

ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'Hôpital

Promotion : **2006-2008**

Date du Jury : **Décembre 2007**

**La valorisation des prestations inter
pôles dans le cadre d'une politique de
contractualisation interne ;
méthodologie et enjeux stratégiques**

Ronan GUIHÉNEUF

Remerciements

Je souhaite avant tout remercier les 17 interlocuteurs qui ont grandement enrichi la réflexion sur ce sujet. Et notamment : les responsables de pôle, le président de la CME, le DIM ainsi que les nombreux interlocuteurs extérieurs au CHIC qui m'ont tous consacré une part d'un temps précieux. Ils m'ont fourni de pertinents exemples et de nombreux arguments afin d'élaborer cette étude.

La qualité de la réflexion est aussi le fruit des conseils de mon encadrant mémoire, M. Michel FEUGAS que je me dois de remercier sincèrement ainsi que ses collaborateurs. Sans son aide ce travail eut été bien plus modeste.

Je souhaite enfin remercier (« last but not least ») toute l'équipe de Direction du CHIC dont l'accueil, l'écoute et le soutien ont été indéfectibles. Merci, entre autres, à M. SIAHMED, M. DESCAZOT, Mme PICHARD, au contrôle de gestion...

Sommaire

Introduction	1
1 Un mécanisme nécessaire et attendu	3
1.1 Une nécessité liée aux nouveaux modes de gestion.....	3
1.1.1 L'impact de la nouvelle gouvernance.....	3
A) notion de business unit.....	4
B) principe de subsidiarité.....	5
C) relation client-fournisseur	5
1.1.2 Une nécessité contractuelle.....	6
A) contractualisation et délégation de gestion	6
B) intéressement et efficacité.....	7
C) dialogue de gestion	11
1.1.3 Le pilotage médico-économique en situation de T2A : un paradoxe ?.....	12
A) gains attendus du contrôle de gestion	16
B) tableaux de bord à l'hôpital.....	17
C) valorisation des prestations internes dans le cadre des CRÉA.....	21
1.2 Transformer les attentes en opportunités	23
1.2.1 Des responsables de pôle attentifs aux questions de régulation.....	23
A) pour une reconnaissance de la contribution à la prise en charge	23
B) l'écueil « usine à gaz »	24
C) des craintes à prendre en compte	24
1.2.2 Les directions : la recherche de nouveaux moyens de gestion	25
A) un langage commun et une prise de conscience.....	25
B) des gains réciproques	27
1.2.3 Une maturité partagée.....	29
A) établissements avancés dans le dispositif	29
B) établissements non inclus dans la démarche	31
C) établissements privés	33
2 Conditions préalables et moyens requis	35
2.1 Conditions et préalables à la réussite du projet	35
2.1.1 Construire la nouvelle gouvernance	35
A) faire naître le dialogue de gestion.....	35
B) instaurer une politique d'intéressement	36

C) faire entrer les acteurs dans la nouvelle gouvernance	38
2.1.2 Repenser les outils de gestion	39
A) réinventer la méthodologie comptable.....	39
B) rénover le SIH.....	42
C) échelonner les objectifs.....	46
2.1.3 Conduire le changement : rapprocher les préoccupations des uns des impératifs des autres	49
A) organiser une communication interne	49
B) une pédagogie pour faire sens.....	51
C) inclure les acteurs.....	53
2.2 La valorisation des prestations internes: éléments techniques.....	54
2.2.1 Des prestations : oui mais, lesquelles ?	54
A) prestations médico-techniques et logistique médicale.....	55
B) prestations médicales : une valeur qui n'est pas mineure.....	57
C) services administratifs, logistiques et frais de structure	58
D) autres cas difficiles.....	60
2.2.2 Le coût ou le prix ?.....	60
A) l'orthodoxie : le recours au coût	60
B) la mise en tension et l'imagination : le recours aux prix.....	64
2.2.3 Faut-il redouter le « tout financier » ?.....	68
A) garantir l'unité de l'institution	68
B) limites techniques et humaines	69
C) conséquences sur la qualité.....	70
Conclusion	73
Bibliographie.....	77
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CANAH : Comptabilité Analytique Hospitalière
CAR : Compte Administratif Retraité
CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
CDG : Contrôle De Gestion
CHIC : Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille
CMA : Co-Morbidité Associée
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CRÉA : Comptes de Résultats Analytiques
DAC : Dotation Annuelle Complémentaire
DAF : Direction des Affaires Financières
DIM : Département d'Information Médicale
DMI : Dispositifs Médicaux Implantables
DMS : Durée Moyenne de Séjour
ENC : Échelle Nationale des Coûts
EPS : Établissement Public de Santé
ETP : Équivalent Temps Plein
FICOM : Fichier Commun de structure
GACAH : Groupe pour l'Amélioration de la Comptabilité Analytique Hospitalière
GHM : Groupe Homogène de Malade
GHS : Groupe homogène de séjours
ICR : Indice de Complexité Relative
ISA : Indice Synthétique d'Activité
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
MEAH : Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers
MIGAC : Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
PMM : Petit Matériel Médical
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
RUM : Résumé d'Unité Médicale
SI(H) : Système d'Information (Hospitalier)
T2A : Tarification à l'Activité
TCCM : Tableaux Coûts Case Mix
UF : Unité Fonctionnelle
UM : Unité Médicale

Introduction

Chercher à mettre en œuvre une valorisation des prestations entre pôles peut sembler paradoxal voire incohérent dans des établissements où la question du coût des soins paraît parfois une notion incongrue voire un critère contre-productif en terme de qualité. L'idée de mettre en place une quasi facturation de services entre pôles s'oppose donc a priori à une barrière insurmontable.

La mise en place d'un tel outil s'impose cependant lors de la création des pôles, de la concrétisation de la délégation de gestion et de la conception d'une politique visant à évaluer le niveau de contribution de chacun au résultat global de l'établissement (politique d'intéressement). En effet, il convient alors dans ce cadre de réaliser des comptes de résultats analytiques (CRÉA) par pôles. Partant, les contributions de chacun à l'activité des autres doivent être mesurées afin d'obtenir une justesse dans la détermination des résultats de chaque pôle. Ainsi, les coûts du laboratoire sont répartis entre les différents services consommateurs, les consommations de blanchisserie ou de restauration sont assumées financièrement par les pôles au prorata des séjours, etc... Il serait cependant erroné de concevoir ces échanges financiers comme de simples contreparties purement comptables. En situation de T2A, imposant la poursuite de gains d'efficacité, ce mécanisme prend une dimension fondamentalement régulatrice. La principale force de cet outil repose sur le postulat que l'appréciation des échanges entre pôles sous un angle financier induira une prise de conscience favorable en terme d'efficacité budgétaire et organisationnelle.

A cette fin, il convient d'entendre les prestations interpolaires comme tout échange de services ou de produits dont l'évaluation permettrait de connaître et de reconnaître la valeur ajoutée dans l'organisation des soins et potentiellement d'agir sur sa consommation.

Le guide MEAH intitulé Nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôles, Contribution méthodologique à la construction des Tableaux Coûts Case Mix (TCCM) et des Comptes de résultats analytiques (CRÉA) représente à ce jour la base essentielle pour la réalisation des comptes de résultats polaires. Il constitue donc la trame de fond de la réflexion.

Il conviendra aussi d'en souligner certaines limites et de tenter de les dépasser. Ainsi, à l'heure actuelle, il n'est par exemple pas possible de déterminer les modalités d'intéressement des services médico-techniques ou bien de l'administration. Cette

situation n'est pas sans poser des difficultés dans les établissements où les pôles sont mixtes (cas de pôles où des services cliniques et médico-techniques coexistent). Par ailleurs, la question de savoir s'il convient de valoriser les prestations internes au coût constaté ou à un prix objectif afin de « mettre en tension » les prestataires ne peut être éludée.

De même, si les modalités techniques de la valorisation sont envisagées de façon exhaustive dans cet ouvrage, il convient de remarquer la difficulté à organiser la gestion et le management de ce projet dans des établissements où les responsables de pôles peuvent être partagés sur ce point. Il peut sembler tout aussi difficile de garantir l'unité institutionnelle une fois ce système enclenché. La menace de scissiparité de l'établissement est en effet loin d'être nulle. Le risque de subir une routine dépourvue de sens et d'effets n'est pas non plus négligeable. Enfin, il conviendra aussi pour les directions de ré envisager leur rôle dans un système où la décentralisation complète des choix pratiques peut bouleverser leur positionnement.

Dans ce cadre la question des buts assignés à la valorisation des prestations interpolaires et des modalités de sa mise en œuvre constitueront notre fil conducteur.

Cette étude s'est basée prioritairement sur l'analyse de la mise en œuvre des CRÉA (qui constituent le support naturel de la valorisation des prestations internes) au Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille (CHIC) et sur des entretiens (17) réalisés avec de nombreux responsables de cet établissement et d'établissements extérieurs.

Afin de répondre à cette problématique, nous envisagerons tout d'abord les sources de la nécessité de valoriser les prestations internes, puis nous aborderons les attentes des acteurs de la nouvelle gouvernance, nous examinerons ensuite les pré requis et modalités techniques de valorisation des prestations internes et il conviendra enfin de s'interroger sur l'avenir de ce mécanisme.

1 Un mécanisme nécessaire et attendu

1.1 Une nécessité liée aux nouveaux modes de gestion

1.1.1 L'impact de la nouvelle gouvernance

La constitution en pôles, sous l'influence des nouvelles méthodes de gestion en entreprise (découpage de l'entreprise en business units) et du principe de subsidiarité, représente désormais la clef de voûte de l'organisation hospitalière. Cette organisation sous-tend elle-même l'émergence du principe client-fournisseur. En ce sens, la conception d'un échange de flux financiers (virtuels) entre pôles représente un aboutissement de cette logique.

Ainsi, le 26 juin 2003, lors de la rencontre entre le Ministère et les professionnels hospitaliers, le Ministre déclarait-il : « Ce contrat conclu entre le "pôle" et le comité de direction pourrait comprendre une véritable délégation de gestion au responsable de pôle, pour, par exemple, décider des achats pour son "pôle" de matériels médicaux, d'informatiques, de consommables, voire de médicaments ; il serait également souhaitable qu'il puisse également facturer directement les prestations extérieures réalisées par son "pôle". Les termes de cette délégation seraient fixés par le règlement intérieur de l'établissement et prévus dans le contrat entre le "pôle" et le comité de direction.

Le responsable de ce "pôle", [...] pourrait gérer opérationnellement l'activité de "production de soins" de son "pôle", en charge de l'ensemble du "staff" administratif, paramédical et médical de son "pôle". [...]. Il devrait aussi suivre et évaluer l'activité du "pôle" à partir d'indicateurs budgétaires et d'indicateurs de qualité et de performance. [...]

Sur la base de cette nouvelle organisation, la contractualisation devrait permettre de donner du sens à des formes d'intéressement collectives et individuelles prévues par les textes [...]. Les modalités générales de l'intéressement au sein de l'établissement devraient être validées par le conseil d'administration en fonction, par exemple, d'objectifs d'organisation, d'activité médicale, ou d'économie. »

A) notion de business unit

La notion de pôle est indissociable, au moins tacitement, avec la notion de business unit. Ce concept d'origine anglo-saxon est appliqué en France au monde de l'entreprise depuis plusieurs années déjà et commence à s'étendre au monde hospitalier avec la création des pôles. L'idée sous jacente d'un lien avec la production (au sens économique) n'est certes pas forcément assumée dans tous les établissements, mais elle constitue néanmoins la force structurante du concept. Ainsi, tous les établissements ont généralement tenté de constituer des pôles autour de la relation dite « client-fournisseur ».

En effet, l'idée est de constituer des entités (fictivement) autonomes et/ou autarciques au sein d'une entreprise de grande taille. Ces sous-éléments sont autant que possibles structurés à l'image d'entreprises autonomes. Elles en représentent les briques élémentaires et sont à même de mener à bien un processus complet autour d'un produit ou d'une activité (conception, réalisation, « vente »).

Cette organisation primaire structurée autour d'un segment stratégique (c'est-à-dire, dans le cas hospitalier que l'agrégation doit faire sens. Ex. : pôle mère-enfant, pôle chirurgie, pôle personnes âgées...) poursuit plusieurs buts dont le principal est d'optimiser la productivité en améliorant les processus. L'idée est de capitaliser sur un certain nombre d'effets micro-économiques qui tendent à s'estomper dans le cadre d'une vaste organisation. Il s'agit par exemple de restaurer une forme de concurrence et de recherche de compétitivité entre entités. La clé de voûte de ce système tient à la création de comptes de résultats par structure et à la valorisation de leurs échanges afin de pouvoir connaître la marge produite par chaque activité et, le cas échéant, remettre la structure sur des rails plus sûrs économiquement parlant.

Le pilotage de ces micro-entreprises est laissé à l'appréciation des managers qui la dirigent afin de bénéficier de réponses souples et adaptées aux défis auxquelles elles font face. Ces briques élémentaires de l'entreprise sont en effet (par nature) inconsciemment comparées à des entreprises extérieures occupant les mêmes segments de marché. Il s'ensuit donc un « challenging » de la structure qui se doit d'optimiser ses coûts de façon équivalente à ces entreprises existantes et donc concurrentes. La contrepartie de cette mise en tension est une autonomie quant au choix des moyens à mettre en œuvre (dans la mesure des orientations stratégiques de l'entreprise) ce qui est une source de motivation accrue pour le manager.

B) principe de subsidiarité

Cette indépendance consacrée du manager de business unit rejoint in fine le principe de subsidiarité qui énonce que l'échelle la plus adaptée pour mettre en œuvre une politique (et donc opérer des choix de management) est celle la plus proche du niveau de l'action. Dans le cas des établissements hospitaliers, ce point prend d'autant plus de sens qu'il existe une asymétrie d'information entre la Direction (échelon le plus élevé) et le service et/ou le pôle. En effet, chaque entité s'organise relativement librement. Ainsi, les pratiques entre deux hôpitaux de jour peuvent varier substantiellement pour des raisons médicales et soignantes. Selon les spécialités, l'un pourra demander la réalisation de bilan préalablement à la venue du patient tandis qu'un autre les réalisera le jour de la venue. De même, le bloc opératoire d'un établissement préférera opérer prioritairement les patients complexes afin de bénéficier d'une plus grande marge de temps (et pallier à des imprévus) tandis qu'un autre privilégiera les patients sans complexité afin de satisfaire les engagements pris en matière d'hospitalisations programmées.

S'il appartient à l'échelon supérieur de fixer les contraintes globales (moyens à disposition), il appartient aux managers proches du terrain de mettre en œuvre les méthodes et moyens les plus adaptés aux buts. Souplesse, adaptabilité et réactivité constituent indubitablement les paradigmes de la réussite économique mais aussi ceux de la nouvelle gouvernance. Il convient donc logiquement pour permettre ce pilotage de créer des outils recensant les échanges entre entités.

C) relation client-fournisseur

Ces trois objectifs sont d'autant plus cruciaux que les objectifs de qualité assignés aux établissements sanitaires sont de plus en plus pressants. De même la volonté de décloisonner les services afin de tirer pleinement parti d'effets de synergie dans les processus passe par l'émergence d'un dialogue client-fournisseur. Puisque la satisfaction d'un client peut être définie comme la différence entre ses attentes et sa perception de la prestation rendue mais qu'un patient ne saurait mesurer celle-ci (effets d'asymétrie), la naissance d'un dialogue entre prestataires internes (service de médecine et de radiologie par exemple) permet d'améliorer les processus (dont l'enchaînement vertueux est crucial en situation de T2A) et décloisonne les fonctionnements.

L'interdépendance des acteurs par la création d'un lien entre clients et fournisseurs permet de nouer un dialogue autour des questions de qualité de la prestation mais aussi

de coût entre des acteurs qui ne sont pas abrités derrière une asymétrie. Un patient n'est ainsi pas à même de juger de la qualité d'une prestation (temps d'attente pour un examen, ou qualité de la lecture d'une image radiologique) et encore moins de son coût (pertinence des examens réalisés). Ces effets attendus sont dorés et déjà à l'œuvre. Ainsi, dans le cadre d'une valorisation des prestations internes les attentes entre pôles prestataires et bénéficiaires sont parfois exigeantes. Le débat autour du « prescrit ou du requis » lors du passage d'un patient par le service des urgences suivi d'une hospitalisation (dans les établissements ayant mis en place un système de remboursement entre pôles) constitue l'exemple même du dialogue client-fournisseur. La facturation à des prix différents d'examens à réaliser soit en urgence ou soit de façon standard afin de limiter l'engorgement du laboratoire en est autre exemple. La valorisation des échanges entre services concrétise et surtout matérialise le lien entre entités.

1.1.2 Une nécessité contractuelle

A) contractualisation et délégation de gestion

En outre, cette concrétisation des orientations de la nouvelle gouvernance se traduit in fine par la conclusion d'engagements contractuels. Elle constitue donc le support de l'autonomie polaire concrétisée par la délégation de gestion. Le contrat comprend des objectifs à atteindre et définit des moyens dont le pôle bénéficie pour les atteindre. Ceux-ci sont fixés proportionnellement aux buts à atteindre. En effet, le pari de la nouvelle gouvernance (rapprocher les choix et décisions de l'entité productrice afin de gagner en efficacité) prend corps dans les contrats conclus entre la Direction et les pôles. Or, dans le cadre de cette politique, la valorisation des prestations internes s'impose naturellement.

Au niveau des établissements (CHIC par exemple) la nécessité de valoriser les prestations interpolaires tient à l'engagement institutionnel autour de la délégation de gestion. Le projet d'établissement 2006-2010 du CHIC stipule ainsi que « La délégation de gestion au niveau du pôle et donc de la décision d'engagement des moyens au plus près du terrain (des professionnels utilisateurs et des patients bénéficiaires) doit permettre d'optimiser l'emploi desdits moyens aux plans qualitatifs et quantitatifs ». L'objet même de la constitution par pôle est le pilotage médico-économique des structures constitutives de l'hôpital. Ce pilotage se veut être régulé non par des rapports hiérarchiques mais par des contrats managériaux. Cet engagement réciproque, en lieu et place du rapport hiérarchique, permettant à chacun de faire sien le sens de l'engagement collectif. Ces contrats prévoient une autonomie dans la gestion courante du pôle (autonomie partielle

sur le titre 1 et totale sur les titres 2 et 3, fongibilité des crédits) ainsi que des objectifs fixés pôle par pôle.

B) intéressement et efficacité

Afin de motiver et de s'assurer leur contribution effective aux objectifs de l'établissement, les pôles bénéficient d'un intéressement collectif correspondant à une part de leur excédent. Ils peuvent bénéficier librement des moyens supplémentaires générés par leur activité. En effet, les contrats prévoient qu'une part (25%) de l'excédent du pôle lui est reversée et qu'il en bénéficie librement. Les contrats spécifient que le calcul du résultat du pôle est réalisé conformément aux règles de la comptabilité analytique et donc que chaque prestataire se voit « rémunéré » (fictivement) pour l'aide qu'il apporte à la production de chaque entité.

Par ailleurs, l'existence de pôles mixtes ainsi que l'engagement contractuel de l'élaboration comptes de résultat pour les pôles administratifs peut justifier de s'écarter ponctuellement des préconisations du guide de la MEAH. Cette situation est cependant propice à une réflexion en profondeur autour de la valorisation des prestations internes et des CRÉA.

(Pages suivantes, les schémas des pôles du CHIC et exemple de CRÉA incluant des prestations internes)

LES POLES AU CHIC

Médecine et oncologie

- ◆ Pneumo
- ◆ Hépatogastro
- ◆ Onco-hémato-radio
- ◆ Dermatolo
- ◆ HAD
- ◆ EMSP
- ◆ Consults ext 1
- ◆ SSR1 (MMS A - onc)
- ◆ Médecine Concar
- ◆ Pharmacie

Médecine & risque vasculaire

- ◆ Cardio et USC
- ◆ Néphro
- ◆ Hémodialyse
- ◆ Neuro
- ◆ Endocrino
- ◆ Rhumato
- ◆ Readaptation (G+CC)

Hospit. non programmées

- ◆ Urg. SMUR, UHCD
- ◆ Réa et USC
- ◆ Médecine G et infectieuse
- ◆ Imagerie
- ◆ Labos

Femme / Enfant

- ◆ Gynéco obsté
- ◆ CPEF
- ◆ Néonatal
- ◆ Pédiatrie
- ◆ CAMSP

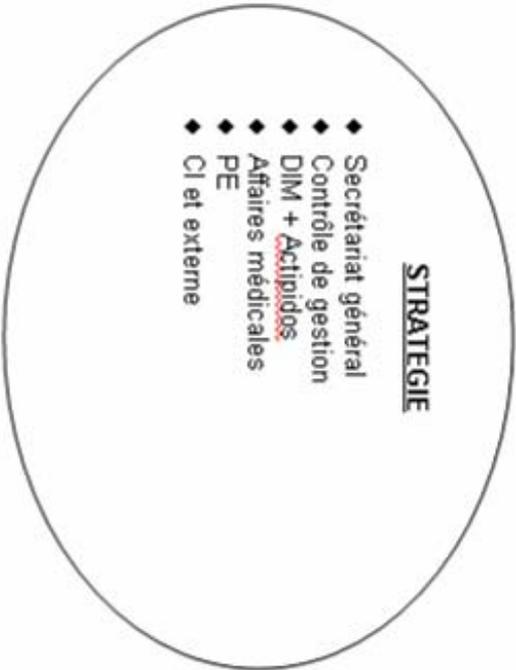
Personnes âgées

- ◆ Médecine gériatrique
- ◆ Long séjour
- ◆ SSR Concar
- ◆ Equipe mobile
- ◆ SAD

Chirurgie

- ◆ Anesthésie
- ◆ Blocs
- ◆ Ortho- traumatolo
- ◆ Chir viscérale
- ◆ Chi tête et cou
- ◆ Chir uro
- ◆ UCJ
- ◆ Consults Ext 3

LES POLES ADMINISTRATIFS



En effet, en raison des pôles mixtes, il s'ensuit une complexité accrue quant à la détermination du résultat de chaque pôle et les modalités de leur détermination (débat autour du coût ou du prix). En effet, contractuellement, chaque pôle bénéficie d'un intéressement au résultat polaire quel que soit son périmètre (pôles strictement cliniques ou mixtes). Or, il est difficile d'établir un résultat différent de zéro pour des services médico-techniques (le guide MEAH préconise une ventilation des coûts).

La valorisation des prestations interpolaires, dans un tel cadre, est donc une nécessité afin que chaque pôle soit « rémunéré » à la hauteur de sa contribution au résultat. Mais il s'agit tout autant d'une nécessité économique et comptable que d'une question d'équité (sentiment exprimé par les responsables de pôle). En effet, l'absence de valorisation d'une ou de plusieurs prestations interpolaires créerait mécaniquement un déficit conséquent qui serait préjudiciable pour l'intéressement du pôle concerné. Les attentes des responsables sont donc très importantes étant donné l'impact financier voire politique (risque de perte de légitimité du responsable de pôle).

C) dialogue de gestion

Cet aspect de l'outil CRÉA constitue d'ailleurs l'écueil majeur. En effet, tous les acteurs de la délégation de gestion (même les plus méfiants quant à la constitution d'une « économie interne ») attendent le résultat du CRÉA. Cependant, ce résultat ne peut être une finalité en soi. Il convient donc de recentrer fréquemment le débat sur l'ensemble des résultats, et donc, entre autres, sur les prestations internes.

L'objectif est en effet de faire naître une prise de conscience autour des contraintes financières communes des EPS et autour du coût de la prise en charge. Cette prise de conscience étant favorisée par un langage commun : l'argent. Ce dialogue constitue la véritable fin du dispositif. D'autant plus que l'élaboration d'un outil distribuant, in fine, bons et mauvais points peut être stigmatisant. L'objectif est donc avant tout pédagogique. Il doit amener, au niveau du praticien par exemple, à adopter un raisonnement par strates favorisant la prise en compte des aspects économiques de la médecine et des soins. Il convient néanmoins de rappeler que si le calcul coût/bénéfice n'est pas massivement répandu dans les hôpitaux, la responsabilité en est partagée. Le calcul du coût des prestataires constitue aussi une avancée pour les services administratifs. La publication de ces résultats devient alors un catalyseur de la prise de conscience.

En outre, l'effort pédagogique se doit d'être au cœur de ce processus car le personnel médical ne maîtrise pas nécessairement les outils ou les règles qui permettent d'aboutir à un résultat et méconnaissent souvent les coûts de leur entité. Une fois ces résultats connus l'enjeu devient donc de provoquer une réaction de la part des responsables. Le pari de la nouvelle gouvernance repose en effet sur le postulat que les services administratifs ne sont pas les mieux placés pour déterminer les leviers sur lesquels agir. Le but est donc de nouer un dialogue global autour des questions médico-économiques. La compréhension par le personnel médical des contraintes de gestion et du caractère fini des moyens à disposition d'un établissement devant permettre d'améliorer l'efficacité de l'établissement. C'est uniquement sur ces bases qu'une régulation des consommations de prestations internes pourra être efficace.

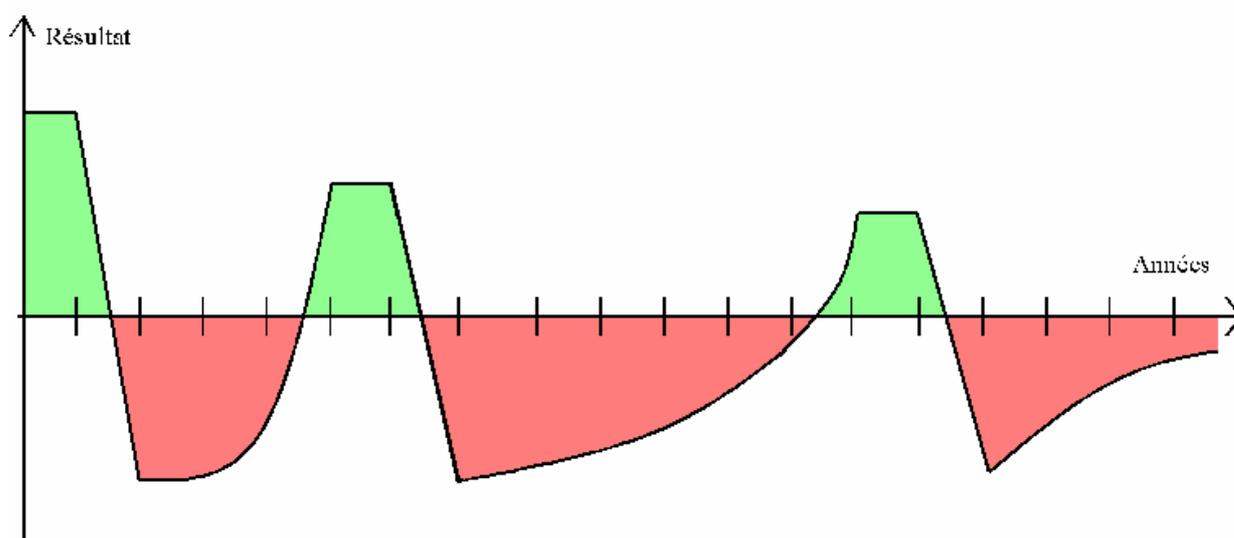
1.1.3 Le pilotage médico-économique en situation de T2A : un paradoxe ?

Malgré les « évidences » de la nécessité de valoriser les prestations internes, un paradoxe mérite d'être soulevé : pourquoi chercher à évaluer financièrement ces flux sachant que la T2A rémunère les consommations ?

