



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'Hôpital
Promotion 2005

**Les Contrats de Prestations Internes au C.H.U. de
Toulouse ou la recherche de "l'unité dans la diversité":
comment préserver une cohérence institutionnelle
malgré les nombreux contrats conclus entre les pôles?**

Jean-Gabriel Lévrier

Remerciements

Je remercie tout d'abord mon encadrant mémoire, Monsieur Patrick EXPERT, Directeur de la Qualité, de la Stratégie et de l'Évaluation au Centre Hospitalier de Blois. Ses conseils, toujours avisés et précieux, m'ont apporté un éclairage extrêmement intéressant sur le thème de la contractualisation interne.

Je remercie bien sûr les personnes qui, au CHU de Toulouse, m'ont permis durant ce stage d'approfondir et de travailler concrètement sur le thème objet de ce mémoire. En particulier, je tiens à saluer Mme Thérèse COUSSEAU-BOURDONCLE, Directrice de la Logistique et de l'Hôtellerie, de m'avoir confié dans son intégralité la gestion d'un tel dossier et Jean-Marie ICHE, Directeur Général Adjoint, de m'avoir accompagné de ses conseils bienveillants et ouvert les portes de l'ensemble des réunions dans lesquelles le sort de la contractualisation interne au CHU de Toulouse se jouait.

Je tiens également à remercier Monsieur Daniel MOINARD, Directeur Général du CHU de Toulouse. Sans son implication dans la mise en place de ces chantiers d'envergure au CHU, en les anticipant par une expérimentation courageuse, je n'aurais pu consacrer ce mémoire à un sujet aussi intéressant que celui des contrats de prestations internes.

Un remerciement particulier à mon maître de stage, M. Didier BOUVET, Directeur de Cabinet du Directeur Général.

Sommaire

INTRODUCTION - LES MODIFICATIONS DU PAYSAGE HOSPITALIER: ENTRE CHANGEMENTS ET CONTINUE	3
1/ Des changements entre évolutions et révolutions	6
a/ Les révolutions	6
b/ Les évolutions: la contractualisation comme mode de mise en œuvre concret de la nouvelle gouvernance	12
2/ Le principe d'abord posé d'une démarche expérimentale : une Nouvelle Gouvernance à géométrie variable	15
a / L'anticipation par le CHU de Toulouse de la Nouvelle Gouvernance	15
b / L'ordonnance du 2 mai 2005 : entre souplesse et rigidité	17
B/ Comprendre la spécificité du CHU par rapport à d'autres établissements: une approche comparée du changement avec l'exemple du Centre Hospitalier de Blois	21
1 / Le contexte du changement au CHU de Toulouse: des pôles pour dépasser la logique des sites	21
2 / Une conduite différente du changement selon la structure de l'établissement: approche comparée entre le C.H. de Blois et le C.H.U. de Toulouse	23
a/ Au CHU de Toulouse: un changement sur le mode du "big bang"	23
b/ Le Centre Hospitalier de Blois: un changement plus pragmatique	25
C / Etat d'avancement de la réforme : le CHU de Toulouse en avance sur la plupart des établissements expérimentateurs.	26
1/ Des instances et des hommes	26
2/ Des contrats verticaux et horizontaux pour dérouler le scénario de la Nouvelle Gouvernance	30
II/ L'ENJEU DES C.P.I. EST D'ASSURER L'EQUILIBRE ENTRE LA NECESSAIRE AUTONOMIE DES POLES ET L'INDISPENSABLE COHERENCE DE L'INSTITUTION	32
A/ Les atouts du C.H.U. en matière de contractualisation interne	33
1/ Une autonomie encadrée dans un cadre déconcentré: les moyens de la cohérence institutionnelle	33
a/ Les moyens de l'autonomie	33
b/ Les moyens de la cohérence de l'institution	34

2/ Le choix de s'engager délibérément et avec force dans le chantier de la contractualisation interne au CHU de Toulouse: comparaison avec le C.H. de Blois	36
---	----

B/ Des résistances probables à la mise en œuvre de la contractualisation interne: les difficultés à mobiliser autour d'un intérêt général du pôle **39**

