Dans cette logique de médicalisation de l'évaluation de la performance hospitalière, le CHB (notamment la Direction de la Qualité, à laquelle se sont associés quelques médecins) participe, en tant qu'expérimentateur, au projet COMPAQH (COordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière). Ce projet, dont le promoteur principal est l'INSERM, et pour lequel 30 établissements de santé publics et privés volontaires ont été retenus, vise à sélectionner une batterie d'indicateurs de mesure de la qualité afin d'établir, fin 2004, une échelle de comparaison (anonyme) inter-établissements, puis des points de comparaison de l'évolution d'un même établissement dans le temps. Le projet COMPAQH vise ainsi à compléter le dispositif d'évaluation, en apportant une base de comparaison qualitative inter-établissements, parallèlement à la base de comparaison financière déjà existante – le point ISA et sa valeur – issue du PMSI.

La participation du CHB à ce projet montre – comme celle à l'expérimentation de la tarification à l'activité – le dynamisme de l'établissement dans les domaines de recherche et de développement de la performance hospitalière : un point sur lequel l'établissement peut s'appuyer dans le cadre de sa démarche de contractualisation interne.

Si le CHB peut bénéficier d'un contexte extérieur propice à une relance de la contractualisation interne, il semble pouvoir s'appuyer également, en interne, sur des éléments positifs tangibles, qu'il conviendra de mettre en valeur.

3.1.2 Une conjoncture propice au sein du CH de Blois

A) Un renouvellement de l'équipe à la tête de l'hôpital

L'année 2003 a été celle du renouvellement au sein de l'équipe dirigeante du CHB. En janvier, un nouveau directeur est arrivé, après une période d'intérim de la direction de sept mois. Le projet de deuxième étape de la contractualisation avait été lancé au printemps 2002, soit peu de temps avant le départ du précédent directeur et il a été poursuivi durant la période d'intérim. Sans préjuger de la qualité des hommes en place, il est probable que cette situation d'attente n'a pas été propice au développement de la deuxième phase de contractualisation interne. L'arrivée de Hubert GARRIGUE-GUYONNAUD au poste de directeur est l'occasion d'apporter un regain d'engagement dans la démarche, d'autant plus qu'il est particulièrement convaincu de son intérêt et qu'il a pu en observer les contours lors de sa précédente affectation, au CHU de Poitiers[48]. Or l'expérience montre que la forte implication du directeur est décisive dans le développement de telles démarches.

Le renouvellement de la CME et de son bureau en mai de cette même année peut également s'avérer bénéfique pour la démarche. Le Docteur Maurice CHANTEREAU, qui a quitté ses fonctions de président de la CME après en avoir assuré la charge pendant huit ans, s'est pleinement impliqué tout au long de la mise en œuvre de la première étape de contractualisation interne, de 1996 à 2002. Il pourrait s'agir désormais de faire coïncider le lancement de la seconde étape de contractualisation interne avec le renouvellement récent du bureau de la CME. Les premières propositions formulées par le nouveau bureau de la CME, et notamment par sa présidente, le Docteur Béatrice JANVOIE-OUILLET et son vice-président, le Docteur Régis PIQUEMAL, et validées par leurs confrères élus, semblent aller dans le sens d'une compréhension et d'une coopération entre les représentants de la sphère médicale et ceux de la sphère gestionnaire toujours plus grande. L'instauration d'un bureau élargi de la CME à huit membres, décidée en juin

[48] Cf. notamment entretien du 6 août 2003.

2003, avec des délégations sur des questions de gestion de l'établissement (investissement, finances, qualité-accréditation, réseaux de santé…), est à ce titre particulièrement novatrice et intéressante : elle permettra les échanges direction / CME sur les aspects d'organisation et de gestion hospitalières, en même temps qu'elle participera à la sensibilisation, voire à la formation, des praticiens, notamment ceux exerçant ces fonctions, aux enjeux de la gestion de l'établissement.

C'est désormais à la direction de saisir cette opportunité de renouveau au sein de la CME, et notamment de trouver les arguments pour convaincre la communauté médicale de s'associer pleinement à la seconde étape de la contractualisation interne, d'autant plus que celle-ci est dans une position d'attente plutôt que dans une attitude d'opposition (cf. infra).

B) L'élaboration du projet d'établissement 2005-2009

L'année 2003 correspond également pour le CHB au lancement de l'élaboration de son futur projet d'établissement, qui entrera en vigueur en 2005.

Des premiers éléments de réflexion issus des travaux du comité de pilotage[49], il ressort que la question du management au sein de l'hôpital sera l'un des axes forts du projet. Il existe donc une réelle opportunité d'insérer la seconde étape de la contractualisation interne dans le futur projet d'établissement : il s'agit pour la direction de s'emparer de cette opportunité pour relancer le débat autour de la démarche ; de faire du principe de contractualisation un élément fort du management participatif et décentralisé au CHB.

Par ailleurs, d'un point de vue méthodologique, et dans la perspective d'une étroite collaboration direction / communauté soignante sans cesse renouvelée, il est particulièrement intéressant qu'un binôme opérationnel « mixte » ait été choisi pour animer la réflexion sur le futur projet d'établissement : le chef de projet est un médecin, membre du bureau élargi de la CME (il s'agit du Docteur Frédérique GAUQUELIN), tandis que le directeur de projet est issu de l'équipe de direction (il s'agit de Patrick EXPERT, DSIO et par ailleurs, comme cela a déjà été indiqué, référent pour la contractualisation interne). De même, la composition pluridisciplinaire du comité de pilotage du projet d'établissement garantit une diversité des points de vue apportés.

[49] Notamment réunion du 23 juillet 2003.

3.2 L'analyse socio-dynamique à l'appui de la contractualisation interne : ou comment s'appuyer sur les arguments des acteurs pour avancer des propositions viables de relance[50]

L'expérience prouve que le facteur humain est l'une des sources d'incertitude majeure, sinon la principale, dans le pilotage des changements. Elle fait écho aux propos de MACHIAVEL dans *Le Prince*, qui gardent, aux yeux des spécialistes du management, toute leur actualité : « Il n'est rien de plus difficile à prendre en main, de plus périlleux à diriger, ou de plus aléatoire, que de s'engager dans la mise en place d'un nouvel ordre des choses, car l'innovation a pour ennemis tous ceux qui ont prospéré dans les conditions passées et a pour tièdes défenseurs tous ceux qui peuvent prospérer dans le nouvel ordre. »[51]

L'élaboration de ce mémoire s'est appuyée, à une échelle modeste, sur les travaux de l'analyse socio-dynamique, découlant de ceux de la sociologie des organisations : cet outil permet de reprendre les critiques positives et négatives des acteurs dans le but d'assurer le développement de la démarche. Il s'agit de s'appuyer en particulier, de nouveau, sur l'analyse stratégique, telle qu'elle a été développée par M. CROZIER et E. FRIEDBERG[52]. La notion de stratégie, issue, faut-il le rappeler, de la science militaire, est au cœur de leur approche. Si le *politique* (plus haut échelon de l'Etat) est celui qui décide de la guerre ou de la paix, le *stratège* viendra élaborer des plans pour mener la guerre (échelon de l'état-major), tandis que le *tacticien* prendra les décisions relatives à l'exécution des plans, sur le théâtre des combats (échelon des divisions). Dans une perspective évidemment moins belliqueuse, mais néanmoins dans le but d'obtenir une « victoire » (un changement par exemple), l'acteur d'une organisation est bien un acteur stratège (et accessoirement tacticien). Il définit les buts et objectifs, coordonne les actions en vue d'une position « gagnante » dans les relations sociales au sein de l'organisation. Pour M. CROZIER et E. FRIEDBERG, cet acteur cherche à obtenir avant tout « la conquête ou la défense de zones de pouvoir » ; ce dernier étant défini comme « la capacité d'un des acteurs d'obtenir que, dans sa relation à l'autre ou aux autres, les termes de l'échange lui soient favorables ». Les stratégies peuvent être défensives (préserver son autonomie, négocier sa participation en conservant des marges de manœuvre…) ou offensives (imposer ses objectifs par la conquête). L'acteur stratège cherche avant tout à

[50] Ce paragraphe reprend notamment une série d'échanges menés dans le cadre du module « Organisation et Management des Personnes », dirigé par Mme Laetitia LAUDE-ALIS, Département MATISS, ENSP, 2002-2003.

[51] MACHIAVEL N. *Le Prince*. Traduit de l'italien par G. LUCIANI. Paris : Gallimard, 1995. 352 p.

[52] CROZIER M., FRIEDBERG E. *L'acteur et le système*. Paris : Seuil, 1977. 450 p.