Il semble en effet paradoxal de vouloir suivre les coûts d'un établissement en situation de tarification à l'activité. La T2A ne recherche pas, en soi, l'optimisation de l'équilibre entre le coût des soins et leur bénéfice. Ainsi, la T2A finance les moyens généralement mis en œuvre afin de soigner une pathologie (coûts de l'ENC) et ne dit rien des moyens qu'il aurait fallu mettre en œuvre. Elle ne finance pas la prévention (pourtant premier facteur de l'état de santé d'une population), elle rémunère les infections nosocomiales et iatrogènes, elle rétribue mieux les méthodes de soins économiques pour l'établissement que celles économiques pour l'ensemble de la société (opérations endoscopiques ou opérations à ciel ouvert), elle favorise des effets aubaines, elle rend sous-optimale les institutions trop efficaces (cas des établissements avec « trop » d'extrêmes bas)...

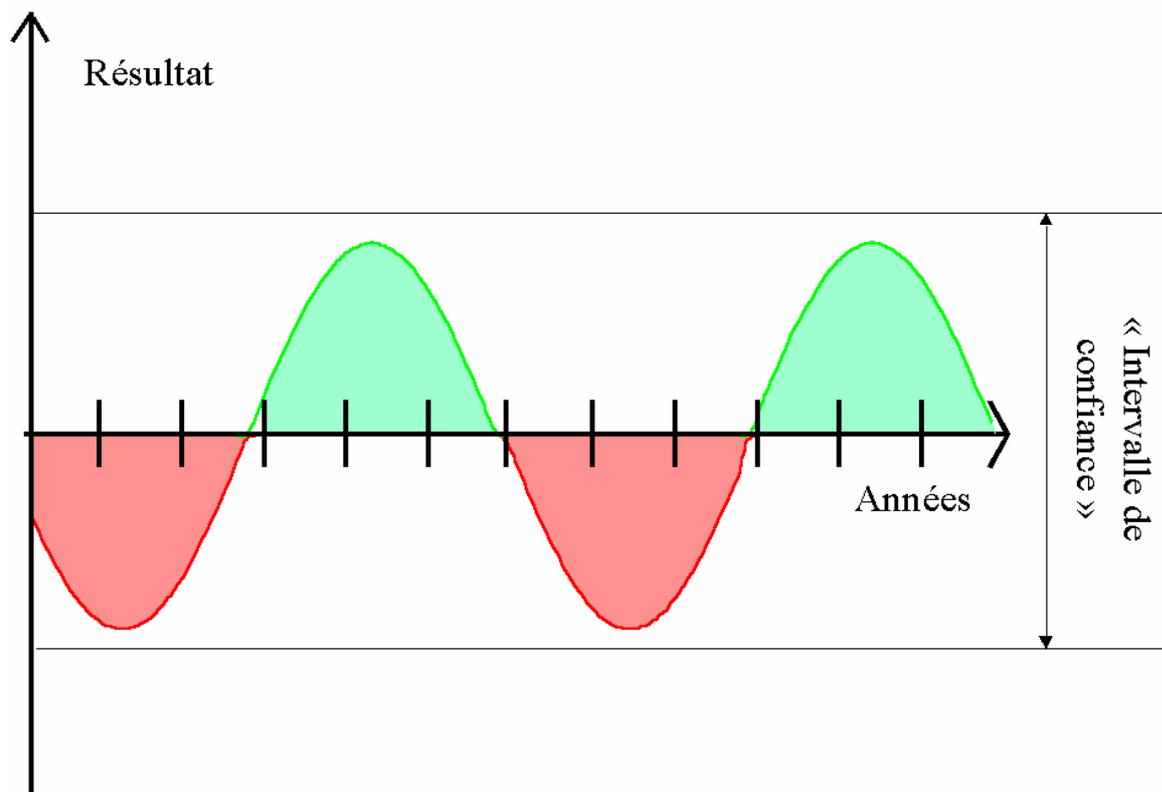
La T2A n'est donc pas un système de régulation médico-économique (recherche d'un équilibre économique optimal entre l'état de santé d'une population et les coûts mis en œuvre pour l'atteindre) mais uniquement un système de régulation économique (fixation de prix et d'objectifs). En ce cas comment expliquer que les hôpitaux soient poussés à faire de la régulation médico-économique ? C'est-à-dire une recherche d'optimisation des coûts de production des soins par la valorisation des prestations interpolaires (entre autres) ?

A la lumière de ces éléments il paraît troublant qu'un établissement souhaite optimiser sa productivité. La recherche d'une efficacité accrue est d'autant moins attrayante que les acteurs internes à l'établissement chercheront à accaparer l'excédent éventuel d'une gestion efficace. Il serait ainsi délicat pour un manager hospitalier de refuser un accroissement des moyens alors même que les résultats sont excédentaires. Le risque est alors que ces moyens deviennent pérennes et n'aboutissent in fine à une moindre efficacité de l'établissement (effets d'insiding). Par effet de sédimentation des ressources supplémentaires, il devient alors de plus en plus complexe de mobiliser les moyens pour restaurer une efficacité correspondant à celle du niveau national (voir graphique).



Dans un premier temps, l'établissement constate un résultat très positif. Cet excédent est mobilisé par les acteurs (services, syndicats...) en moyens pérennes par effet d'insiding. Le résultat de l'établissement chute en conséquence. Pour restaurer le résultat, le manager doit mobiliser plus de leviers d'efficacité qu'avant mais ne pourra dépasser le résultat précédent du fait de la « sédimentation » des ressources accordées en plus. Le phénomène se répète ensuite mais le temps nécessaire pour renouer avec un résultat positif s'accroît. In fine, il n'est plus possible d'accéder à un résultat positif. La courbe devient donc asymptotique à l'axe des abscisses.

Un manager public n'a donc pas, a priori, intérêt à chercher à accroître l'efficacité de son établissement au-delà de la moyenne fixée par les tarifs. Il s'agirait plutôt pour lui de contenir les coûts de l'établissement autour d'une « zone de confiance » proche des tarifs nationaux afin de limiter les effets d'accaparement. Il devrait donc logiquement s'en suivre une stagnation des coûts nationaux et une efficacité marginale nulle (voir graphique).



Afin de limiter les effets évoqués dans le précédent graphique, le manager contient les résultats dans un intervalle très concentré autour de l'équilibre. Les ressources supplémentaires accordées en situation excédentaires sont donc limitées voire nulles puisqu'une année faiblement excédentaire succédera à une année faiblement déficitaire. Il n'y a donc pas lieu d'octroyer de moyens supplémentaires. Le redressement éventuel à enclencher en situation déficitaire est donc relativement facile à opérer. La situation évoquée précédemment est en sorte évitée grâce au « lissage » des résultats et l'absence de ressources supplémentaires pérennes octroyées.

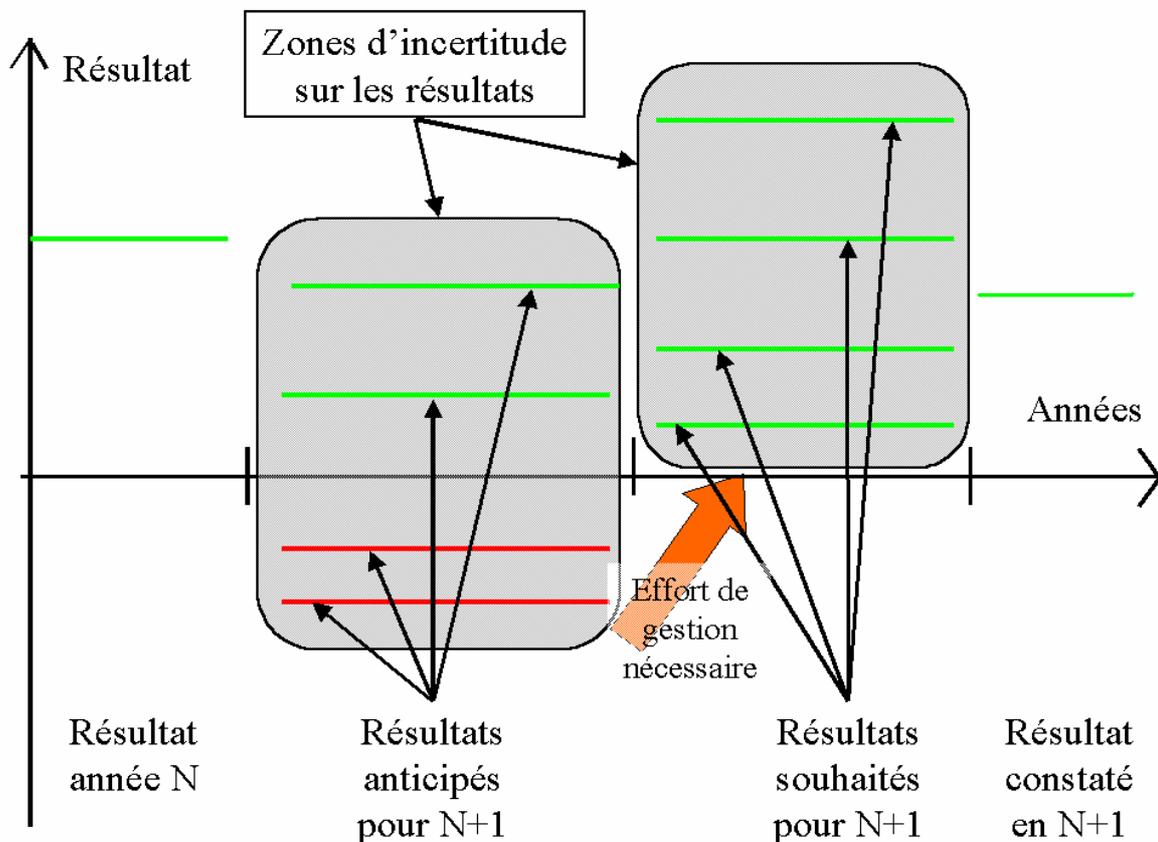
Cependant, ces objectifs individuels ne sont évidemment pas compatibles avec les orientations nationales et sont même opposés la réalité constatée puisque la majeure partie des établissements s'est engagée vers un renforcement du contrôle de gestion et de la comptabilité analytique. Par ailleurs, une telle situation ne pourrait permettre de financer des moyens supplémentaires tout en préservant les équilibres macro-économiques, ce qui constituait pourtant une promesse de la T2A. Or, rien ne semble permettre de converger spontanément vers cet objectif puisque la santé est un bien supérieur et que la hausse des moyens qui lui sont affectés devrait donc être supérieure à la hausse des revenus nationaux.

Néanmoins, la recherche de l'efficacité par les hôpitaux va être poussée par deux moyens : la pression à la baisse des tarifs nationaux et l'incertitude sur les tarifs de l'année suivante.

En effet, la situation des établissements sanitaires est double : ils sont à la fois récipiendaires des tarifs mais participent aussi à leur élaboration. Une baisse arbitraire des tarifs peut donc engendrer une impulsion baissière proportionnelle des coûts qui légitimera à son tour une nouvelle baisse du tarif. Les gains d'un tel effort sur les prix restent cependant linéaires et ne favorisent pas une gestion proactive.

Afin d'accentuer cet effet, inciter à une recherche substantielle de réduction des coûts et éviter les stratégies adaptatives de court terme, l'échelon national perturbe les anticipation des acteurs en rendant délicates les prévisions sur les modalités de rémunération. Il s'ensuit une situation d'incertitude pour les hôpitaux qui les pousse à anticiper des baisses futures compte tenu de l'impossibilité de prévoir à l'avance et précisément leur situation financière. La modification des tarifs, du périmètre des différentes enveloppes, du taux de T2A futur et des modalités de la convergence public-privé pousse ainsi à la recherche d'efficience.

Ces chocs économiques limitent les anticipations des acteurs et les poussent à accentuer leurs efforts afin de se mettre à l'abri d'un résultat négatif (voir graphique).



Un résultat est constaté en N. Le manager cherche à anticiper les résultats en N+1. Or, les modalités de rémunération étant difficiles à anticiper et variables, le gestionnaire ne pourra tout au plus qu'estimer un intervalle dans lequel le résultat sera contenu. Cet intervalle risque d'être à mi-chemin entre un résultat positif

et négatif. Pour se mettre à l'abri d'un déficit, le manager va donc chercher à opérer un effort de gestion afin de s'assurer que l'intervalle dans lequel se situent les résultats futurs sera nécessairement au-dessus de l'axe des abscisses.

D'où la nécessité d'une recherche de gains d'efficience.

A) gains attendus du contrôle de gestion

En situation de T2A 100% la sécurité financière repose sur la maîtrise des processus de production des soins. La pression à la baisse des tarifs jouant le rôle de catalyseur de la transformation de l'organisation. Cette pression est entretenue par de nombreuses études qui démontrent des gains de productivité latents. La valorisation en points ISA suite à la mise en œuvre du PMSI avait déjà démontré la forte dispersion des coûts au niveau national pour une production identique de soins. Une récente étude de l'OCDE intitulée « Améliorer l'efficacité des dépenses de santé : indicateurs sélectifs de la performance des hôpitaux »¹ souligne à nouveau des différences fortes de coût à production équivalente.

Les efforts que les hôpitaux doivent fournir sont par ailleurs d'autant plus importants que, comme le souligne Patrick Expert, la T2A rémunère avant tout des structures et des processus. En effet, « la T2A rémunère mal les maladies »² puisque les 12000 maladies recensées internationalement sont condensées en 782 GHM. Par ailleurs, l'ENC ne repère précisément qu'une faible partie des coûts (25 à 30%). Ces approximations entraînent un risque statistiquement élevé qu'un pôle soit structurellement déficitaire en raison de son case-mix. Ainsi, il est nécessaire de constituer des pôles suffisamment élargis (20 GHM) pour se prémunir de ces effets. En outre, la T2A rémunère aussi des processus (par construction de l'ENC ; la T2A rémunère en effet les moyens mis en œuvre pour un pathologie), c'est-à-dire la qualité du chaînage existant dans la prise en charge des patients.

Dans ce cadre, les hôpitaux sont poussés à rechercher des gains de productivité en valorisant, entre autres, les prestations interpolaires. Le contrôle de gestion contribue ainsi à passer d'un système d'information descriptif à un système d'information décisionnel. L'espoir est donc d'optimiser la productivité en pistant les sources d'inefficience. Celles-ci sont multiples : coûts de la non-qualité (entre 423 millions d'Euros

¹ Disponible sur Internet :
[http://www.oilis.oecd.org/olis/2007doc.nsf/43bb6130e5e86e5fc12569fa005d004c/4da0966148e4158ec12572f7004b8ad2/\\$FILE/JT03228856.PDF](http://www.oilis.oecd.org/olis/2007doc.nsf/43bb6130e5e86e5fc12569fa005d004c/4da0966148e4158ec12572f7004b8ad2/$FILE/JT03228856.PDF)

et 2,5 milliards d'Euros)³, activités non recensées (donc non facturées), coûts de la sur-qualité, chaînage des processus inefficients, ... Or, la valorisation des prestations inter-pôles offre des effets levier sur chacun de ces écueils.

B) tableaux de bord à l'hôpital

En application de la nouvelle gouvernance et en accord avec les contrats de pôle, le rôle du contrôle de gestion est de permettre aux responsables concernés de mettre en œuvre des moyens adaptés aux défis existants pour améliorer l'efficacité. Pour ce faire, différents tableaux de bord sont mis en place dans les établissements pour permettre aux responsables de pôles de suivre leur activité.

On préconise idéalement la mise en place de tableaux de bord à plusieurs cadrans. L'idéal étant la mise en place de tableaux pour quatre grandes catégories (voir annexes de l'ouvrage de P. Expert en bibliographie) : les indicateurs à vocation médicale (DMS, taux d'occupation, case-mix...), les indicateurs « ressources » (indicateurs centrés sur les ressources humaines, les moyens matériels...), les indicateurs qualité (délais de prise en charge, délais d'envoi des courriers médicaux, infections nosocomiales...) et les indicateurs financiers (généralement les tableaux coûts case-mix et les CRÉA). En effet, si les indicateurs financiers, et plus particulièrement le résultat du pôle, constituent les chiffres les plus attendus (cet indicateur présente l'intérêt d'être très synthétique, compréhensible de tous et de matérialiser les efforts fournis), il est nécessaire de souligner qu'ils ne disent rien des causes d'un bénéfice ou d'un excédent. Ils passent par ailleurs sous silence des éléments pourtant essentiels dans un EPS (qualité du service rendu, satisfaction du personnel...) et dont les effets sur le résultat sont de plus long terme. Ils n'apportent enfin aucune piste d'amélioration en eux-mêmes. Ainsi, l'interprétation du résultat déficitaire d'un pôle peut être multiple : les moyens sont-ils trop importants ? Le codage est-il insuffisant ? Réciproquement, un résultat excédentaire peut masquer un rationnement de moyens. Il est enfin indispensable de souligner que la recherche permanente d'un excédent ne saurait être un but au sein d'un établissement non lucratif... L'objectif est d'atteindre un niveau d'adéquation entre produits et moyens.

² EXPERT P., 2006, La tarification à l'activité, 2^e édition, Berger-Levrault, 357 p

³ Voir étude HAS disponible sur Internet : http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_266767

Les TCCM, quant à eux, ont pour objet la comparaison entre un établissement et l'hôpital « virtuel » sur la base des coûts de l'ENC. Ils s'attachent donc à comparer les coûts et la structure des coûts d'un établissement (ou pôle) aux « prix » nationaux (ENC), pour ainsi dire.

Les CRÉA ont pour objet la mise en relation globale des produits d'un pôle avec ses dépenses. Ces derniers présentent plusieurs avantages par rapport aux TCCM. Ceux-ci ont pour inconvénient d'être « directifs » puisqu'ils « dictent » ce qu'est une bonne organisation. Or, il paraît complexe de nouer un dialogue autour de la délégation de gestion avec cet outil puisqu'il peut paraître brider les marges du pôle. Par contre, les CRÉA sont bien évidemment générateurs d'émulation pour le pôle car le résultat est source d'intérêt et de donc de motivation. Ils constituent donc un outil adapté à la recherche de la performance dans le cadre de la délégation de gestion.

Ci-après, exemples de CRÉA et TCCM (issus du guide méthodologique MEAH).

Tableau 2 : CRÉA du CH A ; Pôle pédiatrie.

TDB1

POLE PEDIATRIE / CH A	Regroupement	Charges	Recettes	T2A 35%	T2A 50%	T2A 100%
	CHARGES DE PERSONNEL MEDICAL	3 238 805,68 €	Recettes T2A	6 031 713,93 €	8 616 734,19 €	17 233 468,38 €
	CHARGES DE PERSONNEL NON MEDICAL	9 143 393,39 €	DAC	15 920 046,58 €	12 246 189,68 €	0,00 €
	CHARGES MEDICALES ET PHARM.	2 376 967,03 €	DMI + MOL ONE (*)	384 946,05 €	384 946,05 €	384 946,05 €
	CHARGES HOTELIERES	116 998,00 €	MIGAC	4 610 413,90 €	4 610 413,90 €	4 610 413,90 €
	AMORTISSEMENTS	232 406,76 €	TITRE 2	219 241,01 €	219 241,01 €	219 241,01 €
	PRODUITS DEDUCTIBLES	-277 138,34 €				
	CH. INDUITES DE LOG. MEDICALE	527 881,51 €				
	CH. INDUITES HOTELIERES	661 644,05 €				
	CH. INDUITES MEDICO-TECHNIQUES	4 785 985,03 €				
	CH. INDUITES LOGISTIQUES	6 603 349,79 €				
	CH. DE STRUCTURE	1 275 820,49 €				
	TOTAL	28 686 113,39 €	TOTAL	27 166 361,47 €	26 077 524,83 €	22 448 069,34 €

(*)DMI : dispositifs médicaux implantables et MOL ONE : molécules onéreuses, les 2 remboursés à 100%

(source : Nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôles, Contribution méthodologique à la construction des Tableaux Coûts Case Mix (TCCM) et des Comptes de résultats analytiques (CRÉA), MEAH, p.13)

Tableau 4 TCCM du pôle de Chirurgie CH C

COMPARAISON AVEC UN ETABLISSEMENT FICTIF DE MEME CASE-MIX
AUX COUTS DE REFERENCE DE LA BASE NATIONALE
Chirurgie viscérale. CH C.2003

INDICATEURS D'ACTIVITE	pôle CH D	pôle ENC	
Recettes GHS en Euros (100%)	3 391 584		
Coût complet avec structure	4 389 416	2 782 528	-36,61%
Nombre de séjours	900		
Nombre de journées du C.H.C	6 835	5 129	-1 706
DMS du C.H.C	7,60	5,70	-24,96%
PMCT/Jour	496,21	846 482	

	Chirurgie Viscérale		ECART
	REEL	THEORIQUE	
Personnel médical	342 332	144 036	137,67%
Personnel non médical : salaires Soignants	697 513	602 944	15,68%
Personnel non médical : autres salaires	184 340	166 220	10,90%
PERSONNEL	1 224 185	913 200	34,05%
MEDICAMENTS	52 602	75 780	-30,59%
CONSOMMABLES MEDICAUX	43 785	101 372	-56,81%
AMORTISSEMENTS MAINTENANCE MATERIEL MEDICAL	2 224	10 406	-78,63%
LOGISTIQUE MEDICALE	49 880	51 161	-2,50%
LABORATOIRE	104 179	142 702	-27,00%
<i>Coût du B</i>	0,22	0,18	
BLOC CHIRURGIE	721 047	376 322	91,60%
BLOC OBSTETRIQUE	0	4 073	-100,00%
ANESTHESIE et Salle de Réveil	462 139	246 672	87,35%
IMAGERIE MEDICALE	110 360	74 879	47,38%
EXPLORATIONS FONCTIONNELLES	104 668	27 006	287,58%
RADIOTHERAPIE		765	-100,00%
DIALYSE		3 092	-100,00%
AUTRES MEDICO-TECHNIQUES		7 072	-100,00%
ACTES A L'EXTERIEUR	78 342	9 351	737,77%
URGENCES	54 558	26 761	103,87%
SMUR	115 468	6 360	1715,63%
TOTAL PLATEAU TECHNIQUE	1 750 761	925 054	89,26%
COÛT MEDICAL	3 123 438	2 076 974	50,38%
Restauration	94 751	76 536	23,80%
Blanchisserie	36 488	27 247	33,92%
Gestion générale et autre logistique	875 267	493 912	77,21%
COÛT LOGISTIQUE ET HOTELIER	1 006 507	597 695	68,40%
COÛT COMPLET	4 129 944	2 674 669	54,41%
<i>Coût de Structure</i>	<i>259 472</i>	<i>107 860</i>	<i>140,56%</i>
Coût Complet avec Structure	4 389 416	2 782 528	57,75%

(source : Ibid., p.19)

C) valorisation des prestations internes dans le cadre des CRÉA

Au delà de la nécessité comptable afin de réaliser les CRÉA, il semble pertinent de s'interroger sur l'intérêt de la valorisation des prestations internes en termes de contrôle de gestion et de gains d'efficience potentiels.

Les effets attendus ou induits de la valorisation des prestations interpolaires sont multiples et les gains sont dorés et déjà matérialisés dans les établissements avancés en la matière. Le premier gain attendu est l'amélioration de la compréhension du fonctionnement des services et donc de l'hôpital. En effet, l'information à disposition sur l'organisation des services et le chaînage des processus est généralement éparse ou indisponible. En ce sens, les CRÉA constituent un outil de synthèse du fonctionnement polaire. Ils matérialisent en effet des flux parfois invisibles ou insoupçonnés. Ainsi, le suivi des consultations internes dans un établissement est au mieux imparfait et bien souvent inexistant. Le personnel médical ne perçoit en effet pas nécessairement l'utilité de laisser une trace de ces actes (hormis les praticiens les plus méticuleux ou ayant une activité externe). La valorisation de ces prestations constitue donc une incitation. De même, cette valorisation contribue à renseigner sur de nouvelles pratiques méconnues de l'administration (cas de la réalisation d'examens cardiologiques à l'aide de dopplers portables au CH de SN). En effet, la publication ou la réflexion sur l'élaboration des CRÉA offre au personnel médical l'opportunité de demander la valorisation des prestations parfois inconnues de la Direction. Le premier effet est donc d'améliorer l'exhaustivité, la qualité et la rapidité de l'information à disposition de l'institution. Or, l'élaboration d'un historique sur les pratiques et l'organisation interne est indispensable pour au moins deux raisons. Il s'agit premièrement d'anticiper d'éventuels changements de périmètre des pôles. Il s'agit en outre de repérer les nouvelles orientations médicales qui pourront avoir un effet sur l'orientation stratégique d'un pôle voire de l'établissement.

Cette amélioration de l'information entraîne aussi une amélioration des résultats financiers de l'établissement et du pôle. La recherche d'exhaustivité accrue (afin d'assurer un meilleur résultat au pôle) contribue à améliorer les marges de l'établissement. La qualité du codage peut s'en trouver nettement améliorée. Ainsi, l'intervention « facturée » d'un cardiologue au lit d'un patient incitera mécaniquement au codage d'une CMA qui aurait pu être négligée. De même, le codage des patients hébergés dans des services différents de l'UM de responsabilité médicale induit souvent un sous-codage. Or, le reversement financier d'un service à l'autre dans un tel cas peut largement inciter à améliorer le codage. La connaissance partagée des coûts des prestations internes amènera, a priori, les praticiens à opérer un arbitrage coût/bénéfice avant de demander un examen. Il arrive

parfois que les praticiens demandent la réalisation d'examens qui ne sont pas indispensables d'un point de vue médico-économique. Ceux-ci sont en effet prescrits soit par effet de routine de la part du prescripteur soit pour satisfaire une angoisse du patient. Ainsi, les fractures des côtes bénignes ne devraient pas donner lieu à une radiographie dans la mesure où il n'existe pas de traitement particulier à mettre en œuvre. L'idée est donc d'induire « un cheminement didactique chez le praticien qui l'amène à remettre en question ses pratiques »⁴. Par effet induit, cela peut aussi permettre au praticien d'opposer un prix à des patients souvent exigeants en termes de moyens...

Enfin, il est possible d'en espérer des gains en termes d'organisation. En effet, la valorisation perturbe l'équilibre préexistant. Les services hospitaliers régulent actuellement leur activité sur des bases non financières. Les échanges de services sont effectués sur des critères autres que financiers comme l'urgence de la prise en charge, l'échange de bons procédés, les affinités entre praticiens... La valorisation peut donc opérer un recentrage des critères de réalisation des prestations. Celles-ci seront a priori plus accessibles et plus homogènes. Qui plus est, les prestations qui ont besoin de se développer bénéficieront ainsi de moyens nécessaires. Des effets induits positifs sont aussi attendus grâce aux comparaisons interpolaires. Ainsi, un pôle ayant des activités proches d'un autre pourrait s'y comparer afin d'importer les méthodes les plus efficaces. La valorisation des prestations internes est en outre moins complexe à mettre en œuvre que des études de micro-costing parfois longues et fastidieuses. Celle-ci permet aussi le décloisonnement dans la mesure où elle met au jour les liens existants entre des pôles différents et qu'elle quantifie ces liens. L'interdépendance est donc mise en exergue et devrait permettre de nouer un dialogue et de faire prendre conscience de l'intérêt de maîtriser les processus. Enfin, un tel mécanisme pourrait améliorer les consultations spécialisées au lit des patients car ce déplacement serait valorisé. Ainsi, certains comportements opportunistes (rares) visant à transférer le patient en service d'hospitalisation afin de percevoir une partie du GHS pourraient être bridés.

La valorisation des prestations internes semble donc s'imposer « naturellement » dans bon nombre d'établissements. Il convient cependant de s'intéresser à l'attrait de cet outil pour les responsables de pôles. Les a priori sur les traits culturels des EPS semblent en effet et à première vue constituer un écueil difficilement franchissable.