1/ Les différentes raisons qui peuvent rendre difficile la mise en place de la contractualisation interne sous son versant Contrats de Prestations Internes	40
2/ Les Contrats de Prestations Internes doivent être appréhendés comme le levier de l'amélioration de la qualité à l'hôpital	43
a/ Les C.P.I. constituent a priori un "produit d'appel" peu attractif	43
b/ Mais les C.P.I. peuvent être un moyen privilégié de distiller la qualité dans les pratiques professionnelles et la fourniture des prestations	44

C/ Les « faiblesses » qui peuvent apparaître dans la mise en place de la contractualisation interne **46**

1/ Le Contrat de Prestations Internes: un outil particulier et complexe dans la réalité contractuelle hospitalière	47
2/ Les problèmes qui se poseront inévitablement en matière de Contrats de Prestations Internes	48
a/ De manière indirecte, stabiliser l'organisation en pôle avant de mettre en œuvre la contractualisation interne	49
b/ les questions directes qui se poseront en matière de C.P.I.	50

III LES CONDITIONS DE LA REUSSITE EN MATIERE DE CONTRATS DE PRESTATIONS INTERNES **52**

A/ Propositions pour concilier la nécessaire autonomie des pôles avec l'indispensable cohérence institutionnelle **52**

1/Les prémisses de mise en place de contrats de prestations internes au sein du pôle DLH (Direction de la Logistique et de l'Hôtellerie)	53
a/ La nécessaire détermination d'un cadre bien défini et simple pour la mise en œuvre des Contrats de Prestations Internes	53
b/ Un contrat-cadre entre la Direction de la Logistique et de l'Hôtellerie et la Direction Générale qui stabilise les fonctions et processus concernés par la contractualisation	54
2/ Pistes de réflexion pour une contractualisation interne efficiente	55
a/ les conditions indirectes: donner aux pôles autonomie et réactivité pour permettre l'efficience de cette contractualisation	55
b/ Préserver la cohérence de l'institution en donnant aux C.P.I. passés entre les pôles un canevas commun	56

B/ Le lien indispensable devant unir les C.P.I. avec les tableaux de bord permettant leur suivi **59**

1/ Les indicateurs qui seront mis en place au CHU de Toulouse dans le cadre de la contractualisation interne: une approche financière	60
a/ Historique du travail de la MEAH	60
b/ Les outils qui seront mis à disposition des pôles au CHU de Toulouse	62

2/ Proposition: Une approche financière qui doit être complétée par des tableaux de bord équilibrés et prospectifs pour une contractualisation interne efficiente	66
C/ L'indispensable outil d'efficience de ces Contrats de Prestations Internes: un système d'information adapté et transversal	69
1/ Le C.H.U. de Toulouse a décidé une refonte complète de son système d'information dans le cadre de la mise en place d'un dossier médical du patient commun	69
2/ Proposition pour une contractualisation interne optimale: profiter de ces mutations pour passer d'une informatique de production à une informatique de réflexion	71
CONCLUSION	74
Bibliographie	77
Liste des annexes	79

Liste des sigles utilisés

A.R.H.: Agence Régionale de l'Hospitalisation
A.T.I.H. : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
C.C.A.M.: Classification Commune des Actes Médicaux
C.C.M.: Comité Consultatif Médical
C.G.B.O.:Centre de Gestion des Blocs Opératoires
C.H.: Centre Hospitalier
C.H.U.: Centre Hospitalier Universitaire
C.I.M. : Classification Internationale des Maladies
C.M.E.: Commission Médicale d'Etablissement
C.M.U.: Couverture Maladie Universelle
C.O.M.: Contrat d'Objectifs et de Moyens
C.P.I.: Contrats de Prestations Internes
D.A.F.: Direction des Affaires Financières
D.H.O.S. : Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins
D.I.H.: Délégation à l'Informatique Hospitalière
D.I.M.: Département de l'Informatique Médicale
D.L.H.: Direction de la Logistique et de l'Hôtellerie
D.M.I.: Dispositifs Médicaux Implantables
D.M.S.: Durée Moyenne de Séjour
D.R.H.: Directeur des Ressources Humaines
E.N.C.: Echelle Nationale des Coûts
E.N.S.P.: Ecole Nationale de la Santé Publique
E.P.S.: Etablissements Publics de Santé
E.T.P.: Equivalent Temps Plein
G.C.S.: Groupement de Coopération Sanitaire
G.H.M.: Groupe Homogène de Malades
G.H.S.: Groupe Homogène de Séjours
M.C.O.: Médecine, Chirurgie, Obstétrique
M.E.A.H.:Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier
M.E.T.A.P.:Mission d'Expérimentation de la Tarification à la Pathologie
N.G.A.P.: Nomenclature Générale des Actes et Produits
P.M.S.I.: Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
P.N.M.: Personnes Non Médicaux
Pôle C.V.M.: Pôle Cardio-vasculaire et Métabolique