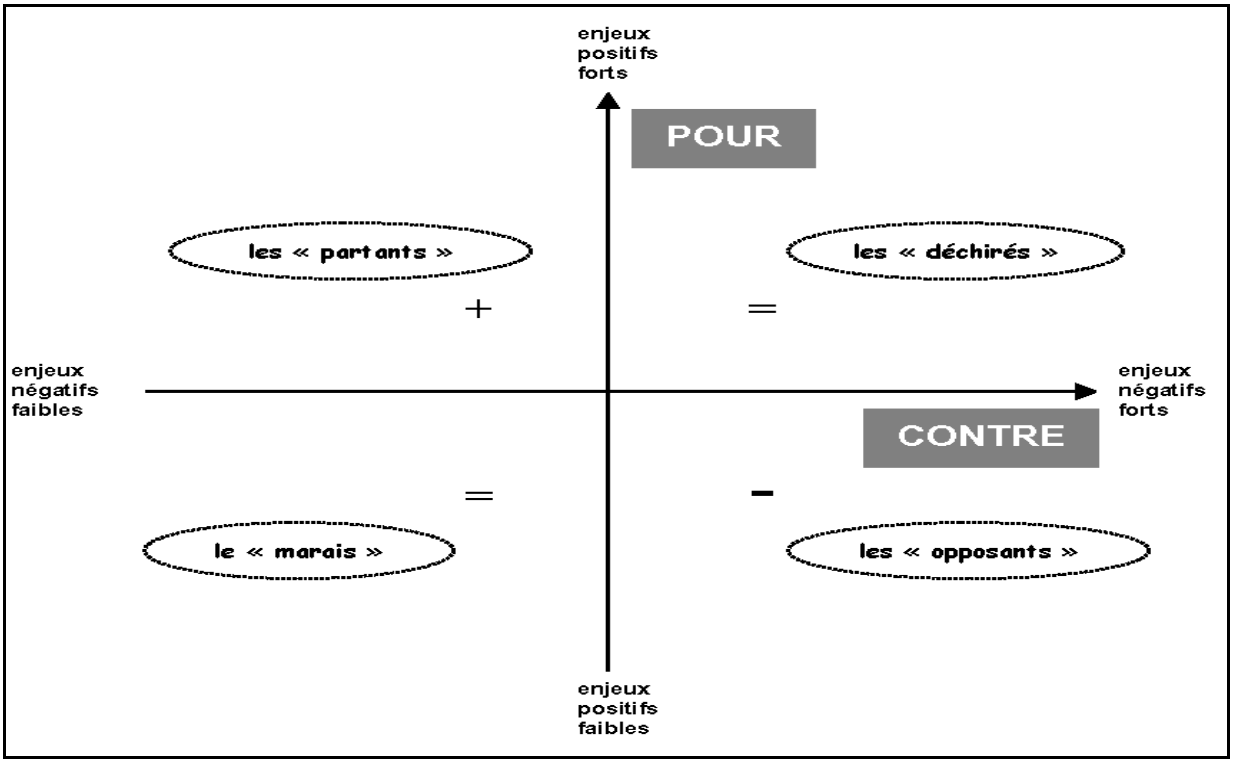
préserver sa marge d'incertitude, c'est à dire à se rendre imprévisible aux yeux des autres, et donc non maîtrisable.

Dans le cadre de projets hospitaliers de renouvellement du management portés par les directions (comme c'est le cas pour la contractualisation interne), et compte-tenu du contexte (possession par les opérationnels d'un pouvoir important de contestation et de blocage), les directions adoptent le plus souvent une stratégie offensive et les opérationnels, en particulier les médecins, une stratégie de type défensif, sans que cela soit nécessairement systématique. Il faut, bien entendu, préciser que, dans le cas d'autres types de projets (par exemple le développement d'activités médicales), les «rôles » peuvent être inversés.

Il convient pour la direction d'analyser les stratégies des acteurs, tout en sachant qu'à un corps de métier ne correspond pas nécessairement une stratégie uniforme : parmi les médecins, face à un projet de la direction, les attitudes varieront en fonction de degré d'intégration du praticien à l'organisation, de l'attachement ou, à l'inverse, l'aversion pour certaines valeurs ou notions parfois concurrentes (par exemple, service public, évaluation, concurrence, individualisme, équité…), ainsi que, de manière assez classique, en fonction de critères sociologiques (sexe, âge, parcours de formation, convictions politiques et religieuses, etc.). En particulier, les phénomènes de renouvellement de génération à l'intérieur de l'hôpital peuvent s'avérer décisifs dans le changement de l'organisation.

Le schéma suivant permet de visualiser le positionnement des différents acteurs au regard des enjeux pour eux-mêmes : enjeux du point de vue de l'intérêt strictement personnel (intérêt financier, en termes de reconnaissance des supérieurs, des pairs ou du public…), du point de vue de leur pratique professionnelle et de l'opinion qu'ils s'en font (intérêt de leur travail en tant que réalisation de soi), de l'opinion qu'ils se font de l'intérêt du patient, de l'institution hospitalière ou de leur service...

Cartographie des positions des acteurs au regard des enjeux :



« Les partants » : ces acteurs estiment avoir plus à gagner qu'à perdre et sont en faveur du changement. Le projet peut s'appuyer sur eux, mais ils peuvent également apparaître, par leurs arguments, surtout s'ils adoptent une attitude intransigeante (« plus royaliste que le roi »), comme un repoussoir vis-à-vis des hésitants (« les déchirés », voire « le marais »).

« Les opposants » : ces acteurs estiment avoir plus à perdre qu'à gagner, d'où un refus de s'inscrire dans le projet, voire une position de blocage lorsque leur influence le leur permet. Sous peine de perdre du temps et de l'énergie, il est inutile de chercher à les convaincre. En revanche, leurs arguments doivent être repris pour être «contrés » et « réexpliqués » aux autres acteurs, en particulier les hésitants (« les déchirés », voire « le marais »).

« Le marais » : regroupe les acteurs dont les enjeux positifs et négatifs sont faibles. Ce sont les partisans du « wait and see ». Plus suiveurs que porteurs, ces acteurs n'influenceront pas le projet, tout au moins dans un premier temps. Il n'est pas nécessaire pour les promoteurs du projet de concentrer leurs efforts sur ce groupe.

« Les déchirés » : ces acteurs mettent en balance les enjeux positifs et négatifs. Ils hésiteront avant de se décider. Ils négocieront leur participation. C'est la catégorie sur laquelle les promoteurs du projet doivent concentrer toute leur énergie et leur force de

persuasion : une fois convaincus, après un temps de réflexion, les « déchirés » peuvent devenir les meilleurs alliés du projet.

Par ailleurs, les acteurs doivent être positionnés au regard de leur influence sur les autres : influence positive / négative, degré d'écoute et « d'aura » sur les autres acteurs. En fonction de leur influences respectives, les « partants » accompagnent le mouvement et peuvent le faciliter, les «déchirés » peuvent vouloir négocier leur participation, les « opposants » s'opposer, conscients de leur influence, et le « marais » rester en retrait.

Les acteurs en présence, dans le cadre de la contractualisation interne au CHB, se retrouvent dans trois grandes catégories : la direction, l'encadrement, le corps médical.

- ***La direction*** : porteuse du projet, elle mène une stratégie de type offensif. Certes, en son sein, chacun des membres de l'équipe ne porte par le même degré d'attachement à la contractualisation interne (les directeurs fonctionnels peuvent se sentir remis en cause dans leurs attributions), mais, dans la mesure ou le directeur (-général) s'implique en faveur du projet, la contestation ne peut venir de cette entité. En revanche, des blocages peuvent avoir lieu, par insuffisance de motivation ou incompréhension des enjeux, de la part des directions fonctionnelles, qui ont un rôle dans la mise en œuvre de la démarche. Il appartient à la direction générale et à la direction « de la stratégie » (DSIO) de parvenir à éviter ces éventuels blocages.

- ***L'encadrement (non-médical)*** : a priori favorable à la décentralisation de la décision, il est cependant en attente d'une définition exacte des « règles du jeu » avant de s'engager réellement.

- ***Le corps médical*** **:** peu porté à l'origine sur les questions de gestion, il est néanmoins partagé quant à l'intérêt de la démarche. Un paradoxe peut être ici relevé : les praticiens estiment souvent être insuffisamment associés à la prise de décision, qu'elle soit institutionnelle ou concerne directement leur service, mais, dès qu'il s'agit de s'impliquer plus étroitement dans la gestion, beaucoup se montrent réticents à occuper un rôle qu'ils estiment ne pas être le leur. Par ailleurs, différentes attitudes d'adhésion (critique ou non), de rejet, d'attentisme ou d'indifférence se retrouvent en fonction des caractéristiques socio-culturelles et des attachements philosophiques ou politiques de chacun : au final, ces divergences expliquent la participation inégale des praticiens à la démarche.

Les représentants syndicaux, traditionnels interlocuteurs sur bon nombre de projets sont, pour ce qui est de la contractualisation interne, dans une position de relatif « hors-jeu ». Certes, au CHB, les deux syndicats en présence, la CGT et la CFDT, ce sont toujours

opposés à la démarche lors des débats en CA, en CTE et en CEO (les représentants du personnels y disposent de deux sièges), pour des raisons classiques (« logique purement financière au détriment de la qualité du service rendu et des conditions de travail », « logique de concurrence entre services »). Cependant, leur pouvoir de blocage est faible étant donné, d'une part, l'isolement de leur position en CA sur cette question et, d'autre part, le fait que le déploiement de la démarche s'appuie avant tout sur l'encadrement, peu (cadres) ou pas du tout (médecins) représenté au sein de ces mêmes syndicats.

D'un point de vue méthodologique[53], les entretiens au sein de l'équipe de direction et parmi les responsables de proximité (opérationnels), d'une durée d'une demi-heure à une heure chacun, ont été menés sous la forme semi-directive, afin de privilégier les échanges interactifs. En préambule, lorsqu'il s'agissait des opérationnels, j'ai systématiquement précisé que l'entretien était anonyme et que j'intervenais à titre personnel, et non pas au nom de la direction, de manière à favoriser la liberté des échanges. Ces entretiens se sont répartis en deux phases :

- Une première série d'entretiens a eu lieu en juin-juillet 2003 afin de mieux appréhender les opinions des acteurs vis-à-vis de la contractualisation interne. Il s'agissait d'élaborer des hypothèses de travail, et notamment des propositions pour une relance de la démarche.
- Une deuxième série d'entretiens a eu lieu en septembre 2003 afin de « tester » auprès des opérationnels les hypothèses construites dans la phase précédente et de les affiner.

A défaut de pouvoir interroger un large panel d'acteurs, compte-tenu des contraintes de temps de l'exercice, le choix des personnes interviewées s'est effectué en fonction de critères de représentativité (cible principale : cadres et médecins des services cliniques, principaux acteurs en présence, tant en nombre qu'en influence sur le projet) et selon les indications apportées par le DSIO sur les acteurs, au regard des critères de la socio-dynamique précédemment évoqués (le DSIO détient une connaissance de l'historique de la contractualisation que je ne peux de toute évidence détenir).

L'objectif fixé pour les entretiens était d'une part, de repérer des alliés pour le projet. Ce repérage est nécessairement partiel : l'équipe de direction, qui connaît évidemment mieux les cadres et les médecins, détient une expertise en la matière. D'autre part, et surtout, il

[53] Cf. annexes 3 et 4 : deux trames de questionnaires (aux médecins et aux cadres paramédicaux) de services / d'unités du CHB.

s'agissait, de récupérer les arguments pour et contre la contractualisation dans une perspective de formulation de propositions réalistes (cf. point 3.3 du mémoire) : c'est le principe de « latéralisation » bien connu des théoriciens du management (adaptation des objectifs généraux au regard des propositions formulées par les acteurs).

