



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2010-2012**

Date du Jury : **décembre 2012**

Le dialogue de gestion entre les médecins et la direction

***Impact de la tarification à l'activité et réalité
dans un groupe hospitalier de l'AP-HP***

Guillaume DURIEZ

Remerciements

Je tiens à remercier :

- **Frédéric Kletz**, enseignant chercheur au Centre de Gestion Scientifique de l'Ecole Nationale Supérieure des Mines de Paris, pour ses conseils et le temps consacré qui m'ont permis d'approfondir la réflexion sur ce mémoire.
- **Erik Domain**, directeur des ressources humaines du groupe hospitalier HUPNVS, pour son soutien en tant que maître de stage, nos rencontres régulières et la variété des dossiers qu'il m'a confiés.
- L'ensemble de l'équipe de direction du groupe hospitalier, et particulièrement les membres basés à l'hôpital Beaujon avec qui j'ai eu l'occasion de travailler : **Anne Costa**, **Fabrice Ormancey** et **Marc Catanas**.
- Les attachés d'administration hospitalière de l'hôpital Beaujon, notamment **Emmanuelle Juan** et **Marie-Victoire Grolleau**, pour leur bonne humeur et leurs conseils précieux au cours des gardes administratives.

Sommaire

Introduction.....	3
1 Pourquoi la T2A modifie-t-elle le dialogue de gestion ?.....	13
A) Un impact théorique fort mais complexe	13
1) La tarification à l'activité enrichit considérablement la discussion médico-économique.....	13
2) La T2A ne simplifie pas toujours le dialogue de gestion	16
B) Les effets réels constatés dans les établissements.....	20
2 Des conditions du dialogue partiellement réunies sur le GH.....	24
A) Des outils nombreux mais difficiles à utiliser et pas toujours bien appropriés par les utilisateurs.....	24
1) Une multitude de tableaux de bord, principalement centrés sur l'activité	25
2) La mise en place d'outils issus de la comptabilité analytique, intéressants intellectuellement mais pour lesquels il est difficile de faire le lien avec l'organisation concrète	29
3) L'absence de contrats de pôle.....	33
B) Des lieux de dialogue plus compliqués à faire vivre avec la création du groupe hospitalier	35
1) Les rencontres ponctuelles portant sur un sujet précis	35
2) Les instances.....	36
C) Une délégation de gestion très limitée et qui fait débat.....	38
1) Une notion sujette à controverses et à ambiguïtés	39
2) Quelle délégation de gestion concrète sur le groupe hospitalier ?	42
D) Quelle volonté de travailler sur les questions de gestion et d'organisation ? .	45
3 Le résultat : un dialogue de gestion à géométrie variable.....	47
A) Une implication forte des médecins sur l'activité et le montage des projets ...	47
B) Des difficultés beaucoup plus grandes sur le volet des dépenses et de l'organisation.....	53
1) Evaluation économique d'un appareil de Fibroscan.....	53
2) Analyse de l'activité des services cliniques en exploitant les données de l'ENCC	55

Conclusion

L'amélioration du dialogue de gestion peut-elle constituer une solution aux difficultés de l'hôpital ? 59

Bibliographie I

Liste des annexes IV

Liste des sigles utilisés

AP-HM Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille
AP-HP Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
ARS Agence Régionale de Santé
ATIH Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CAP Cadre Administratif de Pôle
CCAM Classification Commune des Actes Médicaux
CCM Comité Consultatif Médical
CHSCT Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CHU Centre Hospitalier Universitaire
CEL Conseil Exécutif Local
CME Commission Médicale d'Etablissement
CREA Comptes de Résultat Analytiques
DIM Département d'Information Médicale
DMS Durée Moyenne de Séjour
DPM Direction de la Politique Médicale
EHESP Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EMAMH Ecole de Management des Médecins des Hôpitaux
ENCC Etude Nationale de Coûts à méthodologie Commune
EPRD Etat prévisionnel des Recettes et des Dépenses
GH Groupe Hospitalier
GHM Groupe Homogène de Malades
GHS Groupe Homogène de séjour
HCL Hospices Civils de Lyon.
HPST Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires
HUPNVS Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine
ICR Indice de Coût Relatif
IDE Infirmier diplômé d'Etat
MCO Médecine Chirurgie Obstétrique
MIGAC Mission d'intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
OQOS Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins
PHRC Programme Hospitalier de Recherche Clinique
PM Personnel Médical
PMSI Programme de Médicalisation du Système d'Information
PNM Personnel Non Médical
SAU Service d'Accueil des Urgences
SSR Soins de Suite et de Réadaptation
STIC Soutien aux Technologies Innovantes et Coûteuses
T2A Tarification à l'activité
TCCM Tableau Coûts Case Mix
TPER Tableau Prévisionnel des Effectifs Rémunérés

Introduction

Dans un contexte budgétaire et financier délicat, la dépense publique doit désormais démontrer son efficacité.

Le plan Hôpital 2007 s'inscrit dans ce mouvement qui met l'accent sur l'efficience et la performance au sein du secteur public. Plusieurs axes sont mobilisés simultanément pour atteindre cet objectif :

- l'organisation du système de santé
- les investissements hospitaliers
- la gouvernance hospitalière, avec la mise en place des pôles
- le cadre tarifaire, budgétaire et comptable, au sein duquel s'inscrit la tarification à l'activité (T2A).

Parmi ces quatre axes, c'est sans doute la réforme de la tarification qui a le plus attiré l'attention au sein du monde hospitalier, compte tenu du bouleversement entraîné par ce nouveau mode de financement. En effet, depuis la mise en place de la T2A, la majeure partie des ressources allouées aux établissements de santé dépend désormais de l'activité médicale et non plus de l'activité administrative (nombre de journées) ou d'une négociation faisant reposer essentiellement le budget sur une évolution historique (dotation globale de financement).

Au sein de l'établissement, la T2A est supposée produire des effets à deux niveaux :

- Au niveau local, celui du service ou du pôle, où se prennent concrètement les décisions en matière d'organisation, de pratiques soignantes et médicales. Les informations apportées par la T2A, permettant notamment de se comparer avec d'autres établissements aux case-mix similaires, sont en théorie un puissant aiguillon pour encourager l'efficience et la standardisation des prises en charge.
- Au niveau plus stratégique de l'établissement. Les résultats financiers découlant de l'application de la T2A - aboutissant à un déficit ou un excédent pour l'hôpital - peuvent en effet déclencher des réflexions sur des sujets aussi variés et fondamentaux que l'organisation du parcours de soins (ex : mise en place de coopération avec d'autres établissements sanitaires), la refonte de l'organisation médicale (ex : développement de la chirurgie ambulatoire) ou encore la politique en matière de ressources humaines (ex : refonte des schémas de travail pour mettre en cohérence les organisations médicale et paramédicale).

Alors même que les effets liés à la diffusion de la T2A sont potentiellement révolutionnaires, plusieurs auteurs ont souligné la modestie des résultats visibles

pour le moment. Ainsi, en décembre 2009, Roland Cash, responsable scientifique de la mission T2A, estime justifié le constat fait par d'autres selon lequel « *la T2A n'a pas atteint son objectif principal d'améliorer l'efficacité dans la production de soins hospitaliers* ». Selon lui, « *même si le souci de gestion s'est accru, avec le développement d'outils médico-économiques internes, il y a encore peu d'utilisation de ces outils, et il y a encore peu de travaux sur les processus de soins et l'organisation des soins* » (Cash, 2009, p.1)

Jean-Claude Moisdon et Michel Pépin (2010, p.38-39), qui essaient d'évaluer les effets concrets produits par la T2A, rejoignent dans l'ensemble cette analyse, même s'ils soulignent aussi les changements, modestes mais réels, déjà produits par la T2A. Ils relèvent ainsi le « *mélange contrasté entre le constat d'une grande énergie déployée par les acteurs pour concevoir et implanter de nouveaux outils de gestion et de nouvelles modalités de travail coopératif, et le sentiment d'être face à de puissantes «forces de rappel» qui freinent considérablement leur capacité à aller au bout de la dynamique enclenchée, par une réelle transformation des organisations de processus de soins. En conséquence, plus que de grandes tendances de changement, nous sommes tentés de parler « d'effets de capillarité », d'ampleur très variable selon les lieux et les acteurs, très diffus dans les organisations, et marqués par des rythmes temporels lents.* »

Ces trois auteurs s'accordent pour l'essentiel sur les facteurs expliquant pourquoi la T2A n'a pas encore transformé l'organisation et le fonctionnement du secteur hospitalier. Roland Cash (2009, p.1) se demande ainsi :

« Les incitatifs ne sont-ils pas assez forts ? assez clairs ? Les résistances au changement sont-elles si fortes ? Est-ce la résultante directe des difficultés évoquées plus haut, à savoir les modifications trop fréquentes des règles et l'impossibilité de réaliser dans ce contexte des prévisions budgétaires pluriannuelles ? Ou faut-il attendre encore quelque temps avant d'observer les effets d'une réforme si importante (une fois les règles stabilisées...) ?

Toutes ces raisons sont probablement vraies en même temps, et les prochaines années devront s'attacher à agir sur ces problèmes.»

Dans ce mémoire, nous souhaitons nous consacrer à l'étude d'une condition a priori primordiale pour que la T2A déploie ses effets et participe à l'amélioration de la performance hospitalière : **la qualité du dialogue de gestion entre la direction et les équipes médicales.** Car s'il est un élément sur lequel l'ensemble des acteurs du monde hospitalier s'accorde, c'est que **la T2A suppose l'association des médecins à la gestion.**

En effet, pour la part du financement liée à l'activité¹, ce sont les choix des praticiens qui déterminent l'équilibre économique de l'hôpital, au niveau :

- Des ressources : au-delà même de l'activité du service (nombre de séjours), l'implication médicale est indispensable pour parvenir à un codage exhaustif et complet de l'activité. Il s'agit là d'un enjeu majeur puisque, en fonction du niveau de sévérité, la même racine de GHM peut donner lieu à une recette allant du simple au quadruple². Cette implication médicale sera différente selon le choix effectué par l'établissement en ce qui concerne la réalisation du codage :

- Si le codage est confié aux praticiens eux-mêmes (codage décentralisé), on attend d'eux qu'ils connaissent les règles dans ce domaine et qu'ils fassent preuve d'exhaustivité et de rapidité.

- Si le codage est centralisé, la collaboration des médecins est nécessaire pour assurer la bonne tenue du dossier médical, qui servira de support aux techniciens en charge du codage.

- Des dépenses : si un service clinique choisit un protocole de soins plus consommateur de ressources que la moyenne nationale, cela a de grandes chances d'aboutir à un déficit puisque la recette perçue sera la même.

L'implication médicale dans la gestion est d'autant plus nécessaire que, contrairement à la dotation globale, la tarification à l'activité favorise les établissements dont les unités de soins sont les plus productives. Or, qui est mieux placé pour connaître la réalité du fonctionnement et proposer des pistes d'amélioration de la productivité que l'unité de soins elle-même, et au premier rang de celle-ci les médecins qui en font partie ?

Pour cette raison, il est dorénavant illusoire pour l'équipe de direction de piloter l'établissement sans la participation active des médecins et leur implication dans cette dynamique gestionnaire. D'où l'insistance très forte sur le « dialogue de gestion médico-économique », censé prendre place dans les établissements de santé. Médecins et gestionnaires devraient théoriquement décider en commun et en bonne intelligence non seulement des grandes orientations de l'hôpital mais aussi de sa gestion opérationnelle.

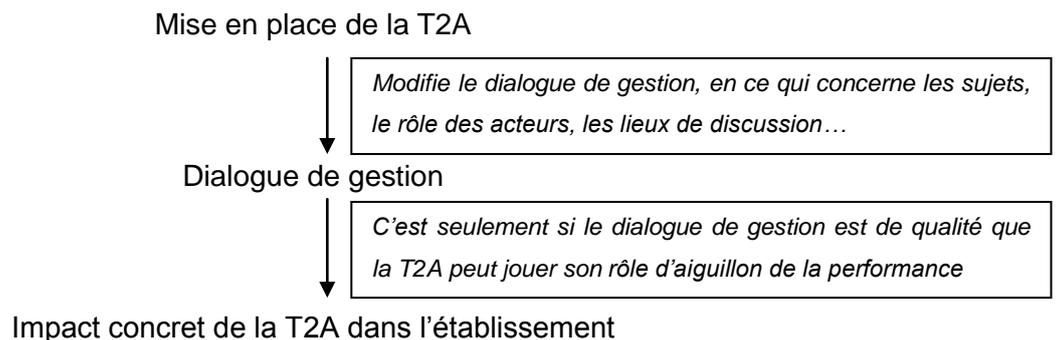
Conscient de cette nécessité, le législateur lui-même s'est voulu le promoteur de ce dialogue et de cette coopération : à côté de la T2A, le plan Hôpital 2007 comporte ainsi un chapitre consacré à la nouvelle gouvernance, qui vise à favoriser à la fois la collégialité et

¹ Il s'agit là d'une limite importante car, comme nous y reviendrons plus loin, la part du financement fixe, qui s'apparente à une subvention (MIGAC et MERRI) est loin d'être négligeable. Surtout, cette part peut potentiellement varier fortement d'une année à l'autre, avec des conséquences importantes sur l'équilibre financier de l'hôpital. Pour cette raison, affirmer que l'activité d'un hôpital se pilote comme celle d'une entreprise nous semble exagéré.

² Exemple de la racine de GHM 07C10 « *Interventions sur le foie, le pancréas et les veines porte ou cave pour affections non malignes* ». En 2011, le niveau de sévérité 1 donne droit à une recette GHS de 7 179€ contre 29 176€ pour le niveau 4.

la proximité dans la prise de décision. La création des pôles constitue le volet le plus novateur de cette réforme de la gouvernance. L'idée est la suivante : créer une entité d'une taille suffisante - donc plus large que le service - pour que des décisions de gestion puissent y être prises mais aussi un lieu de rencontre naturelle entre la direction et le corps médical.

Il semble donc pertinent de s'intéresser aux liens entre tarification à l'activité et qualité du dialogue de gestion, ces deux éléments étant étroitement liés par la relation suivante :



Quel est l'état du dialogue de gestion entre l'administration et le corps médical dans un groupe hospitalier de l'AP-HP ? Comment la mise en place de la T2A a-t-elle transformé la relation entre l'équipe de direction et les médecins ? Sur quels sujets ?

Afin de mieux cerner le sujet, plusieurs précisions importantes doivent être apportées dès l'introduction :

- Un obstacle méthodologique important réside dans la difficulté fréquente de différencier impact de la T2A et impact de la mise en place des pôles. Les deux réformes sont en effet toutes deux issues du Plan Hôpital 2007 et surtout participent de la même logique : faire de la décision médicale un élément central dans le fonctionnement du système hospitalier. La mise en place des pôles peut ainsi être considérée comme le corollaire nécessaire permettant à la T2A de produire ses effets. Le rapport de Moisdon et Pépin (2010, p.7) consacré aux impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé note bien cette difficulté à distinguer les impacts « purs » de la T2A et ceux liés à la réforme des pôles : *« la T2A ne constitue que l'un des volets des évolutions qui ont affecté les établissements de santé dans la période récente. Dans le secteur public en particulier, la mise en oeuvre de la nouvelle gouvernance, la création des pôles et le passage à l'EPRD (État prévisionnel des recettes*

et des dépenses) constituent des facteurs importants d'évolution des modes de fonctionnement interne.

Il était donc à prévoir qu'il serait difficile, voire impossible, d'isoler de façon sûre les effets de la T2A de ceux engendrés par les autres facteurs. »

Cela s'est confirmé lors de la réalisation de ce mémoire : au cours de mes entretiens avec les médecins, les cadres soignants et administratifs, plus que la T2A, c'est surtout la création des pôles qui a été évoquée. Bien que les effets structurels liés à l'organisation en pôle soient sans doute inférieurs à ceux de la tarification à l'activité, la réforme des pôles est plus visible. De plus, ses succès et ses limites sont sans doute plus faciles à analyser pour les acteurs du système hospitalier. Pour ceux-ci, la T2A n'est pas forcément une révolution facile à appréhender en tant que telle puisqu'elle s'inscrit dans une logique d'efficience économique qui lui est bien antérieure. Ainsi, un cadre paramédical de pôle date du milieu des années 90 la montée des contraintes financières et le renforcement de la relation entre la direction financière et les services cliniques.

▪ La notion de dialogue de gestion médico-administratif doit être précisée afin de mieux mesurer ce qu'elle recouvre. Les médecins sont en effet impliqués dans la gestion, le développement et l'équilibre économique de l'établissement à plus d'un titre :

- En tant que **porteurs de projets médicaux** influençant directement l'activité et la stratégie de l'établissement.

Ex : ouverture d'un hôpital de jour, développement de la chirurgie ambulatoire, prise en charge d'une nouvelle pathologie...

- En tant que **garants du niveau d'activité de leur service.**

Ex : recrutement des patients, organisation du parcours de soins du patient (parcours au sein du service, de l'établissement voire du système de santé).

- En tant que **responsables du fonctionnement efficient de l'unité productrice de soins.**

Ex : organisation du service (organisation médicale mais aussi soignante), optimisation des dépenses (recours au plateau médico-technique, mutualisation d'équipements, prescriptions médicamenteuses), optimisation des recettes (exhaustivité du codage).

Cette classification (projets médicaux, activité, organisation) présente l'intérêt de souligner à la fois que le dialogue de gestion entre le corps médical et la direction est évidemment antérieur à la T2A mais que celle-ci contribue à enrichir le premier :

- A l'époque du budget global, le montage d'un projet médical donnait déjà lieu à une évaluation conjointe des perspectives d'activité et des ressources nécessaires.

- Les médecins se considèrent depuis longtemps responsables du niveau d'activité de leur service, qui se traduit notamment par le taux de remplissage des lits.

En ce qui concerne ces deux sujets traditionnels du dialogue de gestion - montage d'un projet médical et activité du service-, quel a été l'impact de la T2A ? Ce nouveau mode de financement a-t-il contribué à infléchir les logiques et les références des acteurs ?

- Le sujet de la gestion opérationnelle est, au contraire, resté longtemps relativement absent des discussions entre la direction et l'équipe médicale. Or, c'est sans doute dans ce champ que l'impact théorique de la T2A est le plus marqué. Comme toute unité de production, le pôle est désormais en mesure de connaître la rentabilité de sa production³ (la recette perçue du GHM couvre-t-elle le coût de production ?). **Le chef de pôle - ou le chef de service- a donc la responsabilité théorique d'adopter l'organisation la plus efficiente, lui permettant d'équilibrer recettes et dépenses.** Est-ce véritablement ce qui se passe suite à l'introduction de la T2A ? Est-ce ainsi que la réforme est comprise et adoptée par les acteurs ? Si ce n'est pas le cas, comment l'expliquer et quelles en sont les conséquences ?

Ce sont ces questions que nous souhaitons aborder dans ce mémoire. Pour tenter d'y répondre, nous avons utilisé trois prismes distincts mais complémentaires :

- **Des entretiens avec les acteurs du dialogue de gestion** : membres de l'équipe de direction, médecins chefs de pôle, cadres paramédicaux de pôle, cadres administratifs de pôle...⁴
- **La participation à des réunions ou des instances**, formelles ou non, au sein desquelles se côtoient l'équipe de direction et les médecins : directoire, comité de direction, comité consultatif médical, comité exécutif local
- **L'analyse de trois dossiers qui m'ont été confiés** au cours de ce stage et qui présentaient l'intérêt de me permettre de rencontrer des médecins et de mesurer concrètement leur implication dans une démarche gestionnaire :

1) Modification de l'organisation du Fibroscan suite à l'inscription de l'acte à la CCAM. Depuis 2007, l'hôpital Bichat dispose à titre gratuit, par l'intermédiaire d'un laboratoire pharmaceutique, d'un appareil de Fibroscan⁵. Suite à l'inscription de cet

³ Cette capacité de mesurer la performance économique du pôle reste en réalité largement théorique, comme nous le verrons plus loin. Même quand la mesure est possible et qu'elle fait apparaître un décalage par rapport à un référentiel, il reste très difficile d'identifier les pistes d'amélioration permettant de revenir à l'équilibre.

⁴ Voir en annexe 1 la liste des interlocuteurs rencontrés

⁵ Le Fibroscan est un examen permettant de mesurer l'élasticité du foie et ainsi d'évaluer le degré de fibrose.

examen à la CCAM en mai 2011, le laboratoire a indiqué sa volonté de reprendre l'appareil à la fin de l'année 2011, l'hôpital pouvant désormais théoriquement financer l'équipement en facturant les actes réalisés. Pour décider si l'hôpital Bichat devait ou non investir dans un Fibroscan, une évaluation économique de l'équipement a été réalisée. La rentabilité apparaissait clairement négative dans les conditions actuelles - l'acte n'est remboursé que 31€ et ne comprend pas de forfait technique. Comme la direction n'était pas désireuse d'investir dans un équipement qui alourdirait, même faiblement, le déficit d'exploitation, d'autres organisations envisageables ont été étudiées :

- Réalisation de l'acte par une infirmière plutôt que par un médecin
- Mutualisation de l'équipement avec l'hôpital Beaujon, qui possède déjà un Fibroscan et appartient au même groupe hospitalier que Bichat⁶.

Analyser ce dossier présentait plusieurs intérêts dans le cadre de ce mémoire :

- Identifier les logiques mobilisées par chacun des acteurs pour défendre sa position
- Etudier la perception des médecins vis-à-vis de l'évaluation financière d'un équipement
- Evaluer la capacité - et surtout la volonté - de l'équipe de direction à faire accepter par le corps médical les contraintes économiques et à accompagner les modifications d'organisation qui en découlent.

2) Etude de la possibilité d'investissement dans un Cone Beam pour le centre d'odontologie de Bretonneau.

Le Cone Beam est un appareil d'imagerie médicale permettant de réaliser une tomographie volumique de la face. Par rapport aux techniques classiques d'imagerie dentaire, il présente l'avantage d'offrir une vue tridimensionnelle. Par rapport au scanner, un examen de Cone Beam délivre une dose ionisante plus faible et surtout est plus rapidement réalisable, les plages horaires d'utilisation des scanners étant souvent surchargées.

Le centre de Bretonneau, qui avait obtenu du fabricant le prêt pour quelques mois d'un appareil de Cone Beam, souhaitait le conserver en l'achetant ou en le louant.

La direction des équipements est intervenue sur ce dossier en soutien du service de soins. Une évaluation financière a d'abord été réalisée, montrant la rentabilité d'un Cone Beam à partir d'un certain seuil d'activité⁷. L'appareil ne faisant pas l'objet d'un marché central au niveau de l'AP-HP, l'autorisation de lancer un marché local a donc dû être sollicitée auprès de la centrale d'achat du siège, chargée des équipements biomédicaux.

⁶ Cette mutualisation était a priori envisageable puisque les deux établissements sont proches (moins de deux kilomètres) et que l'examen de Fibroscan est réalisé pour des patients en consultation.

⁷ Voir en annexe 4 l'analyse du seuil de rentabilité en fonction de l'activité

Ce dossier présentait plusieurs intérêts en ce qui concerne l'analyse du dialogue entre la direction et les équipes médicales :

- Appréhender l'implication du corps médical dans le montage d'un dossier d'acquisition ou de location d'un équipement biomédical
- Etudier la relation tripartite et le jeu de rôles entre le service clinique, la direction des équipements du groupe hospitalier et le siège de l'Assistance Publique (direction de la politique médicale et centrale d'achats)

3) Analyse de l'activité des services cliniques en exploitant les données de l'Etude Nationale de Coûts à Méthodologie Commune.

Comme plusieurs établissements appartenant à l'AP-HP, l'hôpital Beaujon fait partie des hôpitaux qui alimentent la base nationale de l'ENCC. L'équipe en charge du contrôle de gestion n'avait cependant pas eu l'occasion de mettre à profit les données issues de cette enquête pour en tirer des conclusions sur le fonctionnement de l'hôpital.