S.P.H. : Service Public Hospitalier

S.R.O.S.S: Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale

T2A: Sigle désignant communément la Tarification à l'Activité

T.C.C.M.: Tableau de coût case-mix

T.I.M.: Techniciens d'Informatique Médicale

U.A.: Unité d'Affectation

U.O.: Unité d'Œuvre

Introduction - Les modifications du paysage hospitalier: entre changements et continuité

"L'unité dans la diversité", telle est la devise de l'Union Européenne. Elle s'applique parfaitement à la problématique de ce mémoire même si la comparaison n'est pas très flatteuse au regard de l'état actuel de la construction communautaire. Elle ne préjuge en rien du succès des Contrats de Prestations Internes au CHU de Toulouse. Néanmoins, l'idée fondatrice qui doit présider à la mise en œuvre du chantier de la contractualisation interne est bien la nécessaire conciliation de l'autonomie des pôles ("la diversité") avec la cohérence de l'institution ("l'unité").

Ce mémoire concerne un sujet extrêmement précis dans la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance. En effet, les Contrats de Prestations Internes (C.P.I.) correspondent à un stade bien avancé de sa mise en œuvre. Le CHU de Toulouse est engagé très en avant dans ce processus. Mon stage long a correspondu à une phase d'émulation importante car les changements en matière de nouvelle gouvernance durant cette période ont été nombreux. Le 2 mai 2005 par exemple est "sortie" une ordonnance venant fixer une organisation en pôle dont la définition des contours était jusqu'alors réservée aux établissements expérimentateurs.

Conscient de ces divers paramètres, il m'est apparu impossible de parler de l'enjeu de ces contrats de prestations internes dans une structure aussi complexe que celle du CHU de Toulouse sans les recadrer dans leur contexte d'ensemble. Cette introduction constitue par conséquent en soi une partie qui s'attachera à décrire l'amont de ces Contrats de Prestations Internes, les différentes étapes, empiriques et réglementaires, qui ont conduit à leur mise en place. Ainsi, le CPI est une déclinaison très avancée d'une mutation plus profonde qui est celle de la Nouvelle Gouvernance, elle-même liée à la tarification à l'activité, elle-même déclinaison du Plan Hôpital 2007. Ces changements obéissant au principe des poupées russes, ils ne peuvent être appréhendés isolément et doivent être étudiés de façon globale. C'est l'objet de la présente introduction.

Le paysage hospitalier a connu de nombreuses évolutions et réformes en quelques mois. Néanmoins, dans ce foisonnement de nouveaux textes, il convient de distinguer les éléments qui relèvent de changements véritables de ceux qui ne sont que la reformulation de principes anciens, ceux qui plus qu'une simple évolution constituent une véritable révolution.

Ainsi, le Plan Hôpital 2007 a opéré un certain nombre de modifications du paysage

hospitalier dont certaines sont de très grande importance et d'autres d'une moindre envergure. L'ensemble de la mise en œuvre des réformes de ce plan doit s'échelonner de novembre 2002, date de sa mise en place, à 2007. Les ambitions de ce plan sont au nombre de six:

- modifier le mode de financement des établissements de santé par la mise en place de la T2A,
- relancer l'investissement de ces établissements,
- simplifier la planification,
- faciliter le rapprochement des structures publiques et privées par le Groupement de Coopération Sanitaire (G.C.S.),
- créer une Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier (M.E.A. H.)
- mettre en place une nouvelle gouvernance dans les établissements de santé par l'instauration de pôles d'activité.