⁴ Extrait de l'entretien avec le Dr E. du CHIC

1.2 Transformer les attentes en opportunités

1.2.1 Des responsables de pôle attentifs aux questions de régulation

Au CHIC, les praticiens expriment globalement de fortes attentes concernant la connaissance du coût des soins. La curiosité dépasse les éventuelles réticences culturelles que l'on pourrait croire répandues. Les questionnements sur la rentabilité des services sont très fréquents. Trois « profils » se dégagent : ceux qui attendent beaucoup des CRÉA et de la valorisation des prestations internes, ceux qui expriment une indifférence et enfin les derniers qui expriment une certaine méfiance. Cette présentation caricaturale permet d'identifier trois types de remarques généralement soulevées : la reconnaissance du travail fourni, le risque potentiel d'une « usine à gaz » et enfin les limites et risques d'un tel système.

A) pour une reconnaissance de la contribution à la prise en charge

L'intérêt initial est certainement poussé par la perspective de dégager des marges afin de pouvoir autofinancer des mesures nouvelles. Mais il est vrai aussi que connaître la contribution de chacun au résultat de l'établissement constitue une source de motivation importante pour les pôles. Cette attente correspond au souhait d'obtenir une certaine reconnaissance de la part de l'institution tant pour le travail accompli que pour l'effort consenti. La logique visant à accorder plus aux plus productifs est une logique qui est globalement bien comprise et largement admise par la communauté médicale et soignante.

L'intérêt collectif du pôle rejoint d'ailleurs souvent les préoccupations de régulation médico-économique de l'institution... et parfois même les dépasse. Il existe ainsi un consensus sur le souhait de voir établi un standard de qualité minimum en ce qui concerne les consultations internes. Le questionnement sur un remboursement selon le requis plutôt que le prescrit concernant les examens reçus par des patients entrés par le service des urgences participe aussi au débat sur la qualité. L'idée que la valeur de la prestation doit être proportionnelle au service rendu est ainsi généralement exprimée. Tous s'accordent aussi sur le fait qu'il existe des sources d'économies sur lesquelles il est nécessaire d'agir. Certains soulignant aussi, judicieusement, que ces économies concernent tant les pratiques médicales et soignantes qu'administratives...

Enfin, l'intérêt pédagogique de faire connaître à chacun le coût des soins est un élément largement souligné par l'ensemble communauté médicale. L'idée d'une auto régulation des pratiques en connaissance des coûts respectifs est l'élément unanimement souligné.

B) l'écueil « usine à gaz »

Cependant, le potentiel « usine à gaz » d'un tel système est largement évoqué. Les doutes s'insinuent autour de plusieurs éléments. Ainsi, le temps nécessaire pour réaliser les CRÉA et/ou alimenter les bases de données nécessaires à la valorisation des prestations semble pour certains être un écueil majeur. La complexité de lecture des résultats constitue le second point de convergence des doutes. Une multiplication excessive des chiffres nuirait à la lisibilité et donc à la pédagogie recherchée. La difficulté à appréhender des éléments comptables constitue ainsi un écueil majeur. La compréhension de ces données suppose en effet un temps d'analyse par les responsables (déjà très pris) et un dialogue avec les DAF et la contrôle de gestion. En outre, comme le souligne l'un d'entre eux : « la multiplication de la valorisation des prestations internes n'enrichit pas l'établissement »⁵. Enfin, le scepticisme provient aussi des conséquences qu'auront ou non la valorisation des prestations internes. Les perspectives sont certes prometteuses mais rien ne garantit leur matérialisation.

C) des craintes à prendre en compte

Enfin, les risques de « dérive vers le tout financier » (expression fréquemment utilisée par les interlocuteurs) sont généralement mis en avant. Ainsi, trois facteurs de déstabilisation sont avancés pour démontrer les risques à diriger avec « l'œil rivé sur le compteur »⁶ : les acteurs déloyaux (freeriders), la concurrence interne délétère et une qualité des soins dégradée.

La première crainte provient du fait que certains puissent tirer profit du système de façon déloyale. C'est la raison pour laquelle des exigences de qualité et de réalité des prestations internes sont souvent mises en avant. Il est effectivement parfaitement concevable d'imaginer un acteur tirant profit du système en recensant des consultations

⁵ Entretien avec le Dr Y.

⁶ Entretien avec le Dr A.

imaginaires ou en fournissant des prestations indues qui lui permettraient néanmoins de justifier son existence.

La perspective de créer une concurrence interne délétère constitue le second grief généralement avancé. Le risque serait alors d'induire des rapports non coopératifs entre pôles. Chaque pôle pourrait ainsi refuser de jouer collectivement en se concentrant par exemple sur les prestations les plus rémunératrices. Un pôle pourrait aussi rechigner à mettre ses excédents au service du déficit éventuel d'un autre. Certains pourraient être tentés de réaliser des actes à l'extérieur de l'établissement (a priori interdit par les contrats de pôle). Le risque étant alors l'implosion de la notion d'institution au sein de l'établissement.

Enfin, l'argument majeur consiste dans le risque d'une dégradation des soins délivrés au patient. La crainte d'une situation de rationnement de certaines prestations rares ou coûteuses ou encore le risque d'opérer des choix plus judicieux économiquement que médicalement est largement avancé.

Les points de vue des responsables sont donc relativement convergents. Tous s'accordent sur l'intérêt pédagogique d'un tel mécanisme mais redoutent l'effet « usine à gaz » ou une dégradation des soins. La lisibilité intuitive des résultats constitue un point central même s'ils souhaitent que la valorisation soit la plus proche de la réalité possible.

Les responsables exprimant de fortes attentes sont indubitablement des éléments moteurs pour faire aboutir un tel projet. Il convient néanmoins de bien faire saisir l'aspect pédagogique d'un tel outil afin de ne pas provoquer de déception si les résultats ne s'avéraient pas à la hauteur des espérances. Il faudrait alors de faire comprendre que ce n'est pas nécessairement l'investissement de chacun qui est en cause mais peut être l'organisation générale. Parallèlement, avancer l'aspect didactique de tels résultats pourrait permettre de dépasser les réticences des autres.

1.2.2 Les directions : la recherche de nouveaux moyens de gestion

A) un langage commun et une prise de conscience

Le pari de la contractualisation au CHIC est lié au contexte particulier du plan de retour à l'équilibre. En effet, la problématique du déficit de l'établissement a marqué considérablement l'ensemble du personnel et fut d'un grand impact sur la gestion.

Cependant, compte tenu d'un effet relativement favorable de la montée en charge de la T2A et des efforts consentis à tous les niveaux, les résultats financiers de l'établissement se sont améliorés. Or, le risque est dorénavant que ce desserrement des contraintes n'induisse un relâchement qui pourrait être préjudiciable à moyen terme. Il est en effet acquis que les tarifs continueront à baisser et que la pression ne sera qu'accrue avec la convergence des tarifs.

Dans un tel contexte, le premier objectif assigné à la valorisation des prestations internes est la recherche de gains d'efficience par la régulation médico-économique. Il s'agit bien de mettre en œuvre une maîtrise médicalisée des dépenses internes, c'est-à-dire la recherche de la performance par l'économie de moyens (amélioration du rapport coût/bénéfice). La recherche d'efficience liée aux comparaisons entre pôles, à l'instauration d'un dialogue client-fournisseur mais aussi entre prescripteurs et réalisateurs des prestations est l'un des éléments positifs attendus. Les résultats permettent aussi d'avoir une vision à un niveau agrégé et donc de cibler et prioriser les actions à mener pour rétablir la santé financière d'un établissement.

Ces effets attendus reposent en partie sur la conviction que l'ensemble du personnel sera à même de modifier son comportement en fonction d'un nouveau déterminant constitué par le coût. Si l'idée d'une modification des comportements du personnel médical en fonction de cet élément peut paraître surprenant, il n'en reste pas moins que les attentes des praticiens concernant la connaissance des coûts sont manifestes et exprimées depuis longtemps. En ce sens, la valorisation des prestations internes constitue aussi une réponse à ces souhaits.

La valorisation des prestations tient par ailleurs à la question de l'intéressement des pôles. En effet, la Direction s'est engagé contractuellement à réaliser des CRÉA quadrimestriels servant de base à l'établissement du résultat polaire. Cette marge financière, dont l'utilisation est laissée à l'appréciation du pôle, constitue ainsi l'incitation nécessaire pour sensibiliser à la gestion. La motivation à la prise de décision repose sur cette part de l'excédent polaire.

L'aspect pédagogique est cependant au cœur de la démarche puisque, in fine, les effets attendus reposent sur la compréhension des contraintes communes qui pèsent sur la gestion hospitalière. L'autorégulation des praticiens est à la base de cette réflexion. Il ne s'agit pas de distribuer bons et mauvais points aux responsables mais de gager l'efficacité sur l'autorégulation de chacun. Les responsables administratifs reconnaissent en effet qu'il ne leur appartient pas (et qu'ils en seraient bien incapables) de définir ce qu'est une

bonne prise en charge médico-économique d'un patient. Le fait que la valorisation des prestations internes soit réalisée en Euros constitue un atout pédagogique majeur qui permettra aux praticiens de choisir en toute connaissance de cause et d'assimiler les obligations de gestion. Les résultats sont en effet accessibles autour d'un langage commun simple et compréhensible de tous ce qui est propice à un renouveau du dialogue entre pôles et Direction. Les points ISA, les ICR ou toute autre unité d'œuvre potentielle restent en effet des principes abscons qui limitent souvent les possibilités de comparaisons. La valorisation permet de se comparer en interne voire même de porter une appréciation dans l'absolu. Ces résultats et ces coûts sont en outre des leviers d'action importants pour le responsable de pôle puisqu'ils sont opposables aux agents du pôle. La valorisation des prestations et les résultats peut être facilement comprise par chaque agent, sa valeur pédagogique est forte car aisément communicable. Elle peut donc jouer un rôle de catalyseur pour un responsable de pôle souhaitant créer une prise de conscience collective

L'espoir réside aussi dans une compréhension accrue de l'interdépendance qui lie les acteurs. L'un des enjeux sera ainsi d'amener chacun à appréhender le sens de la relation client-fournisseur. La valorisation des prestations permet en effet de matérialiser cette relation par d'autres moyens que les seuls leviers offerts par le dialogue autour de la qualité. Un établissement efficient repose avant tout sur un chaînage efficace des processus. L'enchaînement vertueux entre services demandeurs et services prestataires est une clé indispensable de la performance. Organiser un fonctionnement optimal entre un service de médecine et l'imagerie, par exemple, permet d'améliorer l'efficacité (réduction des délais d'attente, de brancardage, d'analyse des résultats, etc...).

B) des gains réciproques

D'autres effets sont attendus. Il s'agit ainsi d'améliorer l'exhaustivité des informations médicalisées afin de mieux comprendre le fonctionnement hospitalier et accroître les marges. En effet, le CH découvre régulièrement des activités qui n'étaient pas saisies par les praticiens compte tenu de la part mineure qu'elles pouvaient jouer dans la prise en charge des patients. Celles-ci peuvent néanmoins constituer des ressources supplémentaires pour l'institution. Cette transparence voulue est un élément majeur du projet. L'autre pendant étant de pouvoir demander des comptes à chacun, qu'il soit responsable de pôle clinique ou administratif. Cela permet de mesurer tant le coût que l'utilité de prestations régulièrement sollicitées mais dont la valeur reste méconnue (services sociaux, par exemple).

La valorisation des prestations internes constitue donc un outil supplémentaire à disposition du dialogue de gestion (« la base partagée de l'analyse du fonctionnement »⁷) voulu par la nouvelle gouvernance.

Certaines limites, craintes ou regrets sont néanmoins soulignés. Ainsi, l'incapacité ou l'impossibilité de valoriser certaines prestations (surcoût de la recherche de l'information, absence de références précises pour élaborer un coût) peut créer une frustration chez les « délaissés ». En effet, la valorisation constitue une reconnaissance du travail accompli et de l'apport de chacun au résultat de l'établissement et à la qualité de la prise en charge. Ne pas valoriser un service le rend en effet invisible à l'institution. En outre, l'absence de valorisation crée un déficit de légitimité pour les services administratifs et induit un risque de remise en cause. La volonté de valoriser le plus de prestations possibles est au cœur des attentes exprimées même si tous notent que le calcul entre le coût de la recherche de l'information et son utilité doit rester la priorité. Le temps nécessaire à la conception et à la réalisation est en outre une limite soulignée.

Il convient aussi de noter qu'un tel mécanisme, s'il est relativement prometteur, ne saurait être un levier pour induire des modifications majeures de la politique stratégique d'un établissement. Les modifications éventuelles de l'offre d'un hôpital ne peuvent être induites par ce type d'outils.

Quelques craintes peuvent aussi exister. Ainsi, la concurrence induite par ce mécanisme pourrait aboutir à des effets négatifs. La politique globale de l'établissement devra ainsi continuer à prévaloir sur les logiques polaires. Des pressions pour externaliser certaines prestations pourraient émerger. Le risque que le système soit mal compris n'est pas tout à fait nul non plus. Ainsi, le souhait de mieux connaître la répartition du temps médical afin de valoriser au plus juste les prestations pourrait être récusé comme un « flicage » déguisé. Enfin, le sens global à donner à ces résultats est à construire et à élaborer en permanence afin d'aller au-delà de l'intéressement particulier.

⁷ Extrait de l'entretien avec Mme G, directrice projet au Gmsih

1.2.3 Une maturité partagée

A) établissements avancés dans le dispositif

La comparaison avec quatre autres établissements permet de corrélérer un bon nombre d'éléments et de valider certaines hypothèses. Le panel des établissements engagés dans le dispositif est varié :

Le CH de SN : engagé dans le dispositif de réalisation des CRÉA depuis 2006

Le CH de B : engagé depuis plusieurs années dans la démarche de réalisation de CRÉA par services (sur la base de points ISA au départ)

Le CH de P : engagé depuis 2004 dans le dispositif nouvelle gouvernance/CRÉA

Le CHU de BS : en cours de réalisation des tableaux de bord financiers

Trois établissements sur les quatre ont mis en place le projet de réalisation des CRÉA dans le cadre de la nouvelle gouvernance. Seul le CH de B avait mis en œuvre un tel système avant la mise en place de la nouvelle gouvernance. Les tableaux de bord trouvent en effet leur plein intérêt dans ce cadre puisqu'il s'agit de suivre les résultats et les objectifs contractuels des pôles et de fournir à leurs responsables une visibilité sur leur organisation. Le réactif T2A/nouvelle gouvernance est donc le catalyseur de création de l'outil.

Deux parmi les trois hôpitaux qui se sont lancés récemment dans le processus signalent, tout comme à Quimper, de fortes attentes de la part de la communauté médicale concernant les tableaux de bord financiers et la délégation de gestion. La volonté d'implication dans la gestion polaire semble donc être le second réactif.

Autre point de convergence, tous s'attendent à une amélioration du diptyque : information/allocation. Ainsi, l'amélioration du codage et du recueil de l'information est l'un des effets positifs auxquels la Direction s'attend puisque la transmission de l'information a une contrepartie financière collective. Ces changements, induits par la valorisation, auront un effet levier important sur la compréhension de l'établissement et le mode de fonctionnement de chaque hôpital. Les espérances en termes d'amélioration du rapport coût/bénéfice des pratiques sont elles aussi au cœur de la démarche. L'intégration par chacun du coût de la prise en charge et de l'importance d'une bonne allocation des ressources constitue la seconde attente. L'idée de permettre aux prestations les plus utiles de se développer et de réduire les autres est un élément clé du dispositif. Il s'agit,

par ces mécanismes, de pousser le prestataire à réaliser une prestation de qualité et à pousser le prescripteur à réduire sa consommation. Tous sont persuadés ou même constatent que les agents prennent ou prendront en compte le coût pour réfléchir sur leurs pratiques.

Des limites et difficultés sont néanmoins soulignées par tous. La première difficulté tient à la charge que constitue l'élaboration de ces résultats en termes de recueil et synthèse de l'information. Le second point tient au fait que certaines règles d'affectation sont parfois difficiles à établir, à appliquer ou à élaborer. Ainsi, au CH de B l'unité d'œuvre temporelle pour la répartition des charges du bloc a été privilégiée. De même, les modalités de répartition des produits sont souvent en question. Le degré utile de valorisation des prestations et donc la complexité de lecture pose parfois problème. La réflexion autour de la fixation d'un prix plutôt que d'un coût émerge aussi, particulièrement lorsque l'intéressement concerne aussi les prestataires médico-techniques ou lorsque ceux-ci sont inclus dans le périmètre de pôles cliniques intéressés contractuellement. Une autre problématique tient aussi à l'objectif fixé pour la réalisation des CRÉA. S'agit-il en effet d'un instrument de suivi d'activité ou de stimulation micro-économique ? Enfin, le problème d'effets d'aubaine est parfois avancé, un tel système étant potentiellement inflationniste.

Les établissements les plus avancés dans la voie de la valorisation des prestations apportent en tout cas un certain nombre de réponses à l'ensemble des questions concernant l'efficacité potentielle de cet outil.

Ces établissements soulignent généralement que les équipes prédisaient un impact relatif de la présentation des résultats polaires. Cette situation était d'autant plus vraie dans l'établissement où la communauté médicale faisait preuve d'une certaine réticence à l'égard des outils financiers. Néanmoins, les trois établissements les plus avancés ont tous constaté des effets conséquents, non sans difficultés parfois. Dans l'établissement avec une forte composante culturelle, les réorganisations ont été mal acceptées. Les disparités étaient effectivement importantes et certaines décisions ont été suivies de mouvements sociaux. La réalisation de comptes de résultat a néanmoins permis de mettre en évidence des disparités et la transparence entre les pôles surdotés et les autres a favorisé le redéploiement.

Les deux autres établissements corroborent l'existence d'effets positifs manifestes... parfois au-delà même de l'attendu. Ainsi, à P. l'on confirme que les acteurs se sont appropriés ces outils et que la gestion s'en ressent. Leur volonté de participer à la gestion

est manifeste. Aujourd'hui, pour le CH de P. : « le souci provient parfois de la difficulté à canaliser leurs initiatives. La logique institutionnelle doit être rappelée ponctuellement ». Au CH de B les responsables du pôle chirurgie ont compris que les entrées par les urgences induisaient un surcoût, un débat a donc émergé sur la question de rembourser le requis plutôt que le prescrit...

Ce même établissement, engagé depuis longtemps dans le processus, souligne que l'organisation polaire a par ailleurs beaucoup contribué au débat. Ainsi, lors de la présentation des résultats, le dialogue n'est plus seulement limité à l'échange administration – services. Les responsables de service peuvent comparer leurs résultats et méthodes d'organisation. Les pistes d'amélioration envisageables grâce à la comparaison intra polaire sont mécaniques. Le risque de voir les chiffres récusés ou critiqués devient plus relatif tout comme l'inclination à mettre en avant le manque de moyens. En effet, le dialogue est multilatéralisé. Le jeu de la transparence offre donc une opportunité d'action par la comparaison.

Enfin, à P. comme à Quimper, l'une des problématiques en suspens est la question de la valorisation des services administratifs. En effet, il semble délicat de ne pas appliquer des modalités de valorisation visant à mettre en tension ces prestataires. Une telle orientation serait un symbole fort et permettrait d'asseoir la légitimité des services voire de démontrer leur valeur ajoutée. Néanmoins, à l'heure actuelle, l'absence de références établies limite cette possibilité.

B) établissements non inclus dans la démarche

Les limites et les risques inhérents à la valorisation des prestations internes ne sont néanmoins pas négligeables. Ainsi, le CHU de X n'a pas mis en place de CRÉA et n'envisage pas de réaliser une valorisation des prestations. Les moyens ne sont pas en cause. Il bénéficie en effet d'un système d'information performant et d'une comptabilité analytique assez fine pour réaliser des études poussées sur la rentabilité d'un service ou d'une activité. Le paradoxe est cependant aisément explicable.

L'établissement a en effet choisi d'opérer un management par la qualité plutôt que par la performance financière, la relation client-fournisseur étant le cœur du dispositif. Ainsi, pour le CHU de X, les indicateurs métiers traditionnels (DMS par exemple) constituent des bases de travail suffisamment robustes. Il arrive aussi ponctuellement d'échanger

avec les pôles sur la base d'études microéconomiques. L'établissement n'a en outre pas mis en place de politique d'intéressement ce qui réduit mécaniquement l'intérêt de l'outil.

Par ailleurs, pour cet hôpital, la mise en place d'un tel système supposerait plusieurs préalables. Ainsi, il conviendrait d'agir d'abord sur le plan culturel en faisant avancer la notion d'interdépendance entre chacun des acteurs de l'institution. Il est vrai que l'établissement est particulièrement étendu, le sentiment collectif s'en ressent donc certainement. D'après l'établissement : « en s'inscrivant directement dans une relation financière, le risque est d'entrer dans une relation marchande conflictuelle alors qu'elle doit être collaborative et incitative. » Or, un établissement de référence ne peut bien évidemment mettre en difficulté des services nécessaires mais dont la performance peut être relative (spécialités rares, activités de recherche par exemple). Le risque serait en effet que les services les plus productifs cherchent à accaparer les marges bénéficiaires au détriment des activités moins rentables. Le risque de clivage potentiel est donc conséquent.

Qui plus est, le risque de contestation de l'outil n'est pas mineur puisque les pôles pourraient récuser les méthodes de valorisation et avancer la sous-évaluation des prestations pour expliquer leur inefficience apparente. En outre, la lisibilité relative des résultats (car les montants sont appelés à varier chaque année) accroit d'autant cet écueil.

La valeur ajoutée de l'outil est néanmoins soulignée. Ainsi, il serait possible de connaître la contribution de chacun au résultat de l'établissement et de rendre transparent les marges. De même, la valorisation des ressources rares dans un but pédagogique et didactique de régulation médico-économique paraît être un intérêt certain. Les prestations seraient en outre accessibles à tous de façon homogène et transparente tandis que les termes de l'échange dans une situation sans « prix » sont plus subjectifs.

La valorisation des prestations internes ne peut donc se concevoir dans un établissement où la logique de la nouvelle gouvernance et le pendant centré sur le dialogue de gestion, n'a pas abouti.

C) établissements privés

On considère souvent que le secteur privé bénéficie d'une avance certaine en ce qui concerne le volet financier de la gestion hospitalière. Il convient donc de s'intéresser à la question dans ce secteur.

La clinique de V est une petite structure à but non lucratif : 235 ETP (214 CDI et 21 CDD). Le chiffre d'affaire est d'environ 20 millions d'Euros. Elle opère sur le secteur MCO uniquement (dont une enveloppe MIGAC pour la consultation externe douleur) : on y pratique la chirurgie digestive (3 chirurgiens), vasculaire (3 chirurgiens), urologique (3 chirurgiens) et plastique (2 chirurgiens).

On y compte 3 unités de soins de 32 lits chacune et un hôpital de jour (25 lits). Plus 5 lits de surveillance continue. L'encadrement administratif est constitué du Directeur, d'une responsable financière (comptabilité, achats, intendance, facturation), d'un responsable du personnel, de l'infirmière générale et d'un DIM mutualisé sur un GIE.

La clinique n'est pas structurée par pôle, il n'y a donc pas de valorisation des prestations interpolaires stricto sensu. L'objectif d'amélioration du contrôle de gestion y est pourtant vif. Celui-ci n'était pourtant pas très développé auparavant. L'objectif de la clinique est dorénavant de suivre une comptabilité analytique par séjour et d'exploiter ces données une fois par mois (à la clôture). Le calcul des résultats analytiques (marges par discipline) est quasiment effectué en routine par le logiciel structurant le système d'information. Ce but est lié tant à la nécessité de garantir la rentabilité de la clinique qu'à la nécessité d'assurer une gestion proactive en environnement T2A. Par ailleurs des praticiens y exercent à titre libéral, il est donc utile de bénéficier de calculs en coûts complets. Malgré cet objectif d'exhaustivité, une bonne partie des coûts est répartie sur la base d'une ventilation par unité d'œuvre.

La recherche d'accroissement des marges ne s'est pour l'instant pas encore faite sur un arbitrage médico-économique mais sur le volume d'activité. L'effet T2A est en effet favorable à l'établissement, les prestations ne font donc pas l'objet d'une vérification d'efficacité médico-économique. De même les pratiques opératoires sont différentes, or, certaines sont certainement plus efficaces que d'autres. La pression financière reposant sur la clinique n'est pas suffisamment prégnante pour pousser à modifier le mode de fonctionnement. On y reconnaît cependant qu'à terme des choix seront nécessairement à opérer sur l'efficacité organisationnelle.

La comptabilité analytique a pourtant déjà porté ses fruits. En effet, l'établissement était paradoxalement pénalisé par sa trop grande productivité. Ainsi, certains patients sortaient « trop rapidement » de l'établissement, et celui-ci facturait alors des séjours extrêmes bas alors même que la borne basse n'était devancée que de quelques heures. Aujourd'hui les patients potentiellement concernés sont ciblés dès l'entrée.

En outre, les praticiens sont tout aussi demandeurs d'informations comptables et financières que dans les EPS. Ils souhaiteraient ainsi connaître les marges par discipline. Cette situation nouvelle est liée à la T2A. Cependant, la Direction n'a pas encore défini les modalités de communication de ces chiffres. En effet, certaines conséquences pourraient être complexes à gérer. D'une part les marges les plus profitables pourraient ne pas se trouver dans les disciplines où elles sont attendues et d'autre part de telles informations entraîner des changements dans les modes opératoires voire induire une sélection des patients. Or, de telles pratiques ne seraient évidemment pas conformes à l'éthique de la structure.

La mise en place d'une valorisation des prestations internes suppose donc des attentes fortes de la part des différents acteurs de la nouvelle gouvernance. Il paraît en effet délicat de concevoir un tel dispositif en leur absence. La plupart des établissements engagés dans ce système se retrouvent en effet autour de ce point commun. Néanmoins, ce pré requis, s'il est incontournable, n'est que le point de départ d'un tel projet. D'autres bases doivent en outre être fermement établies.

2 Conditions préalables et moyens requis

2.1 Conditions et préalables à la réussite du projet

2.1.1 Construire la nouvelle gouvernance

Le premier préalable à la mise en place d'un mécanisme de valorisation des prestations interpolaires semble être la qualité potentielle du dialogue de gestion de l'établissement. L'un des premiers critères est l'acceptation, culturellement parlant, de l'irruption des questions économiques dans les EPS.

A) faire naître le dialogue de gestion

En effet, les réticences culturelles à la valorisation constituent un obstacle majeur. Les questions financières souffrent souvent d'une connotation négative. L'idée que la collaboration à un établissement public permet de ne pas avoir à compter est tout aussi répandue. De même la considération que les questions économiques ne regardent que la Direction réduit mathématiquement l'intérêt potentiel de l'outil. Ces réticences doivent nécessairement être évaluées avant toute réflexion sur la mise en place d'un tel outil.

Ainsi, trois établissements sur les quatre précédemment évoqués soulignent une attente de la part des acteurs de la vie de l'établissement. Un seul a pu aboutir malgré certaines réticences culturelles. Des mouvements sociaux avaient d'ailleurs suivi la mise en place de la nouvelle gouvernance et de ses outils. Le rôle du président de la commission médicale d'établissement et la détermination de la Direction ont cependant permis de dépasser ces difficultés.

Il ne semble néanmoins pas indispensable que tous les acteurs soient favorables à la conception d'un mécanisme de valorisation des prestations. Ainsi, quelques éléments moteurs peuvent faire aboutir le projet dans la mesure où les opposants ne sont pas majoritaires. Il serait cependant erroné de supposer que la plupart des praticiens est opposée à la logique consistant à attribuer plus aux plus efficaces. De même, la majeure partie d'entre eux reconnaît l'existence de dysfonctionnements ou de coûts superflus dans les services de soins comme ailleurs. Le cas de la clinique de V n'est ainsi pas isolé. Les

établissements privés n'ont pas le monopole des collaborateurs intéressés par les questions financières.

A contrario, un établissement dont la composante culturelle est prégnante ne saurait s'engager sur une telle voie. Comme le souligne à juste raison un responsable du CHU de X, certains préalables sont indispensables.