Comme l'une de mes missions pendant le stage était l'analyse de la comptabilité analytique, j'ai utilisé les données de l'ENCC pour :

- Construire un tableau coût-case mix (TCCM) au niveau de l'établissement⁸.
- Elaborer un outil permettant la comparaison des GHM produits par Beaujon avec ceux de la base nationale, sur plusieurs paramètres⁹ :
 - Coût complet et coûts détaillés par grand poste
 - Niveau de sévérité,
 - Durée moyenne de séjour : dans l'établissement et en réanimation,
 - Recours au plateau médico-technique : consommation d'ICR (Indice de Coût Relatif) d'anesthésie ou de bloc, prescription de B...

Ce projet a été l'occasion de :

- Analyser la perception et l'intérêt des médecins vis-à-vis d'une étude économique de leur activité.
- Evaluer leur désir de s'impliquer dans les modifications d'organisation à envisager suite à la comparaison entre les coûts de Beaujon et ceux de la base nationale
- Etudier la possibilité d'utiliser la comptabilité analytique comme un levier pour faire évoluer les pratiques médicales ou soignantes.

Pour conclure cette introduction, il paraît important de préciser le contexte du groupe hospitalier dans lequel s'est déroulé mon stage. Cela permettra notamment de mieux

⁸ Voir en annexe 2 le TCCM de l'hôpital Beaujon

⁹ Voir en annexe 3 un exemple d'analyse pour une racine de GHM donnée

comprendre les limites et les obstacles au dialogue de gestion analysés dans ce mémoire :

- Le Groupe Hospitalier « Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine » regroupe cinq établissements de l'AP-HP : trois sites MCO (Bichat, Beaujon et Louis Mourier) et deux sites essentiellement consacrés à la prise en charge gériatrique (Bretonneau et Charles Richet). C'est un des plus gros groupes hospitaliers de l'AP-HP avec :

- 674 millions d'€ de recettes en 2010 sur le CRPP, en progression de 3,2% par rapport à 2009.

- un effectif PNM de 7145 agents en mai 2011

- un effectif PM de 985 médecins (hors internes et étudiants).

Même s'il se met en place depuis 2010, le groupe hospitalier est encore en cours de constitution et d'organisation, l'acte de naissance officiel ne datant que du 1^{er} janvier 2011. Cette reconfiguration complexe se déroule en même temps que le redécoupage des pôles médicaux, en cours sur l'ensemble de l'AP-HP et qui a pour objectif de réduire le nombre de pôles et de relancer la dynamique de délégation de gestion. Sur le groupe hospitalier, il y aura désormais 15 pôles, pour la plupart multi-sites et qui commenceront à fonctionner au cours du dernier trimestre 2011.

Ces deux réformes sont lourdes et difficiles à mettre en place – comme un des membres de l'équipe de direction l'admet, il s'agit d'un saut dans l'inconnu. L'incertitude étant forte, médecins et directeurs sont pour le moment principalement mobilisés sur leurs difficultés internes d'organisation. Cela contribue à expliquer en partie les difficultés actuelles du dialogue de gestion.

- L'appartenance du groupe hospitalier à l'AP-HP est un élément à prendre en compte car il influence fortement le dialogue entre les médecins et la direction du groupe :

- Dans de nombreux domaines (notamment en matière d'investissements), c'est le siège qui prend la décision finale. Cela complique la définition des rôles des acteurs locaux du dialogue de gestion et ralentit le circuit de décision.

- Les instances classiques associant médecins et direction (CME et Directoire) se réunissent au niveau du siège. Il existe certes des instances locales à l'échelle de l'établissement et désormais du groupe hospitalier - conseil exécutif local (CEL), Directoire et Comité Consultatif Médical (CCM) - mais elles ont des prérogatives largement plus restreintes. L'enjeu de ces instances étant réduit, cela influence forcément l'implication des acteurs et leur participation.

- La situation budgétaire du groupe hospitalier est précaire, avec un déficit 2010 de 42 millions d'€, loin de la cible initiale de 30 millions d'€. La réduction du déficit est donc

l'objectif premier de l'équipe de direction et mobilise la majorité de ses efforts. C'est particulièrement le cas à l'hôpital Beaujon, qui est l'établissement du groupe le plus déficitaire¹⁰. Ce contexte budgétaire difficile impacte fortement l'ambiance de travail au sein du groupe hospitalier et le dialogue entre l'équipe de direction et le corps médical :

- Les investissements sont extrêmement réduits et en forte baisse depuis 2009. Cela entraîne une démotivation importante chez de nombreux chefs de service et une réticence de leur part à s'engager dans le montage de projets, compte tenu des perspectives faibles d'obtenir les crédits nécessaires à leur lancement.

- La direction du groupe hospitalier s'est engagée vis-à-vis de la direction des finances et des investissements du siège à réduire ou au moins à stabiliser les dépenses. Pour cette raison, la plupart des projets portés par la direction – et abordés dans les instances – visent à améliorer l'efficacité (et se traduisent concrètement par des réductions d'effectif).

- Afin de tenir la cible sur laquelle elle s'est engagée (réduction du déficit du groupe de 42 millions d'€ en 2010 à 26 millions d'€ en 2011), la direction est réticente à accorder une large délégation de gestion aux pôles. Les médecins ne sont pas non plus enclins à s'investir massivement dans la dynamique gestionnaire, qui leur apparaît pour le moment comme un jeu dont ils sortiraient perdants, se traduisant par l'acceptation des contraintes financières sans gagner pour autant une véritable liberté d'action.

Dans les développements qui suivent, nous nous intéresserons au dialogue de gestion médico-économique sur le groupe hospitalier. Nous analyserons dans un premier temps comment la T2A est susceptible d'influencer la discussion entre les équipes de direction et les médecins (I). Nous examinerons ensuite si les conditions d'un dialogue de gestion fructueux sont réunies sur le groupe hospitalier (II) avant d'étudier comment celui-ci se traduit dans la réalité (III).

¹⁰ L'hôpital Beaujon est le site sur lequel j'ai effectué la plus grande partie de mon stage et où exercent la plupart des médecins rencontrés dans le cadre de ce mémoire.

1 Pourquoi la T2A modifie-t-elle le dialogue de gestion ?

A priori, la mise en place de la tarification à l'activité est censée modifier en profondeur la nature et les conditions de la discussion entre les sphères administrative et médicale (I.A). Si ce nouveau mode de financement permet d'enrichir le dialogue (I.A.1), il peut aussi contribuer à le complexifier, voire être source d'incompréhensions (I.A.2). Il est donc important d'examiner si les effets réels enregistrés dans les établissements ont été conformes à ceux que l'on pouvait anticiper lors de l'instauration de la T2A (I.B)

A) Un impact théorique fort mais complexe

1) La tarification à l'activité enrichit considérablement la discussion médico-économique

Comme nous l'avons vu en introduction, **la notion même de dialogue de gestion est intrinsèquement associée à une réforme comme la T2A** puisque ce mode de financement :

- Lie les recettes perçues par l'établissement avec l'activité médicale – traduite par le codage des prises en charges.
- Repose sur le concept de concurrence par comparaison¹¹ (traduction de la théorie de « yardstick competition »). Cette théorie est une forte incitation à l'analyse des parcours de prise en charge des patients et des pratiques médicales, en les comparant à ceux des autres établissements et en analysant leur traduction en termes de dépenses.

La T2A enrichit donc en profondeur le dialogue médico-économique, en ce qui concerne à la fois l'analyse des recettes et des dépenses.

Cela ne signifie évidemment pas que ces sujets n'étaient pas abordés à l'époque de la dotation globale de financement. Même avec une dotation annuelle, il était souhaitable d'optimiser l'organisation médico-soignante et de réduire les dépenses. Cependant, en liant les recettes et les dépenses, la T2A modifie quand même profondément la logique de la discussion en lui apportant une **dimension stratégique inédite**.

¹¹ Cette théorie cherche à répondre à la question suivante : comment inciter une entreprise régulée à réduire ses coûts, sachant que le régulateur ne connaît pas le coût optimal auquel il est censé tarifier ?

Dans un système de concurrence par comparaison comme la T2A, le tarif perçu par l'entreprise régulée dépend des coûts de ses concurrents. La théorie postule qu'à l'équilibre, chaque entreprise va choisir le niveau de réduction des coûts le plus socialement efficient. A l'hôpital, c'est l'application de règles hors de la sphère tarifaire (certification, bonnes pratiques mais aussi déontologie des professionnels et souci de la réputation de l'établissement vis-à-vis des patients) qui assure que la réduction des coûts ne s'effectue pas au détriment de la qualité des soins

Prenons l'exemple de la prise en charge d'une nouvelle pathologie au sein d'un service. A l'époque de la dotation globale, la discussion était la suivante : l'hôpital a-t-il les moyens, compte tenu de son équilibre financier, d'accueillir ces nouveaux patients ? Sinon, à quelles activités faut-il renoncer ? Quelle organisation adopter pour minimiser les dépenses supplémentaires ?

Avec la T2A, la discussion devient celle-ci : quel est le potentiel de cette pathologie en termes de recrutement de patients ? Quelle en sera la traduction en termes de recettes ? Celles-ci seront-elles suffisantes pour couvrir les dépenses supplémentaires induites par la nouvelle activité ?

Ce sont là incontestablement des sujets susceptibles de donner lieu à des discussions riches et fructueuses. En comparant son expérience actuelle avec celle précédemment vécue en hôpital psychiatrique, le directeur des finances du groupe hospitalier constate que, grâce à la T2A, **il est beaucoup plus aisé dans le secteur MCO d'intéresser les médecins à la gestion et à l'activité de leur service**. Le surcroît d'activité, dans les services financés par la T2A, est vécu globalement de manière positive, à la différence de ce qui se passe dans les services de psychiatrie, financés par une dotation annuelle de financement.

Le dialogue de gestion peut être d'autant plus fructueux que la T2A s'accompagne d'outils susceptibles de favoriser la discussion : tableaux de bord, outils issus de la comptabilité analytique et permettant la comparaison avec des référentiels nationaux ou locaux. Comme le notent ainsi Moisdon et Pépin (2010, p.18), « *la T2A, de par sa constitution, permet une innovation instrumentale importante à partir de la comptabilité analytique et plus précisément des CREA (Compte de résultat analytique) et TCCM (Tableau coûts case mix)* ». Certes, comme nous le verrons plus loin, l'exploitation de ces données et leur traduction opérationnelle sont souvent délicates. Il n'empêche que ces outils facilitent le dialogue en lui assurant des fondements objectifs et chiffrés.

Si l'impact théorique de la T2A est a priori facteur d'enrichissement du dialogue de gestion, c'est aussi parce que ce nouveau mode de financement s'inscrit dans un **contexte favorable à la coopération entre la direction et le corps médical** :

- Les réformes récentes de la gouvernance ont donné naissance à de **nouveaux lieux de discussion, au sein desquels membres de l'équipe de direction et représentants du corps médical sont appelés à se rencontrer régulièrement** et à prendre en commun des décisions engageant l'avenir de l'établissement. C'est notamment le cas du directoire, qui remplace depuis la loi HPST le conseil exécutif et dont la mission principale consiste à « *approuve[r] le projet médical et prépare[r] le projet*

d'établissement [...] » ainsi qu'à « conseille[r] le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. » (article L 6143-7-4 du Code de la Santé publique)

▪ La **mise en place des pôles**, déjà mentionnée en introduction, est un élément fondamental dans cette dynamique de coopération :

- Le pôle constitue un **forum idéal pour échanger sur les problématiques médico-économiques locales**, soit au sein du pôle (bureau de pôle, conseil de pôle), soit avec la direction (réunion informelle entre un directeur fonctionnel et le trio de pôle ou conférence annuelle pour évaluer les résultats de l'année précédente et fixer les objectifs de l'année à venir).

- Cette réforme s'accompagne de la **montée de nouveaux acteurs potentiellement intéressés par la dynamique gestionnaire**. C'est principalement le cas du chef de pôle. Logiquement, la candidature aux fonctions de chef de pôle est un signe d'appétence pour les questions liées à la gestion, au management et à l'organisation. Des formations sont d'ailleurs organisées pour les chefs de pôles désireux de renforcer leurs compétences dans ces domaines¹². L'apparition de cadres administratifs de pôle constitue aussi une avancée intéressante dans la perspective du dialogue de gestion. Ces cadres sont en effet issus de la filière administrative, comme l'équipe de direction, tout en étant basés au sein des unités productrices de soins. Cette position unique leur permet en théorie d'aplanir les malentendus qui naissent souvent de la confrontation entre les logiques administrative et médico-soignante.

- Surtout, la mise en place des pôles doit s'accompagner d'un **renforcement de la délégation de gestion**. Celle-ci conduit à accorder une certaine marge de manoeuvre aux acteurs médicaux et soignants leur permettant de prendre des décisions en matière de gestion. Cette liberté d'agir constitue une condition fondamentale pour que la T2A puisse déployer ses effets et constituer un aiguillon du changement des organisations hospitalières.

La T2A, par sa nature et compte tenu du contexte dans lequel elle s'inscrit, constitue donc a priori un levier d'amélioration du dialogue de gestion médico-économique. Cependant, ce mode de financement est aussi source de complexité et de malentendus, qui peuvent constituer autant de freins à l'implication médicale dans la dynamique gestionnaire.

¹² L'AP-HP a ainsi créé une école dédiée, l'EMAMH (école de management des médecins des hôpitaux).

2) La T2A ne simplifie pas toujours le dialogue de gestion

La T2A est un mode de financement apparemment simple : l'activité assure des recettes qui permettront de couvrir les dépenses. Conformément à la logique suivie par une entreprise commerciale, le producteur de soins (en l'espèce le médecin, qui se trouve dans une position proche de celle du responsable d'une business unit) est censé optimiser son processus médico-soignant et s'assurer que sa recette¹³ - le tarif et ses suppléments- couvre les coûts liés à la production.

A l'exception des médecins, minoritaires, qui refusent en bloc l'introduction à l'hôpital d'une logique d'efficacité économique, **la réforme de la T2A a dans l'ensemble été bien perçue à l'origine par les médecins**¹⁴, puisqu'elle semblait récompenser les services les plus dynamiques. Les acteurs du monde hospitalier se sont cependant progressivement rendus compte de la complexité de la T2A, complexité qui rend le système difficile à maîtriser. Après une période d'intérêt et d'innovation, une certaine déception est apparue, pour les raisons suivantes :

- Même si cela a déjà été souvent relevé, la **variation importante des tarifs au cours du temps** doit être soulignée car elle rend difficile la prévision stratégique à long ou même à moyen terme et complique la tâche d'un médecin désireux de s'impliquer dans le contrôle de gestion.

Ainsi, sur le groupe hospitalier HUPNVS, le passage à la V11C (conduisant à une baisse des tarifs de certains actes CCAM et à une modification des niveaux de sévérité) est censé se traduire en 2011 par une baisse des recettes de 4M€ par rapport à 2010. Certes, l'impact est faible si on le compare au volume total des recettes liées à l'activité (environ 1%) mais cette modification des tarifs influence très fortement le déficit prévisionnel, qui passe de 22,7M€ à 26,7M€ (+18%).

- La T2A a initialement été perçue comme un mode de financement incitant au développement de l'activité. D'où l'accueil favorable des équipes médicales, partantes pour relever le « pari de l'activité » fait par de nombreuses directions financières au cours des premières années de montée en charge du système. Or, ces paris ont rarement été gagnants, soulignant que **la T2A est avant tout un dispositif récompensant**

¹³ Cette question du prix constitue une première différence fondamentale avec le fonctionnement d'une entreprise privée :

- L'hôpital connaît à l'avance - du moins en mars de l'année n- le prix auquel il pourra vendre sa prestation, ce qui constitue un avantage vis-à-vis d'une entreprise soumise à la concurrence
- Par contre, l'établissement ne peut pas décider du prix de sa prestation. Il ne pourra notamment pas répercuter dans le prix une qualité supérieure à celle des hôpitaux concurrents.

¹⁴ A condition que des garde-fous préviennent les risques de sélection des patients.

l'amélioration de la productivité, qui demande donc de se pencher sur l'organisation et les dépenses.

Si on se réfère à l'expérience du GH HUPNVS, il est évident que le pari de l'activité, même s'il continue à être fait parce qu'il est plus satisfaisant socialement, ne peut à lui seul résorber le déficit. En 2010, la hausse d'activité de 3,2% - soit 21 millions d'€ de recettes supplémentaires¹⁵ - ne s'est ainsi traduite que par une réduction faible du déficit - de l'ordre de 3 millions d'€ si l'on fait abstraction des éléments exceptionnels. Bien que les charges de personnel aient été maîtrisées (+0,9% soit +3,7 millions d'€), les recettes supplémentaires ont été neutralisées par la progression des charges médicales (+8,5%, soit +10,8 millions d'€) et, dans une moindre mesure, par celle des charges hôtelières (+3,3% soit +3,3 millions d'€).

▪ La simplicité apparente du système et son équité - chaque établissement reçoit la même recette pour la même prise en charge - n'ont pas forcément de conséquences concrètes dans la pratique. C'est notamment le cas parce que **les recettes liées à l'activité sont loin d'être les seules**¹⁶. **La part des recettes fixes est importante et surtout, elle varie fortement d'une année à l'autre**¹⁷. Cela influence profondément l'équilibre économique de l'établissement, parfois plus que la variation de l'activité.

Prenons l'exemple du compte de résultat prévisionnel 2011 de l'hôpital Beaujon : il anticipe une progression des recettes liées aux séjours de 1,14M€ (+1,3%) tandis que les recettes MIGAC progressent quant à elles de 12M€ (+43%). Au final, si la réduction anticipée du déficit est forte en 2011, c'est essentiellement grâce à des recettes qui ne sont pas directement maîtrisées par le corps médical.

On comprend que **ce décalage fréquent entre les efforts consentis et l'impact sur le résultat soit une cause de démobilisation des équipes médicales - et aussi paramédicales**. La conséquence, c'est que le discours de la direction mettant l'accent sur l'activité et la maîtrise des dépenses a de moins en moins d'impact : les professionnels de l'établissement constatent qu'en réalité la santé financière de l'établissement est fortement liée à l'évolution des règles du jeu (règles d'attribution des MIGAC).

¹⁵ Si on s'intéresse uniquement aux recettes liées aux séjours, elles ont progressé de 14,1 M€ (+5%) par rapport à 2009.

¹⁶ Sur le groupe hospitalier, la part des recettes liées aux séjours ne représente que 54% du total des recettes. Ce calcul inclut dans les recettes liées aux séjours :

- les produits de la tarification des séjours : part assurance-maladie et part non prise en charge par l'assurance-maladie

- les prestations non prises en charge par l'assurance-maladie

- les prestations délivrées aux patients étrangers non assurés sociaux.

¹⁷ En l'espèce, nous faisons référence aux MIGAC et aux MERRI plus qu'à la dotation annuelle de financement allouée à la psychiatrie ou aux soins de suite et de réadaptation.

NB : la forte variation d'une année sur l'autre du montant des MIGAC est amplifiée par l'appartenance du groupe hospitalier à l'AP-HP. La dotation MIGAC n'a pas varié dans les mêmes proportions si on prend l'AP-HP dans son ensemble. Ce sont essentiellement les règles de répartition interne à l'AP-HP qui ont changé : une fraction des MIGAC allouées à l'AP-HP n'étaient auparavant pas redistribuées aux groupes hospitaliers mais conservées au niveau du siège. Il n'empêche que ce changement des règles complique la lecture de la trajectoire budgétaire de l'établissement, même pour les membres de l'équipe de direction. C'est le cas à plus forte raison pour le corps médical, qui n'a ni le temps ni les compétences pour disséquer les évolutions du compte de résultat et s'intéresse donc principalement à la variation du déficit.

▪ **L'objectif poursuivi par la tarification à l'activité – rapprocher et rendre compatibles les logiques gestionnaire et médicale – n'est pas évident à atteindre.**

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) sur lequel repose la T2A est censé contribuer à combler le fossé entre les univers administratif et médical : il produit en effet des données avant tout gestionnaires (consommation de ressources) mais sous un prisme médical, celui des GHM (groupes homogènes de malades).

La direction et la communauté médicale reconnaissent-elles la pertinence de ce nouveau langage ?

Pour les équipes administratives, la réponse est positive. La notion de GHM renvoie à une recette identifiée (le GHS) et à une prise en charge des patients qui, du point de vue gestionnaire, présente une certaine homogénéité.

Au contraire, j'ai réalisé au cours de mon stage et de la rédaction de ce mémoire que **la notion de GHM reste éloignée de la logique médicale**. Cela semble a priori surprenant pour un gestionnaire puisque le PMSI utilise un langage médical. Prenons l'exemple de la racine de GHM 07C10 « *Interventions sur le foie, le pancréas et les veines porte ou cave pour affections non malignes* ». N'est-on pas en présence de termes médicaux, qui devraient donc parler aux médecins et susciter leur intérêt, les niveaux de sévérité permettant de différencier les prises en charge en fonction de leur complexité ?

En réalité, la logique de construction des GHM et la pratique médicale quotidienne sont difficiles à concilier, pour les raisons suivantes :

- Le corps médical critique l'absence de lien entre les données économiques du PMSI – dépenses liées au séjour d'un patient - et les indicateurs de résultats portant sur la prise en charge médicale - morbidité, taux de survie, de complication...
- Malgré le nombre important de GHM, les praticiens considèrent cette notion comme trop grossière pour permettre de réelles comparaisons à l'intérieur d'un même GHM (y

compris au sein d'un même niveau de sévérité). Par exemple, dans le cas de la transplantation hépatique, qui constitue pourtant a priori une racine de GHM d'une grande homogénéité, un anesthésiste réanimateur a souligné qu'à l'hôpital Beaujon, une part supérieure à la moyenne des greffes de foie intervient à la suite d'une hépatite fulminante. Or, la prise en charge des patients atteints d'une hépatite fulminante est beaucoup plus lourde que celle d'autres patients inclus eux aussi dans le même GHM de niveau 4. D'où l'absence de pertinence selon ce praticien de la comparaison entre les coûts de production de Beaujon et ceux de la base nationale.

- Le GHM, produit par un algorithme, est le résultat de l'ensemble de la prise en charge au sein de l'établissement alors que les praticiens raisonnent en termes de diagnostics, d'actes réalisés dans leur service, de complications ou de facteurs de risques du patient. Ainsi, lorsque j'ai présenté à un hépatologue les dépenses de production du GHM 07C10 « *Interventions sur le foie, le pancréas et les veines porte ou cave pour affections non malignes* », les questions du médecin ont porté sur les actes médicaux que ce GHM recouvrait : s'agissait-il de pancréatectomies ou plutôt d'hépatectomies ? Ces deux actes chirurgicaux sont en effet inclus dans le même GHM mais entraînent une prise en charge différente des patients. Pour améliorer sa pratique médicale, le praticien rencontré aurait été intéressé par une étude médico-économique sur la pancréatectomie¹⁸ mais il percevait beaucoup moins la pertinence et surtout les conclusions qu'il pourrait tirer d'une étude portant sur un GHM.