Dans le cadre du projet, les alliés sont ceux qui résument leur pensée ainsi : « la contractualisation interne sur le papier, c'est bien… dans la réalité, c'est autre chose… alors il faudrait faire comme ceci pour que la démarche soit réellement intéressante… ». Ces personnes, a priori intéressées, peuvent détenir les clés pour surmonter les obstacles ; la question qu'il convient de leur poser en priorité est donc : « Que faudrait-il faire pour que la contractualisation interne fonctionne mieux ? ». Il s'agit de reprendre leurs arguments et de les concrétiser, et ainsi de convaincre les hésitants (« les déchirés », le marais »). En particulier, « les déchirés », surtout s'ils ont un pouvoir d'influence certain sur les autres acteurs, peuvent faire basculer la balance en faveur du projet.

On peut remarquer à cet égard le clair attachement au service public d'un groupe de soignants et de praticiens au sein du CHB : ceux-ci sont favorables au changement dès lors qu'il leur paraît contribuer à l'amélioration du service au public. C'est à la direction de montrer que le projet va dans ce sens, au regard de trois critères[54] :

- Les **valeurs** de la personne. La notion de contrat, issue du secteur privé et du modèle du marché, ne fait pas nécessairement partie des valeurs de référence des acteurs du service public. Il convient donc de montrer que le contrat interne se fait au bénéfice du patient et du service public.
- L'**utilité** pour la personne. Les soignants se préoccupent essentiellement des soins, secondairement de la gestion. Il convient donc de montrer en quoi la contractualisation peut être utile dans leur travail au quotidien, notamment du point de vue de l'amélioration de la prise en charge.
- L'**envie** de faire de la personne. L'analyse de l'activité par le biais de chiffres bruts n'est pas nécessairement ludique et intéressante pour les non-initiés. Il convient donc d'apporter des outils permettant un large accès aux données.

[54] Il s'agit ici de la reprise du modèle «VUE» (Valeur, Utilité, Envie) développé par les auteurs de l'analyse socio-dynamique.

3.3 Propositions pour une relance de la démarche

Il ne s'agit pas ici d'apporter une solution «clés en main » pour une relance de la contractualisation interne au CH de Blois, mais plutôt de suggérer, en fonction de l'évaluation et du contexte précédemment posés, des pistes de propositions. En particulier, les éléments issus de l'analyse socio-dynamique sont repris. Bien entendu, les propositions devront être adaptées en fonction des évolutions programmées à court terme (« T2A », réforme de l'organisation interne des établissements).

3.3.1 Objectifs poursuivis

La relance de la démarche de contractualisation interne au CH de Blois, telle qu'elle est proposée, doit répondre aux objectifs suivants :

- Développer la médicalisation de la gestion de l'établissement, au niveau des services ou des pôles d'activité (contractualisation interne stricto sensu), mais également au niveau de la gestion de l'établissement en tant qu'institution (au delà, ou aux côtés de la contractualisation). Cet objectif se décline en sous-objectifs :
  - Convaincre les responsables opérationnels de l'intérêt du développement de la médicalisation de la gestion.
  - Donner des moyens accrus à ces mêmes responsables pour le pilotage de leur activité, et le pilotage de l'établissement.

- Contribuer à fluidifier les relations existantes entre la direction et les responsables opérationnels.

- Renforcer l'intégration de la contractualisation interne dans le management : renforcer les liens entre la démarche et les autres outils de management, en particulier la démarche qualité.

3.3.2 Cinq axes de travail et 28 propositions pour une relance de la démarche

Axe n°1 : améliorer les outils d'évaluation et l'analyse croisée des données

Les tableaux de bord des services doivent être des outils plus réactifs, moins rétrospectifs. Il est préconisé qu'ils soient plus complets et que leurs données soient fiabilisées. Ils doivent également être plus accessibles aux acteurs opérationnels. Les temps consacrés à l'analyse croisée des données doivent également bénéficier d'un renouveau pour retrouver pleinement leur pertinence.

- ***Proposition 1 : codage des actes PMSI***

  L'amélioration du recueil des actes du PMSI passe par une plus grande ergonomie du logiciel de codage mis à la disposition des praticiens.

- ***Proposition 2 : ergonomie des tableaux de bord de services***

  Il convient d'améliorer la mise en forme des tableaux, leur lisibilité et leur ergonomie afin de les rendre aisément accessibles aux non-gestionnaires, tout en conservant leur caractère synthétique. La rédaction d'un lexique ou d'un «référentiel de la gestion décentralisée» à destination des non-gestionnaires faciliterait l'apprentissage. Un rappel des termes n'est pas superflu Il est suggéré que la DSIO fasse de cette proposition un objectif prioritaire.

- ***Proposition 3 : contenu des tableaux de bord***

  De même, l'amélioration du contenu des tableaux de bord doit être poursuivie, notamment par la valorisation de certaines activités (consultations externes, consultations internes pour le compte d'autres services…). Un effort des services concernés (DIM, informatique) pour produire et diffuser plus rapidement les tableaux apparaît nécessaire.

- ***Proposition 4 : investissements dans le système d'information***

  Le développement du système d'information doit être poursuivi. En particulier, il convient de mener à terme dans les années qui viennent le projet d'informatisation du dossier patient (partie «dossier de soins») ainsi que l'informatisation du circuit du médicament. Un investissement moins coûteux mais également utile pourrait concerner l'informatisation des commandes de fournitures hôtelières par les services

vers le service «approvisionnements », en lien avec la construction des nouveaux magasins centraux.

➢ ***Proposition 5 : transmission en routine des données concernant les services***

Les directions fonctionnelles doivent être sollicitées pour transmettre en routine les informations qu'elles détiennent sur chaque service, afin d'assurer une réelle exploitation des données par les responsables opérationnels :

- la Direction des Ressources Humaines et la Direction des Soins : moyens humains mis à disposition (tableaux d'effectifs), données sur l'absentéisme, le remplacement, les accidents du travail, charge en soins, charge psychologique (en lien avec la médecine du travail)…;
- la Direction des Achats, des Equipements et de l'Hôtellerie et la Pharmacie : inventaire des équipements, état régulier (par exemple mensuel) des consommations et des stocks pour assurer une visibilité en temps réel. Cela nécessiterait de mettre en place une gestion informatisée des commandes ;
- la Direction Qualité, en lien avec d'autres structures (Hygiène Hospitalière, Comité de Coordination des Vigilances…) : les indicateurs de qualité déjà en place (signalement des risques, mesure de la satisfaction des patients) ou à mettre en œuvre (infections nosocomiales, temps d'attente aux urgences…) ;
- le DIM pour les données issues du PMSI ;
- la Direction des Affaires Financières pour les statistiques ;
- la Direction des Services Techniques et des Travaux pour les interventions de maintenance et petits travaux ;

Il s'agit de fournir aux services une information fiable, claire, complète tout en étant bien ciblée et rapidement disponible, ce qui nécessite un effort constant de la part de l'ensemble des directions et une vigilance de la direction générale pour que cela soit appliqué. Il convient à ce titre que la DSIO serve d'interface entre les directions fonctionnelles et les services afin de déterminer, au cas par cas : les informations à transmettre, la forme de cette transmission (tableaux synthétiques ou plus détaillés) et la périodicité (l'idéal étant probablement une information en temps réel, disponible sur les écrans d'ordinateur des responsables des services). Ne pas remplir cet objectif *au préalable* rendra difficile la mise en œuvre de la délégation de gestion.

➢ ***Proposition 6 : diffusion de l'outil « Cube »***

L'outil « *Cube* » issu de l'infocentre permettra, par sa large diffusion auprès des praticiens et des cadres paramédicaux accompagnée d'une formation des utilisateurs, de contribuer à l'élaboration et l'appropriation des outils de mesure et des données par les acteurs des services eux-mêmes (requêtes individualisées sur l'activité des services et le circuit du patient).

➢ ***Proposition 7 : deux types de tableaux de bord***

Il est préconisé que les deux niveaux de tableaux de bord (par unités / services et par « pôles » / fédérations) soient confortés, car ils permettent de réaliser une analyse globale et une autre plus fine.

➢ ***Proposition 8 : réunions annuelles direction / « pôles »***

Il est proposé que soient confortées les réunions annuelles (ou bi-annuelles) direction / grands services ou « pôles » : celles-ci ont pour rôle premier de dégager les grandes tendances (points forts / points faibles des services constituant le « pôle », projets à développer, «stratégie du pôle »). Leur caractère synthétique et collégial doit être préservé. La présence du Directeur général et celle d'autres cadres de direction, comme le Directeur de la Qualité, devrait être pérennisée.

➢ ***Proposition 9 : réunions intermédiaires direction / services***

Des réunions intermédiaires d'analyse, réunissant le DSIO et les responsables de services ou d'unités, pourraient être organisées plus régulièrement. L'analyse serait cette fois-ci plus ponctuelle, ciblée sur une unité / un service / une activité donnés et porterait davantage sur le fonctionnement quotidien du service.

➢ ***Proposition 10 : transmission des tableaux de bord***

Dans tous les cas, il apparaît souhaitable que les responsables de services puissent obtenir plusieurs semaines ou plusieurs jours avant les réunion les tableaux de bord synthétiques afin de permettre un meilleur recul et une analyse plus poussée des données.

Axe n°2 : expérimenter la délégation de gestion et formaliser les contrats

Le développement de la contractualisation interne passe par la mise en œuvre à titre expérimental, dans un premier temps, d'une délégation de gestion ciblée et s'appuyant sur des contrats formalisés.

➢ *Proposition 11 : expérimentation de la délégation de gestion*

Il est proposé de mettre en œuvre, à compter de la date d'application du nouveau projet d'établissement, une expérimentation de la délégation de gestion dans quelques services ou « pôles » cliniques / médico-techniques volontaires. Cette délégation de gestion porterait sur une enveloppe définie au sein du budget de service et sur des matières négociées au cas par cas entre la direction et les services concernés.