On ne saurait non plus négliger le fait que le souhait de mettre en place le dispositif tient souvent à la perspective de bénéfices et donc d'un intéressement favorable. A l'inverse, les réticences sont indissociables d'un a priori sur un éventuel résultat négatif. En ce sens, il semble vraisemblablement dommageable de faire connaître les résultats anticipés des pôles avant le lancement d'une politique de contractualisation. Au CHU de X les pôles ont été informés de leur efficience. Le risque de clivage en cas de contractualisation serait donc très important. Les services bénéficiaires pourraient être tentés de se regrouper et de délaisser les services déficitaires. Une telle logique ne pouvant in fine que faire imploser l'établissement et miner l'amélioration de la logique client-fournisseur. Il convient aussi, afin de lancer efficacement le processus, de faire savoir, que la Direction pas plus que les responsables ne sauraient préjuger les résultats. De nombreux a priori sur les pôles les plus rentables, tout comme sur les pratiques, les actes ou les disciplines les plus rémunératrices sont en effet répandus. Force est de constater qu'une bonne partie se trouve démentie une fois confrontée aux chiffres.

B) instaurer une politique d'intéressement

Un second critère préalable à l'élaboration de l'outil est la mise en place d'une politique de contractualisation et d'intéressement.

Ainsi, en l'absence de politique de contractualisation sur des objectifs, le CHU de X n'a aucun intérêt à valoriser les prestations internes. En effet, sans contractualisation et sans délégation relativement large, il semble paradoxal d'exiger des efforts de gestion importants. De même, sans intéressement la motivation fond naturellement. Or, la poursuite d'un intérêt collectif désincarné a depuis longtemps montré ses limites. Il serait en outre peu crédible de demander des efforts sans contrepartie.

Plusieurs options différentes quant aux modalités d'intéressement ont été retenues par les différents établissements rencontrés. Ainsi, au CHIC, les pôles sont intéressés sur le résultat global du pôle. 50% de l'excédent contribue à la résorption du déficit global de

l'établissement, 25% contribue à la politique d'investissement et les 25% restants sont utilisés librement par le pôle.

Au CH de SN, les pôles reçoivent une part (80%) de l'excédent global de l'établissement au prorata de leur contribution respective. Un plan interne de retour à l'équilibre est par ailleurs fixé pour chaque pôle.

Au CH de P, une première enveloppe globale constitue l'intéressement annuel. Elle est répartie sur la base de quatre critères pondérés : le respect des crédits pour 40%, les objectifs de productivité pour 30%, un objectif de consommation des prestations médico-économique impacte 30% de répartition et enfin une majoration de 10% peut être attribué sur la base d'indicateurs qualité. En outre, une seconde enveloppe est réaffectée aux pôles sur la base du résultat global de l'établissement. Les orientations sont ensuite définies en fonction des éléments fournis par le TCCM (allocation des moyens supplémentaires en fonction des déséquilibres structurels), par exemple : création de postes de PH. Enfin, le comité exécutif arrête les modalités de répartition entre pôles (résultats, écarts au TCCM...).

Chacune de ces méthodes d'intéressement présente avantages et inconvénients. L'élaboration d'objectifs contractuels induisant un intéressement est une source de motivation pour tous, y compris les pôles déficitaires. Cette solution présente néanmoins l'inconvénient d'être potentiellement mal comprise ou perçue. Il est en effet théoriquement envisageable qu'un pôle excédentaire reçoive moins qu'un pôle déficitaire remplissant ses objectifs.

L'intéressement lié au résultat de l'établissement risque a contrario de ne pas inciter les pôles déficitaires à agir durablement si les perspectives de long terme restent négatives. Le cycle déficit \Leftrightarrow sous-investissement peut être difficile à briser.

Enfin l'intéressement sur les stricts résultats du pôle présente l'inconvénient majeur d'être potentiellement contrarié par un résultat global déficitaire ou des résultats polaires très dispersés. Il offre néanmoins l'avantage d'être clair et immédiatement « payant ». L'effet d'entraînement par émulation entre pôles est certainement plus marqué puisque les pôles déficitaires devront faire face à des pôles bénéficiant d'une enveloppe supplémentaire. Les effets attendus à court terme sont donc potentiellement plus importants.

C) faire entrer les acteurs dans la nouvelle gouvernance

Le dernier préalable indispensable à l'efficacité du dispositif n'est pas le moindre. Il suppose en effet que les acteurs de la nouvelle gouvernance aient saisi le sens de la réforme et l'impact sur leur activité. Comme le signale P. Expert⁸, la réforme conduit les professionnels « à repenser leurs pratiques, leur organisation et leurs relations. » Il faut donc que les écueils de la conduite du changement (le simulacre et le détournement⁹) aient été évités.

Pour que cet outil prenne un sens plein et entier il convient par exemple que la notion de pôle dans l'établissement ait un contenu réel, que ceux-ci soient structurés, que le dialogue y soit possible et enfin que tous au sein du pôle tendent vers le même objectif. Cette harmonie doit aussi se retrouver dans l'articulation entre pôles puisque c'est l'enchaînement vertueux des processus qui constitue le facteur essentiel de gains de productivité (modèle de l'auto-organisation¹⁰).

Ce modèle type d'organisation peut-être source d'efficience même dans un cadre structurant sans contraintes. Ce schéma n'est donc pas purement théorique. La force d'un outil comme le CRÉA et la valorisation des prestations polaires exprime son plein potentiel dans une organisation où tous ont des objectifs communs. L'intéressement peut même ne pas être indispensable.

Ainsi, des cabinets de conseil ont constaté des effets induits importants lors de la mise en place d'indicateurs, même sans l'instauration d'objectifs. Ces méthodes sont aujourd'hui mises en œuvre pour améliorer l'efficacité globale d'organisations. De grandes entreprises organisées de façon décentralisée sous forme de holding et de filiales avec une large autonomie et de fortes différences culturelles ont constaté que la simple publication d'indicateurs comparatifs avait des effets positifs. Et ce même en l'absence d'instauration d'objectifs obligatoires ou d'un intéressement.

Une série d'indicateurs est ainsi définie globalement. Les entités constituant l'organisation sont invitées à en sélectionner une petite partie (choix libre) et s'engagent uniquement à les alimenter. Les résultats sont ensuite dévoilés aux responsables du groupe et des filiales. Par effet de comparaison et d'émulation toutes les filiales réalisent des efforts de

⁸ EXPERT P., 2006, La tarification à l'activité, 2^e édition, Berger-Levrault, 357 p.

⁹ Ibid.

gestion afin de rattraper les entités les plus avancées. Les indicateurs de toutes les unités s'améliorent « spontanément ». Les filiales les plus avancées continuent à améliorer leurs performances tandis que les autres imitent leurs méthodes ou même innovent pour progresser. Un dialogue s'établi entre des entités pourtant très distinctes originellement et les gains sont donc mutualisés.

Dans une organisation souple, voire constituée d'unités très différenciées culturellement, il est donc possible d'améliorer le résultat global et même d'amener les entités à dialoguer sans instauration de contraintes fortes ou explicites. Le pré requis nécessaire est donc l'assimilation par tous d'un sens commun auquel adhérer et la volonté d'avancer ensemble par l'initiative, la comparaison et l'émulation. Sous cette condition l'auto-organisation permet à l'outil de s'exprimer pleinement.

L'outil de la valorisation des prestations internes n'est donc pas un moyen d'entrer dans le dialogue de gestion, bien au contraire, il le présuppose. Outre les pré requis culturels, il convient de mettre en œuvre des moyens techniques, logistiques et pédagogiques adaptés et proportionnés.

2.1.2 Repenser les outils de gestion

A) réinventer la méthodologie comptable

La réalisation de résultats aussi fiables que possibles et la valorisation des prestations internes suppose que le fichier commun de structure (Ficom) de l'établissement soit non seulement robuste (c'est-à-dire clair pour chacun) mais aussi adapté à la constitution en pôles.

Au CHIC, le Ficom avait été revu fin 2006 afin d'anticiper le suivi des dépenses au niveau polaire. Le personnel a ainsi été rattaché à un seul et unique pôle. Le cas échéant, des pools ont été constitués au niveau du pôle. Toutes les UF de l'établissement ont été vérifiées à cette occasion. De nombreuses ont été supprimées, le contenu de certaines autres a été scindé (UM contenant deux spécialités réparties ensuite dans deux pôles distincts), les autres ont été rattachées à un seul et unique pôle. Pour chaque UF il existe donc une « UF père » de rattachement elle-même liée à un seul et unique pôle.

¹⁰ Ibid.

Malgré ces efforts pour anticiper la mise en place des pôles, la réalisation des CRÉA a été l'occasion de constater que tous les cas difficiles n'étaient pas réglés... l'enjeu étant de réduire les cas d'affectation des charges de façon « forfaitaire » (ventilation selon des clés de répartition). Si tout le monde s'accorde à dire que le coût de la recherche de l'information ne doit pas coûter plus cher que l'information elle-même, il importe néanmoins de fixer des règles claires. S'en tenir à ce discours, certes très cohérent, induit le risque de faire naître des imputations arbitraires et surtout aléatoires...

Les modalités de répartition des consommations (sorties de stocks) ont ainsi posé problème. La plupart des sorties étaient effectuées directement sur l'UF concernée, mais que faire des sorties de stock dont l'UF consommatrice n'est pas véritablement identifiable ? Par exemple, les sorties de feuilles de papier ou de formulaires (livrés à l'étage) ou encore les consommations intermédiaires, les charges des logements de fonction ... Il a donc été décidé de créer des UF « liées à tous les pôles », c'est-à-dire des UF dont les montants peuvent être ventilés de façon uniforme (UF de charges à ventiler selon les ETP par pôle, ou au prorata des ordinateurs, ou encore au prorata des surfaces...). La difficulté en ces cas consiste à s'assurer du fait que chacun a bien reçu l'information et l'appliquera donc correctement. Autre exemple : les rétrocessions de médicaments à destination du personnel étaient imputés sur l'UF de la DRH, les prêts de médicaments vers d'autres établissements (remboursés ensuite en nature) étaient imputés sur l'UF de l'administration générale... Ces pratiques n'étaient pas dues à une mauvaise volonté, et étaient même cohérentes relativement à la situation antérieure, mais incompatibles avec une comptabilité par pôle. Le risque d'une cacophonie liée à l'idée que l'imputation doit être faite au mieux et sans surcoût est important. Il n'est pas indispensable de centraliser à tout prix ce toilettage, mais les règles doivent être connues de tous et partagées.

Malgré ces efforts de réflexion, des questions restent en suspens et pourraient modifier fondamentalement le découpage du Ficom. Ainsi, à l'heure actuelle les titres 2 et 3 de recettes ne sont pas imputés directement sur les UF bénéficiaires (chambres simples à imputer directement sur l'UF prestataire) même si ces diverses recettes sont souvent « fléchées ». De même, les amortissements des bâtiments ont été jusque là imputés à l'administration générale ou à une UF structure. Cette situation est totalement cohérente avec le mode de fonctionnement passé mais n'est pas idéale pour un fonctionnement polaire et la volonté de faire supporter les charges « au réel ». Que faire ainsi, lorsque l'établissement est constitué de divers bâtiments eux-mêmes partagés entre différents pôles ? La répartition des charges au prorata des surfaces est une méthode de ventilation

acceptable mais l'aboutissement logique du système voudrait que l'on puisse faire supporter ces charges « au réel ». Or, il semble très délicat, voire même impossible de modifier les affectations des amortissements en cours... Comment, par ailleurs, distinguer dans le SI les charges administratives des charges logistiques et des charges de structure lorsqu'elles sont réunies sur une même UF et qu'une partie d'entre elles y est affectée à juste titre (toujours dans la perspective de facturer le plus exactement possible). A défaut, tous ces éléments devraient être retraités pour permettre d'atteindre cet objectif.

Par ailleurs, le passage au niveau polaire a supposé la réalisation de « budgets de pôle » (notion partagée dans l'établissement mais non rigoureuse du point de vue comptable). Il s'agit en fait de décliner au niveau polaire le volet dépenses de l'EPRD afin de garantir l'équilibre financier global. Cette modalité n'est pas nécessaire car la Direction pourrait choisir de laisser les pôles libres de leurs dépenses mais le risque de dérapage serait alors important. Cette enveloppe constitue par ailleurs un indicateur fondamental pour les responsables de pôles puisqu'il leur permet de connaître les montants dont ils disposent pour faire face à leurs dépenses directes. La difficulté tient alors, si ce choix est fait, au calcul des moyens à affecter au pôle. La décision du CHIC fut de partir d'une base historique (consommations constatées en N-1). L'inconvénient réside dans le fait que les pôles les plus consommateurs bénéficient d'une enveloppe large. Néanmoins, cette enveloppe ne préjuge nullement du résultat de fin d'année du pôle. Or, ce résultat peut servir de base pour la constitution du « budget de pôle » de l'année suivante et permettre de lisser les moyens à disposition des pôles en fonction de leurs résultats.

Par ailleurs, il semble souhaitable de constituer une base historique pour les CRÉA par pôle et les prestations internes. Au CHIC, il a ainsi été décidé de réaliser un « CRÉA prévisionnel » pour l'année 2007 au vu des résultats de l'année 2006. Ce choix permet de partir d'une « année zéro » servant de base de travail pour les pôles. L'autre avantage étant aussi de vérifier la cohérence des chiffres d'une année à l'autre et de mesurer les effets de la valorisation des prestations. Cela peut éventuellement permettre de repérer les situations de « déficit structurels » de certains pôles en raison d'un case-mix défavorable ou d'une taille critique insuffisante. En effet, comme le souligne un membre de la Direction du CH de B. : « un service réalise en moyenne 80% de ses recettes sur la base de 5 à 10 GHM différents. Ce n'est pas une taille critique car ces tarifs peuvent par nature être bien ou mal rémunérés. Il faut donc aller vers une taille polaire critique : au moins 20 GHM. En dessous de 10 GHM, le risque d'aléa est élevé. »¹¹

B) rénover le SIH

Outre un Ficom bien établi, la qualité du SIH est bien sûr en question. S'il n'est pas nécessaire d'avoir à disposition le « Graal du coût par pathologie »¹², la robustesse du SIH est mise à l'épreuve face aux besoins de la valorisation des prestations internes. En effet, plusieurs questions apparaissent rapidement lorsque l'on se lance dans le système de valorisation : faut-il travailler au niveau du pôle ou du service ? Le codage est-il bon ? Est-il exhaustif ? Faut-il mettre en place un reporting du temps consacré par les agents à leur tâche ? Et surtout, combien de temps faudra-t-il pour retraiter toutes les informations si celles-ci sont éparses ?

Si l'idéal semble être de pouvoir travailler au niveau du service pour ensuite agréger les données par pôle, une configuration dans laquelle les données sont établies au niveau polaire ne semble pour autant pas rédhibitoire. La difficulté tiendra alors dans le fait qu'atouts et faiblesses du pôle seront plus délicats à discerner lors de la phase d'analyse des résultats avec le pôle. Ce problème pourra d'ailleurs être contourné grâce à l'utilisation des TCCM afin d'éviter le recours à des études de micro-costing. L'inconvénient réside cependant dans le fait que si des résultats sont contestés, il sera plus délicat de justifier les données. Il conviendra bien entendu d'éviter le piège du coût à la pathologie. De même, les praticiens pourraient être tentés de voir apparaître le résultat de chacun (nominativement). Or les résultats ne tiennent pas à un praticien mais à un chaînage efficace des processus. Qui plus est, s'il est délicat d'avancer un chiffre quant à la valeur ajoutée du volet médical de la prise en charge, il n'en reste pas moins que la part des charges médicales dans les coûts d'un établissement est faible (5% à 10%).

Il semble par contre important de décentraliser la saisie des informations et de la rapprocher au plus près de l'activité, tant du point de vue géographique que temporel. Le SIH doit être aussi exhaustif que possible (recensement des prestations internes, du temps passé aux urgences...) et surtout informatisé. Les « cahiers de bloc », par exemple, sont inexploitable en routine sachant que le temps généralement admis pour la réalisation des CRÉA est d'environ quatre semaines... Le rôle du contrôle de gestion n'est pas dans ce cas d'effectuer des opérations de saisie mais bien vérifier la qualité de l'information et son homogénéité. Ce codage nécessaire des actes par chaque acteur n'est certes pour l'instant pas exhaustif dans les établissements mais la valorisation des prestations internes est une opportunité pour obtenir un effet levier. En effet, chaque

¹¹ Voir entretien en annexe

¹² Ibid.

codage offre une contrepartie « sonnante et trébuchante ». Or, compte tenu de l'importance du SIH en situation de T2A (voir les orientations du plan Hôpital 2012, par exemple), les effets induits sur la situation financière de l'établissement sont considérables. Il convient donc de mettre en place un système de recensement de l'information pour chaque prestation faisant l'objet d'une valorisation. Ce système pouvant être lui-même très rudimentaire s'il est normalisé (feuille excel, base access, base SQL avec interface web...). Si cette obligation est la condition sine qua non de la valorisation, il est quasiment certain que les éléments nécessaires seront renseignés. En général, seules des réticences sporadiques apparaissent ici et là.

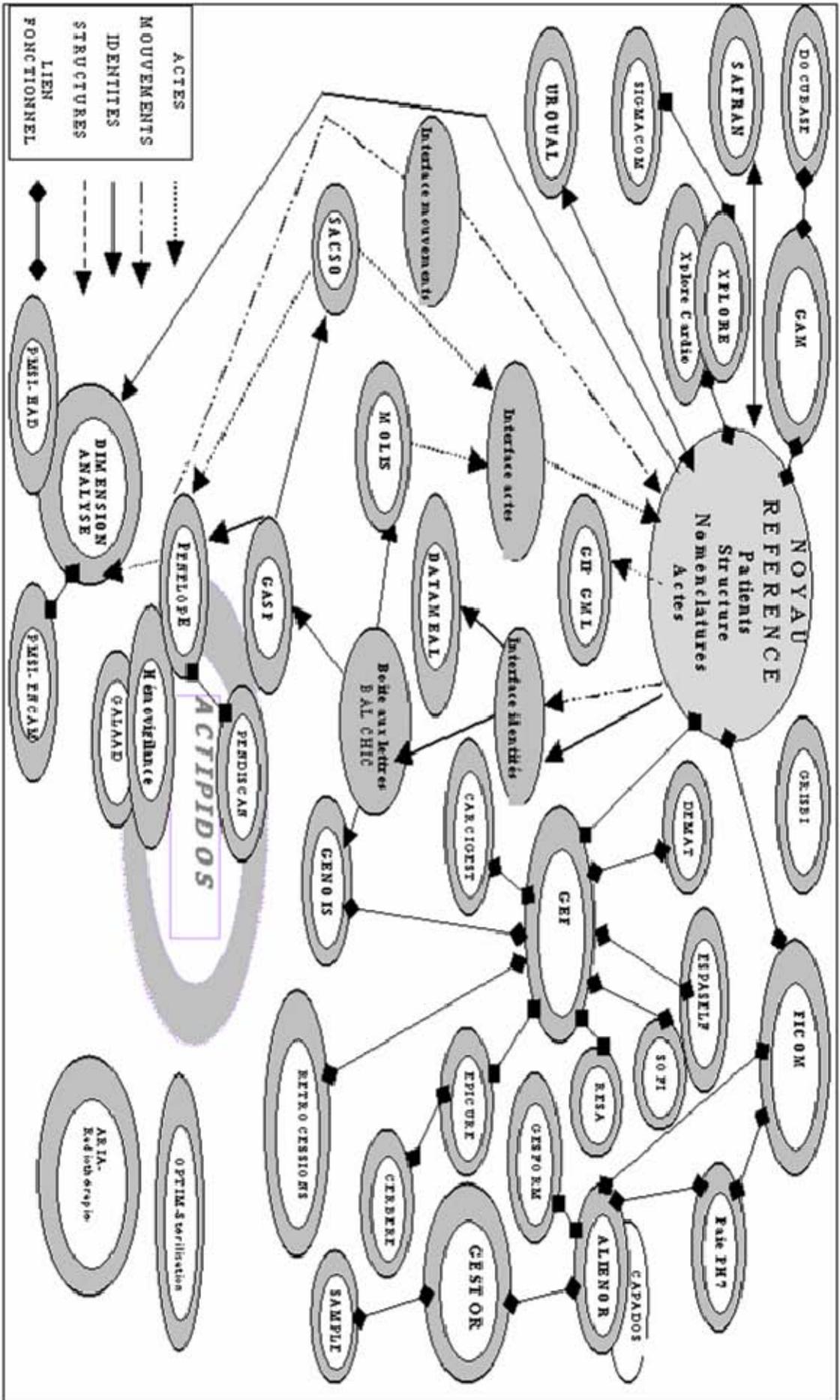
Se pose en outre la question d'un éventuel reporting de l'activité via, par exemple, des logiciels de suivi de temps, déjà très en vogue dans les grandes entreprises. Ce type de système est unanimement récusé par les acteurs hospitaliers. La crainte du « flicage » y est très prégnante. Néanmoins, des dispositifs analogues peuvent être utilement déployés à certains points clés des établissements. Ainsi, au CH de B, le « compteur tourne » à partir du moment où le patient est entré dans la salle de bloc. De même, il peut être intéressant de lier le montant de la prestation au temps nécessaire pour la fournir. Certaines spécialités dont les consultations internes sont très demandées pourraient alors être incitées à réagir plus rapidement. La part du GHS réaffectée aux urgences pourrait aussi être liée au temps nécessaire pour orienter le patient puisque, in fine, le lien entre le temps d'hospitalisation et le montant du tarif n'est pas nul... De façon plus réaliste, le découpage du temps de travail en projets permettrait par exemple de répartir les coûts de personnel administratif en fonction du temps consacré. Le risque étant néanmoins de pénaliser les pôles les plus en difficulté si l'on admet le postulat que ceux-ci seront les plus demandeurs de soutien.

Ces mécanismes ne sauraient cependant être mis en œuvre qu'avec l'accord des acteurs concernés. Ils restent pour l'instant à l'état de réflexion. Seuls quelques « happy few » peuvent utiliser le « badgage » mis en œuvre à l'occasion de l'ARTT pour répartir les coûts de personnel sur ces critères. Ces moyens technologiques ont l'immense avantage de résoudre les casse-têtes liés aux personnels bi, tri ou même quadripolaires, sans parler des personnels médicaux intervenant hors établissement (coopérations inter-hospitalières) ou appartenant à une équipe mobile...

L'idéal est en outre de bénéficier d'un SI dont chaque logiciel métier est interfacé avec Business Objects. En effet, c'est aujourd'hui la solution quasiment incontournable pour établir aisément des requêtes personnalisées sur chacun des progiciels du SI. Le casse-tête d'un logiciel intégré n'est cependant pas résolu compte tenu des multiples standards

des bases de données (SQL, ODBC, Access, Oracle, et les liens EAI, ETL, SAP...) sauf à bénéficier d'un SI tentaculaire capable de gérer tant les aspects économiques que médicaux. Il semble dans tous les cas souhaitable dans un premier temps de se jeter dans l'aventure le stylo (ou plutôt la souris) à la main afin de déterminer ses objectifs, ses attentes et les limites du SI. L'intégration d'un logiciel ne dispense de toute façon pas d'un paramétrage complet. Une fois la méthode élaborée « à la main » le paramétrage sera plus aisé. Qui plus est, la recherche de l'information sur la base de moyens frustrés offre l'occasion d'élaguer le Ficom. L'espoir de plâtrer une jambe de bois grâce à un logiciel commercial est une erreur fondamentale. Que faire de résultats que personne (même la DAF ou le CDG) ne peut expliquer ? L'imputation exacte est incontournable car elle base tout le dispositif.

A titre d'information voici le schéma du SI du CHIC. Celui-ci n'est ni plus ni moins élaboré que celui d'un autre établissement, réaliser une valorisation des prestations interpolaires n'est donc pas impossible. Ce SIH permet d'atteindre un niveau de détail assez satisfaisant (voir exemple de CRÉA précédemment).



C) échelonner les objectifs

Enfin, il faut admettre les limites imposées par le SIH ou la méthodologie employée. Les demandes des professionnels sont en effet parfois difficiles à satisfaire. Ainsi, les prestations à valoriser peuvent faire l'objet d'un programme échelonné. Le passage aux dépenses réelles peut l'être tout autant.

Les consommations de restauration ou de blanchisserie sont par exemple rarement établies sur des bases réelles et la méthodologie habituelle (forfaitisation en fonction des journées) est parfois difficilement admise par les pôles. Il s'avère qu'au CHIC, la valorisation en fonction des consommations réelles de blanchisserie et de restauration sera progressivement mise en place. Les commandes alimentaires sont par exemple largement informatisées dans les services. Les consommations de linge sont cependant plus délicates à recenser de façon précise. Les consommations exactes seront disponibles aux alentours de 2008-2009 une fois que la pesée à la buanderie du bâtiment central sera mise en place.

De même, il n'existait pas de logiciel de recensement du recours aux ambulances internes ou au service de brancardage (intégration prochaine). Les outils sont en effet rares ou coûteux. Une répartition des charges a donc été effectuée grâce à des données globales fournies par le service (répartition des appels entre quatre catégories : chirurgie, médecine, pédiatrie, urgences). De façon générale, il conviendra d'évaluer le coût de l'exhaustivité avant de tenter de s'en approcher. Il est aussi intéressant de noter que les attentes sont souvent fortes mais parfois contradictoires. Ainsi, les pôles prestataires souhaitent « facturer » le plus possible de prestations tandis que les pôles cliniques souhaitent au contraire une précision dans la répartition des consommations. La schizophrénie du système pourrait même atteindre un paroxysme lorsque les pôles sont mixtes car les voix peuvent être discordantes.

Il convient dans tous les cas d'admettre et d'assumer les limites du système (limites méthodologiques, informations non exhaustives...). D'une part parce que celles-ci peuvent entraîner une amélioration de l'information à disposition. Ainsi, lorsque les responsables feront savoir à leurs confrères qu'une consultation interne sur deux en moyenne est facturée, ceux-ci seront peut-être incités à mieux renseigner les éléments du SI. D'autre part, l'affichage d'une marge d'erreur peut contribuer à nouer une relation de

confiance au sein du dialogue de gestion puisqu'à défaut de précision, la transparence est affichée. A cet égard, l'exemple du CH de Saint-Nazaire est pertinent¹³. En effet, les CRÉA affichent non seulement le détail des résultats mais aussi la marge d'erreur estimée. Celle-ci décroît au fur et à mesure de l'informatisation des services.

Enfin, les pôles administratifs font part d'une attente forte concernant leur valorisation, mais cette question reste pour l'instant en suspens. Il n'existe à l'heure actuelle pas de moyen fiable pour valoriser cette activité. On peut éventuellement imaginer de répartir les coûts en fonction de clés adaptées (ETP pour la DRH, ETP paramédicaux pour la DSI, Euros pour la DAF...). Cela ne résoudrait cependant en rien la question de la valeur ajoutée de ces services. Pourtant ceux-ci sont en quête de légitimité et leur valorisation permettrait en outre d'en repérer les forces et faiblesses ainsi que de fixer des priorités en fonction des enjeux financiers. On pourrait ainsi imaginer des arbitrages des priorités administratives en fonction du ROI¹⁴ attendu du projet mené. Cependant, la base d'Angers ne constitue pas aujourd'hui une référence suffisamment stable pour baser une valorisation. En effet, le périmètre de chaque direction est variable dans les établissements (le service informatique assure-t-il la maintenance ? ; la DAF est-elle aussi en charge du contrôle de gestion ? ; le chef d'établissement est-il seul à émarger sur son UF...).. Les écarts-types peuvent être conséquents. Si ce souhait de valoriser les services administratifs n'est pas conforme à l'esprit des CRÉA, à l'orthodoxie comptable et pose potentiellement autant de questions qu'il n'en résout (qui récupère les boni des DMI, les « rabais » sur les achats ? ...), il n'en reste pas moins que condamner ces services à ne jamais avoir d'intéressement est regrettable, surtout si ceux-ci sont aussi partie prenante d'un contrat de pôle le prévoyant...