▪ **Le caractère exploitable des données fournies par la T2A et la possibilité pour les praticiens de les utiliser pour modifier leurs pratiques restent à démontrer.**

Ainsi, le PMSI regroupe une grande quantité de données relatives à la traduction économique de la prise en charge, qui peuvent en théorie faire l'objet de traitements innovants et riches d'enseignement (ex : production de CREA, de TCCM). Si ces analyses suscitent souvent un intérêt intellectuel marqué au sein de la communauté médicale, leur traduction concrète en pistes d'amélioration se révèle souvent beaucoup plus problématique. C'est ce que note Moisdon (2010, p.39) lorsqu'il relève la difficulté à lier les résultats et l'organisation : « *Ces outils sophistiqués sont caractérisés par un important niveau de synthèse. Du coup, leurs résultats sont attrayants (quoi de plus satisfaisant que de constater que l'on dégage une «marge» importante ?), mais la contrepartie est qu'ils ne fournissent pas d'eux-mêmes les solutions lorsqu'ils posent problème (déficit d'un CREA par exemple)* »

¹⁸ Les outils associés à la T2A ne permettent pas simplement de réaliser une étude sur un acte spécifique comme la pancréatectomie. Une étude médico-économique ad hoc spécifique est nécessaire. Ce type d'étude est rarement réalisé, compte tenu du temps qu'il faut lui consacrer (de la part du DIM, des praticiens du service et des contrôleurs de gestion) et de l'incertitude sur le caractère exploitable ou non des résultats obtenus.

NB : un point me paraît important d'être souligné : certes, la complexité de la T2A est une source de difficulté importante pour le dialogue de gestion. On peut cependant se demander si cette complexité n'a pas aussi des effets bénéfiques. En effet, comme il est difficile de calculer la rentabilité d'une prise en charge donnée, la tentation d'adopter des pratiques contraires à l'éthique (ex : sélection des patients les plus rentables) est fortement atténuée. De même, comme la permanence des tarifs n'est pas garantie, un établissement peut difficilement définir sa stratégie en fonction des recettes attendues. Il s'agit là d'un point positif : la stratégie hospitalière n'est pas en effet censée être fondée sur la T2A mais être pilotée par l'Agence Régionale de Santé (ARS), qui dispose pour cela d'outils multiples : projet médical de territoire, politique d'autorisations, Objectifs Quantifiés de l'Offre de soins (OQOS)...

Pour conclure, la T2A constitue en théorie une source importante d'approfondissement et d'enrichissement du dialogue de gestion médico-économique. Cependant, ce mode de financement peut aussi être source de désillusions ou d'incompréhensions car, pour être exploité, il suppose une implication forte des acteurs, sans aucune garantie que cet investissement débouchera véritablement sur une amélioration de la situation économique de l'établissement.

Dans la littérature professionnelle et scientifique, peut-on dégager les grandes tendances relevées au sein des établissements : le dialogue de gestion a-t-il bénéficié de la montée en charge de la T2A ? Cette réforme du financement a-t-elle conduit les participants au dialogue - direction et corps médical- à modifier leur positionnement et leurs modes de raisonnements ?

B) Les effets réels constatés dans les établissements

Il est assez difficile de répondre directement à ces questions car le thème du dialogue de gestion entre directeurs et médecins est rarement abordé en tant que tel dans la littérature, pas plus que l'impact de la T2A sur le déroulement de la discussion médico-économique. On peut d'ailleurs souligner que **la T2A, après avoir fait l'objet d'une littérature abondante au début des années 2000 juste avant sa mise en place, est aujourd'hui un thème relativement peu abordé.** A l'exception de l'importante étude de Moisson et Pépin (2010) cherchant à identifier les conséquences concrètes en matière d'organisation de ce mode de financement, la plupart des articles s'intéressent plutôt à la transposition éventuelle de la T2A en dehors du secteur MCO.

Les évolutions de la gouvernance hospitalière et de la relation entre les univers médico-soignant et administratif sont essentiellement abordées au travers de la réforme des pôles. Après quelques années de mise en place, certains établissements et observateurs extérieurs essaient de réaliser un premier bilan de l'impact de cette nouvelle structure (ex : Vives-Rocamora, 2009). L'abondance de la littérature dans ce domaine souligne clairement que **les pôles sont identifiés comme le lieu privilégié d'expérimentation d'une nouvelle forme de gouvernance**, qui accorde plus de responsabilités aux acteurs de terrain.

Quelles tendances peut-on dégager à la lecture des articles consacrés à ce sujet ?

▪ **Les initiatives sont nombreuses et concernent des hôpitaux de taille très diverse.**

Certes, les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) semblent les plus dynamiques dans ce domaine, notamment en ce qui concerne la mise en place d'outils décisionnels et de suivi des objectifs. C'est le cas notamment des CHU de Montpellier (Launay, Gillot, Perrigault et al., 2010), de Toulouse (Zimmerman, 2008) ou encore de Bordeaux (Cazenave, 2010). D'autres hôpitaux de taille plus restreinte ne sont pas en reste lorsqu'il s'agit d'imaginer des solutions permettant d'impliquer les équipes médicales des pôles dans la gestion. Ainsi de l'hôpital de Valenciennes (Guicheteau et Maestre-Lefevre, 2008), souvent cité pour sa stratégie volontariste en matière de délégation de gestion, ou du centre hospitalier intercommunal de Toulon la Seyne sur Mer (Gardon et le Gallard, 2010). Au contraire, je n'ai pas relevé d'articles relatant les expériences des trois plus gros établissements français : l'AP-HP, les Hospices Civils de Lyon (HCL) et l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille (AP-HM).

Sur ce sujet, le secteur public n'est pas forcément à la traîne du secteur privé à but non lucratif. Ainsi, si un hôpital universitaire privé à but non lucratif s'est lui aussi engagé dans la mise en place des pôles, ceux-ci ne font pour l'instant « *pas partie des préoccupations quotidiennes des soignantes* » (Saint-Marc, Fischler, Tillon-Faure et al., 2010). De plus, au premier semestre 2009, la mise en place des pôles dans cet établissement n'avait été accompagnée d'aucune délégation de gestion.

▪ La plupart des établissements sont encore manifestement dans une **phase de découverte et d'apprentissage de cette nouvelle gouvernance** qui doit laisser plus de place aux acteurs de terrain. En témoigne l'insistance sur les outils nécessaires pour piloter la relation, qu'il s'agisse de l'utilisation de la comptabilité analytique (Guicheteau et Maestre-Lefevre, 2008) ou de la rédaction des contrats de pôle et des modalités de leur suivi.

▪ L'impact de la T2A et des pôles sur le dialogue de gestion et la gouvernance de l'établissement semble dépendre davantage de la volonté des acteurs que du contexte économique de l'établissement. Ainsi, si le responsable de l'établissement PSPH invoque « *le contexte actuel de déficit* » pour justifier l'absence de délégation de gestion (Saint-Marc, Fischler, Tillon-Faure et al., 2010), c'est ce même contexte déficitaire qui a encouragé le CHI de Toulon la Seyne sur Mer à s'engager dans une démarche de responsabilisation des pôles (Gardon et le Gallard, 2010).

▪ Dans l'ensemble, **l'expérience de la nouvelle gouvernance semble recueillir l'adhésion** de tous les participants, dans les établissements qui l'ont mise en oeuvre.

Ainsi, comme le souligne Cazenave (2010), au CHU de Bordeaux qui a évalué au travers de questionnaires la nouvelle gouvernance, on relève ainsi parmi les points de satisfaction :

- « *la qualité des relations entre les quatre acteurs de pôle (médecin responsable de pôle, cadre soignant, cadre administratif, directeur référent¹⁹)* »

- la pertinence de la nouvelle gouvernance, qui constituait un « *changement nécessaire* »

Il faut quand même noter que les retours d'expérience proviennent essentiellement de directeurs d'hôpital ou de directeurs des soins, qui ont un intérêt à présenter l'expérience de leur établissement sous un jour positif. Je n'ai pas relevé d'article sur cette thématique rédigé par un médecin.

Les observateurs extérieurs, tout en reconnaissant le bouleversement profond en matière de prise de décision opéré par la mise en place des pôles, sont relativement plus critiques sur les effets réels de la réforme. N. Vives-Rocamora (2009) souligne ainsi :

- « *la difficulté à identifier des marges de manœuvre et à susciter l'engagement du personnel* »

- « *les problèmes de formation à la gestion économique et à l'encadrement des professionnels ainsi que des difficultés de communication, de manque de réactivité et de clarté.* »

- « *la faible exploitation des formes d'intéressement collectives et individuelles* »

Quant à Dongradi (2008), il estime que « *la lettre est respectée dans la mise en place des pôles mais pas forcément l'esprit* », principalement parce que subsistent les écueils traditionnels du management hospitalier : « *manque de transparence, mauvaise circulation des informations, rigidité de la hiérarchie, vision archaïque du commandement, manque de concertation ou concertation rare, faible cohésion.* »

¹⁹ On peut souligner que, parmi les hôpitaux qui relatent des expériences satisfaisantes, une majorité mentionne l'existence de directeurs référents de pôle et leur utilité pour créer des liens entre les pôles et la direction centrale.

▪ Les articles analysés restent assez généraux, les initiatives étant décrites dans les grandes lignes. On perçoit ainsi les objectifs poursuivis mais pas toujours les impacts sur le terrain. Pour mieux appréhender ce point, il serait donc intéressant de recueillir les opinions des médecins des établissements les plus innovants²⁰. Plus qu'à la direction, c'est en effet aux praticiens que l'effort le plus important est demandé puisqu'ils doivent exercer de nouvelles fonctions. Ainsi, au sein d'un établissement PSPH, « *certaines acteurs de pôle craignent le désinvestissement de leur cœur de métier, l'activité médicale, au profit d'une fonction de gestionnaire, pour laquelle ils manquent de connaissance et d'expertise.* » (Saint-Marc, Fischler, Tillon-Faure et al., 2010)

Pour conclure ce tour d'horizon, **des bouleversements sont manifestement à l'œuvre dans certains établissements en ce qui concerne le dialogue de gestion et le processus de décision. Certains hôpitaux ont fait preuve d'un véritable volontarisme en matière de délégation de gestion.** Au CHU de Montpellier, ce sont ainsi plus de 75% des dépenses directes du pôle qui lui ont été délégués (Launay, Gillot, Perrigault et al., 2010). Le CHU de Toulouse évoque même une déconcentration de 98% des budgets sur les titres 1,2 et 3, ce qui paraît quand même étonnant (Zimmerman, 2008).

L'expérience du CHU de Montpellier (Launay, Gillot, Perrigault et al., 2010) est intéressante : elle témoigne que la mise en place d'un outil médico-économique peut contribuer à enrichir le dialogue de gestion avec les équipes médicales, bien au-delà de la sphère budgétaire. Depuis 2006, le CHU a conçu un outil de prévision, qui vise à anticiper l'activité de l'année N+1 de chaque service et à adapter l'organisation en conséquence. Ce qui est particulièrement intéressant, c'est que cet exercice de prévision est l'occasion de réfléchir sur :

- L'organisation des prises en charge (impact sur la DMS)
- La qualité des soins (gestion des risques, notamment infectieux, certification, EPP)
- Les capacités des structures de prises en charge
- L'impact des restructurations

Nous avons vu que la situation des hôpitaux en ce qui concerne le dialogue de gestion est très disparate, certains établissements ayant manifestement une longueur d'avance sur les autres. **Qu'en est-il du groupe hospitalier dans lequel s'est déroulé mon stage ? Les conditions d'un dialogue fructueux sont-elles réunies ?**

²⁰ C'est d'autant plus important que, comme le souligne un des articles, « c'est surtout la culture professionnelle qui a changé avec les pôles, renforçant le dialogue et la responsabilisation des acteurs »

2 Des conditions du dialogue partiellement réunies sur le GH

Pour qu'un dialogue fructueux s'établisse entre la direction et le corps médical, plusieurs conditions doivent être réunies :

- **Un langage commun** (II. A)

Il se traduit le plus souvent par la mise à disposition des médecins d'outils d'analyse de leur activité : tableaux de bord, comparaison à des référentiels nationaux, comptes de résultat analytique.

- **Des lieux de discussion**, au sein desquels se diffuse une culture commune (II. B)

Il peut s'agir d'instances formelles, réunies à intervalles réguliers (CME, Directoire) mais aussi de réunions ad hoc.

- **Une liberté d'action accordée aux acteurs et des bénéficiaires** qui découlent pour eux de cette participation au dialogue (II. C)

C'est théoriquement la délégation de gestion, corollaire naturel de la notion de pôle, qui joue ce rôle, au travers de la latitude, certes encadrée contractuellement, qu'elle accorde aux gestionnaires de proximité (les médecins).

- **Une volonté réciproque de travailler ensemble** (II. D).

Celle-ci suppose que :

- la direction fasse confiance aux médecins et leur accorde une véritable marge de manœuvre et de décision dans la sphère économique
- les médecins - ou au moins certains d'entre eux- intègrent la contrainte gestionnaire dans leur réflexion quotidienne, acceptent de s'engager sur des objectifs et de consacrer du temps à l'analyse de l'activité et de leur organisation afin de les atteindre.

Qu'en est-il sur le groupe hospitalier dans lequel j'ai effectué mon stage ?

A) Des outils nombreux mais difficiles à utiliser et pas toujours bien appropriés par les utilisateurs

Disposer d'outils acceptés par les participants au dialogue est un élément important pour faciliter la discussion médico-économique.

Avant même l'introduction de la tarification à l'activité, certains outils classiques étaient utilisés dans les échanges entre la direction et les équipes médicales, notamment afin d'évaluer financièrement la rentabilité attendue d'un projet.

L'arrivée de la T2A n'en a cependant pas moins marqué une évolution profonde dans ce domaine. Elle s'est en effet traduite par une **multiplication des outils médico-économiques au sein de l'univers hospitalier, depuis la simple mesure de l'activité constatée jusqu'aux dispositifs élaborés** permettant de calculer l'intéressement des pôles en passant par l'enrichissement de la comptabilité analytique. Comme le soulignent Moisdon et Pépin (2010, p.18) « *le développement des outils de gestion visant au pilotage des entités en charge de l'activité de base (pôles, services, départements, services médico-techniques, etc.) constitue certainement le point commun de nombreux établissements* ».

Qu'en est-il au sein du groupe HUPNVS ? Quels ont été les outils mis en place suite à l'introduction de la tarification à l'activité ? Par qui sont-ils produits ? Comment sont-ils diffusés, appropriés et utilisés ?

1) Une multitude de tableaux de bord, principalement centrés sur l'activité

Avant même les outils issus de la comptabilité analytique (TCCM et CREA) auxquels s'intéresse particulièrement Moisdon (2010) et qui présentent un niveau élevé de sophistication, le premier élément à noter concerne la multiplication des tableaux de bord.

Ceux-ci visent à **mesurer l'évolution de l'activité et à détecter rapidement les anomalies**. En raison de la disponibilité plus ou moins rapide des données, c'est en premier lieu l'activité administrative qui peut être recensée - admissions, mutations et sorties – et ce dès les premiers jours du mois N+1. Quelques jours plus tard, on obtient les données concernant les séjours et la DMS – permettant de calculer l'indice de productivité - et enfin la valorisation en termes de recettes.

Aujourd'hui, les tableaux de bord du groupe hospitalier sont produits à trois niveaux : par la direction des finances du siège, par l'équipe de contrôle de gestion du groupe hospitalier et enfin par les cadres administratifs du pôle. **Deux facteurs principaux expliquent cette multiplicité des niveaux de production :**

- **La volonté de produire des tableaux adaptés aux besoins des utilisateurs.** Un des chefs de pôle souligne ainsi qu'il préfère utiliser les tableaux produits par son cadre administratif de pôle (CAP) plutôt que ceux envoyés par la direction des finances du

groupe car il estime que les premiers sont plus précis et reflètent plus finement son activité.

Sur ce point, il faut noter que les médecins n'ont pas participé à la conception des tableaux de bord récemment mis en place au niveau du groupe hospitalier. Ces tableaux sont issus à la fois des modèles qui étaient produits auparavant sur chaque site et d'un benchmarking réalisé auprès d'autres CHU.

- **Le désir d'obtenir les données le plus rapidement possible.** Ainsi, les tableaux de bord produits par le cadre administratif du pôle de médecine sont mis à jour dès le 10 du mois N+1, avant la diffusion des indicateurs fournis par la direction des finances.

Si les tableaux de bord retraçant l'activité sont nombreux, ce n'est pas le cas en ce qui concerne les dépenses, pour lesquelles les données sont plus rares et difficiles à obtenir. Jusque fin 2010, la direction des finances envoyait aux pôles un état mensuel retraçant par service les dépenses de titre 2 et de titre 3. Ce n'est plus le cas depuis début 2011 car la migration sur SAP a nécessité un travail de fiabilisation des données. Cette difficulté à produire une situation financière fiable est un sujet d'inquiétude pour la direction du groupe hospitalier, qui n'est pas en mesure de suivre la réalisation des engagements contractés vis-à-vis de la direction financière du siège en ce qui concerne la réduction du déficit.

Une fois ces difficultés passagères²¹ maîtrisées, l'objectif est de recréer un tableau de bord de suivi des dépenses de titre 2 et de titre 3, diffusé mensuellement à chaque pôle du groupe hospitalier. Le passage au groupe hospitalier se traduit donc par une perte d'information : il n'y aura désormais plus de détail par service, qui reste quand même la structure de base pour l'organisation des soins et la prise en charge des patients. Concrètement, cela signifie sans doute que si un tableau de bord met à jour un dérapage des dépenses sur un poste en particulier, seule une étude ad hoc permettra d'obtenir une compréhension fine de ce dérapage.

Au-delà même de la plus grande difficulté à disposer rapidement des données concernant les dépenses, qu'est-ce qui explique cette insistance sur l'activité ?

- **La T2A a longtemps été comprise** – c'est toujours en partie le cas - **comme récompensant les établissements les plus dynamiques en termes d'activité.** Confronté à la difficulté de réduire les dépenses, le groupe hospitalier a fait le pari,

²¹ Toutefois, certains hôpitaux de l'AP-HP qui ont migré sur SAP il y a 18 mois connaissent encore des problèmes de fiabilité des données.

comme beaucoup d'autres, de réduire son déficit, en augmentant ses recettes²². C'est particulièrement le cas en 2011 puisque sur les 16 millions d'€ de réduction du déficit, la grande majorité provient d'une hausse d'activité. D'où la nécessité de s'assurer rapidement qu'au moins cette partie du contrat conclu avec le siège sera tenue.

▪ Comme nous le reverrons plus tard, **les médecins se considèrent responsables du développement de l'activité de leur service. Cette responsabilité leur apparaît moins évidente en ce qui concerne les dépenses** parce que :

- Elles sont liées à l'organisation du service dont le volet soignant relève principalement de la direction des soins et non du chef de service.

- Elles leur apparaissent largement contraintes (ainsi des dépenses de personnel qui sont pour eux déjà strictement au minimum et sont fixées à partir de ratios définis nationalement) ou déjà en grande partie maîtrisées (les dépenses de titre 2 les plus significatives étant contrôlées par la pharmacie).

▪ **Les objectifs de dépenses ne sont pas définis en suivant la même procédure que les prévisions d'activité.** Comme les médecins ne participent pas directement à la fixation des dépenses, la direction peut difficilement leur demander d'en assurer le suivi au niveau des pôles ou de s'engager à respecter les objectifs fixés²³.

Comment les tableaux de bord sont-ils utilisés ? Ont-ils un véritable impact sur le fonctionnement des services cliniques et médico-techniques ?

▪ La diffusion des tableaux de bord produits par la direction des finances est relativement large (trios de pôle et chefs de service) mais ne suscite que rarement des réactions chez

²² C'était d'ailleurs le pari fait par l'AP-HP dans son ensemble par le prédécesseur de l'actuelle directrice générale. Son objectif était de réduire le déficit de l'institution grâce à une stratégie de « sortie par le haut », axée principalement sur une hausse de l'activité.

²³ Pour comprendre ce point, il faut revenir sur la procédure d'élaboration de l'EPRD :

- Les objectifs d'activité de l'année sont définis par service et par pôle, au cours des conférences annuelles de pôles et en concertation entre le trio de pôle et la direction des finances.

- Les prévisions d'évolution des dépenses sont fixés dans un premier temps de manière globale pour tout l'établissement, par grands postes (ex : X% de progression de la masse salariale sur le PNM, X% d'évolution des dépenses de produits pharmaceutiques...)

La comparaison des prévisions de recettes et de dépenses permet de prévoir l'évolution du résultat et ainsi de fixer l'EPRD de l'année. Ce n'est qu'ensuite, dans un second temps, que les objectifs de dépenses sont déclinés par pôle, en faisant supporter à chaque pôle un poids équivalent des efforts d'efficience à consentir.

Cette procédure de prévision des dépenses, si elle se comprend compte tenu de la taille du groupe hospitalier, explique le décalage fréquemment constaté en fin d'année entre les dépenses prévues et celles constatées.

Prenons l'exemple des charges de titre 2 sur l'ensemble du groupe hospitalier : en 2010, l'erreur de prévision s'élève à 12,8 millions d'€ (ou 10,2% d'écart par rapport à la cible).

Compte tenu de cette difficulté de prévision, les pôles ont tendance en ce qui concerne les dépenses à se comparer par rapport à l'année précédente plutôt que par rapport à la cible. C'est d'autant plus le cas que la cible n'est souvent définie qu'à la fin du 1^{er} semestre, alors que la moitié de l'année est déjà écoulée.

les destinataires, qu'il s'agisse des médecins ou des cadres administratifs et paramédicaux. Cela ne signifie pas pour autant que les tableaux de bord ne sont pas consultés : les réactions sont nombreuses en cas de problème technique (ex : difficultés à ouvrir le fichier).

Par ailleurs, certaines réactions, rares mais réelles, manifestent de la part de certains médecins le refus pur et simple de la logique économique et gestionnaire reflétée par les tableaux de bord. C'est ainsi qu'un chef de pôle considère la production de ces indicateurs comme une perte de temps.

- **La production des tableaux de bord permet à la direction du groupe hospitalier de repérer les variations les plus manifestes et d'en rechercher la cause.** Cela passe essentiellement par un échange avec le cadre administratif de pôle. Le plus souvent, l'explication trouvée permet de comprendre l'écart (ex : baisse de l'activité suite à une fermeture de lits, au départ d'un praticien...) mais rarement de mettre en place une mesure corrective.

- Dans les services, comme nous l'avons noté plus haut, **les médecins consultent en priorité les indicateurs produits en interne par les cadres soignants ou administratifs.** Ils leur permettent de comparer leur activité d'une année à l'autre et de détecter ainsi plus rapidement un problème.

Au final, on peut considérer que :

- **Les tableaux de bord produits par la direction sont avant tout utilisés par l'administration.** Ils contribuent assez peu à l'enrichissement de la discussion médico-économique.

- **Le reporting prime sur l'analyse** : cette difficulté n'est pas propre au monde hospitalier. Chez Expedia, une agence de voyage sur Internet pour laquelle j'ai travaillé précédemment, nous connaissions les mêmes difficultés à passer de la mesure de l'activité à l'explication des variations. Le reporting permet encore plus rarement de mettre en œuvre des mesures correctrices.

La situation est similaire à l'hôpital : **chaque mois, on mesure l'activité sans véritablement être en mesure d'en comprendre les variations, qui peuvent pourtant être importantes.** La capacité des médecins à influencer sur le niveau d'activité constitue d'ailleurs un point de désaccord entre gestionnaires et praticiens : la direction considère en effet que les médecins disposent de leviers leur permettant de maîtriser en partie l'activité²⁴. Certains médecins ne partagent pas cette analyse ; ils estiment qu'ils sont confrontés à des vagues d'activité et de non-activité, qui certes s'équilibrent en général

²⁴ Au travers par exemple de l'organisation des vacances médicales ou encore en développant les relations avec la médecine libérale.

sur l'année mais qui sont difficiles à prévoir et sur lesquelles leur marge de manœuvre est faible.