➢ *Proposition 12 : matières déléguées*

Les matières pouvant être déléguées en partie ou en totalité, dans le respect des règles générales (Code des Marchés Publics, statut de la Fonction Publique…) et des règles fixées au niveau de l'établissement, se retrouvent principalement aux :

- groupe 1 (dépenses de personnel médical et non-médical) : principalement crédits de remplacement et de vacations médicales, crédits de formation, gestion des heures supplémentaires ;
- groupe 2 (dépenses médicales et pharmaceutiques) : dispositifs médicaux, produits sanguins, certains produits pharmaceutiques (la politique du médicament, stratégique, exige cependant une certaine centralisation de la décision, notamment au regard des futures dispositions sur la « T2A ») ;
- groupe 3 (dépenses hôtelières et générales) : fournitures courantes d'hôtellerie et de bureau.

Pour apporter une souplesse à l'enveloppe ainsi déléguée, il conviendra d'autoriser les services à moduler en cours d'année la répartition crédits au sein de chaque groupe de dépenses, voire entre les groupes (sous réserve, pour ce dernier point, d'une décision modificative du CA prévue par la procédure budgétaire). En revanche, le montant de l'enveloppe globale ne pourra pas être dépassé.

Par ailleurs, il est possible d'imaginer que certains aspects de politiques mises en œuvre dans l'établissement, par exemple la politique qualité, fasse l'objet de démarches décentralisées.

Si l'évaluation de l'expérimentation apporte des conclusions satisfaisantes, il pourra être envisagé d'étendre la délégation à d'autres matières, voire à l'ensemble du budget d'exploitation du service.

En revanche, il ne s'agit pas de tout contractualiser ; deux niveaux de décision, l'un central, l'autre décentralisé, peuvent coexister harmonieusement. Il n'apparaît pas souhaitable, pour des raisons d'efficacité, de déléguer le pilotage des investissements (ressources dites rares et stratégiques), en particulier les achats de (gros) équipements médicaux. Des marges de manœuvre institutionnelles doivent être conservées et les arbitrages doivent continuer à être réalisés au niveau central (CME, direction). Par ailleurs, les regards croisés permis par la politique d'achat (concertation des utilisateurs, des techniciens chargés de la maintenance et des acheteurs) sont garants d'une définition optimale des besoins et d'une maîtrise de l'achat (l'allégement des procédures prévues au Code des Marchés Publics va d'ailleurs dans le sens d'une plus grande efficacité).

- ***Proposition 13 : contrats***

La délégation de gestion reposerait sur des contrats d'objectifs (quantitatifs et qualitatifs) et de moyens pluriannuels, accompagnés d'avenants annuels, et des enveloppes budgétaires annuelles. Les contrats pourraient être signés à l'occasions des réunions prévues à la proposition 10.

- ***Proposition 14 : niveau de délégation***

Les contrats pourront être signés entre la direction et un service donné, mais il serait préférable de privilégier le niveau des « pôles » et des fédérations en cours de constitution pour assurer un nombre restreint de contrats (efficacité du suivi) et, surtout, des possibilités de mise en commun de moyens.

Des services tiers (notamment les services prestataires) pourront être appelés aux contrats, afin de tenir compte des interfaces.

Ce point nécessitera de désigner des chefs de centres de responsabilité selon la procédure prévue pas les textes officiels.

- ***Proposition 15 : engagements de la direction***

La délégation de signature n'est pas une condition essentielle à la délégation de gestion. Elle peut compliquer les relations avec les fournisseurs par un éclatement des achats entre de multiples ordonnateurs et rend plus difficile le suivi des dépenses. En revanche, il est nécessaire de laisser au centre de responsabilité la liberté d'apprécier l'opportunité des dépenses. Les directions fonctionnelles devront respecter

l'engagement de ne pas demander de justificatifs sur l'opportunité des dépenses et devront se conformer à la décision prise, dès lors que celle-ci respecte les termes du contrat. La direction doit donc passer du « contrôle d'opportunité » au « contrôle de légalité ».

Axe n°3 : positionner la direction dans un rôle nouveau de suivi

Le développement de la contractualisation interne et de la décentralisation de la gestion doit inciter la direction à repenser son rôle et ses missions. L'équilibre à trouver entre la centralisation et la décentralisation de la décision est un enjeu majeur. La direction doit être motrice dans les aspects « développement » de l'établissement et pratiquer une ingérence de plus en plus faible dans les aspects « gestion ».

- ***Proposition 16 : développement des moyens du contrôle de gestion***

  Il est proposé de créer un poste de contrôleur de gestion à temps plein (ou à temps partiel supérieur à 50%), à partir du temps déjà disponible (30%) mais non utilisable en l'état.

- ***Proposition 17 : le « conseiller de gestion »***

  Pour ce poste, il serait judicieux que soit utilisé le terme « conseiller de gestion » . Le conseil en gestion est l'une des missions d'un contrôleur de gestion et, en termes symboliques, il est important que les responsables opérationnels se sentent conseillés, et non contrôlés (logique de l'apprentissage et non de la surveillance). Le « conseiller de gestion », assistant du DSIO, serait un correspondant immédiatement disponible auprès des services, vers lesquels il pourrait se déplacer régulièrement ; il servirait de relais entre ces derniers d'une part, la direction, le DIM et le service informatique, d'autre part.

- ***Proposition 18 : suivi et aide apportés par la direction aux services***

  Le principe des directeurs-référents pour le suivi des centres de responsabilité, mis en œuvre dans certains établissements, doit être ici écarté. La taille de l'établissement justifie moins l'application de ce principe que dans les CHRU. Surtout, cela multiplierait les risques d'ingérence des directions et favoriserait une forme de bureaucratisation des services qu'il faut éviter. En revanche, un suivi constant, des conseils, une expertise doivent être apportés aux services : c'est le rôle de la DSIO, du conseiller de gestion et des différentes directions fonctionnelles pour les matières qui les

concernent. La direction doit rester une structure légère d'appui et d'aide en s'appliquant à elle-même la logique client-fournisseur ; elle doit pouvoir se mettre en retrait au profit des acteurs opérationnels. Il s'agit de laisser les services s'approprier le développement des projets (principe qui a jusqu'ici bien fonctionné au CHB).

➢ ***Proposition 19 : « revue des services »***

Il est proposé de pérenniser la « revue des services » créée par la DSIO et permettant d'assurer le suivi des budgets, des enveloppes déléguées et des actions mises en œuvre au niveau des services (intéressement, actions correctives, projets en cours…).

➢ ***Proposition 20 : pérennisation et suivi de l'intéressement***

Les principes de l'intéressement adoptés jusqu'ici paraissent pertinents (cf. deuxième partie : financés par les excédents de l'établissement, distribués après analyse des données). Il convient cependant d'assurer une réelle pérennité à la politique d'intéressement collectif. Celui-ci repose sur l'analyse des budgets de services tels qu'ils existent et doit pouvoir être appliqué indépendamment des enveloppes éventuellement déléguées au sein de ces mêmes budgets. Tout en continuant à écarter les sanctions négatives (sauf éventuellement les sanctions indirectes, tel le report d'investissements programmés), d'ailleurs difficiles à mettre en œuvre, il s'agit de renouveler la politique d'intéressement :

- en développant les indicateurs de qualité / d'organisation permettant d'encourager non plus seulement la maîtrise financière de l'activité mais également la maîtrise de la qualité du service rendu ; il est possible d'imaginer des distinctions en fonction d'objectifs préalablement définis (maîtrise des infections nosocomiales par exemple) ;
- en clarifiant la répartition des excédents de gestion dégagés : une partie (50% ou 33%) reviendrait au service excédentaire, une autre (25% ou 33%) serait affectée à la constitution d'une « épargne collective de précaution de l'établissement », une troisième (25% ou 33%) serait affectée à la constitution d'un « fonds pour les projets innovants » ;
- en permettant un cumul sur plusieurs années consécutives (trois maximum) de l'intéressement d'un service : une « épargne de service » serait ainsi disponible pour les projets futurs du service, en exploitation comme en investissement ;
- en permettant l'accès prioritaire au « fonds pour les projets innovants » des centres de responsabilité excédentaires, sous forme d'un appel à projets pluriannuels (avec attribution des enveloppes par le CEO) ;

- en communiquant sur les objectifs et les bornes apportées à l'intéressement des services ;

Ces solutions nécessiteront le développement d'outils de suivi par la Direction des Finances.

Axe n°4 : développer la culture commune de management

Tout en respectant les spécificités des métiers, il apparaît particulièrement nécessaire de développer un langage commun et des passerelles entre la culture soignante et la culture gestionnaire.

➢ ***Proposition 21 : sensibilisation des non-gestionnaires à la gestion***

L'incitation à la formation continue en management pour les responsables opérationnels, et notamment les praticiens, semble insuffisante à l'heure actuelle. La réforme des statuts des praticiens dans le cadre du plan « hôpital 2007 » pourrait apporter un surcroît d'incitation dans cette voie. Au niveau local, un plan de formation spécifique pourrait cependant être discuté et proposé en CME. Il s'agit également de trouver des formules de formation adéquates parmi celles existantes. Dans le cadre d'une action nationale de formation, un travail est engagé par la DHOS et l'ENSP de manière à proposer une offre de formation spécifique sur la contractualisation interne et le « management ensemble ».

➢ ***Proposition 22 : sensibilisation des non-médecins à la médecine***

Il apparaît souhaitable d'imprégner l'équipe de direction d'une culture médicale (meilleure connaissance des pathologies et des méthodes de prise en charge). L'offre de formation existe : par exemple, l'Ecole Centrale de Paris organise des séminaires de « Médecine pour Directeurs d'Hôpital ». Parallèlement à la formation des non-gestionnaires à la gestion, et dans une perspective qui peut être celle de formations croisées, il s'agit de proposer à chaque corps de l'hôpital des formations passerelles vers les autres cultures.