Ci-après, exemple de résultat de la base d'Angers.

¹³ Voir support de cours mentionné en bibliographie

¹⁴ Return On Investment (retour sur investissement)

ACTIVITE RESTAURATION 2005

Unités d'oeuvre : Nbre de repas

Présentation Economique

Comparaison à tous les établissements de l'échantillon

COMPTES	ECHANTILLON (Coût de l'unité d'oeuvre)								
	%	COUT DE L'UO	%	MOYENNE	ECART- TYPE	COEF. VAR.	INTERVALLE		NB OBS
							INF.	SUP.	
TOTAL FRAIS DE PERSONNEL			47.25%	2.525	0.779	0.309 *	0.998	4.053	123
ALIMENTATION			33.85%	1.809	0.709	0.392 *	0.419	3.199	123
ALIMENTATION À L'EXTÉRIEUR			10.21%	1.267	1.719	1.357 *	0.000	4.637	53
AMORT. INSTALLATIONS TECHNIQUES, MATÉRIEL ET OUTILLAGE			2.10%	0.113	0.079	0.696 *	0.000	0.267	122
PETIT MATÉRIEL HÔTELIER			1.85%	0.104	0.081	0.784 *	0.000	0.264	117
			95.25%						
ENERGIE ET ÉLECTRICITÉ			0.67%	0.058	0.053	0.916 *	0.000	0.163	76
ENTRETIEN ET RÉPARATIONS - AUTRES MATÉRIELS ET OUTILLAGE			0.65%	0.039	0.030	0.785 *	0.000	0.099	111
AUTRES PRESTATIONS DIVERSES			0.54%	0.034	0.094	2.730 *	0.000	0.218	103
PRODUITS D'ENTRETIEN ET DE DÉSINFECTION			0.52%	0.034	0.024	0.706 *	0.000	0.082	100
AUTRES ACHATS NON STOCKÉS DE MATIÈRES ET FOURNITURES			0.51%	0.059	0.312	5.329 *	0.000	0.670	57
ENTRETIEN-MAINTENANCE INTERNE DU MATÉRIEL DE RESTAURATI			0.39%	0.038	0.060	1.573 *	0.000	0.155	67
MAINTENANCE - AUTRES			0.34%	0.027	0.029	1.088 *	0.000	0.084	84
EAU ET ASSAINISSEMENT			0.30%	0.024	0.023	0.943 *	0.000	0.069	81
AUTRES FOURNITURES HÔTELIÈRES			0.29%	0.031	0.052	1.703 *	0.000	0.133	63
AUTRES FOURNITURES NON STOCHABLES (GAZ)			0.23%	0.028	0.049	1.761 *	0.000	0.125	53
CRÉDIT-BAIL MOBILIER - AUTRES			0.19%	0.315	0.565	1.792 *	0.000	1.423	4
PERSONNEL EXTÉRIEUR			0.16%	0.096	0.148	1.551 *	0.000	0.386	11
FOURNITURES NON STOCKÉES, PETITS MATÉRIELS ET OUTILLAGE			0.14%	0.008	0.011	1.315 *	0.000	0.030	107
MAINTENANCE LOGICIEL DE PRODUCTION ET/OU DE PRISE DE CO			0.10%	0.015	0.019	1.244 *	0.000	0.051	46
USAGE UNIQUE UTILISÉ PAR LA RESTAURATION (BLOUSE, SUR-B			0.09%	0.008	0.016	2.018 *	0.000	0.040	78
AMORT. AUTRES IMMOBILISATIONS CORPORELLES			0.09%	0.016	0.027	1.679 *	0.000	0.070	36
COMBUSTIBLES			0.07%	0.022	0.028	1.243 *	0.000	0.076	22
LOCATIONS MOBILIÈRES - EQUIPEMENTS			0.03%	0.005	0.006	1.286 *	0.000	0.017	48
LOCATIONS MOBILIÈRES - AUTRES			0.03%	0.009	0.012	1.446 *	0.000	0.033	26
REMBOURSEMENTS FRAIS DE PERSONNEL			-0.62%	0.039	0.053	1.367 *	0.000	0.144	104
TOTAL GENERAL			100%	5.345	0.939	0.176	3.504	7.186	123

* Coefficient de variation supérieur à 0.300 donc l'intervalle de confiance est non significatif mais donné à titre indicatif.

** Chiffre à l'extérieur de l'intervalle de confiance

(source : rapport calcul des coûts par activité, fiche d'analyse des écarts, données 2005,
Ministère de la Santé et des Solidarités, CHU d'Angers, BDHF, p. 60)

La réalisation d'un échancier pluriannuel de valorisation des prestations pourra alors être un outil pertinent de communication à l'égard des responsables de pôle et permettra aussi à la direction de se concentrer d'abord sur les prestations les plus importantes ou les plus simples à valoriser. En l'absence d'éléments plus précis (et informatisés), les coûts du bloc ont par exemple été répartis au prorata du temps de vacation offert aux pôles. Ce mode de calcul devra être reconsidéré, il existe certainement des méthodes plus (ou au moins autant) efficaces de rattachement des charges. Le nombre d'ICR par pôle n'est d'ailleurs pas forcément la panacée (cf. exemple du CH de B.). La valorisation des prestations internes pose parfois en elle-même des difficultés. Ainsi, au CHU de BS. la première version des CRÉA ne mentionnait pas les prestations internes... Même à P., où un informaticien a été recruté pour opérer des interconnexions, on juge que la production n'a pas encore atteint une phase industrielle.

2.1.3 Conduire le changement : rapprocher les préoccupations des uns des impératifs des autres

Le dernier élément clé gageant la réussite de la mise en place d'une valorisation des prestations polaires est l'émergence d'un dialogue de gestion entre les différents acteurs. Ce dialogue n'est pas spontané et peut se concentrer sur des questions subsidiaires pour les uns et centrales pour les autres (le montant de l'intéressement de fin d'année par exemple...). Il convient donc de le faire naître autour des questions les plus cruciales, de l'entretenir par un certain lustre, au besoin, et de chercher à y inclure le plus d'acteurs possibles. Il faut, en un mot, organiser la conduite du changement.

A) organiser une communication interne

Au moment de la mise en place des CRÉA se pose indubitablement la question de l'information à apporter à tous les responsables concernés. De même, la valorisation des prestations interpoles ne peut s'envisager sans un dialogue avec les services. Le dialogue a minima étant la recherche de l'information (nombre d'ICR d'imagerie, interventions du service brancardage, vacations au bloc éventuellement...) côté administratif et la sollicitation (afin d'être valorisé ou affiner l'analyse) côté services.

Au-delà de ces questions techniques, il convient nécessairement de réfléchir aux modalités d'information des praticiens car certains choix méthodologiques sont à opérer. Il en va par exemple ainsi des modalités de calcul du coût de la prestation des urgences auprès des services bénéficiaires de la prestation. Mais aussi des modalités de la

répartition des GHS multi-unités ou encore du calcul de l'hébergement de patients dans une UM non responsable médicalement... Ce type de question amène nécessairement à se rapprocher des instances afin de trancher objectivement ces problèmes.

A Quimper, ces questions étaient pour partie déjà tranchées. Ainsi, la CME s'était déjà exprimée sur la question des GHS multi-unités. La question de l'hébergement dans un autre service n'était pas opérante car le SI n'est pas encore à même d'identifier ces patients de façon indiscutable. Quant à la question de la valorisation des urgences, le dilemme fut simple à résoudre. En effet, s'il a été possible de calculer la part des GHS à reverser aux urgences, il n'était pas possible de repérer les prescriptions effectuées aux urgences pour des patients hospitalisés suite à leur passage. Ou plutôt, ce repérage aurait nécessité de passer en revue tous les dossiers de tous les patients des urgences ou tout le dossier des patients du CHIC entrés par les urgences. Et encore... ces examens sont généralement codés « en clair » (par ex. : gaz du sang) car c'est le logiciel du laboratoire qui converti en ICR, hors celui-ci n'a pas pour rôle de suivre le parcours du patient. Une production industrielle ne semblait donc pas possible. La valorisation a donc été faite sur la base des données GACAH (cf. partie suivante). Ces éléments ont été portés à la connaissance des responsables de pôle et le conseil exécutif a été associé à la réflexion sur la méthodologie.

Les choix des autres établissements ont été assez proches. A P. par exemple, un copil a été constitué sur le sujet afin d'élaborer et de suivre la mise en place du projet et des informations ponctuelles des instances sur le dossier ont eu lieu. Le conseil exécutif a été associé au sujet. Les instances se sont prononcées sur la question et ont approuvé la mise en place de l'outil (sauf le CTE). Au CHU de BS. la présentation d'une première version « allégée » (sans les prestations internes) a fourni aux concernés l'opportunité de se prononcer sur des règles communes.

Le CH de SN a lui souhaité formaliser profondément la démarche. La communauté médicale (via la CME) a été souvent sollicitée pour s'exprimer sur la méthode. La volonté de « tout institutionnaliser »¹⁵ était au cœur du processus. Les réticences culturelles quant aux questions économiques semblaient en effet un écueil important. Il a donc paru indispensable à la Direction d'engager la CME à se prononcer avant toute mise en place de méthodologie. Ce faisant, les résultats devenaient moins contestables. Qui plus est, parce qu'elle avait été établie avant toute projection sur les résultats, la méthodologie reposait plus sur un cheminement intellectuel que sur des choix opportunistes.

Malgré l'avancement des chantiers MEAH sur le sujet, ces questions restent d'actualité. Ainsi, le rapport intermédiaire du chantier déploiement 2006¹⁶ préconise qu'une information soit faite en amont par de nombreux moyens (articles dans le journal interne, guide pédagogique interne, points d'information). La question de la formalisation des choix méthodologiques à opérer reste quant à elle plus souple. Ainsi, dans un établissement où les attentes de la communauté médicale et/ou des responsables de pôle sont fortes, l'intérêt de formaliser par un vote chaque question méthodologique paraîtra peut-être secondaire. C'est néanmoins l'un des gages de la réussite de la conduite du changement. Dans ce cadre, la question du sens à donner à l'outil est aussi fondamentale.

B) une pédagogie pour faire sens

En effet, comme le souligne la MEAH dans ce même document, le risque est que : « la communauté médicale ne perçoive pas la finalité de la comptabilité analytique à savoir un outil d'information et d'optimisation de l'organisation et non pas un outil de résultat ».

Il est clair que le résultat constitue « le réactif »¹⁷ et qu'à ce titre il profite d'un plein intérêt par les responsables de pôle. La focalisation sur cet aspect de la délégation de gestion représente néanmoins un écueil considérable. D'une part parce qu'au moment de la mise en place des pôles les services potentiellement excédentaires peuvent s'entendre pour mutualiser leurs atouts et laisser de côté les moins efficaces. C'est alors la logique même de la réforme qui tombe à l'eau puisqu'un clivage « entre riches et pauvres » se crée dans l'établissement et que l'idée de rechercher les synergies de la relation client-fournisseur s'effondre.

D'autre part, après la mise en place des pôles, les tentations visant à maximiser le résultat polaire constituent un risque considérable pouvant mettre à terre la logique institutionnelle. En effet, si le système est souvent accusé de porter en son sein le risque de rationnement, ce dernier peut aussi être organisé par les acteurs eux-mêmes ! On peut ainsi imaginer une réduction des effectifs pouvant mettre en cause la qualité des soins ou la motivation du personnel, mais aussi la création d'un « marché parallèle » pour certaines prestations rares ou au contraire surnuméraires...

¹⁵ Voir entretien en annexe

¹⁶ Disponible sur Internet :

<http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/?id=1176>

¹⁷ Extrait de l'entretien avec P. Expert du CH de Blois

Plus rationnellement, il semble important de rappeler aux pôles que la valorisation des prestations internes se justifie par le fait d'aider :

- au pilotage financier du pôle
- à l'équilibrage recettes-dépenses (objectif premier)
- à mieux appréhender le fonctionnement d'un pôle
- à mieux saisir les moyens à disposition du pôle
- à repérer les partenaires internes
- à comprendre les atouts et faiblesses d'un pôle
- à repérer les sources d'efficacité (au sein d'un pôle et entre pôles)
- à échanger sur les questions financières tant entre pôles qu'au sein du pôle (outil pédagogique à disposition du responsable de pôle)

A contrario, il convient de faire saisir que cet outil n'est pas :

- le seul indicateur à suivre (indicateurs qualité, indicateurs métier, indicateurs ressources)
- un moyen de culpabiliser les pôles
- une remise en cause de l'investissement des personnels dans leur métier, le chaînage des processus, la qualité du codage, la structure des GHM constituent autant d'explications autrement plus vraisemblables
- un moyen de satisfaire les ego ; les résultats tiennent tant aux efforts du pôle qu'à la qualité de tous les prestataires de l'établissement
- un moyen pour la Direction de déléguer les problèmes de management, de gestion ou de restructuration
- un moyen pour s'émanciper du projet d'établissement

La difficulté de ces outils tient donc à la pédagogie à mettre en œuvre en permanence, auprès de tous quel que soit leur opinion sur le projet. Il ne faut pas oublier non plus que l'intérêt porté à ce projet par les responsables est souvent directement lié à l'espérance de gain... Leur engagement peut donc refluer aussi vite qu'il est apparu en fonction des résultats si tous ces messages n'ont pas été correctement reçus par les interlocuteurs. L'accompagnement se doit d'être permanent et circonstancié.

Le message qui pourrait être martelé est qu'après l'époque des « managers dans les salles d'opération »¹⁸ le temps des « médecins faisant les comptes » serait en phase d'avènement. Bien entendu ces schémas caricaturaux sont des raccourcis non sans écueils. L'idée d'un médecin gestionnaire n'est ni souhaitée ni recherchée. Chacun sait trop les différences fondamentales entre ces fonctions et la difficulté de gérer ces «

dédoublings de personnalité ». Mais l'intention est là, il s'agit bien, autant que faire se peut, de rapprocher les préoccupations des uns des impératifs des autres.

C) inclure les acteurs

La question fondamentale suivante est donc logiquement de savoir quels moyens peuvent être mis à disposition pour faire vivre l'outil, comment faire vivre le dialogue et inclure au maximum les acteurs dans le dispositif.

Des moments privilégiés d'échange doivent être ménagés afin de permettre à chacun de s'exprimer et de comprendre les éléments avancés. Ainsi, au CH de B. les résultats sont-ils mis en scène. La présentation des chiffres est l'occasion de réunir le pôle ou le service. Ces rendez-vous sont rares (deux par an) et sont encadrés de solennité. Sont conviés : le responsable de pôle, les chefs de service, les cadres, le chef d'établissement, la Direction des soins, le président de la CME, le responsable qualité, le responsable du SIH, le responsable du CLIN, le DIM et le responsable des tableaux de bord. Une certaine réticence des acteurs est quasi systématiquement exprimée avant la réunion mais s'évanouit rapidement. Les chiffres étaient jusqu'il y a peu découverts par tous en même temps afin de permettre une certaine spontanéité. Certains sont parfois contestés mais le SI offre la possibilité de « zoomer » sur certains chiffres afin d'en obtenir les détails. La difficulté réside bien souvent dans l'équilibre nécessaire entre la mise en avant de résultats insatisfaisants et le souci de ne pas heurter les interlocuteurs. Le risque de gripper les rouages en mettant chacun en situation d'accusé est en effet évident. Les effets attendus seraient alors remis en cause.

Pour les établissements moins avancés dans le dispositif, il semble opportun de mettre en place un comité de pilotage chargé de valider les avancées méthodologiques. Celui-ci pourrait aussi collaborer à la conception d'un échéancier de valorisation future des prestations internes ou encore apporter une expertise sur les moyens potentiels pour améliorer le chaînage de l'information. A terme, il pourrait même lui revenir la charge de contribuer à l'élaboration des mesures correctrices à adopter en tant que cellule experte chargée de l'interface contrôle de gestion / services.

A défaut de la mise en place d'une telle structure, il conviendra de veiller à ce que tous les responsables puissent obtenir des explications aussi précises et rapides que possibles

¹⁸ GUIHENEUF Y., 1992, L'or de la santé et l'argent de la médecine, ENSP, 111 p.

sur les facteurs clés des résultats. Dans ce cadre, le rôle du contrôle de gestion et du DIM devient crucial. Le risque principal étant alors l'engorgement de ces services par des demandes « tous azimuts ». Le temps disponible pour le dialogue de gestion est, de façon générale, un problème évident compte tenu des impératifs multiples dans des hôpitaux de petite ou moyenne taille. Le DIM et le contrôle de gestion sont en effet à la fois des experts, des pilotes et des techniciens. Les responsables de pôle sont des managers à mi-temps appelés à intervenir sur tous les fronts à la fois. Les directeurs sont tout autant managers de Direction que référents de pôle cliniques et/ou administratifs... Il conviendrait donc soit de canaliser le flux (forcément important au moment de la publication des premiers résultats) soit d'ordonner les priorités de réflexion et d'action nécessaires au vu des résultats.

Une première approximation pour expliquer les résultats du pôle un peu plus profondément peut être apportée par la réalisation de TCCM. Ceux-ci ont en effet l'avantage d'être (relativement) facilement réalisables à partir des données du CRÉA. Certains établissements tentent même, non sans succès, de faire converger les deux outils. Les TCCM ont en effet pour avantage d'être de quasi études de micro-costing à moindre coût. Le problème de leur réalisation tient à des configurations de pôles particulières (pôles mixtes). Ainsi, comment y intégrer les prestataires médico-techniques ? Une solution pourrait venir de la réunion des tomes I et II au sein d'un même document. Les prestataires médico-techniques seraient donc valorisés sur la base des éléments de la base d'Angers à titre indicatif.

Ces éléments constituent donc les bases essentielles pour permettre à l'outil de remplir pleinement ses objectifs. Les difficultés rencontrées sont donc potentiellement nombreuses. Les interrogations ne le sont d'ailleurs pas moins. Il semble pour ces raisons indispensable de nouer un dialogue constructif avec les responsables concernés. Ce dialogue sera d'ailleurs d'autant plus enrichissant que celui-ci permettra éventuellement de résoudre les difficultés techniques rencontrées dans l'élaboration des résultats.

2.2 La valorisation des prestations internes: éléments techniques

2.2.1 Des prestations : oui mais, lesquelles ?

Il semble bien délicat de dresser un tableau exhaustif des prestations à valoriser. Tout dépend naturellement de la définition de départ que l'on pose. S'agit-il de « toutes celles

qui contribuent à la prise en charge »¹⁹ (quelles sont celles n'y contribuant pas ?), de « toutes celles contenues dans les GHS »²⁰ (les prestations financées par les MIGAC sont-elles gratuites ?) ou encore de « toutes celles que les acteurs souhaitent valoriser ? » (la liste est donc subjective et donc établissement dépendant, pour détourner la formule consacrée)... En cette matière comme pour tant d'autres, l'évidence est donc la chose la moins partagée.

Toujours est-il que certaines semblent plus incontournables que d'autres à valoriser compte tenu de leur rareté, de leur montant, de la possibilité d'influencer leur consommation, de la nécessité pour assurer l'équilibre financier d'un pôle, de la volonté de faire naître une relation client-fournisseur, du symbole que l'on souhaite afficher, du risque à en oublier une qui serait particulièrement importante aux yeux des interlocuteurs...

Pour tenter de réconcilier ces points de vue nous proposons de partir de l'idée qu'il convient de prendre en compte toutes les prestations dont la valorisation permet de connaître et de reconnaître la valeur ajoutée dans l'organisation des soins et potentiellement d'agir sur sa consommation. En un mot, toutes les prestations dont l'évaluation apporte un bénéfice quelconque.

A) prestations médico-techniques et logistique médicale

Les prestations médico-techniques et de logistique médicale constituent l'exemple typique des valorisations incontournables. L'importance à accorder à ces prestations est d'autant plus cruciale que plus d'un établissement sur deux inclut ces prestataires dans des pôles mixtes. Dans ce cas en effet, la nécessité d'assurer tant l'équilibre financier des pôles concernés que l'équité impose de valoriser ces prestations. Les questions autour du coût ou du prix (fondamental lorsqu'un intéressement est mis en place) seront développées ultérieurement.

Contrairement aux apparences si l'évidence de l'utilité d'une telle valorisation est prégnante, les modalités techniques sont plus délicates à mettre en œuvre. En effet, il est parfois délicat de connaître les consommations réelles des pôles ou parfois de déterminer

¹⁹ Définition la plus souvent proposée par les interlocuteurs

²⁰ Définition proposée par le Dr W.

le coût des prestataires. Les établissements remplissant systématiquement leur CAR ou participant à l'ENC seront évidemment avantagés puisque des bases seront déjà posées.

Le guide MEAH mentionne comme prestataires médico-techniques et de logistique médicale :

- La pharmacie
- Le service biomédical
- Le service d'hygiène
- La stérilisation
- Le(s) bloc(s)
- Le laboratoire
- L'imagerie
- La dialyse et la radiothérapie
- Les explorations fonctionnelles etc...

Au CHIC, ces deux dernières catégories n'ont pas encore été valorisées compte tenu du faible recours à ces prestataires d'un pôle à l'autre.

Mais ont en outre été valorisées sur le même principe (charges induites) :

- Le DIM
- Le pool secrétaires médicales
- Le service de brancardage
- Le service des ambulances
- Le service social
- Le service diététique
- L'hémovigilance

Le choix de valoriser ces services était dû au fait que les ressources mobilisées pour ces prestations étaient conséquentes et/ou qu'ils étaient hébergés sur des pôles ne bénéficiant aucunement des prestations.

Si certains services peuvent être aisément valorisés et leurs coûts répartis en raison d'une bonne informatisation (laboratoire, imagerie), la situation est plus complexe pour d'autres. Des clés de répartition comme le nombre d'entrées, le nombre de RUM ou équivalents, les vacations offertes (bloc) sont aisément déployables. Néanmoins, trois cas montrent que les valorisations sont parfois délicates à mettre en œuvre.

Ainsi, l'établissement bénéficiait de statistiques fiables concernant les entrées d'hospitalisés par les urgences mais rien ne permettait de savoir le nombre d'ICR prescrit aux urgences à ces patients. Or, le calcul du montant des GHS à reverser aux urgences ne suffit évidemment pas à couvrir les dépenses engagées. L'établissement a donc eu recours à une base externe (base d'Angers) pour valoriser ce service.

De même, concernant le pool des secrétaires, faut-il répartir les coûts en fonction des « consommations » recensées ou bien sur une autre base ? Partant du principe que les absences donnant lieu à un remplacement ne sont, a priori, pas maîtrisables par les services et que l'essentiel de ces remplacements était lié à l'ARTT, la répartition s'est effectuée sur la base des recours prévisibles des pôles (quotité de temps de remplacement prévisible sur la base de l'ARTT).

En outre, le service de la stérilisation ne suivait pas son activité en volume par UF. Mais uniquement sur la base d'une division entre volumes consommés par le bloc et volumes consommés par les autres services. Le reliquat a donc été réparti au prorata des consommations de PMM non stérile.

B) prestations médicales : une valeur qui n'est pas mineure...

Malgré des volumes et des montants plus limités, les prestations médicales ne sauraient être totalement mises de côté. Leur valeur symbolique pour les interlocuteurs est en effet très importante. Par ailleurs, si celles-ci ne représentent parfois que 0,2 à 0.5% des pôles les plus consommateurs ou producteurs, les sommes en jeu (jusqu'à 50 000 € pour les consultations internes) peuvent faire la différence entre le déficit ou l'excédent, tout en sachant qu'a priori entre la moitié et les trois quarts ne sont pas renseignées dans le SI ou sont erratiques (pas de réciprocité entre le prestataire et le client). En outre, la valorisation des consultations internes ne peut qu'inciter à leur réalisation effective et rapide. La difficulté consiste évidemment à recueillir l'information dans le SI, particulièrement si aucun logiciel ne permet ce recueil à la source.

De même, la difficulté principale quant au recensement de l'hébergement de patients dans des services non idoines tient à la qualité du SI. En l'absence de moyens de repérage de ces situations pourtant courantes, il a été admis que ces situations feraient l'objet d'une valorisation par le biais du logiciel de recueil de l'information sur les consultations internes. Il n'y a donc pas eu d'arbitrage médico-économique sur la question

de la répartition du GHS pour cette situation. La question latente en ce cas est pourtant importante : est-ce la DMS du service sur-occupé qui est trop longue ou le service d'hébergement qui serait sur-doté en lits ?

Dernier point important concernant les prestations médicales : les coopérations inter-hospitalières, c'est-à-dire l'intervention du personnel dans un autre établissement. Ce point est loin d'être mineur tant pour les médecins concernés que pour la Direction. En effet, les médecins dans cette situation souhaitent légitimement voir leur activité reconnue. Or, il est fréquent que ces échanges de bons procédés entre établissements se fassent sans contrepartie financière. Cette valorisation peut donc être une bonne occasion de légitimer l'activité de ces praticiens auprès de leurs confrères d'un même pôle. Mais cela peut aussi être une bonne occasion pour la Direction de s'intéresser aux modalités financières de ces relations. Les questions émergentes étant faut-il valoriser aussi les échanges gracieux ? Les valorisations doivent-elles être évaluées au coût de revient du personnel ou en fonction de la perte de recette induite par ce prêt ? Le risque majeur pourrait néanmoins être de brider les desiderata des praticiens (parfois peu nombreux) souhaitant collaborer à ces échanges. Cependant, le souci de transparence présidant à la valorisation des prestations internes dans le cadre des CRÉA est alors respecté.

C) services administratifs, logistiques et frais de structure

Le cas des services administratifs, délicats à valoriser, a déjà été amplement abordé. Mais outre cet aspect important deux autres points doivent être soulevés. Concernant les prestations hôtelières (nous admettons ici qu'elles font partie des charges administratives non d'un point de vue comptable mais d'un point de vue organisationnel), est-il pertinent de rechercher à les valoriser en fonction des consommations réelles ? D'autre part, est-il pertinent de ventiler une enveloppe dite de « charges administratives et logistiques » ?

Il est clair que le coût de la recherche de l'information concernant les prestations hôtelières (restauration et blanchisserie) paraît à première vue exorbitant. Néanmoins, la baisse des coûts de la technologie offre aussi des opportunités non négligeables. Aujourd'hui, la majorité des établissements a décentralisé les commandes de repas au niveau des services (au moyen de PDA sans fils, grâce aux téléviseurs des patients, etc...). Une méthodologie visant à répartir les coûts de ce service de façon forfaitaire est donc de plus en plus remise en question. Chacun sait que ce qu'il est commun d'appeler le « coulage » est fortement ancré culturellement. A partir de ces éléments, et sachant

que les rappels ne mènent nulle part en cette matière, il peut paraître opportun de mettre en place une « facturation » à la réalité des charges consommées. Le premier ressort de cette dérive étant d'une part la mutualisation et donc l'idée que « ça ne coûte rien de plus » et d'autre part que « les autres font pareil », la tentation peut être bridée si un prix est affecté à chaque consommation. En outre, une ventilation forfaitaire de cette dépense peut entretenir l'idée que la pratique est tacitement admise. En fonction du montant que représente ce poste de dépense et des moyens du SIH, il semble donc intéressant de relier les coûts à la réalité des consommations et de laisser la prise de conscience faire son ouvrage.

Concernant la blanchisserie, la pertinence d'un tel mécanisme est certainement moindre. En effet, les montants en jeu sont plus limités et le « coulage » est nettement plus faible (draps quittant l'établissement avec les ambulances essentiellement). La perspective d'équiper son domicile en linge étiqueté « hôpitaux de France » semblerait peu attractive... En outre, la mise en place de ce mécanisme suppose de ne pas mutualiser les chariots de linge, de pouvoir les peser à l'entrée du service, pour ainsi dire, et de bénéficier d'un logiciel adapté. Les perspectives sont donc nettement moins intéressantes.