2) La mise en place d'outils issus de la comptabilité analytique, intéressants intellectuellement mais qu'il est difficile à relier à l'organisation concrète

La mise en place de la T2A a conduit à la multiplication des outils de gestion fondés sur la comptabilité analytique dans les établissements de santé. L'objectif poursuivi est de fournir aux entités de base en charge de la production²⁵ les clés leur permettant :

- de comprendre leur activité
- d'analyser les causes de leur équilibre ou de leur déséquilibre financier
- de dégager des pistes d'amélioration de leur organisation

Il s'agit là d'**objectifs ambitieux mais l'impact concret de ces outils complexes à produire est souvent limité**, comme le souligne Moisdon (2010, p.36 et 37) :

*« L'usage des outils médico-économiques s'est généralisé avec la T2A. Comptes de résultat analytique (CREA) ou tableaux coûts case-mix (TCCM) sont désormais régulièrement produits par les établissements. Leurs résultats font l'objet d'un suivi régulier et d'échanges soutenus entre les acteurs. [...] La littérature sur les outils de gestion distingue plusieurs niveaux d'appropriation de ces mêmes outils : de la simple connaissance à leur construction effective, en passant par l'examen régulier de leurs résultats pour évaluer une situation, jusqu'à leur intégration dans le système décisionnel (stade ultime qui signifie leur étroite association avec l'action). Or les mêmes observateurs soulignent que **les instruments issus de la T2A sont encore loin d'avoir parcouru l'ensemble des étapes de l'appropriation : ils sont certes construits et donnent lieu à un certain nombre d'échanges, mais leur impact en termes de pilotage et de gouvernance, autrement dit la façon dont ils structurent les décisions, demeure difficilement perceptible** (évidemment il s'agit là d'un diagnostic général, laissant possibles contre-exemples et situations singulières).*

*Pourquoi en est-il ainsi ? **Un certain nombre de facteurs sont susceptibles d'expliquer cette situation : complexité des outils, incertitude des résultats, déconnexion entre tarifs et coûts, instabilité des règles de base, faiblesse des liens entre résultats et organisation...** »*

Ce diagnostic est-il validé par l'expérience récente du groupe hospitalier ? A quel stade d'appropriation des outils les acteurs sont-ils parvenus ?

²⁵ Pôles, services ou départements

Pour répondre à cette question, l'expérience des CREA nous semble intéressante à analyser : il s'agit en effet de l'effort le plus important mené dans ce domaine par l'équipe en charge du contrôle de gestion.

Les premiers CREA par pôle, relatifs aux résultats 2006, ont été élaborés en 2008 sur l'hôpital Beaujon. En 2011, les CREA portant sur les comptes 2009 ont été réalisés pour tous les pôles du groupe hospitalier.

Quel bilan provisoire de cette initiative est-il possible d'effectuer aujourd'hui ?

- Les **délais d'élaboration**, liés principalement à la production de la comptabilité analytique²⁶, sont un premier obstacle limitant la pertinence de l'outil et son intérêt pour les médecins : ainsi, les CREA 2009 n'ont pu être produits qu'à la fin du 1^{er} trimestre 2011. Entre-temps, des modifications substantielles peuvent avoir eu lieu au sein des pôles, en ce qui concerne le périmètre de leurs activités (ex : ouverture d'une hospitalisation de jour) ou leur organisation.

- Dans un souci légitime d'améliorer la fiabilité de l'outil, l'équipe de contrôle de gestion modifie substantiellement d'une année à l'autre les règles de construction et d'affectation, en ce qui concerne les charges mais surtout les produits. Les règles d'affectation des recettes sont loin d'être anecdotiques et peuvent changer radicalement la perspective sur un pôle. Par exemple, au cours de la phase de construction des CREA 2009, un pôle initialement excédentaire a vu son résultat fortement dégradé (de plusieurs millions d'€) suite à l'attribution à un autre pôle de certaines de ses MERRI.

Cette **évolution permanente des règles de construction** a deux conséquences principales :

- Les CREA doivent être accompagnés d'un guide méthodologique détaillé et nécessitent pour être compris un temps de familiarisation conséquent, dont ne disposent pas forcément les chefs de pôle.

- **La comparaison d'une année à l'autre est difficile.** C'est là que réside pourtant l'intérêt principal des CREA : non pas tant dans l'examen du résultat absolu mais plutôt dans l'analyse de la trajectoire du pôle (amélioration ou dégradation de son équilibre financier).

- De manière plus fondamentale, comme nous l'avons souligné en première partie, le CREA est un **outil difficile à exploiter**. Par rapport à un TCCM, il présente l'avantage de

²⁶ A l'AP-HP, la comptabilité analytique de l'année N est achevée au cours du dernier trimestre N+1.

prendre en considération les recettes mais l'inconvénient de ne pas permettre de comparaison à un référentiel national. En conséquence, **comment déterminer si le CREA d'un pôle donné est satisfaisant ou non**, sachant que, en fonction des services qu'ils regroupent, les pôles sont naturellement plutôt excédentaires ou déficitaires ?

Il est intéressant de comparer cette situation avec celle du centre hospitalier de Valenciennes, qui a fait preuve de volontarisme en ce qui concerne l'utilisation de la comptabilité analytique, particulièrement en ce qui concerne la production des CREA (Guicheteau et Maestre-Lefevre, 2008).

A Valenciennes, les CREA sont produits pour chaque pôle et pour chaque service, quatre fois par an. Le délai de production est très court, puisque les CREA du 1^{er} trimestre sont disponibles dès le 5 mai. La cellule d'analyse de gestion a réalisé un travail méthodologique important (ex : neutralisation des écarts techniques) pour faciliter la comparaison des résultats au cours du temps.

Pour s'assurer de la cohérence des résultats avec la réalité du terrain et favoriser l'implication médicale, les cadres administratifs de pôle disposent d'une petite équipe administrative dédiée, qui vérifie par exemple que les personnels ont été affectés correctement dans les unités de travail.

Au final, cette démarche volontariste représente une charge lourde – plusieurs centaines de CREA sont élaborés chaque année par la cellule du contrôle de gestion- mais qui est considérée comme indispensable pour impliquer le corps médical dans la gestion.

Le groupe hospitalier HUPNVS n'en est pas au même stade que l'hôpital de Valenciennes en ce qui concerne la facilité de production des CREA et leur appropriation par les acteurs. Compte tenu des incertitudes sur la validité des résultats et de la crainte d'une mauvaise interprétation des CREA par les équipes médicales, la direction a hésité quant aux modalités de diffusion des résultats. C'est la solution suivante qui a finalement été retenue :

- Pour les CREA 2009 réalisés sur le périmètre des anciens pôles²⁷, les résultats ont été diffusés collectivement, à l'occasion des instances (CCM, directoire et CEL). Même si c'était la première fois que cet outil était présenté aux médecins, ceux-ci n'ont posé que peu de questions. Un chef de pôle a quand même demandé si ce type d'analyse signifiait que chaque pôle devait être à l'équilibre ou s'il restait une place pour la solidarité entre les pôles.
- Lorsque ces mêmes CREA 2009 auront été élaborés sur le périmètre des nouveaux pôles, ils donneront lieu à une présentation individuelle à chaque chef de pôle, organisée par le directeur des finances et la responsable du contrôle de gestion.

²⁷ Cf introduction pour la présentation du calendrier du redécoupage des pôles..

Si les CREA n'ont pas pour l'instant permis d'initier un dialogue fructueux entre la direction et le corps médical²⁸, les médecins à qui cet outil est présenté n'en tirent pas moins leurs propres conclusions.

Ainsi, lorsque je l'ai rencontré, un chef de pôle a spontanément mentionné le CREA de son pôle. Loin de considérer le résultat comme une incitation à améliorer la performance de son pôle (déficitaire de 7,19 millions d'€ en 2009), il retenait ceci de la présentation : seules 50% des dépenses relevaient de sa responsabilité (les dépenses cliniques et de bloc), 25% étant liées à des prestations réalisées par d'autres services (dépenses médico-techniques) et 25% aux charges communes et à l'administration de l'hôpital. Pour lui, cela tend à démontrer que Beaujon est sans doute un hôpital trop petit, ce qui entraîne un poids excessif des charges communes et d'administration.

En conclusion, pour l'instant, l'outil du CREA a été l'objet de réflexions poussées au sein de l'équipe du contrôle de gestion mais les possibilités concrètes d'exploitation restent à inventer.

Cela ne signifie pas pour autant que ces possibilités n'existent pas. Ainsi, à l'hôpital Paul Brousse où travaillait précédemment la responsable du contrôle de gestion, le CREA très déficitaire d'un pôle avait permis de sensibiliser les médecins à l'importance du codage.

D'après l'expérience de cette responsable, les CREA peuvent provoquer une certaine émulation chez les médecins si les conditions suivantes sont réunies :

- Des rencontres individuelles avec chaque chef de pôle pour présenter l'outil.
- Des pistes de réflexion lancées par le contrôle de gestion, le pôle étant rarement force de proposition dans un premier temps.
- Un projet de gestion dans lequel le CREA s'inscrit²⁹. C'est sans doute ce qui fait défaut pour le moment sur le groupe hospitalier HUPNVS. Que le résultat du CREA d'un pôle soit en progression ou pas n'entraîne aucune conséquence pour le pôle, en l'absence de dispositif d'intéressement.

Certes, le contexte financier rend délicat la création d'un mécanisme d'intéressement financier. Cependant, pour susciter l'émulation des chefs de pôle, cet intéressement n'a pas forcément besoin d'être substantiel et peut même être symbolique. L'expérience de

²⁸ Rappelons que l'outil n'en est qu'à sa première édition sur le groupe hospitalier et n'a que quelques années d'existence sur Beaujon. Il faut donc lui laisser le temps de s'installer et de se stabiliser, d'autant plus que ce sont les évolutions des résultats au fil du temps (amélioration ou dégradation) qui présentent le plus d'intérêt pour l'analyse.

²⁹ Si l'on veut que les outils médico-économiques aient un impact sur l'organisation, le projet de gestion doit définir les conséquences pour le pôle des résultats des outils médico-économiques. Par ex :

- Pour un pôle excédentaire : intéressement, développement d'une nouvelle activité, délégation de gestion élargie
- Pour un pôle déficitaire : obligation pour le pôle dont le CREA fait apparaître un creusement du déficit de proposer des pistes d'économie

l'hôpital Paul Brousse, qui appartient aussi à l'AP-HP, est sur ce point un bon exemple. Même si l'établissement était en déficit, une enveloppe avait été dégagée sur les crédits d'investissement pour accompagner les contrats de pôle et permettre un intéressement. Chaque année, le respect des objectifs fixés³⁰ était évalué et donnait lieu à l'attribution d'une note (entre 0 et 5), qui déterminait elle-même le montant de l'enveloppe perçu par le pôle. Bien que l'intéressement fût essentiellement symbolique (aux alentours de 10 000€ par pôle), les chefs de pôle attachaient une grande importance au fait d'apparaître ou non comme les bons élèves de l'hôpital.

Au vu de la difficulté à traduire en plans d'action les analyses issues de la comptabilité analytique, surtout en comparaison de l'effort nécessaire pour produire ces outils, on comprend mieux l'attitude prudente des établissements privés dans ce domaine. Comme le notent Moisson et Pépin (2010, p.21), « **le privé lucratif est très en retrait par rapport aux établissements ex-DG sur ce sujet de la mise en place d'outils de la comptabilité analytique associés à la T2A. Les raisons invoquées sont [...] l'imprécision, l'instabilité, la faiblesse du diagnostic associé.**

Au total, ce qui est majoritairement utilisé dans ces établissements au niveau du pilotage est constitué par des indicateurs très classiques, dont le principal est du reste le nombre d'entrées. Dans une visée très pragmatique, la finesse des données issues de la T2A est trompeuse et il vaut mieux se fonder, pour orienter l'action, sur un objectif général d'augmentation de l'activité. [...].

Signalons malgré tout que cette frugalité en matière d'indicateurs n'empêche pas des études de coût approfondies [...] mais [...] il s'agit d'opérations ciblées, ad hoc, et non de mises en place d'un système de pilotage général.

Il est possible également que cette même frugalité soit à relier à des situations économiques satisfaisantes ; une dégradation de ces dernières serait sans doute susceptible de conduire ces établissements à développer davantage ces outils. »

3) L'absence de contrats de pôle

A l'hôpital Beaujon, des modèles de contrat de pôle ont été élaborés et déclinés au cours de l'année 2007 mais n'ont finalement pas été conclus, les objectifs chiffrés devant servir de support aux engagements du pôle n'ayant pas été définis. La situation est plus ou moins la même sur l'ensemble des sites des HUPNVS.

³⁰ Les objectifs fixés portaient sur l'activité, le résultat – révélé par l'équilibre du CREA-, l'absentéisme et le respect du budget alloué (en ce qui concerne les dépenses de titre 2 et 3).

C'est essentiellement la mise en place annoncée du groupe hospitalier qui a, semble-t-il, conduit à l'abandon des contrats de pôle³¹. La naissance du groupe hospitalier signifiait la disparition annoncée des pôles dans leur périmètre actuel et a donc démobilisé les chefs de pôle.

L'absence de contrat de pôle formalisé n'est pas pour autant synonyme d'absence d'objectifs acceptés par le pôle. En effet, au cours des conférences annuelles de pôle, celui-ci s'engageait sur des objectifs d'activité, de codage, de qualité, de taux de pré-admissions... Le suivi infra-annuel de ces objectifs était assuré par le cadre administratif de pôle³².

En tout état de cause, bien que partiellement suppléée par les conférences annuelles organisées dans chaque pôle, l'absence de contrat de pôle apparaît clairement comme un frein au dialogue de gestion. Cet outil doit en effet traduire le projet de gestion et donner un sens aux autres outils produits : en effet, **à quoi bon regarder les tableaux de bord si on ne se sent pas engagé sur un niveau d'activité ?** Pourquoi mesurer ses performances (ex : coût de production du GHS) en l'absence d'objectif d'amélioration de l'équilibre financier du pôle ?

Le redécoupage en cours des pôles donne lieu à une réflexion –au niveau du siège de l'AP-HP et du groupe hospitalier - sur le contenu des contrats de pôle, qui vont être conclus fin 2011.

Certains futurs chefs de pôle éprouvent cependant des doutes sur l'intérêt du dispositif. En effet, ils estiment que les moyens accordés pour atteindre les objectifs seront probablement insuffisants, notamment en ce qui concerne le personnel non médical (PNM). Même dans l'hypothèse où les moyens inscrits dans le contrat de pôle seraient satisfaisants, ils ne pourront sans doute pas être fournis par la direction, compte tenu des difficultés actuelles de recrutement du personnel infirmier³³.

Comme l'ont souligné les interlocuteurs rencontrés au cours de la rédaction de ce mémoire, les outils du dialogue de gestion ne produisent des effets sur le terrain que s'ils s'accompagnent de rencontres régulières entre équipes médicales et de direction. Il faut donc maintenant s'intéresser à ces lieux de dialogue.

³¹ Comme nous l'avons vu, cela n'a pas été un phénomène général sur l'AP-HP, d'autres hôpitaux (ex : Paul Brousse) ayant élaboré des contrats de pôle.

³² Ces conférences annuelles n'ont pas eu lieu en début d'année 2011, ce qui est un des signes manifestes de l'essoufflement de la dynamique polaire. Dans l'attente de la mise en place des pôles à la rentrée 2011, 2011 a clairement été une année de transition, marquée par l'absence d'objectifs pour les pôles.

³³ En décembre 2010, il manquait sur le groupe hospitalier 141 postes d'infirmiers diplômés d'Etat (IDE) par rapport au TPER, soit 7% de l'effectif.

B) Des lieux de dialogue plus compliqués à faire vivre avec la création du groupe hospitalier

Comme nous l'avons vu en première partie, la mise en place de la T2A ainsi que les réformes récentes de la gouvernance ont théoriquement abouti à la **multiplication des lieux et des occasions de dialogue. Cela a-t-il favorisé la construction et la diffusion d'une culture commune médico-économique ?** Quel jugement les acteurs portent-ils sur ces lieux de dialogue ?

1) Les rencontres ponctuelles portant sur un sujet précis

Même si le fond de la discussion est parfois conflictuel, les avis des médecins et des membres de l'équipe de direction sont dans l'ensemble favorables en ce qui concerne ce type de rencontres : le sujet de la discussion étant bien défini à l'avance, la réunion est souvent constructive et débouche, quand c'est possible, sur une décision ou un plan d'action.

Deux remarques doivent cependant être faites au sujet de ces rencontres ponctuelles :

- Lorsque le sujet à l'ordre du jour concerne un service clinique en particulier, la réunion met le plus souvent en présence le chef de service avec un ou plusieurs directeurs ; le chef de pôle est rarement présent ni même informé.

Quand je lui en ai fait la remarque, un des directeurs interrogés a reconnu qu'on ne pensait tout simplement pas à inviter le chef de pôle, ce qui montre bien la difficulté de passer d'une logique de service à une logique de pôle. Le directeur du groupe hospitalier a annoncé au cours du CCM de juin 2011 qu'à partir de la mise en place des nouveaux pôles, la direction veillerait désormais à ne plus court-circuiter les chefs de pôle.

Il faut cependant souligner que cette pratique ne dérange apparemment pas les chefs de pôle. La majorité se satisfait du dialogue direct entre la direction et les chefs de service de leur pôle, en considérant qu'ils ne sont de toute façon que faiblement légitimes pour prendre des décisions en dehors de leur propre service.

- **La mise en place du groupe hospitalier, dans lequel les directeurs fonctionnels³⁴ sont en charge de cinq sites, a compliqué les relations informelles entre la direction et les médecins.** Un chef de pôle parle ainsi de « déshumanisation de la direction » et critique l'allongement et la complexification des circuits de décision. Il regrette de ne plus être en mesure d'identifier facilement ses interlocuteurs.

³⁴ Ex : ressources humaines, finances, travaux...

2) Les instances

C'est sans doute sur ce point que la déception est la plus grande.

▪ Au niveau du pôle, les Conseils de pôle prévus annuellement n'ont eu qu'une existence éphémère : dans la plupart des pôles de l'hôpital Beaujon, ils n'ont plus été réunis depuis 2008. Pour les soignants et les médecins, cette instance – comparée à une « grand-messe » - n'a pas fait la preuve de son utilité, à la fois compte tenu du grand nombre de participants et du caractère limité de la délégation de gestion (et donc de l'absence de décisions à prendre au cours du Conseil de pôle). A défaut de conseils de pôle, les conférences annuelles de pôles sont une occasion de manifester l'existence du pôle et d'engager avec la direction une discussion portant sur l'activité, les ressources ou encore la qualité des soins. Un chef de pôle estime cependant que cette réunion a une portée opérationnelle plus faible depuis qu'elle se déroule au niveau du pôle et non plus, comme auparavant, au niveau de chaque service.

▪ C'est au niveau des instances de l'établissement – et désormais du groupe hospitalier – que sont censées se discuter la stratégie et les grandes orientations. **Ces instances font pourtant l'objet d'un investissement faible et plutôt décroissant chez les médecins**, pour les raisons suivantes :

- Ces instances s'apparentent à des **réunions d'informations générales**, où la quasi-totalité de l'ordre du jour est proposée par la direction, les médecins demandant rarement qu'un sujet soit abordé.

Ces instances servent donc essentiellement à la direction à relayer les orientations ou les décisions prises par le siège : budget d'investissement annuel obtenu, seuil d'activité sur lequel la direction du groupe hospitalier s'est engagée...

Un chef de pôle considère ainsi qu'aucune décision n'est prise au cours de ces instances, ce qui ne l'encourage pas à y participer. Un de ses collègues estime lui aussi qu'il y perd son temps, d'autant plus que le même sujet (ex : situation financière) est souvent abordé dans l'ensemble des instances auxquelles il participe (CCM, CEL et directoire)³⁵.

- **Les sujets abordés portent de plus en plus sur l'activité et la recherche d'efficience**. Si les médecins reconnaissent la légitimité de ces questions, ils considèrent qu'ils ont peu de prise sur elles et **préfèreraient donner la priorité à des sujets plus stratégiques**. Un chef de pôle regrette ainsi les instances antérieures à la mise en place

³⁵ Les directeurs ont l'habitude de faire les mêmes présentations au cours des instances auxquelles ils participent, considérant que cette répétition fait partie des contraintes de leurs fonctions. Les médecins n'acceptent pas encore cette logique et considèrent toujours leur temps comme précieux... Il est difficile de le leur reprocher

des pôles et du groupe hospitalier : l'agenda était à l'époque selon lui plus léger et les sujets abordés, qui engageaient l'avenir de l'institution, donnaient lieu à une discussion ouverte entre les participants.

- La mise en place du groupe hospitalier ajoute une difficulté supplémentaire, non seulement en augmentant le nombre de participants mais surtout parce que les médecins restent attachés à la notion de site. Autant ils s'intéressent à ce qui se passe au sein de leur établissement dans d'autres disciplines, même éloignées de leur spécialité, autant s'intéresser à la vie des autres sites leur paraît une perte de temps.

Dans ce paragraphe, nous avons examiné les lieux de dialogue entre la direction et les responsables médicaux. Les entretiens réalisés ont cependant aussi révélé **l'importance du dialogue interne à chacun des collectifs**. Ainsi, si une position commune ne peut être dégagée au sein du corps médical, on imagine aisément que la discussion avec la direction a peu de chances d'être productive.

Dans un établissement de taille réduite comme Beaujon, dégager une position commune au sein de la communauté médicale était relativement aisé : le président du CCM n'avait qu'à réunir ses quatre collègues chefs de pôle - voire même, si le sujet le justifiait, l'ensemble des chefs de service. Le Président du CCM se faisait ensuite le porteur auprès du directeur de la position dégagée³⁶.

La constitution du groupe hospitalier modifie cette logique.

Si l'on s'intéresse au collectif constitué par l'équipe de direction, la multiplicité des sites et donc des lieux d'exercice des fonctions en fragilise certes la cohésion mais le collectif n'en continue pas moins d'exister :

- La taille de l'équipe de direction reste relativement réduite – une trentaine de personnes – ce qui permet à tout le monde de se connaître.
- Les occasions de se rencontrer et d'échanger restent nombreuses :
 - au travers des dossiers dont chaque directeur est en charge et qui l'amènent à travailler avec ses collègues.
 - à l'occasion des réunions régulières : une réunion mensuelle est organisée avec l'ensemble de l'équipe de direction³⁷.

³⁶ Un chef de pôle rencontré estime crucial pour la prise de décision ce couple clairement identifié Directeur – Président du CCM.

³⁷ Les autres réunions hebdomadaires ne réunissent que les directeurs de sites et les responsables des grandes directions fonctionnelles.

La situation est différente pour la communauté médicale du groupe hospitalier. Un Président du CCM va être élu à la rentrée 2011 au niveau du groupe hospitalier mais, sur de nombreux sujets, il sera sans doute **difficile de faire émerger une position commune à l'ensemble de la communauté médicale** :

- Les médecins ne connaissent pas les praticiens des autres hôpitaux, à l'exception des collègues qui exercent les mêmes spécialités qu'eux. La plupart d'entre eux effectuent en effet toute leur carrière dans le même établissement.
- Les problématiques médicales sont très différentes d'un site à l'autre. Quels points communs entre le projet médical de l'hôpital Charles Richet, spécialisé dans la gériatrie, et celui d'un mastodonte MCO comme Bichat ?

En conséquence, **les modalités de construction d'un collectif médical à l'échelle de plusieurs hôpitaux restent à imaginer. C'est un sujet important pour l'avenir du dialogue médico-économique à l'échelle du groupe hospitalier.** Sinon, il existe un risque réel que certains médecins se replient sur leur service – c'est déjà une réalité pour certains des anciens chefs de pôle.

Nous avons vu dans les deux parties précédentes qu'existent désormais au sein de l'hôpital, même de façon imparfaite, une langue commune (les outils) ainsi que des occasions régulières de rencontre.

Pour que la discussion s'engage, encore faut-il que la direction et les médecins aient des préoccupations communes, des sujets sur lesquels ils doivent décider ensemble. Si la direction se contente d'informer les médecins de ses décisions sans que ces derniers n'aient de latitude réelle pour mettre en œuvre ou discuter les orientations, on ne peut pas véritablement parler de dialogue. Cela nous amène ainsi à la question de la délégation de gestion.