➢ ***Proposition 23 : « médicalisation » du comité de direction***

Les travaux du comité de direction gagneraient probablement à bénéficier du regard clinicien et de l'expertise médicale. La perspective de la mise en place d'une fonction de « directeur médical » (ou « directeur des soins médicaux ») dans le cadre du plan

« Hôpital 2007 » rend de plus en plus plausible l'intégration d'un médecin dans l'équipe de direction. Il est proposé d'ouvrir les réunions au président de la CME, ou à son représentant au sein du bureau de la CME. Sans que cette présence soit systématique, le représentant de la CME pourrait participer à une ou deux séance(s) mensuelle(s) du comité de direction (qui se réunit une fois par semaine au CHB). De même, dans la perspective de la mise en place de la « T2A », la présence du médecin responsable du DIM pourrait être envisagée.

- ***Proposition 24 : conseils de services (ou de pôles)***

Afin de développer la démocratie interne et de rapprocher la direction des services, il est proposé que direction (le directeur ou son représentant) aille, en tant qu'invitée, à la rencontre de chacun des conseils de service, existants ou à mettre en place. Cette rencontre institutionnalisée dynamiserait les conseils de service et favoriserait les échanges autour de l'activité et des projets de chaque structure. Une première rencontre pourrait être envisagée au second semestre 2004 (attendre la fin de l'élaboration du projet d'établissement), renouvelée les années suivantes si l'expérience apporte satisfaction.

Axe n°5 : assurer la pleine intégration de la contractualisation interne et des nouvelles formes de management

- ***Proposition 25 : fusion de la DSIO et de la Direction de la Qualité***

L'organisation, le contrôle de gestion, la démarche de contractualisation interne, la démarche qualité, l'approche par processus, présentent de multiples points de convergence et relèvent tous de la même logique : le développement stratégique et la recherche de l'efficience. Afin de parfaire l'intégration de ces domaines, il est proposé que les services de la DSIO et de la Direction Qualité soient, à terme, regroupés en une seule entité, qui pourrait être baptisée « Direction de l'Organisation, de la Qualité et du Développement » (DOQD) ou « Direction de la Qualité et du Développement » (DQD). Un ou deux cadre(s) de direction en assureraient le pilotage, en fonction d'un éventuel remaniement de l'organigramme de direction et d'une redistribution des activités entre les différentes directions.

- ***Proposition 26 : réactivation du CEO***

La mise en place de la « T2A » suscitera assez rapidement les débats internes autour de l'allocation des ressources et des stratégies médico-économiques à adopter. De par

sa composition pluridisciplinaire et son rôle transversal, le Comité d'Evaluation et d'Orientation paraît être l'instance consultative la plus pertinente quant à l'analyse stratégique. Il convient de le conforter dans ce rôle intégrateur et de lui « redonner une nouvelle vie ».

- ***Proposition 27 : réflexion sur l'organisation des services***

  La mise en place de contrats internes, le renforcement de l'approche par processus (ou circuits) dans les hôpitaux, l'apport des orientations prévues au plan «Hôpital 2007 » rendent particulièrement nécessaire la réflexion au sein de l'établissement sur l'organisation des services / unités en pôles de gestion commune autour de pathologies, de processus de soins ou types de prise en charge. L'élaboration du projet d'établissement 2005-2009 doit constituer une chance d'aboutir à la redéfinition du contour des centres de responsabilité et à la création de véritables pôles au sein du CHB.

- ***Proposition 28 : apport d'une expertise externe***

  Il pourrait être intéressant de faire intervenir le « comité d'experts » sur l'organisation interne des établissements dont la mise en place par la DHOS est prévue pour la fin 2003. Ce comité a pour objectif de susciter et d'accompagner les établissements volontaires pour s'inscrire, à titre de précurseurs et de pilotes, dans les nouvelles orientations définies au plan «Hôpital 2007 », dont fait partie la contractualisation interne.

CONCLUSION

L'idée de départ de la contractualisation interne est que les acteurs de proximité, grâce à une connaissance plus objective des besoins et des moyens, sont à même d'intervenir, à bon escient, dans la gestion au quotidien de leur service comme dans le développement de projets, par opposition à un pilotage classique assuré par une direction centrale, nécessairement éloignée du terrain. De même, en diminuant les rapports de force, en développant des relations direction / services fondées sur la transparence, l'objectivité des données et le dialogue, la contractualisation interne doit permettre une meilleure cohésion entre les soins et la gestion, dans une perspective de recherche d'efficience pour l'activité hospitalière.

Au regard de la timidité de la diffusion de la démarche au niveau national, il semble bien que ce postulat assez simple ne soit pas partagé de tous. Voilà pourquoi l'avenir de la contractualisation interne est en question.

Même s'il faut se garder de présenter la contractualisation interne comme un remède miracle à tous les maux de l'hôpital, il faut probablement insister sur le fait que beaucoup d'établissements passent à côté d'une opportunité essentielle de renouvellement de leur management. Si l'investissement exigé par la mise en œuvre de la démarche est important, l'intérêt à agir est bien réel et les retombées non négligeables. Pour ceux qui se sont engagés dans cette voie, et notamment le CH de Blois, il convient de faire preuve d'une importante pugnacité, d'une constante pédagogie et d'une créativité toujours renouvelée dans la mise en œuvre puisque rien n'est jamais acquis en la matière. Le passage d'une organisation centralisée à un modèle plus transversal et démocratique ne peut se faire sans un apprentissage du dialogue et une (r-)évolution des cultures médicale et gestionnaire, par définition lente. Les responsables opérationnels qui se sont engagés dans la démarche en reconnaissent tout l'intérêt ; ils aspirent cependant à une amélioration continue des conditions de sa mise en œuvre : c'est tout l'enjeu des directions hospitalières désirant mettre en place la démarche.

Pour exister, la contractualisation interne doit constamment se renouveler. Ce travail permettra d'apporter, je l'espère, une pièce supplémentaire au débat autour du management qui se joue actuellement au CH de Blois, dans le cadre de l'élaboration du futur projet d'établissement.

Bibliographie

OUVRAGES

ABBAD J. *Organisation du management hospitalier.* Paris : Berger-Levrault, 2001. 417 p.

BRILMAN J. *Les meilleures pratiques du management.* Paris : Les éditions d'organisation, 1998, 449 p.

BURLAND A., SIMON C. *Analyse des coûts et contrôle de gestion*. Paris : Vuibert, 1985. 331 p.

CAVALIER M., DALMASSO R., ROMATET J.J. *Médecins, directeurs : un pacs pour l'hôpital ?* Paris : Erès, 2003. 156 p.

CLEMENT J.M. *Les pouvoirs à l'hôpital*. Paris : Berger-Levrault, 1995. 149 p.

CREMADEZ M., GRATEAU F. *Le management stratégique*. 2ème édition. Paris : Masson, 1997. 448 p.

CROZIER M., FRIEDBERG E. *L'acteur et le système*. Paris : Seuil, 1977. 450 p.

DESMUREAUX A. *Théorie des organisations*. Paris : Editions Management Social, 1998. 222 p.

KOENIG G. *Management stratégique*. Paris : Nathan, 1996. 544 p.

KAPLAN R. NORTON D. *Le tableau de bord prospectif.* Paris : Les éditions d'organisation, 1997. 356 p.

KITOUS B. *Soigner l'hôpital, management pour une autonomie au quotidien*. Paris : Erès, 1994. 278 p.

LETEURTRE H. et al. *Traité de gestion hospitalière*. Paris : Berger-Levrault, 1998. 926 p.

LETEURTRE H., VAYSSE M. *Les tableaux de bord de gestion hospitalière*. Paris : Berger-Levrault, 1994. 253p.

MAC GREGOR D. *La dimension humaine de l'entreprise*. New York : MIT Press, 1960. 325 p.

MACHIAVEL N. *Le Prince*. Traduit de l'italien par G. LUCIANI. Paris : Gallimard, 1995. 352 p.

MINTZBERG H. *Le management au quotidien*. Paris : Les éditions d'organisation, 1984. 220 p.

ROMATET J.J. (dir.). *L'hôpital réformateur de l'hôpital*. Paris : Erès, 2000. 160 p.

SEGADE J.P. *La contractualisation à l'hôpital*. Paris : Masson, 2000. 110 p.

ARTICLES DE REVUES ET DE JOURNAUX

Dossier « La contractualisation interne » (extraits du colloque du 9 janvier 2002 organisé par la DHOS) dans la revue *Gestions Hospitalières*, mai 2002.

Dossier « Le management participatif : un bilan » dans la *Revue Française de Gestion*, n°88, mars-avril-mai 1992.

Dossier « Management et organisation des entreprises » dans les *Cahiers Français*, n°287, juillet-septembre 1998.

AUMERAS P. et DEBROSSE D. « La délégation de gestion ». *Entreprise santé*, n°5, 1998. pp. 16-17.

BOISGELOT L. « Où il est question de réduire les dépenses de santé sans pour autant réduire les prestations… ». *Gestions hospitalières*, octobre 1999. pp 581-585.

BRAS J.C. « La double dimension de la contractualisation interne ». *Gestions hospitalières*, n°389, avril 1999. pp. 253-255.

CAILLET R. et al. « Contrats internes : l'expérience de Lille ». *Gestions hospitalières*, n° octobre 1999. pp 599-609.

CHARDON D. « La tarification à l'activité inquiète les directeurs d'hôpital et de clinique ». *Le Quotidien du Médecin*, n°7359, 24 juin 2003. p.3.

COUTY E. et al. « Contractualisation interne ». *Gestions hospitalières*, n°408, août-septembre 2001.

DUPONT-GUESNIER M. et LESTEVEN P. « Partager la complexité de la conduite d'un établissement : le système RADAR, tableau de bord du décideur hospitalier ». *Revue Hospitalière de France*, n°488, septembre-octobre 2002. pp. 54-60.

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

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

GARIN H. et al. « Contrôles de qualité et valorisation de l'activité dans les hôpitaux ». *Gestions hospitalières*, mai 1999. pp 363-367.