Deuxième élément de réflexion : les charges dites « administratives, logistiques et de structure », leurs périmètres respectifs semblent peu parlants aux concernés. Même si ces catégories de dépenses ne constituent pas à proprement parler des prestations internes, elles y sont généralement assimilées en raison de la présence des services de Direction, de l'informatique ou des services techniques. La distinction entre la première catégorie (charges administratives et logistiques) et la seconde (structure) paraît parfois artificielle auprès des interlocuteurs. En outre, ceux-ci sont souvent en attente d'éléments sur le coût des charges administratives car c'est la contrepartie naturelle du jeu de la transparence mutuelle. Il peut donc à première vue sembler intéressant de répartir ces coûts entre les charges « purement administratives » et les charges de logistique et de structure. Le risque qui y est directement lié est important puisque tant la construction que la lisibilité des TCCM s'en ressentira. Par ailleurs, rien n'interdirait à long terme de valoriser les prestations des services logistiques en fonction des consommations réelles. Le risque de perturber la lisibilité de l'historique serait alors important. L'autre solution consiste à indiquer la part (en pourcentage) des « dépenses administratives » dans le premier ensemble.

D) autres cas difficiles

D'autres situations litigieuses peuvent émerger en cours de réalisation des CRÉA et de valorisation des prestations interpolaires. Celles-ci sont en lien mineur avec le sujet traité mais influent considérablement sur l'aspect pédagogique des résultats. Il s'agit des rétrocessions et des recettes exceptionnelles.

Les recettes afférentes aux rétrocessions sont ainsi théoriquement exclues des CRÉA. Mais encore faut-il pouvoir, d'une part, neutraliser la dépense sans erreur. D'autre part les résultats sont alors déconnectés du résultat global de l'établissement (la déconnexion du « budget » de l'établissement est par contre mécanique compte tenu de la neutralisation de la variation des stocks). De même, ne pas prendre en compte les recettes exceptionnelles de l'hôpital modifie le résultat global.

Ces éléments perturbent manifestement les responsables de pôle et les médecins qui ont du mal à comprendre ces subtilités. Si le souhait de jouer la transparence par le dialogue de gestion peut être remis en cause sur ces bases, il convient véritablement de s'interroger sur l'opportunité de ces retraitements.

2.2.2 Le coût ou le prix ?

A) l'orthodoxie : le recours au coût

L'orthodoxie comptable la plus stricte veut que la valorisation des prestations internes (sauf urgences et consultations internes) soit évaluée au coût de revient (« interne », qui plus est) de la production. Ainsi, les dépenses du service de la pharmacie, par exemple, sont déversées sur les pôles cliniques en fonction de leurs consommations respectives de médicaments.

Le premier argument tendant à faire prévaloir cette solution est limpide. Le « saucissonnage » des GHM sur la base des travaux de l'ENC est hérétique car les tarifs ne sont pas le résultat direct des travaux de l'ENC. En effet, les tarifs sont en coûts partiels (car il existe d'autres sources de financement par exemple, parce que les charges financières ne sont pas incluses...). Mais aussi parce que le tarif constitue une modalité naturelle d'orientation des choix médico-économiques (pour pousser les professionnels de santé à privilégier un mode de prise en charge plutôt qu'un autre ou en fonction des

objectifs de santé publique). Et enfin parce que les tarifs sont inexorablement poussés à la baisse (de façon volontariste) tant pour limiter la hausse des dépenses médicales (ONDAM) et financer de nouvelles mesures (voir partie 1) que pour anticiper la mise en place de la convergence. Il conviendrait tout aussi opportunément de rappeler que l'ENC n'est pas d'une précision exemplaire en ce qui concerne le repérage des coûts (ce qui n'enlève d'ailleurs rien à sa pertinence compte tenu de sa destination). Environ 30% des coûts sont repérés précisément. Une bonne partie est par exemple ventilée à la journée.

Un autre écueil provient des délais (2 ans) existant entre les travaux de l'ENC et la publication des tarifs. Ainsi les tarifs se doivent d'avoir deux ans d'avance sur les coûts des hôpitaux. Ils doivent donc anticiper l'inflation, les gains d'efficacité, mais aussi les nouvelles modalités de prise en charge. Ainsi, le tarif repose certes sur le GHM (et donc théoriquement sur la pathologie) mais les nouvelles méthodes de traitement peuvent renchérir ou diminuer les coûts. Ces traitements doivent ainsi être intégrés tous les ans pour répondre à l'innovation et imposent parfois la création d'un GHS. Le tarif doit donc aussi anticiper ces phénomènes. Le tarif n'en est que plus déconnectée de l'échelle ENC.

Chercher à se détacher du coût de revient limite en outre les possibilités de comparaisons entre établissements. En effet, chaque prestation risque d'être valorisée à un « prix maison » (déconnecté des coûts) et le périmètre de ces prestations dont la valorisation est atypique sera au moins aussi variable que le nombre d'établissements hospitaliers.

Des points « litigieux » émergent cependant concernant la valorisation des prestations internes au coût de revient : à quel coût valoriser certaines prestations comme par exemple les prestations médico-techniques... La question est loin d'être anodine malgré les apparences. Ainsi, le guide MEAH préconise de calculer pour ces prestataires « un coût de revient interne ». En effet, le calcul préconisé est :

$$\Sigma \text{ à répartir} = \frac{\text{coûts de production} - \text{recettes de l'activité externe}}{\text{UO produites pour l'activité interne}}$$

Ce faisant, l'idée est de calculer un coût de revient interne sachant que l'activité externe a alors pour objet d'abaisser les coûts de revient internes et « subventionne » donc la consommation interne. Le signal envoyé au prestataire est alors que l'activité externe n'est qu'un moyen de réduire les coûts internes et que son pôle (si le pôle est mixte) n'est ni plus ni moins intéressé qu'un autre à améliorer l'efficacité de cette activité.

Qui plus est, ce calcul ne permet pas au producteur de contribuer (directement) à la marge de son pôle. Cette situation est problématique dans le cas de pôles mixtes puisque certaines activités seulement (services cliniques) y participent. L'orientation fixée par le guide MEAH est néanmoins très logique puisqu'il est théoriquement impossible de calculer un coût complet de ces prestataires (en plus des problèmes déjà évoqués) au moment de la ventilation de cette charge induite. En effet, le coût complet ne peut se calculer qu'après l'étape suivante (ventilation des charges administratives et logistiques et frais de structure).

Néanmoins, le choix retenu au CHIC fut de « mettre sur un pied d'égalité » les prestataires cliniques et médico-techniques. Il a donc été convenu d'affecter à ces prestataires la part de la DAC qui leur revenait (proportionnellement à leur activité externe), puis de répartir les coûts selon la formule suivante :

Σ des coûts à répartir = UO (internes et externes) x coûts de l'UO

Le coût de l'UO était disponible. En effet, l'établissement remplit annuellement son CAR et participe à l'ENC. A partir de ces éléments, il a été possible de calculer un coût complet, en annulant les recettes en atténuation et en ajoutant les charges de logistique, structure et administration. En effet, au CHIC, ces charges sont constituées des résultats agrégés des pôles administratifs, ventilés sur la base des charges directes et indirectes (restauration et blanchisserie, au CHIC) des pôles cliniques et mixtes. Cela suppose néanmoins d'anticiper le montant que ces charges représenteront lors de la dernière étape (surcoût de 20% par Euro de charges directes et indirectes). A terme, il est vraisemblable que l'établissement aura recours à la base d'Angers pour ce calcul afin de gagner en simplicité. L'activité externe (et donc son bénéficiaire potentiel) reste en tout cas acquise aux prestataires et constitue donc leur source d'intéressement.

Cette solution a semblé la moins imparfaite, même si l'inconvénient (outre l'imprécision) lié à la multiplication des modalités de calcul est alors que certaines prestations internes sont valorisées en coûts complets tandis que d'autres ne peuvent l'être. Le risque est donc de ne pas avoir une homogénéité dans les coûts établis. De même, dans le cas des coûts complets, les pôles peuvent avoir l'impression de « payer deux fois la même chose ». Il est vrai en effet que les pôles consommateurs payeront deux fois des charges de même nature (charges administratives et logistiques et frais de structure) même si l'assiette est différente. Cependant, l'égalité serait globalement assurée puisque les pôles cliniques « facturent » eux aussi en coûts complets.

Un problème s'est aussi posé lors de la répartition des coûts du bloc. En effet, pour des raisons de carences du système d'information, la clé de répartition adoptée fut le temps de vacation. Or, cette modalité de répartition a soulevé une vaste problématique. En effet un temps de vacation était étiqueté « urgences ». La question fut donc de savoir qui devait supporter cette charge. Si le label « urgences » semblait désigner naturellement ce service comme étant la source de la charge, la question posée était néanmoins plus vaste : qui doit supporter la charge de la permanence des soins ?

Cette question est loin d'être anodine puisque aujourd'hui les charges liées aux gardes et astreintes sont supportées par les pôles hébergeant les praticiens. Les modalités de répartition de ces frais n'ont pu être tranchées tant celles-ci sont liées aux réponses à de plus vastes questions : si les gardes participent à l'attractivité de l'établissement, celles-ci doivent être mutualisées ; si les gardes et astreintes sont dues à des carences de programmation, celles-ci doivent être supportées par les pôles cliniques « au réel » ; et enfin si les gardes sont liées à des carences extérieures à l'établissement, à qui les faire supporter ?

Si le guide MEAH préconise donc de s'en tenir aux coûts constatés, il n'en reste pas moins qu'il suggère parfois quelques écarts à l'orthodoxie. L'exemple le plus évident est la valorisation des consultations internes au tarif de l'Assurance Maladie (base CCAM). Soit 28€ la CS. Il paraît en effet bien délicat de calculer un coût interne pour cette prestation. L'unité d'œuvre elle-même pose problème. En effet, de nombreuses études médico-économiques ont démontré que le temps passé pour résoudre un cas médical n'était pas représentatif de la valeur économique associée. Mais la complexité du cas ne l'est pas davantage... C'est d'ailleurs pourquoi l'AM retient le forfait comme principe de facturation. Il n'est donc pas moins logique de retenir ce principe pour facturer les consultations internes.

Enfin, dernier cas dans lequel il peut être opportun de s'écarter du coût de la prestation : les urgences. Les modalités de facturation de ce service sont extrêmement complexes. Rappelons quand même que la difficulté réside dans la valorisation des passages de patients entrés par les urgences puis hospitalisés. En effet, dans ces situations, la rétribution des urgences est incluse dans le GHS. Partant de ce constat, trois solutions majeures se dégagent (voir annexes du guide consacrées à la question pour encore plus de variantes). Il s'agit soit de constituer un forfait « maison » (2 CS, 3 CS...) soit de reverser aux urgences une partie du GHS (via la décomposition des coûts de l'ENC) soit de ventiler le « reliquat des coûts du service ». Le modèle enrichi ajoute à ce montant les prescriptions effectuées (et affectées) au service des urgences.

Cependant, si l'on recherche la précision tous ces modèles sont imparfaits. En effet, tous les établissements, qu'ils soient ou non dotés d'un service d'urgence, perçoivent la part du GHS revenant aux urgences. Il est donc théoriquement possible de réincorporer les parts de GHS des établissements (publics et privés) du secteur sanitaire non dotés de services d'urgences pondérés par les taux d'attractivité respectifs afin d'obtenir une idée précise du manque à gagner du service. A titre d'information, le montant de la part des tarifs affectée aux urgences au niveau national est tout de même d'environ 220 000 000€ (en moyenne 7,5€ par GHM pondéré par son volume respectif et dans le public : voir statistiques de l'ATIH (<http://stats.atih.sante.fr/mco/casemixone.php>)). Si la réincorporation de ces montants dans le calcul du coût des urgences paraît être un enjeu dérisoire, il n'en reste pas moins que ces informations pourraient être soulevées lors de la renégociation des enveloppes MIGAC²¹.

B) la mise en tension et l'imagination : le recours aux prix

Comme exposé ci-dessus, le coût n'est donc pas forcément le seul moyen de valorisation des prestations internes. Il convient donc maintenant de passer « du côté hérétique » de la valorisation des prestations interpolaires : le prix. Il convient de balayer l'idée que la mise en place de prix plutôt que de coûts déconnecterait les résultats polaires du résultat de l'établissement. Tant que la réciprocité prix-paiement est assurée (c'est-à-dire tant qu'une prestation en recettes a une contrepartie du côté des dépenses d'un autre pôle), il est possible de boucler sur le résultat de l'hôpital. Par contre l'on s'éloigne mécaniquement des montants mentionnés à l'EPRD. Cependant, la déconnexion entre les CREA et les montants de l'EPRD est inévitable en raison de la neutralisation nécessaire de la variation des stocks (si l'on effectue des neutralisations a minima puisqu'il conviendrait aussi d'exclure rétrocessions et recettes exceptionnelles), cette « seconde déconnexion » ne sera donc pas si dramatique de ce point de vue. L'opportunité de passer du coût au prix et donc de la valorisation à la facturation tiendra plutôt aux réponses apportées à plusieurs questions :

- La CANAH enrichit-elle la gestion par sa précision et sa proximité avec la réalité ou par son inventivité, l'imagination qu'elle autorise et la rupture avec la rigueur comptable ?
- Le prix est-il un acte politique (c'est le cas au niveau national) ?
- Est-ce le prix ou le coût qui permet « la mise en tension » (recherche de gains d'efficience) ?

- Le prix est-il plus régulateur que le coût (arbitrages médico-économiques sur la base de la rareté, la rapidité d'exécution de la prestation, l'avantage donné à un examen plutôt qu'un autre) ?
- Le prix peut-il pallier des carences du SIH (recours aux valeurs de la base d'Angers pour facturer des prestations) ?

La réponse à la première question est aussi variable que complexe. Le coût permet ainsi de connaître la réalité de ce qui se déroule sur le terrain. Or, compte tenu de la mise en place récente des pôles, toute l'information nécessaire à une analyse pertinente du fonctionnement des pôles n'est pas disponible. Le coût s'avère alors être un bon instrument de compréhension du fonctionnement des pôles. La prise de distance avec la rigueur nuit en plus à la faculté de comparaison. En outre, en facturant les prestations à un coût national, le risque est de pénaliser le producteur plutôt que le consommateur, si tant est que les surcoûts soient liés à une surconsommation. Enfin et surtout, la comparaison entre coûts locaux et coûts nationaux appartient normalement et naturellement au TCCM et non pas au CRÉA. A contrario, la prise de distance avec la rigueur comptable permet de renforcer l'adhésion interne si les modalités de calcul retenues sont plus pertinentes compte tenu des modes d'organisation interne (valorisation des services administratifs par exemple). De même, la référence à un prix national « objectif » (c'est-à-dire un prix cible et un prix objectif) peut provoquer une réaction rapide du côté du producteur puisque ses surcoûts (quels qu'en soient les sources) pénalisent mécaniquement son intéressement. Les résultats des TCCM semblent en effet moins suivis d'effet (voir partie 1). Dernier élément, l'imagination permet d'envisager bien plus de situations que l'utilisation du coût. Ce point en lui-même ouvre donc des perspectives très variées (mais d'ailleurs pas sans effets sur la qualité potentielle de la prise en charge, voir sous-partie 2.2.3.C...).

Le choix du prix plus que du coût n'est pas condamnable en soi puisque le régulateur au niveau national a clairement orienté sa position dans le sens de l'acte politique. La santé n'étant pas un secteur où le jeu du marché peut s'exprimer dans le respect de l'équilibre offre/demande et conformément aux optimums parétiens (voir partie 1), tout économiste conviendra dès lors de la nécessité d'une régulation quelque en soit la forme. Le prix a dans ce cas l'intérêt de baser la régulation sur un élément objectif et externe aux acteurs, ce qui limite, théoriquement, les externalités négatives (échanges de bons procédés sur la

²¹ Il est probable que la moyenne par GHM pondéré d'un établissement disposant d'un service d'urgence soit plus élevée puisqu'en ce cas le case-mix est logiquement orienté dans le sens d'une prise en charge de patients urgents.

base d'affinités réciproques, sur la base de l'urgence ressentie par les prestataires...). Qui plus est, la fixation d'un prix permet de lisser les effets de modification de la structure des coûts des prestataires. En situation de ventilation des coûts, les prix varient en effet chaque année. Cela supposera néanmoins de résister à la tentation bien naturelle d'agir fréquemment sur les prix (cf. tarifs du Ministère).

La question de la mise en tension a déjà été largement abordée mais il convient d'y revenir tant elle se situe au cœur du système de la valorisation. Le pari de la mise en tension pour rechercher des effets sur les coûts est certes logique mais il convient néanmoins d'en souligner limites et avantages. Le premier risque est de « mettre à genoux » un prestataire déjà fragilisé si le tarif appliqué s'avère trop bas. Or, tous les professionnels ont intérêt à s'appuyer sur des prestataires robustes. Qui plus est, il est rare que les prestataires peu efficaces puissent passer longtemps inaperçus. A contrario, le recours à un prix peut être salvateur si les coûts se dégradent lentement mais sûrement ou encore si le prestataire maintient une tendance inertielle. Dans une optique de « challenging » (mise en concurrence avec un prestataire extérieur équivalent) de la structure on peut donc imaginer aligner le prix interne du prestataire sur les tarifs de ville. Pour résoudre la question du coût de la permanence de soins (voir plus haut) on peut même imaginer d'y ajouter les majorations idoines.

Si l'on souhaite se « rapprocher de la réalité » hospitalière et/ou enclencher une dynamique d'efficacité prudente, il est possible d'appliquer en interne les prix de vente des hôpitaux alentours fournisseurs de prestations à d'autres EPS. En effet, le prix est « plus proche de la réalité » dans le sens où il s'agit de structures équivalentes (EPS). De même, appliquer le tarif de ville peut sembler inopportun puisque, a priori, l'intérêt d'avoir un prestataire interne repose sur la perspective de réaliser des économies par rapport aux tarifs de ville. Dans le cas d'un prestataire avec un surcoût élevé, ces choix peuvent enclencher une dynamique puisque l'on peut imaginer plusieurs étapes. Dans un premier temps application du tarif de ville, puis application du prix pratiqué par les EPS alentours, puis application du coût constaté dans l'ENC, etc...

Si les surcoûts sont dus à une situation de surconsommation interne pesant sur les marges, le recours à un prix extérieur permet au prestataire d'objectiver les arbitrages nécessaires entre prestations superflues et indispensables. Combien de demandes d'exams (ou de toute autre prestation d'ailleurs) sont aujourd'hui doublonnées à l'insu de tous ou même sciemment ?

L'arbitrage médico-économique est ainsi l'objet même du jeu de la valorisation des prestations. A ce titre, plusieurs situations peuvent amener à valoriser les prestations à un prix objectif plutôt qu'au coût. Le volume consommé d'un examen ou d'une prestation rare (IRM par exemple ou encore recours à des consultations internes de spécialités très demandées mais peu disponibles) peut être utilement influencé par le prix. L'arbitrage que le demandeur aura à opérer prendra donc en compte le prix. Les patients nécessitant le recours à une consultation de spécialité rare très demandée pourront donc être réorientés vers une consultation externe, en fonction de leur état. Si l'on prend en compte le fait que le but essentiel est de susciter une réflexion sur l'utilité d'une prestation plutôt que de rester dans la sempiternelle sollicitation, la valorisation retrouve une dimension régulatrice.

De même, la valorisation à un prix ad hoc permet de résoudre des problèmes d'organisation. L'engorgement des services d'imagerie ou du laboratoire par des demandes qui sont « toutes urgentes » peut ainsi être régulé par le biais de prix différenciés.

Enfin, le prix peut permettre de pallier à des carences du SI. Ainsi, au CHIC, la rétribution des urgences pour les patients hospitalisés et entrés par le service est valorisée au coût moyen de la base d'Angers. En effet, il n'était pas possible de repérer aisément les coûts des examens réalisés aux urgences pour des patients ensuite hospitalisés. Or, le prix fixé grâce à la base d'Angers est un coût complet (incluant les examens et même des coûts de bloc). Cette modalité de valorisation n'est pas idéale car il est fort probable que le traitement d'un patient hospitalisé par la suite ou celui d'un simple passage impliquent des coûts différents. Néanmoins, cette référence permet de pallier les carences existantes et constitue une première approximation convenable.

Pour tenter une synthèse délicate, il semble intéressant de ne pas privilégier nécessairement une méthode plutôt qu'une autre. L'approche doit être pragmatique. Il peut être utile de s'éloigner, ponctuellement, des recommandations du Guide. Il convient cependant de s'interroger sur l'acceptation par les acteurs d'une régulation médico-économique avant tout choix quant à une référence de valorisation (prix ou coût). Si celle-ci n'est pas acquise, il convient alors de s'attacher à la méthodologie préconisée nationalement. La mise en avant d'un prix « objectif » est en outre permise par les TCCM.

2.2.3 Faut-il redouter le « tout financier » ?

A) garantir l'unité de l'institution

Il convient maintenant de souligner les limites de la valorisation des prestations internes. Celles-ci ne sont pas sans importance puisque que les externalités négatives de la valorisation des prestations peuvent remettre en cause l'unité de l'institution, mais aussi parce que le système peut être partiellement détourné et qu'enfin les effets sur la qualité de la prise en charge sont complexes à anticiper. Tous ces éléments perturbateurs dépendent bien entendu de l'agrégation de choix individuels qui ne sont pas coopératifs dans ces cas.

Tout d'abord, le risque de déstabiliser les fondements et les valeurs de l'institution est loin d'être négligeable. Ainsi, le risque de fraude est important si les acteurs refusent le jeu de la confiance. C'est d'ailleurs la première crainte exprimée par les responsables de pôle. En effet, personne ne pourra vérifier la matérialité de l'examen (consultation interne par exemple) déclaré dans le SI. N'oublions pas non plus la question ouverte sur le lien entre la qualité de la prestation et son prix.

De même, si l'espoir consiste à opérer une régulation des consommations grâce à la valorisation, rien ne permet de garantir que l'effet inverse n'aura pas lieu. Si les acteurs découvrent qu'une prestation coûte moins cher que l'idée qu'ils s'en faisaient, son volume pourrait s'accroître. Cet élément est d'ailleurs à relier au risque inflationniste qui existe si un prestataire décide de mener une « politique marketing offensive ». Le risque inflationniste est d'ailleurs analogue à celui lié à la mise en œuvre de la T2A.

Autre écueil : la mise en concurrence « invisible » des prestataires internes avec des prestataires extérieurs. En effet, les hôpitaux ont fréquemment recours à des prestataires extérieurs à l'établissement et l'on peut imaginer que les pôles consommateurs puissent s'approvisionner auprès d'eux au meilleur coût et en toute discrétion (comment repérer dans une pile de factures celles qui sont légitimes des autres ?). Ce risque est d'autant plus pernicieux que de telles méthodes contourneraient l'engagement contractuel de préserver l'unité institutionnelle. Contrairement aux apparences, de nombreuses prestations peuvent être externalisées à l'insu de tous. En voici quelques-unes :

- Les examens (biologie, imagerie) réalisés à l'extérieur au motif que les prestataires internes ne peuvent faire face à la demande ;

- Les examens complexes ou nécessitant des moyens spécifiques non disponibles en interne ;
- Les numérations pour un « go » effectuées la veille en ville;
- Le cas des rétrocessions inter-établissements. On peut ainsi imaginer qu'un pôle consommateur, voire la pharmacie se fournisse directement auprès d'un autre hôpital pour des médicaments chers ou coûteux (préparations magistrales, poches de chimiothérapie ou molécules onéreuses, avec l'idée d'accroître le bonus). Les prestations seraient alors valorisées à un prix interne potentiellement supérieur au coût d'achat... Ces externalisations invisibles poseraient alors la question de l'avenir du prestataire et des agents qu'il emploie. Paradoxalement, même sans utilisation détournée du système, l'avenir de certains emplois peut se poser dans des établissements particulièrement grands où les effets de la régulation seraient conséquents en volume. Comment réaffecter des techniciens de laboratoire, par exemple, si les consommations venaient à décroître (même de quelques pourcents) suffisamment pour remettre en cause un ou plusieurs postes ?

Plus couramment, le risque principal est de faire naître un clivage entre « bons et mauvais élèves », du point de vue des acteurs, particulièrement si une mésentente préexistait. Le risque d'implosion du projet d'établissement est dans ce cas loin d'être négligeable, surtout si les pôles bénéficiaires refusent de mutualiser leurs excédents avec les pôles déficitaires. Que voudraient alors les orientations stratégiques de l'établissement ou bien les nécessités de santé publique ?

B) limites techniques et humaines

Il convient aussi de fixer des limites raisonnables. Il serait ainsi contre productif de demander un reporting exhaustif et permanent de la part des agents. Il faut ainsi admettre que tout ne pourra être valorisé. Faut-il par exemple « chronométrer » l'aide ponctuelle que peut apporter le soignant d'un service à un autre service (en raison d'une absence imprévue, d'un déséquilibre ponctuel de la charge entre services) ? Le risque serait alors de brider le sens de la réforme, c'est-à-dire la recherche de synergies entre services grâce au décloisonnement.

D'autres limites techniques et humaines plus complexes à appréhender peuvent mettre à mal la notion de prestations interpolaires. Ainsi, qu'en est-il des recettes « encaissées » par certains pôles pour d'autres ? En effet, les DMI et molécules onéreuses sont considérées comme des recettes directes dans les CRÉA. Cependant, en réalité, la

pharmacie s'occupe de déclarer ces charges afin d'en récupérer la recette, mais que faire si ces déclarations sont erronées ou incomplètes ? Ne faudrait-il pas plutôt considérer que la recette du côté du pôle clinique doit être systématique et que l'éventuelle moins value doit être encaissée par le prestataire ? En ce cas, implicitement, une valeur ajoutée est alors reconnue à la pharmacie... En bref, comment s'assurer que, dans ce type de relations particulières, le prestataire ne sera pas désintéressé d'une gestion convenable ? La question reste ouverte et constitue une limite humaine et technique à la valorisation des prestations. Cet exemple original démontre en tout cas que la valorisation des prestations internes ne peut englober la totalité des relations client-fournisseur. Les limites doivent pour l'instant être acceptées.

C) conséquences sur la qualité

Une question non moins complexe tient à la relation que peut entretenir la valorisation des prestations avec la qualité offerte au patient. Si au niveau macro-économique il ne fait aucun doute que l'économie est non seulement liée à la qualité mais est surtout son gage, il paraît plus délicat de généraliser cette évidence au niveau micro-économique lorsque toutes les externalités ne sont pas intégrables dans un coût.

Ainsi, au niveau macro-économique il est évident, voire tautologique, d'affirmer que le meilleur niveau de santé est obtenu lorsque l'on optimise l'utilisation des ressources. L'erreur fondamentale est alors de comprendre que l'économie de moyens est gage de qualité. Il n'en est rien. En effet, au niveau macro-économique, toutes les externalités peuvent être intégrées dans le calcul économique. Ainsi, si les interventions chirurgicales par voie ouverte sont les plus « économiques » (peu coûteuses), il n'en reste pas moins qu'elles sont les plus coûteuses globalement car il faut prendre en compte dans le calcul : le temps passé à l'hôpital (hausse de la DMS), les risques accrus d'infections nosocomiales, le coût de l'arrêt de travail, mais aussi prendre en compte la satisfaction du patient, qui elle aussi a un coût économique (plus ou moins directement mesurées par les QALY, DALY, fonctions d'utilité)...

Au niveau micro-économique, par contre, la relation est moins probante car il n'est pas possible d'internaliser les externalités. Si tout le monde s'accorde en général pour dire que l'efficacité n'a jamais nuit à la prise en charge des patients, il convient tout de même de reconnaître que l'instauration de coûts constitue mécaniquement un signal sur les moyens à mettre en œuvre dans le cadre d'une pathologie. Partant, un risque de dégradation de la qualité de prise en charge peut exister.