C) Une délégation de gestion très limitée et qui fait débat

Le sujet de la délégation de gestion se doit évidemment d'être abordé dans une réflexion sur le dialogue médico-économique. Cependant, ce thème est extrêmement vaste et complexe et nécessiterait certainement un mémoire à part entière.

Nous nous contenterons donc ici d'analyser ce que recouvre cette notion pour chacune des parties, les divergences d'interprétation expliquant en bonne partie les difficultés à lui donner une réalité concrète. Nous ferons ensuite un rapide état des lieux du périmètre de la délégation de gestion sur le groupe hospitalier.

1) Une notion sujette à controverses et ambiguïtés

Quand on interroge les acteurs impliqués dans la discussion médico-économique, le thème de la délégation de gestion surgit rapidement. L'ensemble des participants s'accorde en effet pour reconnaître que c'est un **point crucial qui conditionne en grande partie la réussite ou l'échec du dialogue de gestion.**

Sur le groupe hospitalier, **l'expérience de la délégation de gestion est clairement décevante pour le moment :**

- Les gestionnaires de proximité – le trio de pôle – estiment que la mise en place des pôles ne s'est pas traduite pour eux par des marges de manœuvre élargies, d'où une désillusion manifeste chez plusieurs des chefs de pôle rencontrés.
- L'équipe de direction considère au contraire dans l'ensemble que de véritables leviers ont été accordés aux pôles, dont ils ne se sont pas servis jusqu'à maintenant, ce qui n'incite pas à élargir le périmètre de la délégation de gestion.

En creusant, on s'aperçoit que la principale difficulté réside peut-être dans **l'imprécision du concept de délégation de gestion.** Cette notion étant relativement floue, elle donne lieu à des fantasmes de part et d'autre³⁸.

Voici comment on pourrait synthétiser les positions des uns et des autres :

- L'exécutif de pôle entend la délégation de gestion comme une latitude pour mettre en œuvre la stratégie du pôle, latitude portant à la fois sur les recettes et l'ensemble des dépenses. Un chef de pôle évoque ainsi la possibilité de « modeler la configuration du pôle ». Cela passerait notamment par :

- La possibilité de décider de son organisation interne.

Ex : modification des rythmes de travail, transformation d'un poste d'aide-soignant en poste d'infirmier suite à un changement dans l'organisation d'un service

- Le droit de développer ou d'abandonner des activités

- La faculté d'augmenter les effectifs en contrepartie d'une hausse de l'activité

- Le droit d'acquérir un nouvel équipement qui serait rentabilisé par l'activité induite.

Pour les chefs de pôles, mais aussi pour les cadres administratifs et paramédicaux qui sont très demandeurs dans ce domaine, accorder cette liberté de gestion aux pôles est la seule solution pour réaliser des progrès substantiels en matière d'organisation.

³⁸ Ainsi, pour un membre de l'équipe de direction, les médecins voient la « délégation de gestion comme la liberté de dépenser comme ils l'entendent et de se soustraire aux règles de la fonction publique ».

Ainsi, les cadres administratifs rencontrés estiment que le pôle serait prêt à s'engager sur un objectif contraignant en ce qui concerne les effectifs en contrepartie d'une liberté d'organisation interne et de la possibilité de choisir sur quels postes et quels services les efforts doivent porter en priorité. La direction des soins émet cependant des doutes sur ce point : en 2009, on a demandé à chaque pôle de l'hôpital Bichat de rendre un poste de son choix. Seul un des pôles l'a fait.

Plus fondamentalement, **les médecins considèrent l'élargissement de la délégation de gestion comme un moyen de sortir de la logique actuelle qui place l'économique au centre de toutes les réflexions.** Ainsi, un des chefs de pôle estime que la délégation de gestion lui permettrait ainsi qu'à ses collègues de bâtir un « ensemble cohérent en termes de soins, de recherche et d'enseignement ». La dimension économique ne serait pas occultée, elle découlerait naturellement d'une organisation cohérente pour le patient.

▪ **La direction n'est pas opposée sur le principe à une délégation de gestion aussi large et ambitieuse.** Elle considère cependant cette vision comme plutôt utopique et irréaliste, compte tenu des éléments suivants :

- **L'appartenance à l'AP-HP réduit la marge de manœuvre des directeurs**, qui ne sont pas en mesure de déléguer des prérogatives qu'ils ne détiennent pas eux-mêmes au niveau de l'établissement³⁹.

On peut d'ailleurs considérer que la complexité de la délégation de gestion entre le siège et les groupes hospitaliers n'est pas favorable à l'épanouissement d'une culture de la délégation entre la direction et les médecins chefs de pôle. Si la direction centrale de l'AP-HP est réticente sur certains sujets à accorder une marge de manœuvre large à des directeurs de site⁴⁰, qui ont pourtant suivi la même formation et exercent le même métier, cela n'incite évidemment pas à faire confiance à des médecins, dont l'investissement dans la dynamique gestionnaire n'est pas encore démontré.

- La délégation de gestion serait une **menace potentielle pour la cohérence de la stratégie** d'établissement et la solidarité entre les différents services. Cette menace est renforcée par l'absence de véritable levier d'influence de la direction vis-à-vis des

³⁹ Par exemple, en matière d'effectifs, chaque groupe hospitalier négocie chaque année avec la direction centrale des ressources humaines son TPER (tableau permanent des effectifs rémunérés) qui a en principe une portée obligatoire et ne peut pas être dépassé. De même, les enveloppes d'investissement sont accordées annuellement aux hôpitaux de l'AP-HP par une direction centrale, la Direction Economique, Financière, de l'Investissement et du Patrimoine (DEFIP).

⁴⁰ Au cours d'une réunion des directeurs des ressources humaines au siège de l'AP-HP, la question de la possibilité pour les sites de fixer eux-mêmes leur TPER a été abordée. Il a été répondu que le sujet n'était pas à l'ordre du jour pour le moment, les établissements n'ayant pas démontré au cours des dernières années leur capacité à maîtriser leur TPER.

médecins bénéficiaires de la délégation de gestion, les médecins n'étant pas sous leur autorité hiérarchique. Si un chef de pôle n'atteignait pas les objectifs sur lesquels il s'est engagé, la seule solution serait sans doute de restreindre la délégation de gestion accordée.

- Dans le même ordre d'idées, certains directeurs évoquent leur crainte de perdre la possibilité d'arbitrer entre les différentes priorités de l'établissement⁴¹.

- Les directeurs expriment **des doutes sur la volonté du corps médical de s'engager sur des objectifs de gestion**. Selon eux, les médecins ne sont pas prêts à prendre à leur compte les objectifs d'efficience imposés par le contexte budgétaire actuel ni à assumer des mesures le plus souvent impopulaires. Certains éléments pendant mon stage m'ont permis de corroborer, au moins partiellement, cette analyse de l'équipe de direction. Voici deux illustrations – forcément limitées - de ce point :

- Lors du CCM du 28 juin 2011, la direction de la qualité a relaté l'état d'avancement des travaux de préparation à la certification - prévue en juin 2012. Les réactions des médecins, nombreuses, ont toutes été axées sur la demande de moyens supplémentaires, indispensables selon eux pour atteindre les objectifs fixés par la Haute Autorité de Santé (HAS). Aucun ne semblait convaincu que certains progrès peuvent être réalisés par une réorganisation de la prise en charge, sans nécessiter forcément de moyens supplémentaires.
- J'ai demandé à un chef de pôle s'il souhaitait bénéficier d'une latitude plus large en échange d'objectifs sur lesquels il s'engagerait. S'il est prêt à développer l'activité, il considère ne pas avoir de marge de manœuvre sur les dépenses : les effectifs sont déjà réduits au minimum⁴², de même que les dépenses de titre 2 (consommables médicaux et médicaments).

- Au fond, **certains membres de l'équipe de direction perçoivent mal la valeur ajoutée de la délégation de gestion**. Ne vaut-il pas mieux que la gestion soit assurée par des spécialistes, qu'il s'agisse de la direction des ressources humaines, des finances ou des soins⁴³ ?

⁴¹ Ces mêmes directeurs reconnaissent cependant que la connaissance fine de leur établissement qu'ils pouvaient avoir en tant que directeur d'un site est beaucoup plus difficile à acquérir au niveau d'un groupe hospitalier regroupant cinq hôpitaux sur trois départements.

⁴² Le TCCM de Beaujon montre cependant un décalage de 7,5 millions d'euros sur les dépenses de personnel des services cliniques par rapport à la base nationale de l'ENCC. Ce décalage n'est expliqué que très partiellement par les surcoûts induits par l'appartenance à l'AP-HP (prise en charge par l'hôpital de la demi-part ouvrière et protocole RTT particulièrement favorable) ainsi que par l'architecture de l'hôpital (l'organisation en antennes de taille réduite -10 à 12 lits le plus souvent – impose des ratios de personnel plus élevés que dans les autres hôpitaux)

⁴³ La direction des soins est la plus fortement impactée par une politique ambitieuse de délégation de gestion, d'où une réticence compréhensible. Cette réticence est parfois renforcée par le fait que

C'est sans doute sur ce dernier point que ma conviction diverge le plus de celle d'une partie de l'équipe de direction. **Il me semble en effet que les bénéfices liés à une véritable politique de délégation de gestion⁴⁴ sont potentiellement très importants, bien que le caractère réaliste d'une telle politique reste à démontrer.** Beaucoup de blocages récurrents à l'hôpital seraient peut-être évités et nombre de projets de changement se verraient facilités si les projets étaient initiés et portés par les équipes soignantes et médicales des services plutôt que de paraître imposés de l'extérieur par la direction. Nous reviendrons dans la conclusion sur ce point et sur la révolution en profondeur qu'il suppose chez les parties au dialogue de gestion.

Compte tenu de ces divergences profondes sur la définition, voire l'utilité même de la délégation de gestion, on peut comprendre que sa mise en œuvre ait suscité des déceptions de part et d'autre

2) Quelle délégation de gestion concrète sur le groupe hospitalier ?

Comme l'ensemble des hôpitaux, les différents sites du groupe hospitalier ont été confrontés aux questions suivantes lors de la constitution des pôles :

- Quel contenu concret donner à cette notion nouvelle et relativement floue ?
- Comment faire de la délégation de gestion un levier pour impliquer les équipes médicales et soignantes dans la dynamique gestionnaire ?

Les espoirs suscités à l'origine ont été nombreux chez certains chefs de pôle ou chefs de service. Un cadre paramédical de pôle raconte ainsi qu'un chef de service est sorti d'une réunion consacrée à la mise en place des pôles avec la conviction qu'il allait désormais pouvoir « gérer sa PME ».

Les réalisations ont été beaucoup plus modestes, surtout au regard de ces attentes. La délégation de gestion s'est essentiellement traduite par l'octroi d'enveloppes par la direction, que les pôles peuvent dépenser à leur guise. Voici par exemple le montant des enveloppes accordées à un pôle de Beaujon, entre 2007 et 2011 :

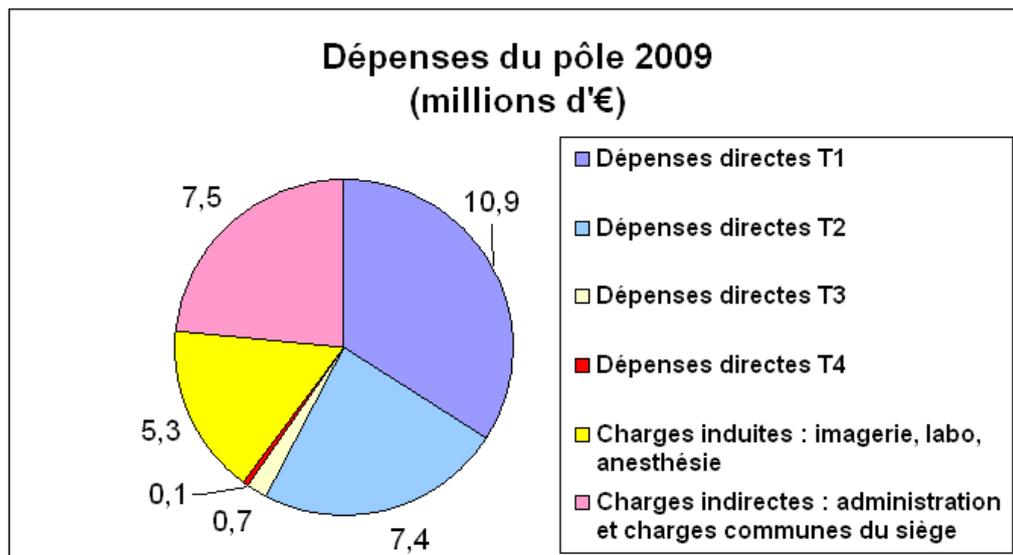
les directeurs des soins, qui ont commencé leur carrière comme soignants, ont travaillé directement au contact des médecins et éprouvent quelques doutes sur les capacités managériales de certains d'entre eux.

⁴⁴ La délégation de gestion étant entendue comme la possibilité octroyée au pôle de s'organiser et de développer son activité comme il l'entend, dans le respect de la politique d'établissement.

Année	Surprime Personnel Non Médical	Congrès Colloque Frais de mission pour le PNM		Equipements (hors plan équipements lourds)	Intéressement
		Congrès Colloque	Frais de mission	Pôle	
2007	2 600 €	-	-	-	-
2008	3 250 €	1 820 €	1 300 €	27 280 €	-
2009	4 500 €	3 000 €	500 €	27 220 €	10 530 €
2010	4 500 €	3 000 €	500 €	-	-
2011	-	3 000 €	500 €	-	-

Quelles remarques peut-on faire à la lecture de ce tableau ?

- **Le montant des enveloppes accordées est faible** : 45 500€ au total en 2009, l'année la plus favorable. Cette même année, le CREA montre que les dépenses du pôle ont été de 32 millions d'€, réparties comme suit :



- Ces enveloppes ne sont pas forcément une nouveauté liée à la mise en place des pôles. Ainsi, avant même la création des pôles, des enveloppes permettant le renouvellement d'équipements étaient accordées aux services.
- De même, l'intéressement accordé au pôle en 2009 n'est pas un dispositif lié à la dynamique de délégation de gestion et à l'atteinte d'objectifs définis à l'avance. Il vise plus à récompenser un pôle en particulier pour une année particulièrement faste en ce qui concerne l'activité.
- Depuis 2010, les enveloppes d'investissement, qui ne représentaient qu'une petite fraction de l'enveloppe totale accordée à l'établissement, ont été supprimées. Dans le contexte de réduction très forte des crédits d'investissement accordés par le siège, la

direction a en effet considéré qu'il valait mieux centraliser à nouveau la totalité de l'enveloppe, pour permettre le financement de certains projets

- Les cadres paramédicaux de pôle, qui assurent la répartition de la surprime accordée au personnel non médical, préféreraient être déchargés de cette attribution, qui suscite son lot de controverses.

Ce dernier point permet de souligner comment la délégation de gestion, à l'heure actuelle, est perçue par les cadres de pôle : ils ont l'impression que, au lieu de leur accorder une véritable marge de manœuvre, les directions fonctionnelles leur transfèrent les sujets qu'elles n'ont plus les moyens ou la volonté de traiter elles-mêmes.

Pour conclure sur la délégation de gestion, l'intérêt initial pour la démarche est aujourd'hui refroidi. Plusieurs chefs de pôle ont eu l'impression de s'être engagés dans un marché de dupe :

- L'investissement en terme de temps est important (notamment la participation aux réunions et la coordination avec les chefs de service), sans doute plus qu'ils ne l'avaient anticipé
- Les marges de manœuvre réelles leur semblent très limitées.
- Ils estiment qu'on leur demande de s'engager sur des objectifs alors même que la direction ne remplit pas ses propres engagements (par exemple sur la qualité de la prestation informatique).

La déception vis-à-vis de la délégation de gestion et de la fonction de chef de pôle a eu des conséquences tangibles :

- Un des chefs de pôle a démissionné en cours de mandat, estimant que la fonction n'avait pas de consistance concrète.
- Au cours de l'audience de présentation de leurs candidatures devant le CCM du 26 avril 2011, plusieurs candidats à la chefferie de pôle ont reconnu avoir hésité à se présenter, en l'absence de véritable délégation de gestion et parce qu'ils refusent que leur mission consiste à relayer les orientations et les décisions de la direction.

En conséquence, **si on souhaite que le redécoupage en cours des pôles soit l'occasion de redynamiser le dialogue médico-économique, le périmètre et le contenu de la délégation doivent être réexaminés.**

Les réflexions actuelles au sein de l'AP-HP vont dans ce sens. Le socle de délégation de gestion proposé par le siège est en effet ambitieux, notamment sur le plan des ressources humaines médicales et non médicales. Par exemple, le chef de pôle devra gérer le TPER du personnel médical du pôle et l'affectation interne des moyens ou encore valider les

tableaux de service pour l'ensemble du pôle. Cela contribuerait à lui donner une véritable prééminence sur les chefs de service de son pôle.

Certains membres de l'équipe de direction expriment des doutes sur la volonté des médecins d'endosser ces responsabilités et d'y accorder le temps nécessaire. C'est l'occasion d'étudier le dernier ingrédient de base au dialogue de gestion : la volonté de s'atteler à ces questions.

D) Quelle volonté de travailler sur les questions de gestion et d'organisation ?

- Pour l'équipe de direction (entendue au sens large, c'est-à-dire englobant aussi la direction des soins), la réponse à cette question est facile.

Les directeurs d'hôpital ont pour la plupart une formation administrative et gestionnaire. Pour les directeurs des soins, la réalité est un peu différente : ce sont des professionnels issus de la filière soignante qui ont éprouvé au cours de leur carrière un intérêt pour l'organisation et le management. C'est cet intérêt qui les a conduit à devenir cadre de santé puis cadre supérieur et enfin directeur des soins. Cependant, leur formation initiale étant exclusivement en lien avec les soins, ils ont dû acquérir en peu de temps les bases de la gestion et du management : une année de formation en tant que cadre de santé et neuf mois à l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) pour devenir directeur des soins.

Pour tous les professionnels de direction, la gestion, l'organisation et le management constituent donc le cœur de métier – et aussi la justification de leur utilité. Ils sont aussi conscients qu'il est impossible de réformer en profondeur l'organisation hospitalière sans y associer les acteurs de terrain, au premier rang desquels les équipes médicales.

- Pour le corps médical, la réponse est évidemment moins évidente.

La formation ultra spécialisée des praticiens hospitaliers ne les a pas spécialement sensibilisés à la gestion. Même un sujet aussi important que le fonctionnement du système de santé et ses enjeux n'a pas fait l'objet de développements particuliers⁴⁵. **Au cours de la carrière, la reconnaissance des pairs, déterminante pour accéder à des postes de responsabilité, ne s'obtient pas en démontrant des qualités de gestion, d'organisation ou de management mais avant tout en fonction de la performance médicale du professionnel :** qualité du diagnostic et de la prise en charge du patient, travaux de recherche et publications...

⁴⁵ Si ce n'est au cours des premières années de la formation, au cours desquelles l'assiduité des étudiants est très faible.

Comme l'admet ainsi un futur chef de pôle - pourtant très impliqué dans la vie de l'établissement puisqu'il a aussi été Président du CCM de l'établissement – la gestion n'est que le quatrième et dernier aspect de leur fonction, après l'enseignement, les soins et la recherche. Il estime d'ailleurs que la gestion est une fonction dont nombre de ses pairs aimeraient se décharger.

Un de ses collègues chef de pôle confirme cette analyse. Lui-même n'éprouve qu'un intérêt limité pour les questions liées à la gestion et à l'organisation. Il ne s'y est intéressé que dans l'optique d'améliorer la qualité des soins dans son service. Pour beaucoup de praticiens, le temps passé à dialoguer avec la direction demeure avant tout du temps faiblement productif et qui les éloigne de leur cœur de métier : soigner des patients.

Il faut reconnaître que **l'effort demandé aux médecins est important : quitter leur terrain habituel, la pratique médicale, et accepter sans les modifier les règles du jeu de la sphère administrative et gestionnaire**. Certains médecins ont ainsi l'impression qu'on attend d'eux qu'ils se transforment en « financiers », ce qu'ils refusent :

- Ce n'est pas pour exercer cette fonction qu'ils ont choisi de devenir médecin
- Leur contact direct avec les patients les met quotidiennement face aux conséquences concrètes des décisions basées sur des logiques financières.

Ces réticences ne signifient pourtant pas que les chefs de pôle ou de service ne trouvent pas de sens à leur implication dans le dialogue de gestion. Ils sont prêts à s'y investir si cela permet de transformer l'établissement en un ensemble cohérent sur le plan médical, scientifique et économique. Si, comme ils en ont l'impression à l'heure actuelle, la dimension économique est la seule prise en compte, alors leur investissement institutionnel leur paraît vidé de son sens.

Nous avons vu dans cette seconde partie que certaines composantes du dialogue de gestion sont bien présentes sur le groupe hospitalier (ex : les outils) alors que d'autres le sont moins (ex : la délégation de gestion) ou ne donnent pas satisfaction à l'ensemble des acteurs (ex : les lieux de discussion). Il faut maintenant analyser l'impact de ces différents éléments sur la qualité du dialogue de gestion.

3 Le résultat : un dialogue de gestion à géométrie variable

Compte tenu de la variété des sujets concernés, de la diversité des acteurs et des configurations, porter un jugement d'ensemble sur le dialogue de gestion serait extrêmement présomptueux. Cependant, il me semble intéressant de **distinguer les discussions qui portent sur l'activité et les projets de celles qui se penchent sur l'organisation et les dépenses**. En effet, si les premières donnent souvent lieu à des échanges riches et productifs, à condition que certaines conditions soient réunies, c'est moins le cas en règle générale pour les secondes.

NB : dans cette partie, je n'analyserai pas le dialogue de gestion médico-administratif lorsqu'il porte sur la stratégie de l'établissement, pour les raisons suivantes :

- *Au cours de mon stage, j'ai peu participé aux réflexions stratégiques sur les sujets engageant l'avenir de l'établissement (ex : décision de maintenir telle activité ou de la transférer vers un autre site de l'AP-HP). Ces décisions se prennent essentiellement au niveau de la direction de la politique médicale (DPM) du siège. N'ayant pas eu accès à ces discussions et maîtrisant mal la complexité des circuits de décision stratégique à l'AP-HP, je ne m'aventurerai pas à porter un jugement sur le dialogue de gestion dans ce domaine.*
- *Il me semble que l'impact de la T2A sur la stratégie est difficile à cerner. En effet, pour les raisons mentionnées en première partie (complexité du système, changements fréquents de règles, financements non liés à l'activité), la stratégie des établissements (ex : positionnement sur telle ou telle activité) est rarement principalement déterminée par la T2A. Ce n'est d'ailleurs pas l'objectif de ce mode de financement, qui vise avant tout à améliorer la performance opérationnelle des établissements.*

A) Une implication forte des médecins sur l'activité et le montage des projets

C'est fréquemment lors du montage d'un projet que les médecins rentrent en contact avec la direction. Ex : ouverture d'une unité d'hospitalisation de jour (HDJ), acquisition d'un nouvel équipement.

L'appui de la direction est souvent sollicité pour l'une des raisons suivantes :

- Un dossier d'autorisation doit être monté
- Le projet nécessite un financement (acquisition de l'équipement, travaux à réaliser).
- Le lancement de l'activité entraîne des besoins supplémentaires de personnel.

Il faut noter que **lorsqu'ils n'ont pas absolument besoin de l'aide de la direction, les médecins ont parfois recours à d'autres canaux que ceux de l'administration pour monter leurs projets.**

Ainsi, les médecins du service de maladies infectieuses de Bichat ont obtenu par leurs propres moyens un appareil de Fibroscan, en négociant avec une compagnie pharmaceutique qui a accepté de louer pour eux l'équipement. La direction n'a été sollicitée que lorsque cette location a pris fin - suite à la cotation de l'acte à la CCAM- et qu'il a fallu envisager un financement institutionnel pour l'équipement.