GUSCHING J.P. et EXPERT P. « Démarche de contractualisation interne au Centre Hospitalier de Blois ». *Gestions hospitalières*, n°378, août-septembre 1998.

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

GUSCHING J.P. et EXPERT P. « Utilisation du PMSI en gestion interne ». *Gestions hospitalières*, n°365, avril 1997.

GUSCHING J.P., HENNEQUIN C., CHATON P. « Coût d'un service de reanimation. Facturation interne dans le cadre des budgets de service. » *Gestions hospitalières*, n°400, novembre 2000.

HARDY J. « Contractualisation interne et délégation de signature ». *Revue Hospitalière de France,* n°6, novembre-décembre 1997. pp. 844-847.

HOCHEREAU F. « La contractualisation interne dans l'entreprise et ses limites. Le cas de la conception informatique ». *Revue Française de Sociologie*, n°41-4, octobre-décembre 2000. pp. 719-746.

HUBAULT F. « Ergonomie et GRH ». Document du CEP-Ergonomie et Ecologie Humaine, Université Paris 1.

MAURY F. « L'hôpital change : médecins et gestionnaires autour d'une nouvelle organisation hospitalière ». *Gestions hospitalières*, juin-juillet 1997. pp 414-420.

MOURIER A., « Du budget de service à la contractualisation interne : Candide et la lanterne magique ». *Gestions hospitalières*, n°389, avril 1999. pp. 571-574.

PELJAK D. « Le management de subsidiarité au service des hôpitaux ». *Gestions hospitalières*, n°367, juin-juillet 1997. pp. 421-425.

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

SANGARE A. « L'obligation de rendre compte, l'un des déterminants de la bonne gouvernance économique ». *Echanges Trésor,* revue du Trésor Public de la République du Burkina Faso, n°16, septembre 2002. pp. 8-12.

MEMOIRES DE L'ENSP

KRAUTH S. *Les enjeux juridiques de la contractualisation interne : une analyse de l'article L. 6145-16 du Code de la Santé Publique*. ENSP, Mémoire de Directeur d'Hôpital, décembre 2001, 145 p.

LASCOLS S. *Impulser et développer une démarche de déconcentration budgétaire : état des lieux et perspectives de l'expérience du Centre Hospitalier d'Avignon*. ENSP, Mémoire de Directeur d'Hôpital, décembre 2000. 70 p.

ROUSSEL A. *La contractualisation interne comme levier de modernisation de la gestion de l'hôpital : une étude de benchmarking entre les centres hospitaliers d'Auxerre et de Blois.* ENSP, Mémoire de Directeur d'Hôpital, décembre 2002. 80 p.

COLLECTIF ELEVES ENSP. *La contractualisation : un nouveau mode de régulation dans les établissements de santé, médico-sociaux et sociaux ?* Module Interprofessionnel de santé publique. ENSP, novembre 2001. 30 p.

TEXTES OFFICIELS

Loi organique 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances

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

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

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

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

Code de la Santé Publique : notamment articles L. 6145-16 (contractualisation interne), L. 6146-4 (fédérations de services) et L. 6146-8 (liberté dans l'organisation des structures médicales).

RAPPORTS

Assemblée Nationale, Commission des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales. *Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital.* 19 mars 2003, rapporteur : R. COUANAU, député.

DEBROSSE D., PERRIN A., VALLANCIEN G. *La modernisation des statuts de l'hôpital public et sa gestion sociale,* rapport présenté à Monsieur le Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées. 3 avril 2003.

CHARVET-PROTAT S., JARLIER A., PREAUBERT N. *Le coût de la qualité et de la non-qualité à l'hôpital*. ANAES, Service d'Evaluation Economique. Septembre 1998. 59 p.

SITES INTERNET

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) : http://www.anaes.fr

Commission for Health Improvement (équivalent de l'ANAES au Royaume-Uni) : http://www.chi.gov.uk

Légifrance (service public de la diffusion du droit) : http://www.legifrance.gouv.fr

Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées : dossier « Plan Hôpital 2007 » disponible : http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/hopital2007/index.htm

Ministère de la Fonction Publique, de la Réforme de l'Etat et de l'Aménagement du Territoire : guide méthodologique de la contractualisation et du contrôle de gestion disponible http://www.fonction-publique.gouv.fr/communications/guides/guide_index.htm

Liste des annexes

Annexe 1 - liste des personnes interviewées
(page I)

Annexe 2 - trame de questionnaire, dirigeants externes au CH de Blois
(page II)

Annexe 3 - trame de questionnaire, responsables médicaux du CH de Blois
(page III)

Annexe 4 - trame de questionnaire, responsables paramédicaux du CH de Blois
(page IV)

Annexe 5 - « convention cadre » de la contractualisation interne au CH de Blois
(page V) – annexe non publiée -

Annexe 6 - règlement intérieur du « comité d'évaluation et d'orientation » du CH de Blois
(page XIX)

Annexe 7 - « charte de l'intéressement des services » au CH de Blois
(page XXII)

Annexe 8 - exemple de tableau de bord de service au CH de Blois
(page XXV)

Annexe 1

Liste des personnes interviewées

Equipe de direction du CH de Blois :

M. Hubert GARRIGUE-GUYONNAUD, directeur

M. Patrick EXPERT, Directeur du contrôle de gestion, des systèmes d'information et de l'organisation (plusieurs entretiens informels)

Mme Jeanine LALLEMAND, Directeur de la Qualité (plusieurs entretiens informels)

Responsables médicaux et paramédicaux de services ou d'unités du CH de Blois :

Mme ARRUGA, cadre de santé, service de Cardiologie

M. le Docteur ARSENE, praticien hospitalier, service de Maladies du Sang - Oncologie Médicale

Mme BARBOU, cadre de santé supérieur, pôle « Chirurgie »

Mme BUTEAU, cadre de santé supérieur, pôle « Urgences »

M. le Docteur CHANTEREAU, chef du service de Maternité-Gynécologie, ancien président de la CME

Mme le Docteur ESTEPA, responsable du Laboratoire de Biologie

M. le Docteur GARGOT, praticien hospitalier, service de Gastro-Entérologie et Maladies du foie

M. le Docteur GIRARD, chef du service de Chirurgie Traumatologique et Orthopédique

Mme HEFTEH, cadre de santé, service de Maladies du Sang - Oncologie Médicale

M. HOUSSET, cadre de santé, service de Gastro-Entérologie et Maladies du foie

Mme le Docteur JANVOIE-OUILLET, praticien hospitalier, service de Pneumologie, présidente de la CME

M. KALUZNY, cadre de santé, service d'Imagerie Médicale

M. le Docteur LANG, chef du service de Cardiologie

Mme MARCHAND, cadre de santé, service d'Imagerie Médicale

Mme PERRON, cadre de santé supérieur, pôle « Médecine »

M. le Docteur PIQUEMAL, praticien hospitalier, service de Médecine Interne et Polyvalente 2, vice-président de la CME

Personne interviewée en dehors du CH de Blois :

M. BRAND, Directeur de l'Analyse, de la Prospective et de l'Evaluation, CHU de Rouen

Annexe 2

Trame de questionnaire semi-directif
Dirigeants d'établissements engagés dans la contractualisation interne

I - LE « QUOI » : QU'EST-CE QUE LA CI (DANS VOTRE ETABLISSEMENT, EN GENERAL) ?

1) Depuis quand avez-vous enclenché la démarche de CI dans votre établissement ?
2) Quel a été le facteur principal qui a fait que l'établissement s'est engagé dans la CI ? (raisons budgétaires, approche de management… ?)
3) Quelles notions associez-vous à la CI ? Sur quelles notions repose la CI dans votre établissement ?
4) Comment voyez-vous l'articulation entre CI et contractualisation externe ?
5) Comment voyez-vous l'articulation entre CI et d'autres « outils » de management, notamment la démarche qualité ?
6) Y-a-t-il une ou plusieurs formes de CI selon vous ? La CI est-elle transposable d'un établissement à un autre ?
7) Quels sont les outils essentiels ou les conditions préalables à la mise en place de la CI ?

II - LE « POURQUOI » : OBJECTIFS, INTERETS ET LIMITES DE LA CI

8) Quel regard portez-vous sur la CI ? L'idée de rapprocher la décision de gestion du terrain vous paraît-elle valide ?
9) Quel doit-être le but ultime de la démarche ?
10) Quel est l'intérêt principal de la démarche ?
11) Quelles sont les principales limites de la démarche (en termes d'utilité) ?
12) Quel bilan coûts / avantages faites-vous, dans votre établissement, du développement de la démarche ? Le « retour sur investissement » vous paraît-il assuré ? Voir d'un côté les moyens mis en œuvre et, de l'autre, les résultats (en termes médico-économiques + en termes de management).
13) Au final, la CI représente-t-elle un avantage décisif pour l'établissement, ou est-ce un simple plus ?

III - LE « COMMENT » : METHODE ET STRATEGIE DE DEVELOPPEMENT DE LA CI

14) Quelle a été la méthode employée dans votre établissement pour lancer la démarche ?
15) Sur quelles structures, au niveau stratégique, repose désormais la CI ?
16) Intérêt et limites de la méthode. La méthode utilisée vous paraît-elle a posteriori pertinente ? Eventuellement : éléments de recadrage en termes de méthode ?
17) Réception de la démarche par les personnels, en particulier le corps médical ? Implication du corps médical dans la démarche, freins éventuels ? Le corps médical vous paraît-il convaincu de l'intérêt de la démarche ?
18) Quelles sont les difficultés de mise en place de la délégation de gestion ? Ont-elles été surmontées, si oui, comment ?
19) Quelles sont les difficultés de redécoupage de l'établissement en centres de responsabilité pertinents ? Sur quelles bases le regroupement des services se fait-il ? Les difficultés ont-elles été surmontées, si oui, comment ?
20) Quel pourrait être, selon vous, l'apport du plan hôpital 2007 (volet T2A, volet organisation interne de l'hôpital) ?
21) Quand considérez-vous que la CI sera un succès (en termes de résultats médico-économiques, en termes de management), sur quels critères d'évaluation ?