En dehors des prestations internes, des exemples micro-économiques contradictoires peuvent être avancés. Ainsi, en clinique, les patients admis pour des problèmes circulatoires et risquant l'amputation font deux séjours. Au cours du premier on tente de sauver le membre puis le patient est envoyé en long séjour pour ne pas mobiliser un lit (limitation des coûts). Mais en cas d'échec du traitement, le patient est à nouveau admis pour amputation. Le patient est donc transféré à deux reprises, parcourt trois structures et la qualité du suivi médical en long séjour est nécessairement moindre. Cependant, cette situation est rationnelle économiquement. Autre exemple qui, au contraire, tend à démontrer un lien positif entre les questions économiques et les préoccupations de qualité : un dossier médical rempli convenablement est gage de qualité pour le patient et contribue aussi à un codage pertinent²².

Concernant les prestations internes, une première externalité négative peut être la réticence à réaliser une consultation interne au motif que celle-ci n'est pas assez rémunératrice. Dans le meilleur des cas, le patient peut être invité à passer par une consultation externe, voire on organise le transfert du patient dans le service. Réciproquement, le praticien peut hésiter à recourir à une consultation compte tenu des coûts engendrés. De même, les prestataires internes peuvent être poussés à réduire leurs coûts. Le risque est alors de s'orienter vers la solution de facilité : l'économie de moyens plutôt que l'amélioration de l'efficacité... Le bloc pourrait ainsi être incité à réduire son personnel ou bien mutualiser les moyens sur plusieurs vacations opératoires plutôt que d'inciter les chirurgiens à optimiser leurs programmations. On constate sur certains sites que le pic d'interventions programmées (du début au milieu de semaine) coïncide avec le pic d'interventions non programmées. L'idée latente étant de ménager une fin de semaine moins rythmée. On peut aussi imaginer des effets d'aubaine avantageux. Ainsi, si l'on établit des prix différenciés pour les prestations médico-techniques en fonction de l'urgence, il est possible d'imaginer que le prestataire cherchera à concentrer ses moyens sur ces demandes et traitera les autres moins rapidement. Au final, toutes les prestations risqueront d'être demandées en urgence, les délais des résultats seront alors globalement accrus mais le prestataire empochera une plus-value...

A contrario, l'exemple des modalités de calcul des coûts du bloc à B démontre que des effets induits sur la qualité peuvent exister (voir partie précédente). De même, toujours à B., la programmation tardive des opérations les plus complexes était tout à la fois coûteuse pour l'établissement et négative en termes de qualité de prise en charge. Ainsi, les patients sortis tardivement regagnaient la réanimation plutôt que le service de

²² Exemple fourni par le Dr F.

chirurgie. Or, cette situation engendrait un surcoût conséquent et exposait les patients à un risque d'infection nosocomiale accru.

Il est donc délicat de prédire de façon certaine que la valorisation des prestations aura des effets positifs sur la qualité de la prise en charge. La question logique étant alors de savoir s'il faut tenter de pénaliser les mauvaises pratiques médico-économiques. A l'heure actuelle, chercher à mettre en place de tels mécanismes (pénalisation des examens doublonnés par exemple) paraît très complexe. Tout le monde souligne en outre que généralement la sanction est mécanique (deux prestations facturées).

Il semble donc important de rappeler que la valorisation des prestations induites n'a pas pour destination l'amélioration de la qualité de prise en charge. Des outils adaptés existent et doivent être mis en place en parallèle pour se prémunir des errements.

L'exemple des établissements plus avancés démontre cependant que des gains induits en termes de qualité ont tendance à se matérialiser. Les gains financiers portent en effet fréquemment sur la sur-qualité ou sur la sous-qualité lorsque ses effets sont internalisés. De façon générale, il convient de faire confiance au discernement des professionnels quand il s'agit d'arbitrer dans des situations délicates (l'idée de mettre en œuvre des examens gradués pour un patient en détresse vitale paraîtrait à tous aussi saugrenue que dangereuse). Le risque d'une recherche consciente d'effets d'aubaine est par ailleurs peu vraisemblable.

S'il est parfois délicat de trancher certains dilemmes tel le choix du coût ou du prix, ceux-ci ont néanmoins la vertu d'entretenir la réflexion autour de l'outil. En effet, le risque d'être victime de la routine est l'écueil principal dans le cycle de vie de ce mécanisme. La valorisation des prestations internes perdrait alors logiquement sa dimension régulatrice. La question d'un éventuel effet ballon de baudruche des CRÉA est donc posée.

Conclusion

Si les effets potentiels du système sont importants, la valorisation des prestations internes pourrait n'avoir qu'un effet temporaire. Il est quasiment certain cependant que l'impact de cet outil sera décisif dans les établissements où les acteurs de la nouvelle gouvernance sont réceptifs au dialogue de gestion. Les exemples des autres établissements sont suffisamment nombreux pour en démontrer l'intérêt. Ceux-ci indiquent que les responsables ont manifestement intégré ces outils à leur gestion. Il importera donc de s'appuyer sur ces personnels, véritables moteurs pour amener les plus réticents à l'utilisation proactive de ces résultats, mais il conviendra aussi d'entretenir une constante nouveauté.

En effet, le risque peut être de tomber dans la routine. Les résultats ne seraient alors plus analysés mais simplement observés durant le temps de la présentation pour ensuite laisser la place aux préoccupations quotidiennes.

Afin de conserver un effet d'impact adéquat, le CH de B. ne présente ainsi les résultats que deux fois par an. Un certain décorum peut aussi accompagner la présentation des chiffres pour se préserver de la routine. Les responsables de pôle peuvent être consultés ponctuellement sur des avancées méthodologiques afin d'enrichir le modèle. Ils peuvent aussi être sollicités pour aider à envisager les moyens à mettre en place pour fiabiliser les informations, améliorer leur pertinence, prioriser les améliorations à opérer... Il importe en tout cas de perpétuer un certain dynamisme. Un échéancier des prestations à valoriser peut aussi contribuer à entretenir l'intérêt autour des résultats. Pour plagier la devise de la T2A il est important « d'avancer en marchant ».

A ce titre, la perspective de la valorisation des « prestations administratives » sera très attendue des « deux côtés de la barrière ». Ce moment constituera certainement un nouveau tournant de la valorisation des prestations internes et relancera indubitablement la machine si celle-ci devait s'essouffler. La base d'Angers est pour l'instant la meilleure piste de recherche dans cette direction et, malgré la difficulté, il conviendra de franchir l'obstacle.

En outre, la principale difficulté à pérenniser la valorisation des prestations internes serait plutôt liée, d'après certains interviewés, à une prise de risque imposée à l'administration et/ou à une remise en cause apparente du pouvoir de la Direction plutôt qu'aux contraintes techniques.

En effet, les réticences du côté du personnel administratif sont nombreuses. Le principal obstacle à franchir est la réalisation matérielle de la valorisation des prestations. Or, le risque d'erreur dans les imputations est assez important, ce qui bride d'autant des directions habituées à la rigueur comptable. Tous savent en outre parfaitement bien que les chiffres ainsi que la méthodologie seront examinés minutieusement lors de leur présentation. Une remise en cause des résultats et un retour à la case départ est un scénario assez probable. En effet, comme le soulignent parfois malicieusement certains praticiens, si une marge d'erreur de 10% est acceptable du point de vue des comptes (analytiques), une telle marge serait inacceptable en médecine. La difficulté de faire saisir que la précision est souvent le pire ennemi de l'efficacité en comptabilité analytique est évidente. De telles réactions, par ailleurs compréhensibles lorsque l'on ne mesure pas la difficulté de regrouper les sources d'information, sont bien évidemment de nature à décourager la détermination nécessaire pour mener à bien un tel projet.

En outre, le sentiment d'une dépossession du pouvoir de l'administration ne doit pas être sous-estimé. Dans les établissements où la valorisation est déjà en place, les responsables de pôle passent parfois plus de temps que les services financiers à analyser les chiffres à disposition. Le sentiment d'une remise en cause du statut d'expert peut donc émerger. De même, le système impose à chacun de jouer la transparence, ce qui permet donc de demander des comptes mais impose aussi de devoir justifier ses choix. Le monopole des chiffres s'effondre donc en même temps. Cette déconstruction peut perturber le positionnement des Directions. En effet, le temps du monologue de la DAF sur les questions de chiffres (fréquemment lié au manque d'intérêt du côté des interlocuteurs) est révolu, un nouveau positionnement stratégique de cette direction est donc nécessaire. Il convient en effet de l'orienter dorénavant vers un dialogue services/direction.

Il faut enfin admettre que le jeu de la transparence remettra totalement en cause certaines habitudes régaliennes. Ainsi, l'équilibrage financier de tel projet et/ou service ne pourra plus être opéré sans l'accord des responsables des pôles concernés. L'idée de la mise en place d'un système de type « Big Brother » où chacun observe les décisions de tous est nécessairement difficile à accepter. Des réticences émergent donc naturellement.

Il est délicat de se prononcer sur l'avenir de ce mécanisme et sur sa généralisation parce que sa destinée est aussi fondamentalement liée à celle de la délégation de gestion et des CRÉA. Dans cette perspective, la question émergente serait plutôt de savoir si la délégation de gestion peut véritablement modifier la gestion et le management des EPS ?

Force est de constater que tous les établissements qui ont mis en place un dialogue de gestion associé à des outils idoines ont constaté des effets positifs et parfois même étonnants dans la gestion hospitalière. En effet, la majorité des acteurs de la nouvelle gouvernance s'en sont saisis.

De nombreux bouleversements sont en tout cas à attendre. Un repositionnement des services administratifs rapprochés du rôle de soutien opérationnel et du triptyque expertise-conseil-contrôle est plus que probable pour les établissements les plus avancés. Les gains d'efficience pour ces établissements seront vraisemblablement plus forts que ceux qui resteront sur les modalités de gestion actuelles.

La valorisation des prestations interpolaires constitue donc un outil de régulation médico-économique au potentiel important. Un certain nombre de pré requis sont néanmoins nécessaires afin de permettre une réelle efficacité de l'outil. De même, puisque les effets reposent avant tout sur le pari qu'un cheminement intellectuel aura lieu chez les professionnels, il convient de s'attacher à l'aspect pédagogique de la démarche et de le promouvoir en conséquence. En outre, cet outil peut jouer le rôle de catalyseur de la délégation de gestion compte tenu de la lisibilité intuitive des résultats.

Quant à l'avenir de la valorisation, tout porte à croire que les établissements fortement engagés dans cette voie chercheront à valoriser un nombre croissant de prestations. L'enjeu est tout autant symbolique (cas des services administratifs) que financier (recherche accrue de gains d'efficience en T2A 100%). Le pari de la prise de conscience du coût des prestations hospitalières et la capacité d'auto-régulation de tous les acteurs semble quasiment gagné, pour ces établissements...

Bibliographie

Ouvrages :

ENSP MEAH, 2006, Nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôles, 82 p, disponible sur Internet : <http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/index.php?id=28>

(voir aussi les nombreuses annexes, supports complémentaires et rapports d'étape).

EXPERT P., 2006, La tarification à l'activité, 2è édition, Berger-Levrault, 357 p.

MAJNONI D'INTIGNANO B., ULMANN P., 2001, Economie de la santé, PUF, 464 p.

GUIHÉNEUF Y., 1992, L'or de la santé et l'argent de la médecine, éditions ENSP, 111 p.

Supports de cours et mémoires :

MÉDÉE P., La « délégation de gestion » au CH de Périgueux, ENSP, Février 2007.

PERARD Y., MACE M., ZARROUCK M., La mise en œuvre de la comptabilité analytique médicalisée au CH de Saint-Nazaire, ENSP, Février 2007.

LÉVRIER JG., Les contrats de prestations internes au CHU de Toulouse ou la recherche de « l'unité dans la diversité » : comment préserver une cohérence institutionnelle malgré les nombreux contrats conclu entre les pôles ?, ENSP, 2005.

LHOMME Y., De l'intérêt des tableaux de bord pour le pilotage dans la nouvelle gouvernance : l'exemple au Centre Hospitalier de Gonesse, ENSP, 2006.

Périodiques :

GARRIGUES B., GAUBERT Y., DESCHAMPS M., janvier 2007, T2A et activité hospitalière d'urgence : Quels financements ?, Info en santé, lettre n°13, pp. 8-11.

Discours :

MATTEI J-F., « Hôpital 2007 : Réunion avec les professionnels », Ministère de la Santé, 26 juin 2003, 10 p, disponible sur Internet :

www.sante.gouv.fr/htm/actu/33_030626jfm.htm

EXPERT P., Le système d'information peut-il favoriser la contractualisation ?, CH de Blois, 9 janvier 2002, disponible sur Internet :

<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/contract/posters/blois.pdf>

Les journées du C2R : Contrôle de gestion, l'affaire de tous, C2R Santé, 24 Novembre 2005, disponible sur Internet :

http://www.c2rsante.fr/docs/240_CR_journee_du_24_novembre_2005.doc

Sites Internet :

Ministère de la Santé, *La contractualisation interne dans les établissements de santé*, [visité le 28/09/2007], disponible sur Internet :

<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/contract/accueil/intro.htm>

Paul TAP, *Pourquoi créer des « business units » ?*. [visité le 20/09/2007], disponible sur Internet : http://www.journaldunet.com/management/0404/040433_rtrucks.shtml

Les tableaux de bords. [visité le 20/09/2007], disponible sur Internet :

<http://www.lestableauxdebord.com/temoignage-credit.htm>

Liste des annexes

La sélection des entretiens à joindre aux annexes fut difficile puisque dix-sept entretiens ont été réalisés pour élaborer cette réflexion et qu'il n'était pas possible de tous les inclure pour des raisons de place (17 entretiens de 5 à 10 pages soit au moins 130 pages...). Il me semble encore une fois indispensable de remercier tous les interlocuteurs qui ont accepté de me consacrer une part de leur temps précieux. Merci encore.

Annexe 1 : Entretien avec P. Expert du CH de Blois (p. II)

Annexe 2 : Entretien avec Y. Pérard du CH de Saint-Nazaire (p. XI)

Annexe 3 : Entretien avec P. Médée du CH de Périgueux (p. XVIII)

Annexe 1 : Entretien avec P. Expert du CH de Blois (extraits)

Remarques introductives :

Le pôle chirurgie de B. s'est interrogé récemment sur la méthode utilisée pour valoriser les passages aux urgences. Les actes pratiqués sont valorisés aux tarifs de l'AM. Le pôle a donc fait remarquer qu'ils finançaient ce qui est prescrit alors qu'ils souhaiteraient financer ce qui est requis...

Un séjour non programmé coûte 60% plus cher. Les tarifs ne varient pas selon le mode d'entrée du patient. Certains services peuvent donc être tentés de contourner le prestataire que sont les urgences. Cependant, c'est un prestataire qui contribue à la réussite des services et à leur attractivité même s'il n'a pas été prescrit.

La façon dont on calcule le coût des prestataires entraînera plus de réflexion que la seule comptabilité analytique (CA). La CA doit être un prétexte à la confrontation avec les responsables de pôle. La CA à B. est une démarche ancienne qui a débuté avec la valorisation en points ISA. Les fortes différences constatées ont permis de s'intéresser aux causes des divergences entre les coûts. Aujourd'hui l'écart maximal entre les pôles est de l'ordre de 8 à 10%.

Il faut cependant rester modeste face aux résultats, la CA est un compromis, il existe toujours des approximations ou erreurs. Les coûts du bloc peuvent ainsi varier fortement (+/- 150 000 €) selon la clé que l'on adopte.

Enfin, il faut savoir laisser les responsables agir et accompagner leur démarche.

Questions relatives à l'opportunité d'une démarche de valorisation des prestations interpôlaires

1) Vous paraît-il opportun de mettre en place un mécanisme de remboursement des prestations entre pôles ?

Oui, pour deux raisons : premièrement afin de satisfaire aux exigences de la CA sinon certains prestataires ne seraient pas financés. Et d'autre part afin d'initier une démarche de type client/fournisseur.

2) Un tel mécanisme favorise-t-il la coopération ?

Avant la coopération, cela favorise la compréhension de l'économie interne qui existe entre prestataires et prescripteurs. Ensuite vient la coopération si elle n'existait pas. Concrètement, il y a quelques années le labo avait des difficultés à satisfaire les demandes des urgences (car toutes les demandes étaient faites en urgence). Donc, la solution a consisté à facturer différemment les examens urgents et les autres. Ceci a donc

aboutit à une forme de coopération où chacun s'y retrouve. Le problème existe aussi pour le service de radiologie. Le système sera donc prochainement étendu. La logique est bien une logique client/fournisseur. L'idée consiste à dire du côté radiologie : « J'accepte de réduire les délais pour les examens véritablement urgents, mais en contrepartie il n'est plus opportun de demander tous les examens en urgence ».

Les demandes d'examens de radiologie seront « traçables » grâce à l'informatisation des demandes.

3) Un tel mécanisme peut-il être source d'émulation ?

Si l'idée consiste à se comparer à d'autres établissements, il existe un risque. En effet, en CA plusieurs méthodologies sont possibles. Chaque établissement aura donc ses propres coûts.

Par contre, les comparaisons en interne sont possibles et source d'efficience.

Certains services « prestataires » sont ainsi intégrés à des pôles « clients » afin d'améliorer la logique client/fournisseur (la radiologie est dans le pôle médecine, car la radiologie avait tendance à privilégier les demandes de la chirurgie ; la maternité est dans le pôle chirurgie pour faciliter son accès au bloc ; la réanimation est dans le pôle chirurgie).

4) Pourrait-il y avoir une mise en concurrence des prestataires, le cas échéant ?

Avant cela, il faut tout faire pour aider le prestataire à sortir d'une situation délicate [financièrement]. Qui plus est le prestataire découvre souvent la situation en même temps que les autres. Les éventuelles « fuites » vers d'autres prestataires resteront limitées. Avant de menacer un prestataire de sous-traitance, il faut l'aider à repérer ses difficultés. En effet, tout le monde a intérêt à s'appuyer sur un prestataire solide.

5) Doit-on inciter à la multiplication des prestations internes ?

A B., un prestataire a demandé à ce que toutes les prestations soient valorisées. Un tel choix paraît souhaitable. En effet, on se dirige aujourd'hui vers une banalisation des lits. Le pôle de chirurgie inclut ainsi la gastro-entérologie parce qu'elle a recours au bloc. Or, les médecins de gastro-entérologie interviennent aussi dans une unité de jour de médecine. Mais celle-ci fait partie d'un autre pôle. Les recettes vont donc au service hôte et non au service traitant. Cela constitue donc un manque à gagner pour le pôle de chirurgie. On demande donc aux médecins qui interviennent en unité de jour de déclarer leurs actes et leurs passages. Ces consultations deviennent une dépense pour le pôle hôte et une recette pour le pôle traitant. De tels mécanismes sont à développer.

Par contre, certains cardiologues disent qu'il est intéressant de développer les consultations externes. En effet, ceux-ci sont parfois consultés afin de répondre aux

besoins de patients dont le problème est en marge de leur motif d'hospitalisation. Or, leur point de vue est que les consultations internes ne rapportent rien à l'hôpital. Il ne faut donc pas les valoriser mais inciter les patients à revenir en consultation externe.

Autre intérêt à valoriser les consultations internes, cela permet de valoriser le déplacement du médecin. Dans le cas contraire, le praticien pourrait être incité à faire déplacer le patient dans son service afin de bénéficier d'une recette.

Les prestations internes doivent donc être valorisées, mais cela ne va pas de soi.

Le point de vue des médecins est que les prestations et consultations internes ne rapportent rien à l'institution (sauf actes classants) et donc qu'il est inutile de les valoriser.

Il existe aussi le risque de créer une inflation car le prestataire n'est pas forcément celui qui perçoit la recette T2A.

6) Comment y parvenir ?

Par la valorisation. 8 fois sur dix les médecins demandent à ce que telle ou telle prestation soit valorisée.

7) Quelles sont les limites d'un tel système ?

L'exhaustivité est inégale car certains font preuve de volontarisme tandis que d'autres refusent de déclarer leurs actes internes.

Par ailleurs, il n'existe pas de système de validation permettant de vérifier la nécessité de la prestation. Le système pourrait devenir inflationniste.

8) Avez-vous des craintes quant à ce mécanisme ?

Non, hormis le risque de créer une économie interne inflationniste. C'est néanmoins peu crédible. L'intérêt de suivre les prestations internes consiste aussi à mesurer leur évolution dans le temps.

Questions relatives aux prestations internes

9) Quelle est l'utilité de valoriser les prestations internes ?

Les contours d'un pôle ne sont pas intangibles. Il peut apparaître inutile de valoriser des prestations qui ne bénéficient qu'à un pôle. Or, on peut imaginer qu'un jour le bloc soit retiré de la chirurgie et il n'y aurait alors ni historique ni méthode en place pour valoriser convenablement l'activité du prestataire.

L'autre intérêt consiste aussi dans la capacité de zoomer sur un prestataire. Ex. : donner un résultat au bloc permet de lui demander des comptes. Cela permet aussi au pôle de s'attacher à son organisation interne car il existe aussi dans la notion de pôle l'idée de décloisonner. L'intérêt est de pouvoir repérer des flux au sein même d'un pôle pour pouvoir les améliorer.

10) Quelles prestations devraient donner lieu à valorisation ?

Si le pôle comprend des services médico-techniques, il est indispensable de valoriser leur activité mais aussi les actes médicaux réalisés en dehors de la structure d'origine pour les raisons précédemment mentionnées.

11) Comment les facturer (à quel prix et comment les recenser) ?

Le prix est basé sur les tarifs de l'AM pour les actes internes réalisés par les médecins. Pour les médico-techniques, il s'agit de ventiler leurs dépenses directes et indirectes au prorata des consommations des clients.

A B., nos prestataires médico-techniques sont « rémunérés » à leur coût de revient. C'est un jeu à somme nulle. Cependant, une ligne des compte de résultats affiche le gain potentiel du service s'il lui était appliqué un tarif national. Il s'agit uniquement d'un indicateur parmi d'autres. La mise en tension naît dès que l'on envisage les modalités de calcul du coût d'un prestataire. Dès lors qu'un prestataire n'est pas à la hauteur, indépendamment de son coût, une discussion s'engage.

Si l'on facture les services prestataires à un tarif national, les pôles éventuellement surconsommateurs ne sont pas surtaxés puisque c'est le pôle hébergeant le service prestataire qui supporte la charge supplémentaire.

L'intérêt de la CA réside dans la valorisation de l'imagination. Plus on imagine plus on réduit nécessairement la pertinence des comparaisons inter établissement mais on bénéficie en contrepartie d'une meilleure adhésion interne.

A l'heure actuelle une réflexion s'est engagée afin de déterminer GHM par GHM les actes nécessaires. On connaîtra donc, aux urgences, les actes requis par patient.

Le client en aura donc pour son argent et les urgences pourront justifier leurs actes.

12) Comment valoriser et répartir les GHS lors de l'hébergement des patients dans d'autres services ?

La méthodologie Meah numéro 2 est celle appliquée à B.. C'est une solution adaptée à l'établissement car il s'agissait de ne pas pénaliser la chirurgie. Comme la médecine déborde sur la chirurgie, l'idée est de pénaliser la médecine qui n'accueille pas ses patients dès le premier jour. La DMS de la médecine est trop élevée par rapport aux moyennes nationales. La CA est en effet au service de desseins politiques. Les méthodes de la CA doivent être adaptées aux enjeux stratégiques de l'établissement. Ainsi on est passé d'un calcul (pour le coût du bloc) qui prenait en compte les actes réalisés à un calcul qui prend uniquement en compte le temps d'occupation des salles. En effet, les chirurgiens arrivaient en retard au bloc. A l'heure actuelle, le compteur commence à tourner au moment où le patient rentre au bloc. On s'éloigne certes ainsi de l'orthodoxie

comptable, on limite donc les moyens de comparaison entre établissements, mais on parvient à ses fins et l'adhésion interne s'en trouve renforcée.

En outre, les références nationales (TCCM par ex.) n'ont que peu d'impact sur les praticiens et les comparaisons ne les amènent pas à modifier leurs pratiques, l'idée est donc d'avoir des outils adaptés à leurs pratiques. Ainsi, le tarif CCAM est certes le requis (on présuppose que l'intervention au bloc coûte tant) mais ce qui nous intéresse fondamentalement c'est la réalité, donc le temps passé dans la salle d'opération. La CA est plus riche lorsqu'elle s'intéresse à la réalité. La CA est un outil d'agitation interne. Il est doré et déjà possible de faire beaucoup en interne. La comparaison serait qui plus est faussée puisque dans l'ENC on ne repère précisément que 25 à 30% des coûts.

13) Faudrait-il pénaliser les mauvaises pratiques médico-économiques (actes redondants...)?

Non, il est délicat de pénaliser les actes redondants. En outre, la sanction est arithmétique et passe par le volume des actes prescrits.

14) Quel degré de finesse serait-il souhaitable d'atteindre dans le suivi comptable des pôles (un niveau agrégé, au niveau du service, du séjour, du praticien) ?

Tout dépend de la réponse à la question « qu'est-ce que la T2A rémunère bien ? ». Rémunère-t-elle des maladies ? Si oui, on va tenter d'obtenir des résultats par séjour. Cependant, la T2A rémunère mal les maladies car l'on compte 12000 maladies référencées dans la classification internationale des maladies qui, par ailleurs, peuvent être associées entre elles. Or, résumer des milliards de combinaisons possibles en seulement 780 GHM est une vue de l'esprit. Ce n'est pas statistiquement fiable. Par ailleurs, il existe beaucoup d'approximations dans le calcul des coûts (ENC, ICR...). Afin de lisser celles-ci, il faut donc passer à un niveau supérieur pour fiabiliser l'analyse.

Un service réalise ainsi 80% de ses recettes avec 5 à 10 GHM différents. Ce n'est pas une taille critique car ces tarifs précis peuvent être par nature bien ou mal rémunérés. Il faut donc aller vers une taille polaire critique. Il faut atteindre au moins 20 GHM. En dessous de 10 GHM le risque d'aléa est élevé.

Il est donc nécessaire de s'intéresser aux effets volumes, aux effets chaînage (bonne coordination des services dans la prise en charge) et à l'effet tarif puisque le tarif est un tout compris (laboratoire, imagerie...). Une agrégation large est souhaitable afin de faire face à ces effets.

A B., les résultats des pôles sont l'agrégation des résultats de chaque structure (service).

15) A quelles conditions le suivi comptable des pôles (compte de résultat analytique, tableaux coûts case mix) pourrait-il être une source d'amélioration de la gestion ?

Le suivi comptable en lui-même n'améliore pas la gestion. La comptabilité donne la température sans expliquer les causes du dysfonctionnement. La comptabilité est l'unique mesure des effets. La gestion devient possible quand on travaille sur l'origine des résultats. Il existe un lien de cause à effet dans 3 éléments essentiels :

- l'organisation des séjours (et donc leur durée ainsi que leur description).
- la qualité. Car la non-qualité a un effet sur le volet financier. La mauvaise réputation d'un service nuit nécessairement à ses recettes, par exemple.
- les ressources (motivation et compétences du personnel).

Le tableau de bord du gestionnaire doit compter ces quatre axes. En effet, livrer des résultats déficitaires à un service sans explication ne fait que le stigmatiser.

Le risque de ne pas s'intéresser à ces quatre volets serait de faire un mauvais diagnostic. En effet, si un TCCM indique que les coûts de personnel d'un service sont trop élevés ce n'est pas forcément dû à une sur dotation mais peut-être à un mauvais codage de l'activité.

[Comment sont présentés les TdB ?]

Les TdB sont présentés aux responsables de pôle avec une certaine solennité. Le responsable du pôle est présent ainsi que les chefs de service, les cadres, le DG, le Directeur des soins, le président de la CME, le responsable qualité, le responsable du système d'information, le responsable du CLIN, le DIM et moi-même. La découverte du TdB lors de la réunion était jusqu'il y a peu partagée et permettait une certaine spontanéité.