De même, à l'hôpital Bretonneau, l'équipe médicale a négocié elle-même avec le fabricant et le distributeur le prêt pour six mois d'un appareil de Cone Beam. Une fois l'appareil sur place, les dentistes ont voulu pérenniser l'équipement. C'est pour cette raison qu'ils ont demandé l'aide de la direction des équipements pour monter un marché.

Par principe, **la direction du groupe hospitalier n'est pas favorable à ces montages qui sortent des circuits traditionnels**, notamment parce qu'ils peuvent poser des risques en matière de responsabilité, de respect de la réglementation ou encore de conflit d'intérêt. Cependant, la contrainte financière sur les investissements est telle depuis quelques années que **la direction a conscience que l'aide apportée par les fabricants ou l'industrie pharmaceutique peut difficilement être refusée.**

Lorsqu'ils entament une négociation avec la direction, les médecins ont l'habitude, à côté du volet médical présentant l'intérêt du projet pour les patients, de participer à l'évaluation financière du projet. Celle-ci consiste à comparer les recettes et les dépenses attendues.

Les médecins acceptent pour la plupart cette contrainte de l'équilibre financier prévisionnel pour l'activité qu'ils souhaitent développer. Certains rédigent d'ailleurs eux-mêmes cette partie du dossier, en s'appuyant sur leurs cadres (administratifs et paramédicaux) pour la définition de l'organisation des soins et sur le médecin Département d'Information Médicale (DIM) pour la prévision des recettes, souvent difficiles à évaluer. D'autres médecins sont plus réticents : ils se contentent de la description des différents scénarios envisagés et sollicitent l'appui de la direction des finances pour en assurer la traduction financière.

Lors de cette phase de montage du projet, la discussion entre l'équipe du pôle et la direction est généralement peu conflictuelle et souvent constructive. Les hypothèses d'activité proposées par les médecins sont dans l'ensemble réalistes et sont donc validées par le médecin DIM et la direction. Certains chefs de service demandent d'ailleurs au cadre administratif de pôle avec qui ils réalisent le scénario de privilégier les hypothèses conservatrices, afin d'éviter de s'engager sur des niveaux d'activité qu'ils ne

seraient pas en mesure d'atteindre. En ce qui concerne les dépenses, les hypothèses retenues sont elles aussi en majorité consensuelles. Lorsqu'elles font débat, c'est essentiellement sur deux points :

- Les charges communes imputées à l'activité, certains médecins ne voyant pas pourquoi la nouvelle activité devrait supporter une quote-part de ces charges.
- L'évaluation des dépenses médico-techniques induites par la nouvelle activité, dépenses qui sont parfois minorées par les services cliniques.

Quels sont les éléments qui expliquent le caractère constructif de la discussion médico-économique ?

- **La dimension positive du projet** : il s'agit de lancer une nouvelle activité ou d'augmenter l'activité existante. C'est évidemment une perspective plus enthousiasmante, pour la direction comme pour les médecins, que de diminuer les effectifs ou réduire d'autres postes de dépenses.
- **L'initiative de l'équipe médicale** : ce sont les médecins qui sollicitent l'appui de la direction, ils ont donc tout à gagner dans ce dialogue.
- **Le caractère bien ciblé de la discussion, allié à la possibilité pour la direction de trancher** : la discussion s'engage plus facilement lorsque les enjeux sont clairs dès le départ (acquérir tel équipement, développer telle activité). En outre, si la direction du site ou du groupe hospitalier est en mesure de prendre la décision finale, cela incite les médecins à s'impliquer davantage dans la négociation puisqu'ils savent que c'est leur interlocuteur qui tranchera.

Lorsque c'est le siège de l'AP-HP qui prend la décision⁴⁶, l'investissement des médecins est plus limité. Maîtrisant assez peu les rouages du fonctionnement des directions centrales, ils considèrent que c'est à l'équipe de direction du site de porter le projet.

Sur ce plan, le dossier d'acquisition ou de location d'un Cone Beam pour l'hôpital Bretonneau est une bonne illustration. Au sein de l'équipe d'odontologie, c'est un praticien universitaire attaché⁴⁷, et non pas le chef de service, qui a contacté la direction des équipements. A ce stade, le service avait recensé le nombre d'exams par discipline (orthodontie, chirurgie maxillo-faciale, implantologie...) que cet équipement permettrait potentiellement de réaliser sur l'ensemble du groupe hospitalier. C'est ensuite la direction des équipements qui a repris le dossier : réalisation de l'évaluation économique, examen des modalités d'organisation, demande de dérogation auprès de la centrale d'achat pour lancer un marché local... Le service d'odontologie, qui relançait régulièrement la direction sur le sujet, a été informé de ces démarches mais sans s'y associer réellement.

⁴⁶ Ex : les autorisations de passer un marché doivent être accordées par le siège de l'AP-HP

⁴⁷ C'est ce praticien qui avait négocié lui-même avec le fabricant et le distributeur le prêt temporaire de l'équipement, qui l'intéressait particulièrement dans sa pratique professionnelle.

- Un autre élément qui facilite le dialogue avec les médecins, c'est que **l'évaluation financière n'est qu'un des éléments influençant la décision.**

Comme le souligne la responsable du contrôle de gestion, la décision est souvent prise avant tout pour des motifs stratégiques : cohérence avec le projet médical, intérêt universitaire, possibilité de se positionner comme un établissement ou un service innovant. Dans ce cas, l'évaluation financière n'intervient que pour conforter la décision et, dans l'hypothèse où un déficit prévisionnel est anticipé, explorer les scénarios permettant de réduire ce déficit.

En dépit du contexte financier délicat au sein du groupe hospitalier, cette logique continue à prévaloir : des décisions à l'impact financier négatif à court terme sont prises parce qu'elle sont en cohérence avec la stratégie.

Le projet en cours d'acquisition d'un système innovant de transport des organes prélevés illustre cette situation. Bien que le dispositif soit en grande partie financé par les fabricants de l'équipement, l'acquisition des consommables représente un surcoût important pour l'hôpital Bichat (de l'ordre de 400 000€ par an⁴⁸). Il est intéressant de retracer le déroulement de la négociation entre le chef de service désireux de tester cet équipement et la direction du groupe hospitalier.

Conscient du surcoût généré par le dispositif, le chef de service a proposé de le financer grâce aux mesures suivantes :

- Une hausse de l'activité de greffe grâce au nouveau système de transport, celui-ci garantissant une meilleure conservation des organes.
- Des économies sur les consommables que le service s'engage à réaliser⁴⁹ - pour un montant de quelques dizaines de milliers d'euros.

Avant de prendre une décision, la direction a réalisé une étude comparant les recettes et les dépenses de l'activité de greffe en question. L'analyse a montré que l'activité est déficitaire, ce qui invalidait l'hypothèse de couverture du coût du projet par la hausse de l'activité.

Malgré cette évaluation économique a priori défavorable, la direction du groupe n'en a pas moins décidé de financer le projet, pour les raisons suivantes :

- La dimension innovante du dispositif de transport, permettant de positionner le service comme dynamique et performant.

⁴⁸ A priori, cette dépense ne concernera que 2011, le financement des consommables devant théoriquement être couvert à partir de 2012 par un STIC (programme de soutien aux techniques innovantes et coûteuses).

⁴⁹ Ces économies sont sans lien avec le projet et peuvent donc être réalisées même sans l'acquisition de l'équipement.

- La cohérence avec le projet médical d'établissement, qui a pour ambition d'augmenter le nombre de greffes de cet organe et de devenir un centre de référence labellisé dans ce domaine.
- Le souci de promouvoir la délégation de gestion : participer au financement du projet constitue un moyen de récompenser un service qui atteint ses objectifs d'activité.

Pour responsabiliser le service, un accord moral a été conclu entre la direction et le chef de service : financement du projet en échange d'un engagement sur une réduction de la durée moyenne de séjour (DMS), baisse rendue possible par l'amélioration de la filière d'aval et l'ouverture prochaine sur l'hôpital d'un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) spécialisé sur cette pathologie.

NB : on note qu'il y a en définitive un lien assez faible entre le projet financé et l'accord moral passé entre la direction et le service sur la réduction de la DMS.

Pour conclure sur cette illustration, l'évaluation financière n'a pas en l'espèce déterminé la décision finale. Elle a néanmoins permis d'alerter le service - toute hausse de l'activité ne se traduira pas automatiquement par une amélioration du résultat- et d'obtenir un engagement du médecin promoteur du projet sur une réduction de la DMS.

Si la discussion médico-économique sur des sujets ciblés se déroule la plupart du temps de manière satisfaisante, il est intéressant d'étudier un exemple où, a contrario, le dialogue est difficile. Le projet de réorganisation des urgences sur les hôpitaux Bichat et Beaujon⁵⁰ peut être analysé à titre d'illustration.

Certains éléments intrinsèques au dossier expliquent la réticence des médecins à s'investir, notamment la complexité des questions soulevées :

- Vers qui va s'orienter le flux des patients actuellement pris en charge par les urgences de Beaujon :
 - La médecine libérale ?
 - Les urgences de Bichat ?
 - Les urgences de Louis Mourier ?
 - D'autres structures d'urgences ?
- Comment réorganiser la permanence des soins sur l'hôpital Beaujon, en partie assurée aujourd'hui par les urgences, notamment la nuit ? Cette question est d'autant plus cruciale que l'hôpital Beaujon est un hôpital de soins aigus, où les patients pris en charge peuvent être amenés à revenir en urgence.

⁵⁰ Le projet consiste a priori à fermer le service d'accueil des urgences (SAU) de Beaujon et à transférer, dans la mesure du possible, les patients sur le service de Bichat.

Cependant, au-delà de ces éléments, c'est l'absence des conditions nécessaires à la réussite de la négociation – mentionnées plus haut – qui rend celle-ci difficile :

- Le projet a principalement une dimension économique : un des objectifs est de réduire les effectifs sur l'hôpital Beaujon, les postes actuellement aux urgences n'ayant pas tous vocation à être transférés sur l'hôpital Bichat. Il n'y a pas d'amélioration en termes de prise en charge des patients ni d'organisation des soins. Sachant que même le bénéfice économique est difficile à évaluer, le corps médical ne perçoit pas l'intérêt du projet.
- Le projet émane de la direction et non pas des médecins. Un chef de pôle est d'ailleurs convaincu que c'est la direction du groupe hospitalier qui a pris la décision de fermeture des urgences de Beaujon, de sa propre initiative et sans que cela soit demandé par le siège. Même si cela ne semble pas correspondre au déroulement véritable du projet⁵¹, cette conviction ne l'encourage pas à s'investir dans le comité de pilotage du projet : « *Puisque la direction a créé ce problème, qu'elle le règle elle-même* ».
- Surtout, le projet manque de lignes directrices claires et de décisions définitives. Ainsi, alors que le projet est à l'ordre du jour depuis début 2010, le calendrier n'est toujours pas connu en septembre 2011. Annoncée au départ pour fin 2011, la fermeture – qui pourrait être au départ limitée à la nuit – a été repoussée à 2012, voire au-delà.

Cette incertitude est fortement déstabilisatrice pour les personnels des urgences. Conséquence : alors même que les urgences de Beaujon ont encore une ou plusieurs années d'existence devant elles, les principaux médecins seniors quitteront le service au cours du dernier trimestre 2011 pour rejoindre un autre hôpital de l'AP-HP.

En l'absence de directives, le comité de pilotage du projet peut difficilement avancer :

- La direction du groupe hospitalier, pas forcément enthousiasmée par le projet, a du mal à se positionner, le siège donnant l'impression à la fois d'encourager la fermeture mais aussi de la freiner par crainte des conséquences sociales et des répercussions médiatiques.
- Les médecins membres du comité de pilotage ont l'impression que si le projet continue à prendre du retard, il est possible qu'il soit enterré, d'où une incitation faible à s'investir.

Pour conclure, le dossier de la réorganisation des urgences de Bichat et de Beaujon a des conséquences importantes pour la prise en charge des patients mais c'est avant tout un dossier d'organisation des soins et d'optimisation des dépenses. Or, lorsqu'il s'agit de travailler ensemble sur ces sujets, le dialogue est souvent beaucoup plus difficile.

⁵¹ Lors de la constitution des groupes hospitaliers, un seul service d'accueil des urgences (SAU) par groupe hospitalier était prévu à l'origine. Le GH HUPNVS comptait 3 SAU (Bichat, Beaujon, Louis Mourier). Il a finalement été décidé de conserver 2 sites d'accueil :

- Bichat, la structure la plus importante et récemment rénovée
- Louis Mourier, compte tenu de sa position excentrée et de sa prise en charge des urgences pédiatriques.

B) Des difficultés beaucoup plus grandes sur le volet des dépenses et de l'organisation

La direction a conscience que **la tarification à l'activité impose de se pencher en priorité sur les dépenses et l'organisation** :

- Comme le souligne la direction des finances, la T2A, initialement comprise par certains acteurs comme incitant au développement de la production, est en réalité un dispositif récompensant l'amélioration de la productivité.
- Des progrès importants sont potentiellement réalisables dans ce domaine, comme le démontrent les outils issus de la comptabilité analytique.

Ainsi, le TCCM de Beaujon⁵² souligne que les dépenses de l'hôpital étaient supérieures en 2008 de 24,2 millions d'€ (+24%) à celles d'un établissement de la base nationale produisant le même case mix. Ce décalage très important – voisin du déficit 2008 de 19,3 millions d'€ - confirme que c'est sur le volet des dépenses que des efforts doivent être accomplis⁵³.

En dépit de ces éléments, **il est difficile pour les médecins et la direction de réfléchir ensemble sur l'organisation des soins et les pistes d'efficience.**

Deux dossiers traités au cours de mon stage m'ont amené à toucher du doigt cette difficulté :

1) Evaluation économique d'un appareil de Fibroscan

Cette évaluation, dont la direction des équipements m'a demandé de réaliser le versant économique, a donné lieu à un **conflit entre les médecins du service utilisateur de l'appareil et la direction de l'hôpital Bichat.**

Pour resituer le contexte, la question posée était celle-ci : l'activité sur l'hôpital Bichat permet-elle d'acquérir ou de louer cet équipement⁵⁴ ou faut-il privilégier la réalisation de l'examen à l'hôpital Beaujon – qui possède déjà un appareil ?

⁵² Pour l'instant, cet outil a été mis en place uniquement sur l'hôpital Beaujon, le seul établissement du GH à participer à l'ENCC.

⁵³ Le décalage par rapport à l'ENCC peut en théorie aussi être lié à un codage insuffisant, entraînant une sous-estimation du case-mix réel de Beaujon. Si cet effet est sans doute présent, il est peu probable que le codage soit à l'origine d'un tel décalage.

⁵⁴ Comme vu plus haut, les médecins de Bichat avaient jusque-là négocié la location de l'équipement par un laboratoire pharmaceutique. Suite à l'inscription de l'examen à la CCAM, le laboratoire a annoncé son intention de mettre fin à la location, considérant que l'activité facturée permettait désormais de financer l'appareil.

L'évaluation a porté à la fois sur l'activité, l'organisation -actuelle et prévisionnelle-, les conditions de prise en charge des patients et l'équilibre financier entre les recettes et les dépenses.

Deux raisons ont conduit la direction à privilégier la réalisation des examens sur Beaujon plutôt que la location d'un appareil supplémentaire sur Bichat :

- Le déficit prévisionnel de l'activité si un appareil supplémentaire était acquis ou loué à Bichat. Ce déficit était principalement dû à la faiblesse du tarif de l'examen (31€, soit à peine plus qu'une consultation spécialisée à 28€)
- La faible utilisation de l'appareil de Beaujon : 3 demi-journées d'utilisation par semaine suffisaient pour réaliser les examens de Beaujon.

L'annonce de cette décision par la direction a entraîné une levée de boucliers de la part des médecins de Bichat - les deux chefs de service concernés et le médecin utilisant l'équipement. Comment analyser cette réaction, alors même que ce type d'analyse est désormais classique ?

▪ **Un des praticiens contestait la légitimité même de l'analyse économique :**

- Sur le fond : ce type d'analyse revient selon lui à assimiler le soin à une production, ce qui n'est pas acceptable, les actes médicaux étant choisis pour améliorer la santé des patients.

- Sur la méthode retenue : la prise en compte, parmi les dépenses, du temps médical passé à la réalisation de l'examen lui apparaissait « *malhonnête* ». Etant donné que le praticien est dans tous les cas payé par l'hôpital, son salaire ne doit pas peser sur l'examen.

▪ Les deux autres praticiens acceptaient le principe de l'évaluation économique mais estimaient qu'on pouvait atteindre l'équilibre financier en louant un appareil sur l'hôpital Bichat :

- En tablant sur une forte hausse d'activité

- En remplaçant le médecin réalisant l'examen par un paramédical au coût de revient moins élevé.

Dans ces conditions, il ne leur apparaissait pas légitime de comparer la rentabilité du scénario de location d'un nouvel appareil avec celle du scénario de mutualisation avec Beaujon.

Sur quels arguments se basait le refus des médecins d'envisager un transfert des examens sur Beaujon⁵⁵ ?

⁵⁵ C'est uniquement la réalisation de l'examen – réalisé par un paramédical – qui était transférée à l'hôpital Beaujon, le suivi des patients étant toujours effectué par un praticien de Bichat.

- La réticence anticipée des services de Beaujon à accueillir les patients de Bichat, entraînant une perte de chance pour ces derniers.
- La difficulté pour leurs patients – dont tout le suivi se déroule à Bichat - de se rendre à l'hôpital Beaujon.
- Les conséquences négatives pour l'activité d'hépatologie de Bichat. En l'absence de Fibroscan, le service n'aura plus la possibilité d'effectuer un suivi complet de ses patients, ce qui risque de peser sur le recrutement.

Pour nuancer la portée de ces réticences et les difficultés pour les patients, il faut rappeler que le Fibroscan est réalisé sur des patients externes – lors de consultations- et à intervalles très espacés (un examen tous les ans ou tous les deux ans). La position adoptée par les médecins est donc avant tout une position de principe :

- Un service digne de ce nom doit disposer de tous les équipements nécessaires pour assurer le suivi de ses patients.
- L'organisation actuelle fonctionne, il n'y a pas de raisons de la bouleverser.

Pour conclure sur cette illustration du Fibroscan, deux éléments doivent être pris en compte pour comprendre le caractère conflictuel du dialogue :

- Contrairement à ce qui se passe habituellement, l'analyse n'évaluait pas la rentabilité future d'un projet mais celle d'une activité en place depuis 2007. Si les médecins acceptent de renoncer à une activité en projet, ils sont naturellement plus réticents lorsqu'on leur demande de modifier profondément une organisation en place depuis plusieurs années.
- Un des médecins concernés est impliqué dans le mouvement de défense de l'hôpital public et foncièrement hostile à la logique de la tarification à l'activité. Ce cas, bien que réel, n'est donc pas forcément représentatif du climat habituel dans lequel se déroulent ces discussions.

Le deuxième exemple analysé est différent : en l'espèce, la discussion n'a pas revêtu de caractère conflictuel ; la difficulté a plutôt été d'impliquer les responsables médicaux dans une réflexion initiée par la direction mais qui ne prenait de sens qu'avec leur participation.

2) Analyse de l'activité des services cliniques en exploitant les données de l'ENCC

Le contexte de ce projet a été présenté en introduction : **tirer profit des données de l'ENCC à laquelle participe l'hôpital Beaujon et comparer les GHM de l'hôpital avec les GHM identiques de la base nationale**, sur plusieurs paramètres :

- Coût complet et coûts détaillés

- Niveau de sévérité
- DMS : dans l'établissement et en réanimation
- Recours au plateau médico-technique : consommation d'ICR (indice de coût relatif) d'anesthésie ou de blocs, prescription de B...

A partir de ces informations synthétiques, **l'objectif était d'engager un dialogue avec les responsables de chaque service et de creuser avec eux les pistes d'amélioration** mises en lumière par la comparaison avec l'ENCC. Sur le papier, cette discussion avait de bonnes chances d'être productive :

- Niveau de détail assez fin : l'analyse était réalisée au niveau du GHM
- Information médicalisée, susceptible de parler aux médecins : DMS, consommation de B...
- Analyse innovante et présentation d'informations dont les médecins n'ont pas connaissance traditionnellement : traduction économique de la prise en charge des patients dans leur service.

Pourtant, **l'outil n'a pas permis d'initier un véritable dialogue entre la direction et le corps médical**. Les médecins rencontrés ont été intéressés pour l'outil mais sans percevoir en quoi il interrogeait leurs pratiques. On peut résumer les réactions ainsi : *« Cet outil est intéressant intellectuellement mais qu'attendez-vous de moi ? En quoi ces données économiques devraient-elles modifier les pratiques et l'organisation du service ? »*

Comment analyser les raisons de cet échec ?

- **La direction n'a peut-être pas suffisamment manifesté l'importance de ce dossier à ses yeux⁵⁶**. En conséquence, le médecin DIM qui m'a accompagné sur le projet, m'a accordé un temps important mais forcément limité, le sujet ne lui ayant pas été présenté comme prioritaire. Or, sur ce type de dossiers, l'implication du médecin DIM est cruciale :
 - C'est le seul interlocuteur capable de comprendre à la fois le langage médical et le discours gestionnaire et de faire le pont entre les deux logiques.
 - Lui seul a la légitimité pour demander à ses collègues de s'impliquer lorsque, comme c'était le cas en l'espèce, la collaboration des équipes médicales est indispensable pour creuser certains points.

⁵⁶ Mon directeur de mémoire a été étonné qu'un sujet aussi important a priori que l'analyse des causes du déficit soit confié à un élève en stage.

- **Certains médecins contestent la logique sous-jacente à ce type d'analyse, selon laquelle il faudrait aligner la consommation de ressources sur la moyenne des pratiques recensées dans l'ENCC⁵⁷.**

Trois raisons principales expliquent la réticence des praticiens rencontrée vis-à-vis de ce type d'analyse fondée sur la comptabilité analytique :

- **l'absence de prise en compte de la gravité réelle des patients.** Les niveaux de sévérité des GHM ne traduisent selon eux qu'imparfaitement la différence de gravité des cas.

Ainsi, dans le cas de la transplantation hépatique, un médecin a souligné la part supérieure à la moyenne à l'hôpital Beaujon des hépatites fulminantes comme causes des greffes du foie. Or, la prise en charge des patients atteints d'une hépatite fulminante est sensiblement plus lourde que celle d'autres patients inclus eux aussi dans le même GHM de niveau 4.

- **l'absence de lien entre les données économiques** – retraçant les dépenses liées au séjour d'un patient - **et les indicateurs de qualité de la prise en charge** médicale (morbidity, taux de survie, de complication).

- plus fondamentalement, **un praticien rencontré réfute le postulat selon lequel la meilleure prise en charge, du point de vue de la société, est celle qui consomme le moins de ressources.** Ce médecin réanimateur reconnaît que des marges substantielles d'amélioration existent et que l'organisation globale du circuit du patient est à revoir mais il a la conviction que c'est en augmentant les moyens qu'on améliorera la prise en charge, amélioration qui débouchera sur des économies.

L'exemple donné était celui de la transplantation hépatique : selon ce praticien, la durée du passage en réanimation est certes trop longue mais elle s'explique par la grande différence d'effectifs entre la réanimation (1 infirmier pour 2,5 patients) et les services cliniques (1 infirmier pour 15 patients). Cette différence empêche le transfert dans les services d'hospitalisation des patients qui n'ont plus besoin d'un suivi réanimatoire mais dont l'état justifie une surveillance plus étroite que celle que peuvent assurer les infirmiers des services cliniques. Sa proposition est donc la suivante : renforcer les effectifs infirmiers en réanimation et dans les services de soins, pour diminuer à la fois la durée de séjour en réanimation (transfert plus rapide vers les services d'hospitalisation) et la durée de séjour totale (les études ont effet montré qu'un suivi plus étroit permettait de solliciter

⁵⁷ Ainsi, lorsque nous avons présenté à un médecin anesthésiste réanimateur les résultats montrant une consommation supérieure d'ICR d'anesthésie sur la plupart des GHM de Beaujon par rapport à la base nationale, ce praticien nous a indiqué que s'aligner sur la moyenne n'est pas un objectif en soi.