Annexe 3

Trame de questionnaire semi-directif
Responsables médicaux de services / d'unités du CH de Blois

PERSONNE INTERVIEWEE (NOM ET FONCTION) :
SERVICE / UNITE :
DATE :
COMMENTAIRES / « CLASSEMENT » DE L'INTERVIEWE :

I – LA CONTRACTUALISATION INTERNE (CI)

1) Regard porté sur la CI : qu'évoquent pour vous les mots « contractualisation interne » ? (réflexion libre)

- une bonne / mauvaise chose ? utile / inutile ? a-t-elle des effets concrets ?
- recueil de données actuel (tableaux de bord médico-économiques, réunions de synthèse) + signature de contrats sur des objectifs précis
- rappel que CHB innovant dans dialogue responsables de services / direction et contractualisation : CHB sert d'exemple au niveau national (montré du doigt dans le bon sens)

2) Que faudrait-il faire selon vous pour que la CI fonctionne mieux ? (réflexion libre)
(expérimentation budgets de service avec délégation de gestion, amélioration fiabilité tableaux de bord…)

3) Une série de mots-clés : donnez votre opinion sur ces mots (d'accord, pas d'accord, ça vous parle ?…)

(a) « décentralisation de la décision »
principe de subsidiarité : ceux qui sont au plus proches du terrain, les opérationnels, prennent la décision dès lors que le niveau opérationnel est approprié pour tel ou tel type de décision.

(b) « responsabilisation »
les responsables de services prennent seuls les décisions, mais en bénéficiant de l'accompagnement de la direction (conseils, dialogue) et en assument pleinement les conséquences (remplacements d'agents absents, gestion d'un budget « formation », renouvellement du petit matériel, voire consommations de médicaments, modification des pratiques médicales…)

(c) « résultats » (intéressement et sanction du service)
chaque service bénéficie de ses bons résultats ou est pénalisé quand ils sont mauvais.

(d) « budget de service » ou « délégation de gestion »
va plus loin que le contrat d'objectifs, qui est plus ponctuel : délégation de gestion permanente sur certains aspects de gestion préalablement déterminés entre la direction et le service.

II – COMMENT « MANAGER ENSEMBLE » ?

1) Quel sens donner au mot « dialogue » entre responsables médicaux et paramédicaux d'un côté et direction de l'autre ? Dialogue possible, difficile (idée de relais au sein CME, proposée par bureau CME…)?

2) Ressentez-vous la nécessité de formation des médecins responsables de service / d'unité à la gestion ou au pilotage (donner les grandes orientations) d'une structure médicale ou médico-technique ?

3) Ressentez-vous la nécessité de reconnaître les fonctions de responsable de service / d'unité (temps dédié aux fonctions de management, reconnaissance par le statut, notamment financière, idée de contrat à durée déterminée et de valences…) ?

4) Quelle association du corps médical à la gestion institutionnelle, transversale de l'établissement ?
Par exemple : Directeur Médical intégré à l'équipe de Direction (envisageable ? prématuré ?...)

COMMENTAIRES LIBRES

Annexe 4

Trame de questionnaire semi-directif
Responsables paramédicaux de pôles / de services / d'unités du CH de Blois

PERSONNE INTERVIEWEE (NOM ET FONCTION) :
SERVICE / UNITE :
DATE :
COMMENTAIRES / « CLASSEMENT » DE L'INTERVIEWE :

1) Regard porté sur la CI : qu'évoquent pour vous les mots « contractualisation interne » ? (réflexion libre). Sommairement, est-ce : une bonne / mauvaise chose ? utile / inutile ? a-t-elle des effets concrets ? les tableaux de bord sont-ils fiables ?

2) Vous sentez-vous suffisamment impliqué(e) dans la prise de décisions concernant directement la vie de votre service (décisions que vous aimeriez prendre et qui vous échappent : prises par la direction ou par les praticiens) ?

3) Concrètement, souhaiteriez-vous avoir votre mot à dire sur : la gestion des stocks et approvisionnements, la gestion des personnels (remplacements, formation…), la gestion des lits ?…

4) Ressentez-vous la nécessité d'être mieux informé, voire formé, à l'utilisation de quelques outils de gestion / pilotage de votre service (utilisation des tableaux de bord, gestion des approvisionnements, gestion des remplacements…) ?

5) Etes-vous favorable à une délégation de gestion dans certains domaines, au profit de votre service, et s'appuyant sur le cadre et le médecin-chef de service ? Le cas échéant, dans quels domaines ?

6) La délégation de gestion doit-elle se faire au niveau des services ou au niveau des pôles déjà (plus ou moins) constitués ?

7) Commentaires supplémentaires ? (réflexion libre)

Annexe 6

Règlement intérieur du Comité d'Evaluation et d'Orientation du CH de Blois

ARTICLE I - OBJECTIFS DU COMITE

L'accréditation, l'évaluation, la mesure de l'efficience, la maîtrise budgétaire, l'élaboration et le suivi du projet d'établissement, la contractualisation - externe et interne - sont des éléments récents que l'établissement doit intégrer pour arrêter **sa politique de progrès et de qualité**.

Il apparaît que **tous ces éléments ont un lien, une filiation**.

Le Comité d'Evaluation et d'Orientation matérialise les liaisons qui existent entre ces différents éléments. Sans ce Comité, tous ces aspects seraient traités séparément, ce qui nuirait inévitablement à la définition de la politique générale de l'établissement et à sa cohérence.

Par ailleurs le Comité comprend des représentants compétents dans tous les domaines : activité médicale, qualité, gestion et ceux que l'on peut appeler les "experts internes". Or ces compétences étaient auparavant rarement mises en commun. Ce sera donc l'un des rôles assignés à ce Comité : **potentialiser ces compétences pour affiner la connaissance** de l'établissement et de l'ensemble de ses services médicaux, médico-techniques, logistiques et administratifs.

Au total, la vocation du Comité est largement stratégique puisqu'il lui appartiendra de **proposer les axes d'amélioration qu'il jugera prioritaires**.

Il apparaît enfin que, dans son fonctionnement, ce Comité se démarque des autres instances de l'établissement :

- d'une part, il est **consultatif**. C'est donc un Comité de proposition et non de décision ;
- d'autre part, pour que ses propositions soient suivies d'effets, ce Comité doit les avoir arrêtées au terme d'un **véritable échange**.

Ceci suppose, d'une part, des règles de fonctionnement interne précises et, d'autre part, que **la majorité de ses membres se considèrent comme les promoteurs** des orientations retenues par le Comité.

ARTICLE II - ROLE DU COMITE

MISSIONS	OUTILS	CONTRIBUTIONS
• **Mesure de l'efficience des services** médicaux, médico-techniques, logis-tiques et administratifs	• Tableaux de bord médico-économiques • Budgets "médicalisés" • Indicateurs	- Validation de la méthode - Adaptation des règles (calcul, intéressement ...) - Evaluation des résultats - Axes d'amélioration - Priorités d'action - Persuasion
• Pilotage de la démarche d'**accréditation**	• Manuel et guide de l'accréditation • Résultats de l'auto-évaluation • Résultats de la visite des experts de l'A.N.A.E.S.	- Bilan des groupes et Comités "qualité" existants - Composition et fonction-nement des équipes d'auto-évaluation et fixa-tion des secteurs d'activité - Détermination et suivi des programmes de formation - Planning d'auto-évaluation - Actions correctives - Suivi de l'accréditation.
• Suivi du **projet d'établis-sement**	• Projet d'établissement • Contrats d'objectifs et de moyens	- Préparation du projet d'établissement - Rapports d'étape - Suivi de l'atteinte des objec-tifs - Mesures correctives - Priorités d'action ⇧ rapports d'orientation

ARTICLE III - COMPOSITION DU COMITE

Corps Médical	Direction	Experts internes (1)	Personnel non médical	Conseil d'Administration
4 membres	4 membres	4 membres	2 D.S.S.I. 2 C.T.E.	1 membre

Important : le nombre de membres détermine le nombre de votes maximal par catégorie. Chaque catégorie peut être représentée par **un nombre supérieur de membres**. Les membres en excès ne pourront prendre part au vote mais ils pourront participer aux débats.

(1) D.I.M., hygiéniste, responsables des laboratoires, pharmacienne-chef (liste non exhaustive).

ARTICLE V - FONCTIONNEMENT DU COMITE

a) Ordre du jour et dates des réunions

Le Comité arrête son **ordre du jour** et **les dates** de rencontre d'une réunion à l'autre.
Le Comité se réunit **au moins quatre fois par an**.

b) Présentation des thèmes abordés

Un rapporteur est désigné pour chaque thème figurant à l'ordre du jour. Si des documents sont nécessaires, il appartient à ce rapporteur de les réunir et de les transmettre aux membres du Comité **au moins 10 jours avant** la date de la réunion.

c) Présidence

La Présidence du Comité est assurée par le chef d'établissement.
Son rôle est le suivant :
- porte parole du Comité devant les différentes instances,
- diffuseur des informations produites ou utilisées par le Comité à l'issue des débats et des votes,
- garant du respect du présent règlement intérieur,
- vote prépondérant en cas de partage des voix,
- signature des comptes-rendus,
- invitation aux réunions,
- modérateur des débats. En particulier :
  - il veille à la répartition d'un temps équitable d'intervention entre les différents groupes représentés,
  - il donne la parole,
  - il interrompt les digressions inutiles,
  - il respecte la durée prévue pour chaque thème,
  - enfin, en cas d'empêchement, le Président peut déléguer ses fonctions à un représentant de l'Equipe de Direction.

d) Organisation des débats

1) un temps par thème

D'une réunion à l'autre, une durée prévisionnelle est arrêtée pour chaque thème. Il appartient au Président du Comité (cf point précédent) de la faire respecter.