Les TdB sont accessibles aux responsables de pôle, à la Direction et aux chefs de service. Les chefs de pôle peuvent aussi donner accès aux informations relatives au pôle à d'autres membres du pôle.

16) Le suivi comptable des pôles pourrait-il être un outil d'amélioration de la qualité de soins (hors indicateurs qualité des tableaux de bord) ?

Non, car le suivi comptable ne mesure que des effets. On risque, en se limitant à la comptabilité, de prendre les effets pour les causes.

On peut toujours trouver des contre exemples. Ainsi, dans le cas du bloc où le coût dépend de l'heure d'arrivée du patient en salle, il y a certainement un gain en termes de qualité de prise en charge. Autre exemple, le service de réanimation avait l'habitude d'opérer les patients lourds en début d'après-midi. Ces patients sortaient donc tard du bloc et, au lieu de retourner en service de chirurgie, ils restaient en réanimation. Une telle pratique coûtait 1 million d'Euros à l'établissement et constituait une mauvaise qualité de prise en charge. En réanimation il y a en effet des infections multi résistantes. En deux

semaines les pratiques se sont modifiées et ces patients ont été opérés en premier et remontaient donc dans les services.

Les exemples sont cependant rares. C'est la mise en regard des indicateurs qui permet des gains de qualité.

Questions relatives à la comptabilité analytique

17) Pourquoi instituer une comptabilité analytique à l'hôpital (CREA/TCCM/TDB) [Compte de REsultat Analytique ; Tableaux Coûts Case Mix ; Tableaux de bord] ?

Car il y a l'EPRD, la T2A et qu'il faut être réactif. Cependant, dans les faits, les établissements sont souvent en mesure de répondre aux besoins mais ne sortent pas les chiffres. En effet, le risque d'erreur est relativement élevé (ex. de l'imputation des primes de service au CH de B.) et la peur de cette erreur paralyse la restitution des chiffres.

En outre, les responsables des services cliniques ont tendance, dans un premier temps, à réfuter et attaquer les résultats.

On distingue en général trois phases dans la restitution des résultats. Les chefs de pôle et de service commencent par réfuter les chiffres et l'opportunité d'être jugé par le personnel administratif. Puis, en second temps, l'analyse des résultats s'engage et la réflexion sur les causes s'amorce. En dernier temps, il faut savoir rester silencieux pour permettre à chacun de s'approprier les résultats et faire mûrir la réflexion interne des concernés. En effet, les responsables font le lien entre les résultats et le terrain et saisissent leurs faiblesses.

Ensuite, ils modifient leurs pratiques, sans forcément l'admettre ou le signaler, mais lorsque l'on analyse les résultats suivants, les dysfonctionnements sont résorbés.

La CA est, pour la Direction, une mise en danger (informations inexactes par ex.) et une perte de pouvoir car l'on transmet aux services des informations qui limitent les capacités d'action de la Direction (ex. faire payer du personnel de médecine par des moyens de psychiatrie).

Questions relatives à la conduite du changement

18) Comment impliquer les agents dans ce type de mécanisme ? Comment dépasser les éventuelles réticences culturelles ?

La valorisation financière constitue le réactif. Ce qui motive avant tout les acteurs est le résultat financier. Les résultats financiers précèdent même les indicateurs qualité. Il faut faire preuve d'une certaine solennité et organiser la mise en scène. Les résultats ont lieu

deux fois par an afin de ne pas être victime de la routine et chacun sait que les points de vue respectifs seront pris en compte.

Pour dépasser les réticences culturelles, le fait de travailler par pôle et non pas par service constitue un avantage. En effet, il s'agissait souvent d'une confrontation service/direction. A l'heure actuelle la confrontation des points de vue est aussi horizontale. L'argumentation peut ainsi venir d'autres praticiens du même pôle dont les résultats sont différents. Le dialogue et l'argumentation peut donc avoir lieu entre praticiens.

La CA et les TdB ne sont qu'un prétexte afin de pouvoir dialoguer et permettre de mener un projet à son terme.

19) Dans quelle mesure faut-il satisfaire les attentes parfois exigeantes des agents (souhait de ventiler le service des brancards, le service d'hygiène, les services administratifs, souhait des médecins de connaître leur productivité...)?

Tout dépend de la part du prestataire dans la dépense globale du pôle. Le coût de l'information limite donc ces possibilités. Pour les autres prestataires, il peut suffire de les inclure dans les charges communes. Si les coûts d'accès à cette information devaient se réduire, il conviendrait alors de demander des comptes à ces prestataires.

Le but est avant tout d'évaluer le cœur de l'hôpital et donc les services cliniques.

Questions relatives au système d'information

20) Faut-il mettre en place des logiciels de suivi de temps, à l'image des grandes entreprises qui raisonnent par projet ?

Oui pour les urgences. On peut ainsi mesurer l'efficacité des urgences comme le temps qui s'écoule entre le moment où le diagnostic est posé et le moment où le patient est accueilli dans le service concerné, etc...

Oui pour le bloc. Il faut mesurer le temps que les patients passent en salle.

Oui pour mesurer le temps écoulé entre la décision médicale de sortie et la sortie effective du patient.

En outre, le personnel du CH badge lors de son temps de travail (accord 35 heures). Cela permet de mesurer le temps passé lors de l'intervention dans une unité (personnel multi-pôle).

21) Quels seraient les besoins actuellement non couverts par le système d'information et pouvant contribuer à une meilleure valorisation des prestations ?

Toutes les prescriptions internes (laboratoire, imagerie, circuit du médicament). Les hôpitaux sont globalement passés d'une situation de carence en information (début des années 90) à une surinformation. Mais le temps nécessaire pour exploiter ces données manque parfois souvent.

Questions relatives à l'avenir des prestations internes

22) Quel avenir voyez vous pour la valorisation des prestations internes ?

Leur valorisation est à développer. La valorisation des prestations administratives aussi. On ne peut pas rester en retrait de ce que l'on exige des autres. La valorisation en soi n'apporte pas grand chose, il faut donc l'assortir d'indicateurs d'efficacité. Comptablement cela pèsera peu, mais symboliquement l'image est forte.

Il faut surtout aller vers la valorisation des services qui pèsent lourd dans le coût de la prise en charge.

23) Pensez-vous que les acteurs du système pourront s'approprier ces outils ?

Oui concernant les outils de déclaration d'activité interne puisque 80% des acteurs le demandent.

Concernant les TdB, ils sont aujourd'hui réclamés avant la réunion par les responsables de pôle.

Ceci entraîne d'ailleurs une difficulté puisqu'ils passent plus de temps que la direction à étudier les résultats de leur pôle et qu'en outre ils connaissent le terrain et donc identifient rapidement les problèmes. Or, la maîtrise de l'information est une source de pouvoir.

Préambule quant à l'intérêt de la démarche :

Il serait intéressant de mesurer l'évolution du case-mix en fonction de la valorisation des prestations médicales. Les cardiologues ont par exemple des dopplers portables et vont réaliser des prestations dans les autres pôles. Or, ces actes ne sont pas recensés. Si un tel recensement était effectué cela aurait peut-être un impact positif sur la cotation des CMA. En effet, le praticien responsable du malade n'est pas celui qui code. Ceci permettrait donc éventuellement d'accroître la production de l'hôpital.

On pourrait aussi se rendre compte du fait que les pratiques ne sont pas figées. Les frontières entre pratiques médico-techniques et cliniques sont en train de disparaître. C'est le cas de la cardiologie et la radiologie interventionnelle. La valorisation des prestations pourra peut-être aider à suivre ce type d'évolutions. Le Ficom fige les choses à un moment donné, or au bout de quelques années, le fonctionnement a pu évoluer. La principale problématique des soignants n'est en effet pas de faire savoir au contrôle de gestion que leurs pratiques se modifient. Le recensement des prestations internes (PI) peut donc contribuer à mieux décrire le fonctionnement hospitalier.

Il existait ici des difficultés pour recenser les actes médicaux. Ont donc été mis en place des terminaux de codage partout où l'on pouvait préjuger la réalisation d'actes. Le principal obstacle est le recensement des prestations. Il serait nécessaire de s'interroger sur la faisabilité d'un tel mécanisme au vu de l'état de l'art en informatique et système d'information.

Questions relatives à l'opportunité d'une démarche de valorisation des prestations interpôlaires

1) Pourquoi vous paraît-il nécessaire de mettre en place un mécanisme de remboursement des prestations entre pôles ?

Pour obtenir une amélioration du case-mix et une meilleure compréhension de l'évolution du fonctionnement médical.

2) Un tel mécanisme favorise-t-il la coopération et l'émulation?

Le risque serait de mettre un terme à la coopération. En effet, à l'heure actuelle le médecin bénéficiaire de la prestation n'est pas amené à « rembourser » la prestation. Aujourd'hui, chaque pôle cherche à faire des économies et personne ne peut se désintéresser des préoccupations de gestion. Néanmoins, il est peu probable que les médecins feront passer ces préoccupations avant l'état de santé des patients.

3) Doit-on inciter à la multiplication des prestations internes ?

Oui, mais ça ne doit pas devenir une fin en soi (cf éléments du préambule).

4) Quelles ont été les limites de ce système ? Jusqu'où aller ?

Les limites proviennent du système d'information. La limite sera donc définie par l'implication des soignants.

Questions relatives aux prestations internes

5) Comment avez-vous choisi les prestations qui ont donné lieu à valorisation ?

Soit elles préexistaient, soit il y a eu une prise de conscience du corps médical du besoin de valoriser leurs actes. Il s'agit surtout de ne pas manquer les PI qui existent et qui ont besoin de se développer grâce à une juste rémunération. Le risque est que l'absence de rémunération entraîne la mort de certaines prestations. Auparavant (DGF) on constatait l'extrême inverse, c'est-à-dire que beaucoup d'examens étaient indus. Une régulation se fait maintenant avec la T2A. Aujourd'hui ce sont plutôt les médecins qui sont demandeurs, la préoccupation étant de ne pas vouloir payer pour les autres.

L'autre question est la valeur affectée aux actes. Ici, le choix a été fait de valoriser à la CCAM. Cela suppose néanmoins que les coûts soient identiques au privé et que celles-ci ne sont donc pas sous-payées.

6) Y a-t-il eu une priorisation des objectifs stratégiques auparavant ?

Non. La réforme, pour fonctionner, doit être ancrée dans le calcul médico-économique. Les résultats doivent être simples et fondés sur l'analyse. Il faut pouvoir assumer publiquement la méthode et reconnaître les imperfections éventuelles du système d'information.

Il existe des risques de conflit à vouloir faire intervenir des objectifs stratégiques. Il faut déconnecter le choix des méthodes et les résultats de ces mêmes méthodes. Le choix

doit se porter sur les méthodes les plus satisfaisantes intellectuellement. Il existerait sinon un risque de contestation.

7) Comment les avez-vous facturées (à quel prix et comment les recenser) ?

Le tarif est basé sur la CCAM. Le recensement est en cours sur une base déclarative. Le sens de la réforme est profondément axé sur les questions médico-économiques. Il faut donc que chacun dise ce qu'il fait. Il faut créer une motivation à rendre compte de l'activité. Le recensement est informatisé au maximum. L'établissement s'est concentré sur les prestations médicales.

Il est important de remarquer que toutes les réformes sont liées : sans la nouvelle gouvernance on ne peut faire la T2A, et sans la T2A on ne peut améliorer le contrôle de gestion.

8) Comment avez-vous facturé les urgences ?

Le choix s'est d'abord porté sur le montant de l'étude des coûts. Les urgences réclamaient 10% des GHS. Aujourd'hui, les urgences reçoivent le montant de l'étude des coûts ainsi que le montant des consultations et des actes. Cela suppose néanmoins de pouvoir suivre les actes réalisés sur le patient. Mais compte tenu de l'enjeu le recensement est effectué.

9) Les consultations internes ?

L'idée est de facturer sur la base de la CCAM.

10) Les GHS multi unité ?

Le choix s'est porté sur la troisième méthode du guide. Le DIM a exposé les différentes méthodes et la décision a été prise en connaissance de cause dans le cadre d'un choix démocratique. Il n'y a de toute façon pas de méthode meilleure qu'une autre. La solution idéale serait de réaliser un PMSI à la française avec des GHM par pôle ou par service.

11) Les extrêmes haut multi unité ?

Pas de traitement particulier, ils sont traités comme les autres. La question des outliers est une question complexe. Il faudrait vraiment avoir des certitudes absolues pour

pénaliser un pôle sur cette base. En outre, l'évolution du PMSI s'oriente apparemment dans le sens d'une reconnaissance de la pertinence des outliers.

12) Les GHS lors de l'hébergement des patients dans d'autres services ?

Ici, la recette va au service d'hébergement et les praticiens sont ensuite rémunérés pour leurs consultations. A P., c'est l'inverse qui a lieu, or il semble qu'il s'agisse de la meilleure solution. En effet, les patients hébergés ainsi apparaissent sous-côtés car le médecin responsable n'est pas celui qui récupère le GHS.

Si l'on fait le même choix qu'à P., la question qui se pose est de savoir sur la base de quel tarif le service d'hébergement doit être rémunéré. La formule la plus restructurante est certainement celle consistant à rémunérer l'hébergement au tarif du service sur-occupé. Sinon, les services de chirurgie sont financés par les services de médecine.

13) Comment pénaliser les mauvaises pratiques médico-économiques ?

Par les règles d'intéressement au niveau de l'établissement.

14) Quel degré de finesse avez-vous atteint dans le suivi comptable des pôles (un niveau agrégé, au niveau du service, du praticien) ?

Question délicate car la comptabilité analytique a pour objet de mettre en relation les activités et le soin au sein des sections d'analyse. Il s'agit de décrire des activités, mais il ne s'agit pas de suivre l'activité d'un praticien. Il n'y a pas d'activité qui puisse être le fait d'un médecin désincarné. La comptabilité analytique la plus fine serait une comptabilité analytique par séjour. Or, celle-ci ne décrit pas l'activité du médecin mais une prise en charge complète. Il existe une demande de la part des médecins, mais la comptabilité analytique n'existe pas pour satisfaire l'ego des praticiens. Il s'agit de décrire comment les coûts se forment sur le produit (le séjour) ou, à défaut, comment les coûts se forment au niveau de l'activité.

La comptabilité se fait ici au niveau du pôle ou du service et, idéalement, il faudrait atteindre le niveau du séjour.

15) A quelles conditions le suivi comptable peut-il être une source d'amélioration de la gestion ?

16) Le suivi comptable des pôles a-t-il amélioré la qualité des soins ?

Certains prédisaient que la T2A provoquerait des soins au rabais. Or, l'informatisation de la pharmacie dans un souci de meilleure gestion a amélioré la prescription nominative. De même, elle a permis de supprimer les examens inutiles ou l'acharnement thérapeutique. L'information sur les coûts amène chacun à réfléchir sur ses pratiques.

Le suivi comptable n'est d'ailleurs pas le seul moyen d'améliorer la gestion. Ainsi, avec Elisabeth Beau, nous avons démontré que l'amélioration de l'encadrement des internes, par exemple, avait des effets économiques positifs (moins de prescriptions, d'infections nosocomiales et d'accidents iatrogènes).

Il y a en général assez peu de surprises quant aux résultats des pôles et quant à leur productivité. Néanmoins, les responsables de pôle ont besoin de quantifier et d'objectiver les carences éventuelles d'un pôle. En outre, la gestion hospitalière ne peut s'améliorer que dans le dialogue avec les soignants. C'est la raison pour laquelle nous avons besoin de la nouvelle gouvernance.

Questions relatives à la méthode retenue

17) Quel été le point de vue des médecins sur la question avant la mise en place ?

Il existait une certaine hostilité d'une partie de la communauté médicale sur la question des réformes. L'action du président de CME a été très bénéfique. Les éléments de la réforme ont malgré tout été envisagés et adoptés méthodiquement et sereinement. Les médecins ont toujours été persuadés que les réformes n'auraient finalement aucun impact sur leur activité quotidienne.

18) Le point de vue des directeurs adjoints ?

L'objectif était d'appliquer les réformes et de clarifier le mode de fonctionnement de l'hôpital. Il était donc important que ceux-ci adhèrent à ces postulats. Il y a eu des mouvements de personnel et des recrutements ont été réalisés dans le sens nécessaire pour la bonne application des réformes.

19) Comment avez-vous organisé la conduite du changement ?

20) Comment êtes-vous parvenu à associer les acteurs du système ?

21) Faut-il associer la CME ? Le CTE ? Le Conseil Exécutif ? Le CA ?

Le président de CME a été un pivot important du changement car il était en accord avec les objectifs fixés et bénéficiait d'une crédibilité certaine auprès de ses confrères.

Le tandem entre le Directeur et le Président a donc été efficace. La Directrice des affaires financières et le Dim ont ensuite fait preuve de la pédagogie nécessaire pour faire avaliser les réformes. Il y avait aussi la volonté de tout institutionnaliser et de tout faire voter par la CME et les instances. L'autorité du président de CME a permis d'obtenir l'accord de la communauté médicale, celle de Monsieur C.E. (député et ancien Ministre de la Santé) a permis d'avaliser les choix au CA.

22) Quels ont été les obstacles culturels ?

Ils ont été difficiles à surmonter. Les sur dotations mises en évidence dans certains services ont entraîné des redéploiements de moyens aussitôt suivis de conflits sociaux. La position particulière de Monsieur C. E. ainsi que l'âme ouvriériste de la ville avaient légitimé un certain mode de fonctionnement qui n'a pu être remis en cause que difficilement.

23) Comment avez-vous adapté votre système d'information ?

Le SI était très éclaté. Le noyau « Référence » ne fonctionnait pas convenablement. Des investissements lourds ont donc été réalisés. Nous avons donc investi dans CORA pour recenser les actes, dans EQUITIME pour connaître l'affectation des agents. En outre, 17 interfaces entre Référence et les autres applications ont été réalisées. Par ailleurs, la DAF et la DSIO ont fusionné afin d'optimiser les moyens à mettre en œuvre.

Questions relatives à la comptabilité analytique

24) Pourquoi instituer une comptabilité analytique à l'hôpital (CREA/TCCM/TDB) [Compte de REsultat Analytique ; Tableaux Coûts Case Mix ; Tableaux de bord] ?

Sa meilleure justification est la T2A. Il faut en effet être capable de produire des soins dont le coût soit tout au plus égal au tarif national.

Les craintes de certains concernant la T2A et le recentrage d'activité qu'elle induirait sont en fait infondés puisque les activités de l'hôpital sont définies par le SROS et le projet de territoire. La T2A finance les activités figurant au SROS. La comptabilité analytique permet ensuite de vérifier que les coûts de l'hôpital sont conformes aux tarifs.

Aujourd'hui sans comptabilité analytique il n'y a pas de sécurité financière.

25) Quel serait le niveau de découpage optimal de l'établissement (comment découper structurellement l'établissement en SA) ?

Il doit permettre la gestion par pôle. La nécessité d'une comptabilité par séjour serait trop lourde à gérer.

Questions relatives à l'avenir de la valorisation des prestations internes

26) Quel avenir voyez vous pour la valorisation des prestations internes ?

Cela devrait se développer car les médecins souhaitent contrôler leur activité et réduire leurs charges. En outre, un tel mécanisme permet de mieux décrire l'activité de l'hôpital et donc d'améliorer la production.

27) Pensez-vous que l'on puisse demander à tout agent de faire un reporting hebdomadaire de ses activités ?

Non, cela ne serait pas utile. L'essentiel est l'activité médicale. Dans le modèle de l'Ecole des Mines, l'accent est mis avant tout sur l'activité médicale, le reste des coûts peut être simplement ventilé.

28) Pensez-vous que les acteurs du système pourront s'approprier ces outils et les utiliser comme il se doit ?

Oui, si la réforme ne perd pas en crédibilité. Le corps médical comprend bien la logique de la rémunération en fonction de la productivité.

29) Comment avez-vous déterminé la marge d'approximation des CREA de votre établissement ?

Nous avons pris en compte les éléments que nous savions approximatifs et nous avons mesuré leur poids dans la valeur globale.

Remarques conclusives :

Nous avons eu du mal à informatiser les différents services (magasin, pharmacie), il y avait beaucoup de réticences. Mais aujourd'hui les services pour lesquels les médicaments sont ventilés selon une clé de répartition souhaitent instamment adopter le nouveau système.

Questions relatives à l'opportunité d'une démarche de valorisation des prestations interpôlaires

1) Pourquoi vous paraît-il nécessaire de mettre en place un mécanisme de remboursement des prestations entre pôles ?

Mettre en place un tel mécanisme est utile si l'on souhaite élaborer des comptes de résultat pour les services non cliniques. Les autres frais sont facturés forfaitairement. A P. les Créa ne valorisent pas de prestations inter pôles hormis les prestations médico-techniques.

A terme, il sera néanmoins indispensable de pouvoir facturer les services techniques et généraux. Les comptes de résultats ne concernent pas encore les services administratifs. Cependant, il conviendra que l'administration parvienne à justifier ses dépenses et recettes. Des tableaux de bord adaptés pourront permettre de pallier cette carence.

Globalement, le sens que l'on peut donner à cet outil est double : soit il s'agit d'évaluer la contribution de chaque pôle au résultat de l'établissement, soit il s'agit de stimuler la productivité interne.

2) Un tel mécanisme favorise-t-il la coopération et l'émulation?

Cela a permis d'affiner le dialogue entre les services. Les Créa ont sensibilisé à la dimension économique de la gestion. L'implication et donc l'émulation restent cependant variables. Les Créa offrent néanmoins une meilleure lisibilité que les TCCM.

3) Doit-on inciter à la multiplication des prestations internes ?

Non. Le risque, d'après certains, serait plutôt de les limiter (la tentation de réaliser des examens en ville est parfois évoquée afin de bénéficier de coûts moindres). Mais l'on constate néanmoins l'émergence d'une réflexion sur la qualité des prestations.

4) Quelles ont été les limites de ce système ? Jusqu'où aller ?

L'une des difficultés réside dans la facturation de certaines prestations. Il est parfois délicat de déterminer la base de facturation. Doit-on s'attacher au coût constaté ou à un prix objectif ?

Le risque tient au fait que l'on déconnecte ainsi la somme des résultats polaires du résultat global de l'établissement. Il en va de même lorsque l'on réalise des résultats pour les services non cliniques.

Néanmoins, en se contentant de facturer au coût de revient on rend caduque la politique d'intéressement.

Questions relatives aux prestations internes

5) Comment avez-vous choisi les prestations qui ont donné lieu à valorisation ?

Les prestations médico-techniques ont été valorisées. Les consultations internes ne l'ont par contre pas été. Le système a été jugé trop complexe à mettre en place. Les outils de recensement n'étaient pas disponibles et peu les aurait renseignés. Le temps passé par les médecins dans d'autres services a été évalué et lorsque ce temps était conséquent et sans réciproque un forfait a été facturé au service bénéficiaire.

6) Dans quelle mesure la base d'Angers doit-elle (ou peut-elle) servir de référence en matière de prix cible ?

C'est la seule référence qui existe à l'heure actuelle. C'est donc la seule possibilité si l'on souhaite valoriser à des prix externes à l'établissement. Cependant les disparités de coût sont parfois difficilement explicables.

La base reste néanmoins exploitable pour étudier les coûts des services médico-techniques. Il est évident que si l'on souhaite s'affranchir des coûts internes, cette base doit être la source du tarif.

7) Comment avez-vous facturé les urgences ?

Une fraction du GHS a été affectée aux urgences sur la base des coûts de l'ENC. Cette fraction est ensuite multipliée par le case-mix. Le service récupère en plus les coûts des examens de laboratoire et de radiologie.

8) Les GHS multi unité ?

Le modèle numéro trois du guide Meah a été retenu.

9) Les GHS lors de l'hébergement des patients dans d'autres services ?

Pour répondre à cette question, il fut nécessaire d'identifier les sources de ce problème : soit cette situation était due à des DMS supérieures à la moyenne dans les services en besoin d'hébergement ou soit il s'agissait d'une sous-occupation des services accueillants. A P. il s'agissait essentiellement de services sous-occupés. Il était donc logique que les services ayant recours à l'hébergement dans d'autres structures ne soient pas pénalisés. Ils encaissent donc le GHS puis dédommagent le service accueillant à hauteur du coût d'hébergement du service sur-occupé.

10) A quelles conditions le suivi comptable peut-il être une source d'amélioration de la gestion ?

On constate à l'heure actuelle des résultats variables selon l'implication des responsables médicaux.

11) Le suivi comptable des pôles a-t-il amélioré la qualité des soins ?

Non, et ce n'était pas l'objectif. Le but est d'améliorer la gestion économique. Néanmoins, tout effort de gestion a un impact indirect sur la qualité des soins.

Questions relatives à la méthode retenue

12) Quel a été le point de vue des médecins sur la question avant la mise en place ?
Les médecins étaient demandeurs de la mise en place du système.

13) Le point de vue des directeurs adjoints ?

L'idée d'utiliser la comptabilité et le contrôle de gestion n'a pas dérangé les DA. Les réticences se situaient plutôt autour de la question de la délégation de gestion. Même la valorisation éventuelle des services administratifs ne serait pas forcément un problème. Qui plus est, l'évaluation économique des prestations rendues par les services administratifs paraît inéluctable à terme. Il semble incohérent de n'inclure dans ce dispositif que les services cliniques ou médico-techniques. La valorisation de la production des autres secteurs nécessiterait cependant de connaître précisément les coûts de production interne et les consommations.

14) Comment avez-vous organisé la conduite du changement ?

Le changement est venu progressivement. Un copil centré sur les thèmes de la délégation de gestion, la contractualisation et la comptabilité analytique a vu le jour. Un projet est né six mois plus tard. Au départ les services pouvaient s'intégrer au dispositif de la délégation de gestion sur la base du volontariat. Puis la contractualisation s'est généralisée.

15) Faut-il associer la CME ? Le CTE ? Le Conseil Exécutif ? Le CA ?.

Les instances n'ont pas été directement associées. Des points d'information ponctuels sur les avancées du copil ont eu lieu. Le conseil exécutif a été associé de près. La CME et la CA ont approuvé le projet de délégation. Le CTE s'y est opposé.

16) Quels ont été les obstacles culturels ?

Peu d'obstacles culturels ont véritablement émergé. L'attente du corps médical était assez marquée même si tout le monde n'était pas convaincu.

17) Comment avez-vous adapté votre système d'information ?

Il a fallu tout créer. Le SI n'était pas adapté à ces contraintes. Un informaticien a été recruté afin de réaliser des tableaux de bord, en lien avec la direction des affaires financières. Cependant, même après plusieurs années, il est difficile d'atteindre une vitesse de croisière dans la production des données. La production industrielle des tableaux n'est pas encore en place.

Questions relatives à l'avenir de la valorisation des prestations internes

18) Quel avenir voyez vous pour la valorisation des prestations internes ?

Il est difficile de se prononcer sur la question. Pour l'instant soit l'on cherche à coller au résultat global de l'établissement, auquel cas il faut valoriser les prestations au coût de revient. Soit on valorise tous les services mais la lisibilité s'en ressent.

Nous sommes actuellement dans le premier cas. Mais nous aurions besoin d'une comptabilité analytique plus fine pour étudier précisément la production des services qui ne bénéficient pas de comptes de résultats.

19) Pensez-vous que les acteurs du système pourront s'appropriier ces outils et les utiliser comme il se doit ?

Les acteurs se sont dorénavant et déjà appropriés les outils. La gestion s'en ressent. Les responsables sont plus proches de l'organisation interne des services. Ils sont plus sensibles au dialogue de gestion avec la direction. Leur souci de s'intégrer à la démarche est manifeste.

Dans trois à quatre ans ces mécanismes pourraient modifier la façon de fonctionner. Aujourd'hui en effet le souci provient avant tout de la difficulté à canaliser leurs initiatives. La logique institutionnelle doit ainsi être rappelée ponctuellement. L'outil est manifestement pris en compte pour la gestion des services.