Il a d'ailleurs perçu l'analyse comme une critique des pratiques de son service, même si notre objectif était de se servir de cet indicateur pour entamer la discussion et examiner avec lui la part du décalage expliquée par la particularité des patients ou de leur prise en charge et celle sur laquelle des marges d'amélioration existent.

davantage le patient et donc de le faire sortir plus rapidement). Cette diminution de la durée de séjour couvrirait selon lui la hausse des dépenses de personnel.

Pour conclure, il ne faut pas interpréter l'intérêt faible que les médecins semblent manifester pour la réduction des coûts comme le signe qu'ils restent attachés au credo selon lequel « la santé n'a pas de prix ». La plupart d'entre eux ont renoncé à cette idée⁵⁸ et se posent des questions éthiques à ce sujet.

Ainsi, un médecin réanimateur rencontré est relativement critique vis-à-vis d'une réforme récente des critères d'attribution des greffons du foie. Cette réforme vise à privilégier davantage les malades les plus graves, qui, jusqu'à maintenant, n'avaient pas accès à la greffe car ils décédaient avant. Alors même que cette réforme semble conforme à la logique médicale et à la justice, elle ne satisfait pas entièrement le médecin : en effet, il est réticent à consacrer des sommes aussi importantes à aussi peu d'individus. Selon lui, il serait sans doute préférable de privilégier des patients moins gravement atteints, dont la prise en charge serait moins coûteuse et le taux de survie supérieur.

Si, sauf exception, **les médecins acceptent la logique de l'évaluation médico-économique c'est uniquement à condition qu'elle prenne aussi en compte la dimension médicale**. En conséquence, tout projet, en même temps qu'il permet de réaliser des économies, doit aussi améliorer la prise en charge.

L'exemple suivant illustre le type d'analyse médico-économique qui intéresse les praticiens universitaires. Un des médecins à qui les résultats de l'exploitation de l'ENCC ont été présentés coordonne un programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) sur un thème médico-économique voisin : « Prévoir la durée de séjour dès l'entrée du malade permet-il de réduire la DMS ? » L'hypothèse est la suivante : si la durée du séjour est anticipée dès l'entrée du patient, le service s'organise en conséquence. Si la durée n'est pas prévue, retards et délais ont au contraire plus de chances de s'accumuler.

En l'espèce, on voit bien que **l'objectif économique (réduire le coût du séjour) va de pair avec l'amélioration de la prise en charge du patient (meilleure organisation permettant de réduire la durée du séjour). C'est uniquement à cette condition que l'évaluation médico-économique suscite l'adhésion du corps médical.**

Nous avons analysé dans ce mémoire les obstacles à surmonter pour mettre en place et entretenir un dialogue de gestion fructueux. Ces difficultés ont-elles des conséquences concrètes sur le fonctionnement de l'hôpital ? Existe-t-il des pistes permettant de les résoudre ? Telles sont les questions qu'il paraît intéressant d'aborder en conclusion.

⁵⁸ Surtout parmi les chefs de service, sensibilisés à l'impact économique de leurs décisions par leurs interactions fréquentes avec l'équipe de direction.

Conclusion

L'amélioration du dialogue de gestion peut-elle constituer une solution aux difficultés de l'hôpital ?

Comme nous l'avons vu dans les développements précédents, **un enrichissement du dialogue de gestion ne conduit pas directement ni mécaniquement à une amélioration de l'équilibre financier de l'établissement.** En effet, la complexité de la tarification à l'activité rend le système difficile à maîtriser, d'un point de vue stratégique et opérationnel. Même avec des médecins désireux de s'impliquer dans la dynamique gestionnaire et une équipe de direction volontaire pour leur accorder une liberté d'action significative, il n'est pas forcément évident de déterminer les actions à mener pour rétablir la situation financière d'un hôpital déficitaire.

Cela signifie-t-il que le dialogue entre la direction et les médecins ne présente pas de véritable utilité, si ce n'est d'améliorer le climat social de l'établissement ? La réponse à cette question nous paraît clairement négative, **l'amélioration du dialogue de gestion peut bouleverser en profondeur les logiques en vigueur à l'hôpital**, au moins sur les deux points suivants :

- L'implication des médecins dans la gestion permet **d'éviter de s'enfermer dans une logique gestionnaire.** Le projet de l'établissement ne peut être uniquement de parvenir à l'équilibre budgétaire. La participation des professionnels médicaux et soignants est un garde-fou éthique contre une telle dérive et garantit que le rétablissement de la situation économique ira de pair avec l'amélioration de la prise en charge des patients. Les membres de l'équipe de direction partagent évidemment ces préoccupations éthiques et essaient de leur donner corps au travers des projets défendus. Il n'empêche que la pression de la tutelle et la situation financière difficile de nombreux hôpitaux peuvent parfois « piéger » les directeurs, chaque mesure envisagée n'étant plus alors évaluée qu'en fonction de son impact financier. Si les médecins, confrontés quotidiennement aux patients, participent aux décisions, ce risque est fortement atténué.
- L'association des professionnels de terrain aux décisions est sans doute l'unique solution pour **surmonter les pesanteurs qui règnent à l'hôpital et paralysent fréquemment toute dynamique de changement.**

Le changement est mieux accepté lorsque celui qui en subit les conséquences ou à qui on demande de modifier ses pratiques a été partie prenante du processus de décision. Lorsque la direction essaie d'impulser elle-même le changement, sans avoir forcément une connaissance suffisante des réalités quotidiennes dans les services ou la légitimité

pour faire accepter des réformes douloureuses, le processus est dans l'ensemble beaucoup plus long et conflictuel.

Nous prendrons deux exemples illustrant cette situation et les bienfaits potentiels d'une politique ambitieuse de délégation de gestion :

Exemple n°1 : nous avons décrit plus haut l'échec relatif de la tentative d'utilisation des résultats de l'ENCC pour engager une discussion avec les services cliniques.

En l'espèce, nous sommes en présence d'une initiative de la direction qui, désireuse de comprendre et de réduire le déficit de l'établissement, construit son propre outil d'analyse et le présente aux équipes médicales. Celles-ci, ne se sentant pas véritablement responsables de l'équilibre économique de l'établissement, ne voient pas en quoi cet outil, qui n'a pas été élaboré en fonction de leurs besoins, devrait les conduire à modifier leurs pratiques.

Que se passerait-il si la délégation de gestion était une réalité ?

Les médecins, responsabilisés sur le déficit de leur unité⁵⁹, demanderaient à la direction de les aider à analyser les causes de ce déséquilibre et à envisager ensemble des pistes d'amélioration. L'outil d'analyse, créé à la demande et en fonction des besoins des médecins, aurait plus de chances cette fois-ci de provoquer des échanges fructueux entre la direction des finances et les responsables médicaux.

Exemple n°2 : pour faire face à des retards importants dans la saisie des comptes-rendus médicaux, la direction de l'hôpital Beaujon a proposé courant 2010 qu'une partie de la saisie soit sous-traitée à un prestataire extérieur. Le projet, qui s'est enlisé pendant plus d'un an, vient seulement d'être relancé.

Analysons le déroulement des événements et les raisons expliquant la difficulté à mettre en œuvre un tel projet, d'une envergure pourtant limitée.

La direction a été sollicitée initialement par les chefs de service qui, constatant un retard dans la saisie des comptes-rendus, ont demandé le recrutement de secrétaires médicales supplémentaires afin de pallier les absences. La direction, soucieuse de ne pas augmenter les effectifs administratifs et consciente qu'une partie du retard est liée à la désorganisation des secrétariats médicaux, a proposé sa propre solution : l'externalisation partielle de la saisie des comptes-rendus. Les médecins ont refusé cette solution, parce qu'elle leur était imposée et pour défendre leurs secrétaires. Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) s'est alors mobilisé et a sollicité une expertise extérieure sur le projet. Au final, une année a été perdue.

Comment un dialogue de gestion fructueux permettrait-il théoriquement d'éviter ces situations ?

⁵⁹ Déficit qu'ils connaîtraient par exemple grâce à un CREA

La direction se contenterait de rappeler l'objectif de qualité fixé par la HAS : 80% des comptes-rendus médicaux doivent être envoyés dans les huit jours. Ne parvenant pas à atteindre cette cible, les médecins solliciteraient l'appui de la direction. Celle-ci leur proposerait le choix entre plusieurs solutions : recrutement de nouvelles secrétaires⁶⁰, externalisation de la saisie, dictée vocale... Ce serait alors aux médecins de décider de la solution qu'ils considèrent la plus adaptée aux besoins de leur unité. Cette solution serait mise en œuvre avec l'appui de la direction (qui se chargerait par exemple de passer un marché si nécessaire, d'acheter des dictaphones numériques...)

Si une telle dynamique de décision partagée s'enclenchait, il est probable que la même solution (l'externalisation partielle de la saisie) aurait été adoptée avec beaucoup moins de difficultés.

Si les bénéfices apportés par un dialogue de gestion sont importants, ils ne sont pas pour autant faciles à obtenir. Certaines conditions doivent en effet être réunies :

- Disposer d'outils permettant de mesurer la performance de chaque unité. Ces outils sont indispensables à la mise en place d'une politique ambitieuse de délégation de gestion. Ils permettent en effet à chaque responsable de mesurer les conséquences des décisions prises et à la direction de vérifier l'utilisation des marges de manœuvre accordées.
- Comme le souligne le rapport de l'IGAS (2010) consacré aux pôles, les équipes de direction – et principalement les directions fonctionnelles - doivent accepter d'endosser un nouveau rôle : agir en tant que fonction-support et comme conseillers au service des pôles. C'est une véritable révolution culturelle qui leur est demandée, d'autant plus difficile qu'elle suppose une confiance forte dans leur partenaire médical, alors même que ce dernier n'a pas forcément d'appétence pour les problématiques gestionnaires.
- C'est là en effet la condition qui me semble la plus problématique : pour gérer correctement l'hôpital, il est indispensable et souhaitable aujourd'hui de confier des responsabilités importantes dans ce domaine aux médecins. Cependant, rien dans leur formation ni dans le processus d'accession à des responsabilités (chef de service ou chef de pôle) ne les a préparés à la gestion et au management. Les formations proposées aux chefs de pôle peuvent certes leur permettre d'acquérir les compétences nécessaires mais ne répondent pas à la question plus fondamentale de la volonté d'exercer ces fonctions. Comme nous l'avons vu dans ce mémoire, il ne s'agit pourtant pas d'une question théorique : la participation au dialogue de gestion demande un investissement important, forcément au détriment du temps consacré aux soins, à la recherche ou à l'enseignement.

⁶⁰ Ces recrutements pèseraient sur le résultat du pôle, dont seraient responsables les chefs de pôle.

C'est donc à une redéfinition de la fonction médicale qu'invitent l'amélioration et l'approfondissement du dialogue de gestion : aujourd'hui, un médecin est reconnu par ses pairs grâce à ses performances cliniques et en matière de recherche. A l'avenir, cette reconnaissance devrait s'obtenir aussi au travers de la capacité à manager des équipes et à engager un dialogue avec la direction. Loin de conduire à assimiler les médecins à des « sous-directeurs », comme le craignent certains praticiens, cette évolution enrichirait leur fonction et contribuerait au développement en France d'une véritable culture de santé publique.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF, n°0167 du 22 juillet 2009

Articles spécialisés

- **CASH R.**, décembre 2009, « La T2A sous le feu des critiques », *Finances hospitalières*, n°31, p.1
- **CAZENAVE J-C.**, octobre-novembre 2010, « L'intérêt de réussir la première évaluation des contrats internes : l'exemple du CHU de Bordeaux », *Journal d'Economie Médicale*, vol 28, n° 6-7, pp. 249-254
- **CORDIER M.**, avril 2008, « Hôpitaux et cliniques en mouvement. Changements d'organisation de l'offre de soins et évolution de l'attente des patients » *DREES, études et résultats*, n°633, pp. 1-8
- **DONGRADI J-L.**, mars 2008, « Hôpital 2007... Sauvé par un nouveau mode de management ? » *Gestions hospitalières*, n°474
- **GLARDON P-H., LE GALLARD L.**, décembre 2010, « Les pôles d'activité : au service de la performance des établissements de santé ? », *Gestions hospitalières*, n°510
- **GHEORGHIU M-D., GUILLEMOT D., MOATTY F.**, 2010 « Ressources humaines et tarification à l'activité, changements organisationnels et mise en place de la T2A dans les établissements hospitaliers français », *DREES, document de travail, Centre d'Etude pour l'Emploi*
- **GUICHETEAU J., MAESTRE-LEFEVRE A.**, octobre 2008, « Le compte de résultat analytique: un outil de gestion de pôle », *Gestions hospitalières*, n°479

- **KLETZ F., LENAY O., 2001**, « Savoir actif et changement dans les organisations : l'introduction du PMSI réforme-t-elle le pilotage du système hospitalier ? », *Revue transdisciplinaire de santé*, vol. 8 n°2, pp. 6-20

- **LAUNAY G., GUILLOT B., PERRIGAULT P-F. et al.**, octobre-novembre 2010, « Prévisions d'activité MCO, simulations d'impact et pilotage des contrats de pôle. CHU Montpellier. » *Journal d'Economie Médicale*, vol 28, n° 6-7, pp. 249-254

- **MOISDON J-C, PEPIN M.**, mai 2010, « Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé. Étude qualitative d'un échantillon de 8 établissements », *DREES, série études et recherches*, n°97, 120 p.

- **MOISDON J-C**, septembre-octobre 2010, « Outils médico-économiques associés à la T2A. Quelle philosophie d'usage ? » *Revue hospitalière de France*, n°536, pp. 36-39

- **MOISDON J-C, TONNEAU D**, octobre 2008, « Le financement concurrentiel des hôpitaux : menace ou avantage pour le service public ? » *Politiques et management public*, vol. 26, n°1 pp. 111-126

- **SAINT-MARC T., FISCHLER M., TILLON-FAURE O. et al.**, mars 2010, « Organisation: bilan à deux ans de la mise en place de pôles d'activité », *Gestions hospitalières*, n°494

- **TALEC T.**, décembre 2009, « La révision des effectifs médicaux hospitaliers, levier de la T2A », *Gestions hospitalières*, n°491, pp. 626-630

- **VIVES-ROCAMORA N.**, juin-juillet 2009, « Pôles hospitaliers: premiers bilans », *Gestions hospitalières*, n°487

- **ZIMMERMAN J-F**, mars 2008, « Nouvelle gouvernance, contrat de pôle... L'expérience au CHU de Toulouse », *Gestions hospitalières*, n°474

Rapports

- **ZEGGAR H., VALLET G., TERCERIE O.**, « Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé », Rapport de l'inspection Générale des Affaires sociales n°RM2010-010 P, février 2010, 124 p.

- **Fédération hospitalière de France**, « Hôpital public, état d'alerte. L'hôpital est aujourd'hui menacé par les conditions de mise en place de tarification à l'activité », octobre 2008, 21 p.

Documentation générale sur la comptabilité analytique et la T2A

- **ATIH**, Guide de l'Etude Nationale des Coûts à méthodologie Commune – MCO, avril 2010, 72 pages

Mémoires consultés

- **FERNANDEZ-EZAVIN M.**, « Les enjeux de la modification de l'exercice professionnel médical par la tarification à l'activité et le contrôle de gestion au centre hospitalier de Grasse (06) », mémoire professionnel, filière directeur d'hôpital, EHESP, décembre 2010, 89 pages
- **RIBOT B.**, « Le rôle des instruments médico-économiques issus de la T2A. L'analyse du pôle urgences de l'hôpital Lyon Sud », mémoire professionnel, filière directeur d'hôpital, EHESP, décembre 2010, 56 pages

Liste des annexes

Annexe 1 : liste des interlocuteurs rencontrés dans le cadre du mémoire

Annexe 2 : tableau Coûts-Case Mix de l'hôpital Beaujon

Annexe 3 : analyse d'une racine de GHM à partir de la comptabilité analytique de Beaujon

Annexe 4 : étude économique de la rentabilité d'une activité médicale ; l'exemple du Cone Beam à l'hôpital Bretonneau

Annexe 1 : liste des interlocuteurs rencontrés dans le cadre du mémoire

- Le directeur de l'hôpital Beaujon
- Le coordonnateur général des soins du groupe hospitalier
- Le directeur des finances du groupe hospitalier
- Le responsable du contrôle de gestion sur le groupe hospitalier
- Un chef de pôle exerçant à l'hôpital Bichat
- Un chef de pôle exerçant à l'hôpital Beaujon
- Le président du Comité consultatif médical de Beaujon, futur chef de pôle
- Un cadre paramédical de pôle de l'hôpital Beaujon
- Deux cadres administratifs de pôle travaillant à l'hôpital Beaujon

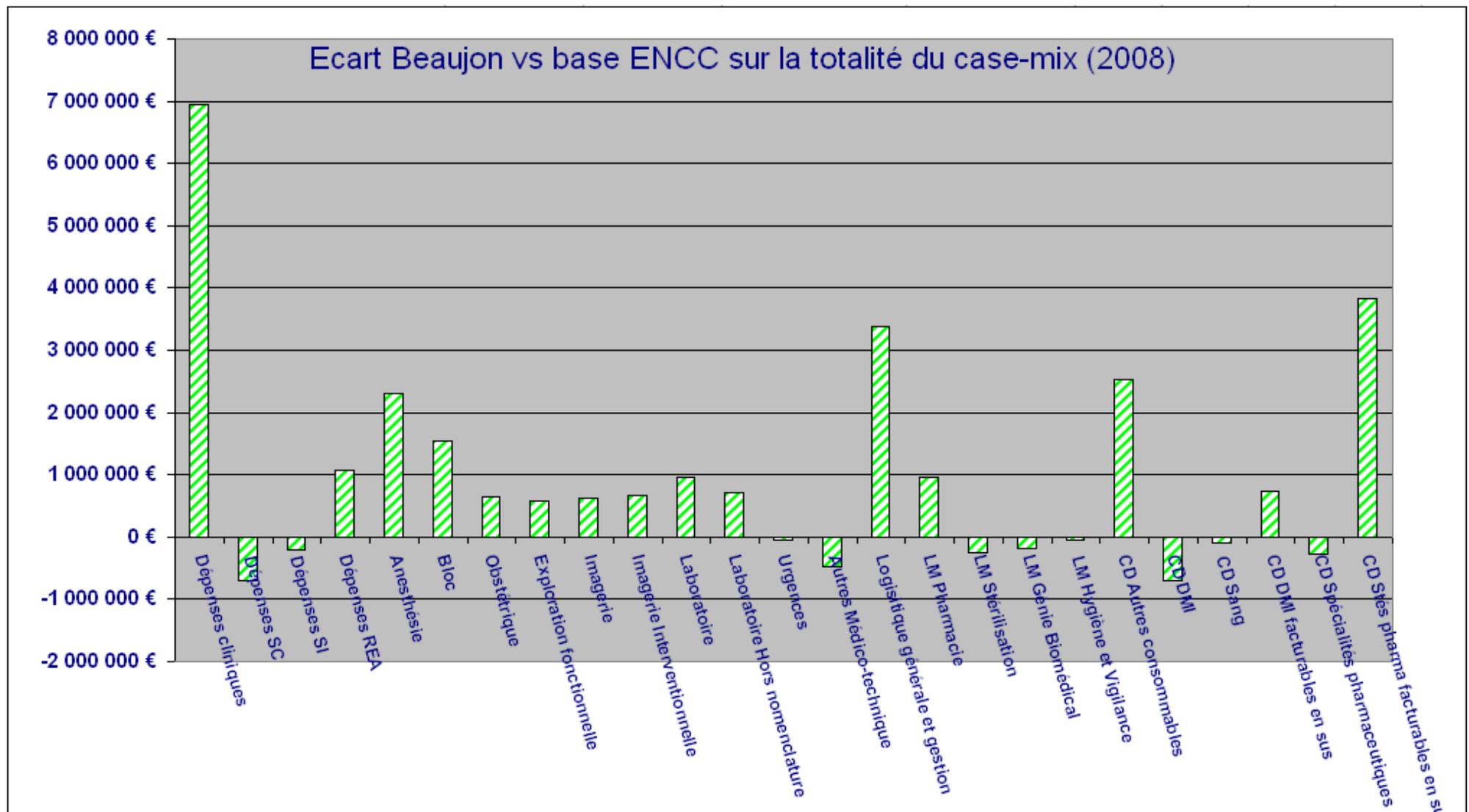
Annexe 2 : tableau Coûts-Case Mix de l'hôpital Beaujon

Données : comptabilité analytique 2008

	Beaujon	Base ENCC	Différence (Valeur absolue)	Différence (Pourcentage)
DMS 2008	4,56	4,81	-0,25	-5%
DMS REA 2008	0,38	0,29	0,08	28%
Dépenses cliniques	33 382 420 €	26 435 669 €	6 946 751 €	26%
Dépenses Soins continus	1 147 825 €	1 848 845 €	- 701 020 €	-38%
Dépenses Soins Intensifs	1 051 243 €	1 259 399 €	- 208 157 €	-17%
Dépenses Réanimation	8 262 263 €	7 182 882 €	1 079 381 €	15%
TOTAL Dépenses cliniques, soins continus, intensifs et réanimation	43 843 751 €	36 726 796 €	7 116 956 €	19%
Anesthésie	7 146 537 €	4 835 881 €	2 310 657 €	48%
Bloc	6 909 989 €	5 363 370 €	1 546 620 €	29%
Obstétrique	2 007 480 €	1 368 441 €	639 039 €	47%
Exploration fonctionnelle	1 378 821 €	806 296 €	572 525 €	71%
Imagerie	2 846 074 €	2 222 596 €	623 478 €	28%
Imagerie Interventionnelle	845 174 €	177 049 €	668 125 €	377%
Laboratoire	5 394 544 €	3 721 727 €	1 672 818 €	45%
Urgences	485 727 €	532 748 €	- 47 021 €	-9%
Autres Médico-technique	706 417 €	1 176 315 €	- 469 898 €	-40%
TOTAL Dépenses médico-techniques	27 720 764 €	20 204 422 €	7 516 342 €	37%
TOTAL Dépenses de logistique générale et gestion	20 434 861 €	17 063 860 €	3 371 000 €	20%
LM Pharmacie	2 589 178 €	1 634 162 €	955 016 €	58%
LM Stérilisation	589 648 €	844 166 €	- 254 519 €	-30%
LM Génie Biomédical	187 615 €	382 477 €	- 194 863 €	-51%
LM Hygiène et Vigilance	228 572 €	284 811 €	- 56 239 €	-20%
TOTAL Dépenses logistique médicale	3 595 013 €	3 145 617 €	449 396 €	14%
CD Autres consommables	8 698 241 €	6 159 242 €	2 538 999 €	41%
CD DMI	631 647 €	1 334 478 €	- 702 831 €	-53%
CD Sang	1 779 812 €	1 882 190 €	- 102 378 €	-5%
CD DMI facturables en sus	2 839 832 €	2 114 738 €	725 094 €	34%
CD Spécialités pharmaceutiques	3 192 546 €	3 470 705 €	- 278 159 €	-8%
CD Stés pharma facturables en sus	9 625 847 €	5 793 702 €	3 832 145 €	66%
TOTAL Charges directes y compris honoraires et rémunération à l'acte	28 359 068 €	22 489 595 €	5 869 473 €	26%
Coût complet hors structure	123 953 456 €	99 794 325 €	24 159 131 €	24%

Lecture du tableau :

L'hôpital Beaujon dépense 24,2 millions d'€ de plus (+24%) que la moyenne ENCC pour produire son case-mix 2008.