2) votes

Les orientations retenues par le Comité sont susceptibles d'engager l'avenir de l'établissement et de ses services. C'est pourquoi les avis du Comité devront **s'appuyer sur un vote** à la majorité relative.
Les votes ont lieu à main levée sauf si la moitié au moins des membres demande un vote à bulletin secret.
Si un groupe est représenté par **un nombre de membres supérieur** à celui qui est indiqué article III ci-dessus, les membres pouvant participer au vote seront désignés en début de séance.

e) Secrétariat

Un relevé des avis du Comité est rédigé par la D.S.I.O., le D.I.M. ou par la Direction de la Qualité, en fonction de leur domaine de compétence.
Les débats ne sont pas reproduits de façon exhaustive. En particulier les auteurs des différentes remarques ne seront pas mentionnés. S'ils le jugent utile, les rédacteurs pourront rappeler le cheminement (principales réflexions abordées) ayant conduit au vote.
Les relevés d'avis sont **transmis au président** du Comité qui les valide et les diffuse.

f) Approbation des comptes-rendus

Les comptes-rendus du Comité sont approuvés en séance.

g) Durée des mandats

La durée des mandats des membres du Comité est liée aux instances qu'ils représentent.

h) Quorum

Le quorum est fixé à la moitié des membres du Comité, soit **9 présences**.

ARTICLE VI - ETHIQUE DU COMITE

Les membres du Comité s'engagent :

- A représenter un secteur et non leur service,
- A respecter le temps de parole de chacun,
- A demander la parole et à ne pas interrompre l'intervenant,
- A ne pas reformuler les propos d'un membre présent mais à lui demander de préciser ses idées,
- A éviter toute digression ou propos "hors sujet",
- A ne pas diffuser les documents à l'extérieur du Comité sans l'accord du Président,
- Enfin, à assurer l'information ascendante et descendante afin que le Comité ne soit pas "coupé" des domaines censés être représentés.

Fait à BLOIS, le 20 octobre 1999
Le Président du Comité,
Directeur du Centre Hospitalier,

J.P. GUSCHING

Annexe 7

Charte de l'intéressement des services au CH de Blois

Version définitive, le 22 juin 2001

ARTICLE 1 - DEFINITION

L'intéressement est prévu par le législateur. Il figure dans **le code de la santé publique** qui reconnaît au Conseil d'Administration (article 714-14-9°) la possibilité d'en arrêter les modalités.

L'intéressement est **financier.** Il est fondé sur la mesure et sur l'analyse de **résultats**. Il est **collectif** (c'est-à-dire non individuel) et **non pérenne** (il ne générera pas de dépenses au-delà de l'année au cours de laquelle il s'est appliqué).

ARTICLE 2 - MOTIVATIONS GENERALES ET ELABORATION

- **Le projet d'établissement** du Centre Hospitalier de BLOIS a réservé une place à l'intéressement : il apparaît dans le second axe du **projet médical** : "pour développer la démarche qualité, les relations médico-administratives doivent être fondées sur de nouvelles bases".
- **La présente charte** détaille ses modalités d'application. Elle a été préparée par **le Comité d'Evaluation et d'Orientation (C.E.O.)** de l'établissement en ses séances des 21 juin, 13 septembre, 22 novembre 2000 et du 20 mars 2001 ; orientée par la C.M.E. du 12 décembre 2000.

Les **avis** formulés par les différentes instances ont été les suivants :
- C.M.E. : réunion du 10 avril 2001. Avis favorable. Le projet est adopté.
- C.T.E. : réunion du 11 décembre 2000. Avis défavorable. Rejet de principe dès la première version présentée.
- C.S.S.I. : réunion du 13 décembre 2000. Avis favorable. Le projet de charte est approuvé dès sa première version.

Enfin, le **Conseil d'Administration** a adopté ce projet en sa séance du 22 juin 2001.

ARTICLE 3 - FINALITE

Le Centre Hospitalier de BLOIS se propose de créer un **fonds d'intéressement** pour rapprocher ponctuellement les moyens de l'activité de certains services évalués selon des critères qualitatifs et quantitatifs :

- soit parce que ces services **sont en situation tendue sur le plan des moyens** par rapport à l'activité qu'ils réalisent ;
- soit parce que **des difficultés de fonctionnement** n'ont pas permis l'atteinte des résultats.

L'intéressement peut être accordé sous des **formes diverses** qui doivent être considérées comme **un soutien ponctuel octroyé de façon souple.**

ARTICLE 4 - MODALITES D'APPLICATION

ARTICLE 4-1 - SERVICES CONCERNES

L'intéressement s'applique à l'échelle d'une unité, d'un service ou d'un groupe de services (fédération ou département par exemple).

ARTICLE 4-2 - MESURE DES RESULTATS

L'intéressement repose à la fois sur **des éléments d'évaluation** (cf article 4-2.1) et sur **une analyse** (article 4-2.2).

Article 4-2.1 - Les éléments d'évaluation
Les **éléments de mesure** pris en compte apparaissent dans **les tableaux de bord médico-économiques** qui sont élaborés deux fois par an pour chaque service.

La situation actuelle de l'établissement conduit à trois orientations majeures :

1°) Les services ne disposant pas, a minima, d'outils d'évaluation suffisamment pertinents pour décrire leur activité seront sollicités et encouragés afin d'en être dotés dans les meilleurs délais.

2°) Les difficultés rencontrées pour dégager des indicateurs de qualité adaptés impose, dans un premier temps, d'asseoir l'intéressement sur la base de résultats principalement financiers. Ainsi, les premiers marqueurs de la qualité seront utilisés comme des "garde-fous".

3°) Par conséquent, **l'émergence d'indicateurs de qualité plus pertinents constituera une priorité**.

Article 4-2.2 - Analyse des résultats

Article 4-2.2-a - Niveau d'analyse
L'analyse des résultats est réalisée pour chaque structure présentée article 4-1.

Article 4-2.2-b - L'analyse préalable
L'analyse est réalisée :

- tout d'abord, **par les responsables des services concernés**, lors de la présentation des **tableaux de bord médico-économiques**.
- ensuite, **par le Comité d'Evaluation et d'Orientation** (C.E.O.).

Ce Comité d'Evaluation et d'Orientation (C.E.O.) **tient compte** à la fois :

- des **limites de certains outils de mesure**. Ceci lui permet d'y apporter **des corrections** ou d'accorder **une marge d'incertitude**.
- **du positionnement de ses membres** puisque la composition du C.E.O. a été précisément arrêtée pour privilégier la participation **de responsables représentant les secteurs d'activité et de celles et ceux qui sont appelés les "experts internes".**
- enfin, **le C.E.O. peut entendre les responsables de certains services**.

ARTICLE 4-3 - RESSOURCES POUR L'INTERESSEMENT

Les crédits consacrés à l'intéressement **proviennent d'une partie des excédents réalisés par l'établissement.**

Le montant des excédents consacrés à cette fin **est voté chaque année par le Conseil d'Administration**, conformément au Code de la Santé Publique.

Plusieurs conséquences découlent de cette solution :

1° - **En l'absence d'excédent**, le fonds d'intéressement **ne peut être alimenté** ;

2° - Le montant consacré à l'intéressement variera d'une **année sur l'autre**, en fonction des excédents réalisés par l'établissement ;

3° - L'intéressement **ne retire rien aux services qui n'en bénéficient pas**. En effet, il n'est pas financé par le budget de l'année en cours.

Le Conseil d'Administration peut décider d'affecter l'enveloppe budgétaire consacrée à l'intéressement soit au financement de dépenses d'**investissement** (équipements) soit au financement de dépenses dites **d'exploitation** (personnel, consommables, formation ...), soit à ces deux types de dépenses.

ARTICLE 4-4 - AFFECTATION DES CREDITS D'INTERESSEMENT

Article 4-4.1 - Calendrier
La mesure des résultats des services est réalisée **chaque année** par le C.E.O., **courant mai-juin**.

Article 4-4.2 - Répartition des crédits

1°/ Dans un premier temps, le **C.E.O. propose une répartition des crédits pour chaque structure**, en fonction des résultats constatés. Un compte-rendu des débats du C.E.O. est porté à la connaissance du **directeur**. Cette première répartition n'a qu'un caractère indicatif puisque le C.E.O. a un rôle consultatif.

2°/ Le directeur rend compte à la CME de la proposition de répartition des crédits d'intéressement par structure. Il fait part de ses propres observations. La CME émet un avis.

3°/ Le directeur rend compte au Conseil d'Administration de la proposition de répartition des crédits d'intéressement faite par le C.E.O. Il fait part et de ses propres observations et de l'avis de la CME.
Au vu de ces éléments, **le Conseil d'Administration arrête la répartition définitive** des crédits par structure.

ARTICLE 4-4.3 - Destination des crédits d'intéressement
Il s'agit d'une mise à disposition de **moyens supplémentaires accordés de façon ponctuelle** et qui peut prendre les formes suivantes :
1°) Pré-financement d'un projet ou d'un C.O.M.
2°) Soutien ponctuel pour un service en difficulté (personnel, aide à l'organisation, consommables ...).
3°) Achat d'équipements ne générant pas de surcoût au delà de l'année d'acquisition

L'intéressement doit correspondre **aux orientations du projet d'établissement et aux C.O.M**. en cours ou à venir. **Chaque direction** chargée d'engager les dépenses au titre de l'intéressement est tenue de **veiller à la cohérence d'ensemble** et, en particulier, au **respect de la politique** définie dans l'établissement notamment en matière d'équipement.

ARTICLE 5 - EVOLUTION DE LA CHARTE - PERSPECTIVES

La présente charte pourra être amendée ou résiliée par décision du Conseil d'Administration du Centre Hospitalier de BLOIS, sur proposition du Directeur et après avis du comité d'évaluation et d'orientation de l'établissement.

En effet, l'intéressement a un **caractère évolutif** qui est lié d'une part aux moyens que le centre hospitalier pourra y consacrer et d'autre part, aux modifications de la culture de l'établissement.
Les évolutions pourront porter en particulier sur :
- Les critères ouvrant droit à l'intéressement tels que la qualité des services rendus aux patients ou encore le caractère dynamique et innovant d'une structure de l'établissement.
- Enfin, une autre forme d'intéressement pour le moyen et le long terme.

Pour le Comité d'Evaluation et d'Orientation,
Le Président,

J.P. GUSCHING