Lecture du graphique

Lorsque la barre est au-dessus de 0, cela signifie que Beaujon dépense plus sur ce poste que la moyenne ENCC. Ainsi, les dépenses cliniques de Beaujon sont supérieures de 7 millions d'€ à celle de la base ENCC, pour le même case-mix.

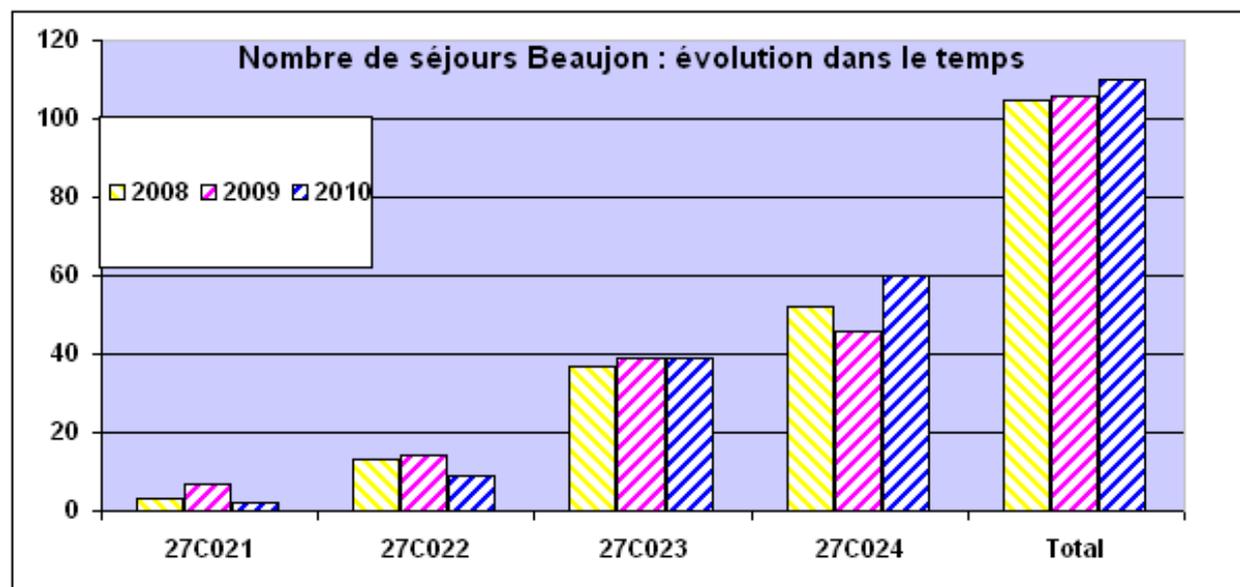
Annexe 3 : analyse d'une racine de GHM à partir de la comptabilité analytique de Beaujon

Exemple de la racine de GHM 27C02 : « transplantation hépatique »

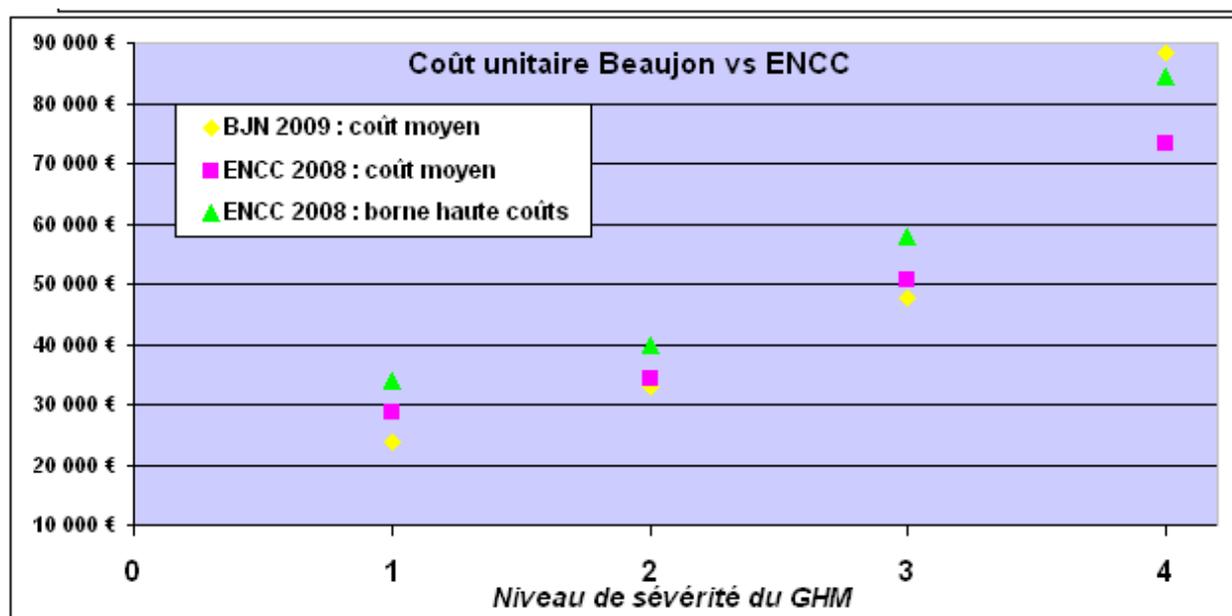
NB : le GHM 27C021 correspond ainsi à la transplantation hépatique de niveau 1, le GHM 07C022 à celle de niveau 2....

A) Activité et coûts

- Evolution du nombre de séjours



- Comparaison des coûts unitaires de production



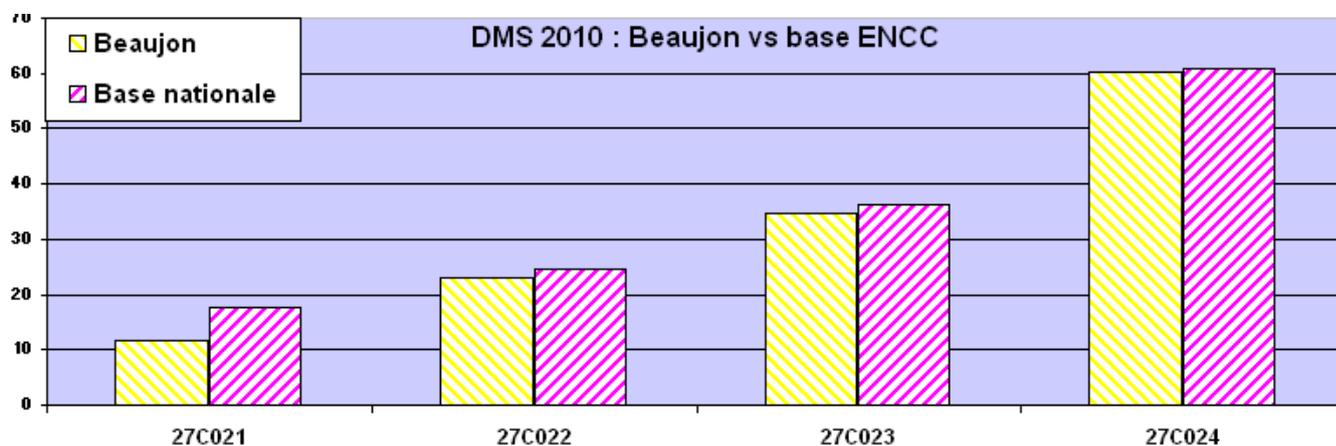
Lecture du graphique

Pour les trois premiers niveaux de sévérité de la racine du GHM, le coût de Beaujon est inférieur à la moyenne de la base ENCC. Par contre, pour le niveau de sévérité le plus

élevé, le coût de Beaujon est significativement supérieur à la moyenne de l'ENCC puisqu'il est au-dessus de la borne statistique haute (intervalle de confiance à 95%).

B) Durée moyenne de séjour

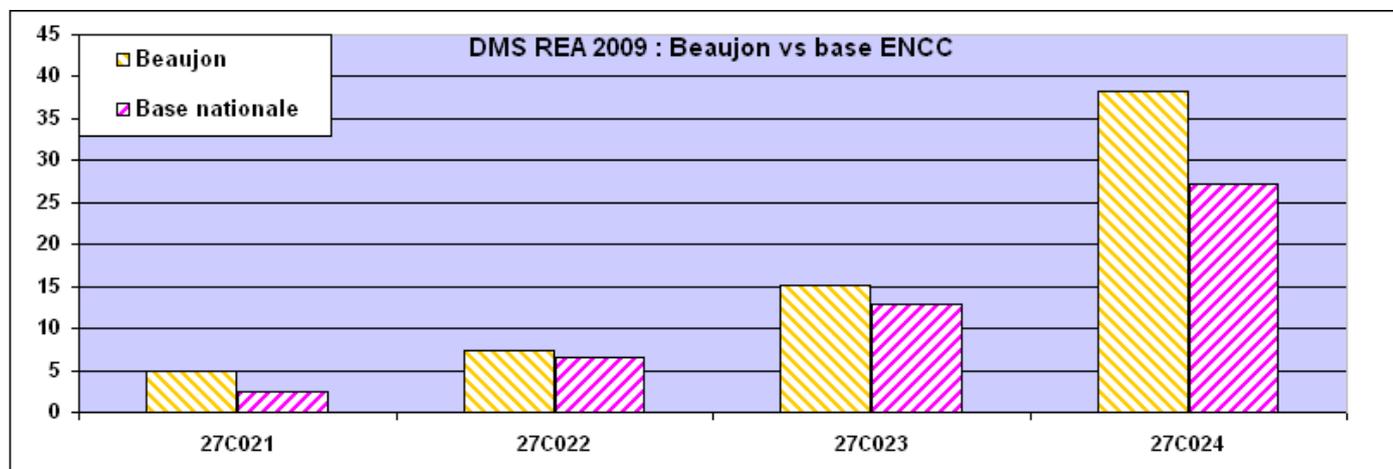
▪ DMS dans l'établissement



Lecture du graphique :

La DMS sur Beaujon est inférieure à la moyenne de la base ENCC, quel que soit le niveau de sévérité.

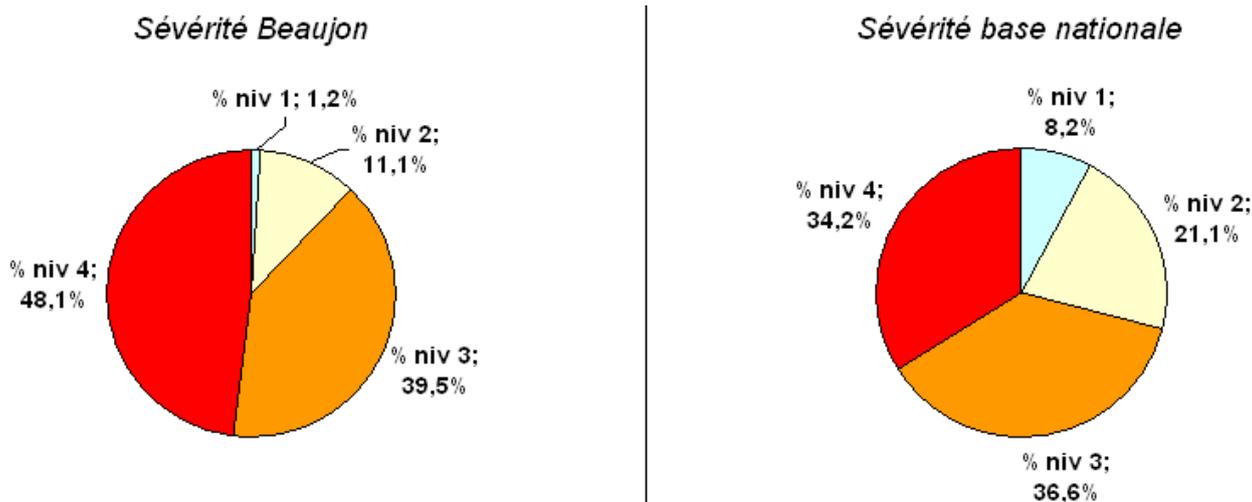
▪ DMS en réanimation



Lecture du graphique :

La DMS en réanimation est supérieure à la DMS nationale pour cette racine de GHM, particulièrement pour le GHM de niveau 4.

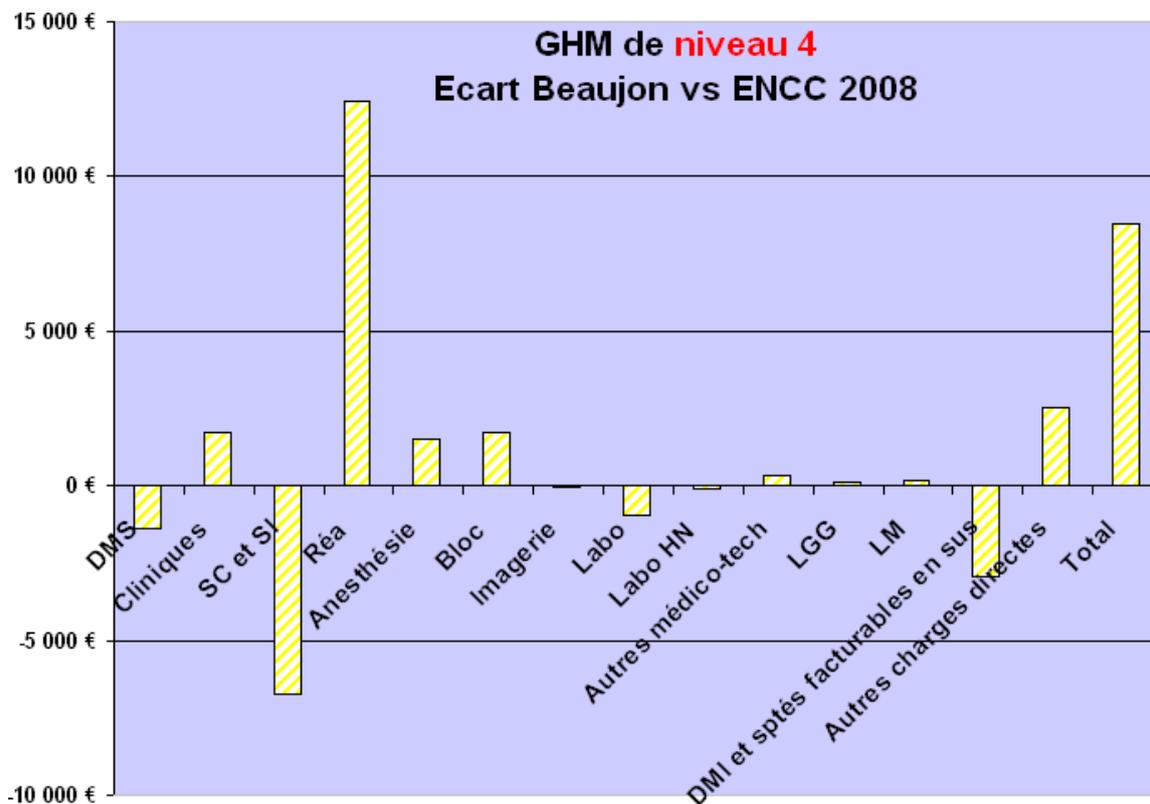
C) Niveaux de sévérité des prises en charges



Lecture du graphique :

Il ne semble pas y avoir de problèmes de sous-codage sur l'hôpital Beaujon. La lourdeur des greffes hépatiques prises en charge sur l'établissement se retrouve dans la part de niveau 4 (48,1%), largement supérieure à la moyenne de la base nationale (34,2%)

D) Résultats par grands postes de dépenses



SC et SI : soins continus et intensifs

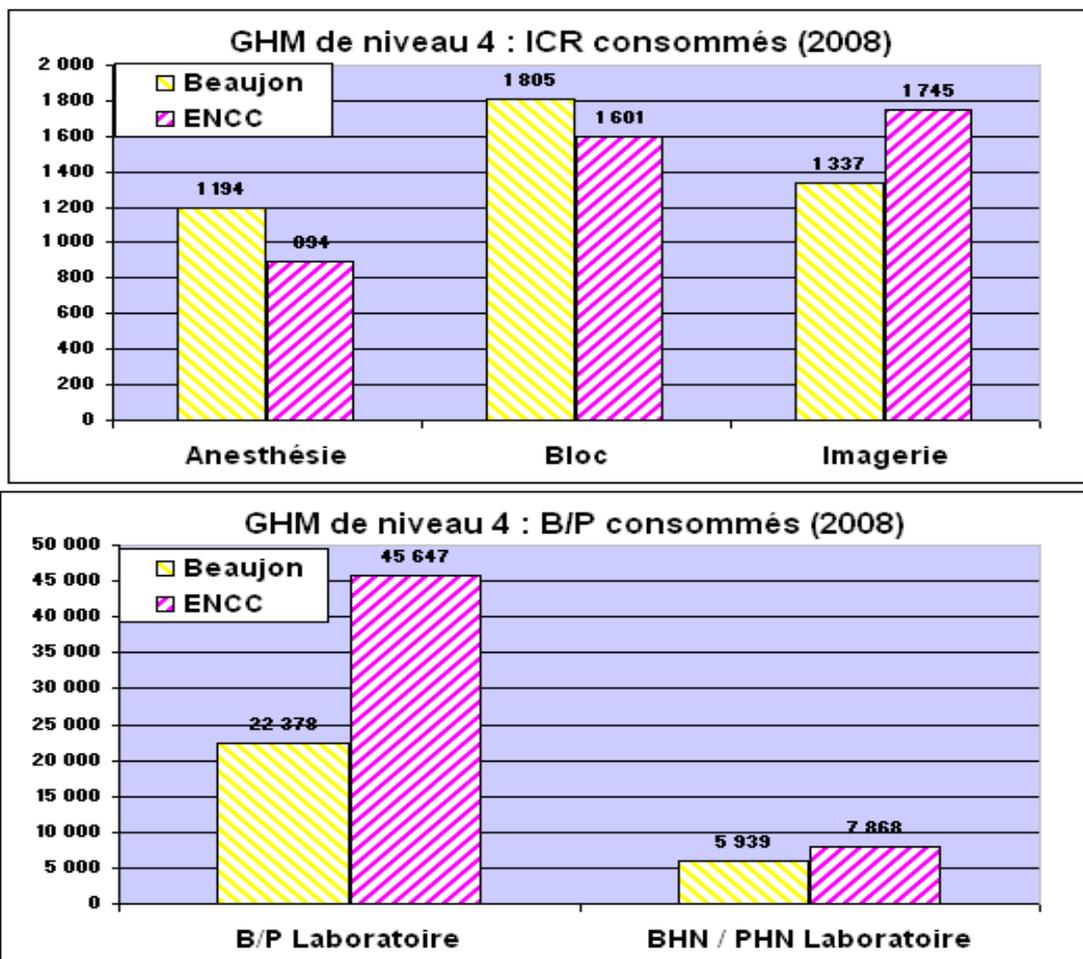
LGG : logistique et gestion générale

LM : logistique médicale

Lecture du graphique

La prise en charge d'un patient transplanté de niveau 4 coûte en moyenne 8 000€ plus cher à Beaujon que dans la base ENCC. C'est principalement lié à la durée de séjour en réanimation, largement supérieure à la moyenne. (cf graphe sur la DMS en réanimation)

E) Consommation de ressources médico-techniques



Lecture des graphiques :

Pour le GHM de niveau 4, la consommation d'ICR d'anesthésie et de bloc est supérieure à celle de la base nationale de l'ENCC alors que la consommation d'ICR d'imagerie et de B de laboratoire est sensiblement inférieure à la moyenne nationale.

Annexe 4 : étude économique de la rentabilité d'une activité médicale ; l'exemple du Cone Beam à l'hôpital Bretonneau

▪ Scénario 1 : l'activité de Cone Beam reste hors nomenclature

Nombre d'actes	500	800	1000	1200	1500	2000	2500
Recette unitaire	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €
Location équipement	105,6 €	66,0 €	52,8 €	44,0 €	35,2 €	26,4 €	21,1 €
Consommables	2,0 €	2,0 €	2,0 €	2,0 €	2,0 €	2,0 €	2,0 €
Coût manipulateur radio	9,7 €	9,7 €	9,7 €	9,7 €	9,7 €	9,7 €	9,7 €
Coût secrétaire médicale	4,4 €	4,4 €	4,4 €	4,4 €	4,4 €	4,4 €	4,4 €
Coût praticien hospitalier	11,6 €	11,6 €	11,6 €	11,6 €	11,6 €	11,6 €	11,6 €
Coût total par examen	133 €	94 €	80 €	72 €	63 €	54 €	49 €
Bilan par examen	- 73 €	- 34 €	- 20 €	- 12 €	- 3 €	6 €	11 €
Bilan annuel	- 36 623 €	- 26 917 €	- 20 446 €	- 13 975 €	- 4 269 €	11 908 €	28 085 €

- Scénario 2 : possibilité de coder Z35 + Z25 (79,8€) pour tous les examens de Cone Beam

Nombre d'actes	500	800	1000	1200	1500	2000	2500
Recette unitaire	79,8 €	79,8 €	79,8 €	79,8 €	79,8 €	79,8 €	79,8 €
Location équipement	105,6 €	66,0 €	52,8 €	44,0 €	35,2 €	26,4 €	21,1 €
Consommables	2,0 €	2,0 €	2,0 €	2,0 €	2,0 €	2,0 €	2,0 €
Coût manipulateur radio	9,7 €	9,7 €	9,7 €	9,7 €	9,7 €	9,7 €	9,7 €
Coût secrétaire médicale	4,4 €	4,4 €	4,4 €	4,4 €	4,4 €	4,4 €	4,4 €
Coût praticien hospitalier	11,6 €	11,6 €	11,6 €	11,6 €	11,6 €	11,6 €	11,6 €
Coût total	133 €	94 €	80 €	72 €	63 €	54 €	49 €
Bilan par examen	- 53 €	- 14 €	- 1 €	8 €	17 €	26 €	31 €
Bilan annuel	- 26 723 €	- 11 077 €	- 646 €	9 785 €	25 431 €	51 508 €	77 585 €

Commentaire :

Compte tenu du poids de la location de l'équipement, la rentabilité de l'activité est fortement dépendante du niveau d'activité.

- Si l'activité reste hors nomenclature (facturation moyenne de 60€), il faut réaliser entre 1500 et 2000 actes par an pour atteindre l'équilibre.
- Si les praticiens ont le droit de coder Z35+Z25 (recette de 79,8€), le seuil de rentabilité s'établit aux alentours de 1100 examens par an.

DURIEZ

Guillaume

Décembre 2011

Elève directeur d'hôpital

Promotion 2010-2012

Le dialogue de gestion entre les médecins et la direction

Impact de la tarification à l'activité et réalité dans un groupe hospitalier de l'AP-HP

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université Paris Dauphine

Résumé :

La T2A suppose l'association des médecins à la gestion. Pour que ce mode de financement participe à l'amélioration de la performance hospitalière, la qualité du dialogue de gestion entre la direction et les équipes médicales est primordiale.

La T2A et les réformes associées (gouvernance, mise en place des pôles) ont créé un contexte favorable au renforcement du dialogue entre les univers administratif et médical, qui s'est traduit par des initiatives intéressantes dans de nombreux établissements. Ces mêmes changements sont cependant aussi sources de complexité et difficilement appropriés.

Sur le groupe hospitalier, les conditions favorables à la discussion médico-administrative (outils, lieux de rencontre...) sont dans l'ensemble réunies mais pas toujours pleinement exploitées. Cela donne lieu à un dialogue de gestion à géométrie variable, plus ou moins satisfaisant en fonction des sujets.

Pour que la T2A déploie pleinement ses effets, c'est donc un véritable bouleversement du positionnement et des modes de fonctionnement des équipes administratives et médicales qui est nécessaire.

Mots clés :

T2A, pôle activité, analyse gestion, management hospitalier, indicateur gestion hospitalière, PMSI

L'École des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.