Parmi les différents changements apportés par le Plan Hôpital 2007, deux sont à retenir pour appréhender le sujet des Contrats de Prestations Internes au CHU de Toulouse et qui s'avèrent inextricablement liés: la tarification à l'activité et la nouvelle gouvernance comme mode rénové de gestion de l'hôpital.

La thématique de la déconcentration en pôles d'activité dans le cadre de la nouvelle gouvernance n'est pas nouvelle au CHU (cf. l'expérience des centres de responsabilités de l'ordonnance de 1996). Cependant, pour la première fois, elle est appréhendée de façon plus large et profonde. D'une répartition sur six établissements en 1991 et sur quelques comptes seulement, la déconcentration passe à hauteur de 85% des crédits et concerne les 26 pôles que compte désormais le CHU.

Ce mode de la gestion polaire facilite en outre la réforme du financement des hôpitaux. Elle confère de l'autonomie aux pôles d'activité, rapproche le pouvoir de décision du terrain. Elle responsabilise les acteurs de la santé, et au premier plan les médecins. Cette réforme organisationnelle va de pair avec celle du financement à l'activité qui place également les médecins au centre du dispositif. Leur activité (et le codage de cette dernière) conditionne, pour l'instant à hauteur de 25%, l'allocation de ressources aux établissements de santé. Pour mieux comprendre les enjeux de cette mutation au C.H.U. de Toulouse, de fréquentes comparaisons seront faites avec le changement tel qu'il a été conduit au Centre Hospitalier de Blois. Il est en effet intéressant, du fait des différences de structures, de montrer à quel point, pour la mise en place d'une même réforme, les méthodes peuvent être très différentes.

La problématique qui s'impose à l'observateur attentif de ces mutations, et notamment à la mise en place de la contractualisation interne, part de postulats simples. Le CHU de Toulouse est composé de 26 pôles. Quatorze d'entre eux sont des pôles clients, producteurs de soins (et d'activité), les autres sont prestataires. Ces pôles, via les contrats de prestations internes, vont entrer dans une logique clients-fournisseurs. Les pôles clients auront un droit de tirage sur les pôles prestataires, qui correspond à une autorisation de consommations. Ces prestations sont multiples et recouvrent l'ensemble de ce qui, de près ou de loin, assure au patient la production de soins dans les meilleures conditions. Elles s'étendent par conséquent de la fourniture de repas à celle de linge, à des mensualités de Personnels Non Médicaux (P.N.M.), à la fourniture de Dispositifs Médicaux Implantables (D.M.I.) etc....

Le changement est de taille dans la mesure où des relations horizontales nombreuses vont s'établir, dans un milieu, l'hôpital, traditionnellement caractérisé par le rapport hiérarchique, vertical. En outre, la distinction entre pôles clients et pôles prestataires est relativement ténue car les pôles clients sont aussi prestataires et inversement.

Or, il apparaît cette fois à l'observateur désormais un peu moins néophyte que les contrats de prestations internes conclus dans la logique clients-fournisseurs seront très nombreux. Ces divers contrats risquent, si certains dispositifs et arbitrages ne sont pas mis en place, de remettre en cause la cohérence de l'institution.

Tout d'abord, il convient d'appréhender le contexte global de ces réformes à travers l'étude de la « matrice », la T2A, et de sa déclinaison à travers la nouvelle gouvernance, elle-même assortie de son indispensable outil, la contractualisation interne (A). Enfin, en vue de mieux comprendre la spécificité du CHU par rapport aux autres établissements en la matière, une comparaison sera faite avec le changement à l'œuvre au Centre Hospitalier de Blois (B). Enfin, il apparaît que le C.H.U. de Toulouse est en avance sur la plupart des établissements expérimentateurs dans mise en place de la nouvelle gouvernance (C).

A/ Le contexte global de la réforme: la tarification à l'activité, la Nouvelle Gouvernance et la contractualisation interne

Ces réformes telles des « poupées russes » sont interdépendantes. La contractualisation interne est liée à la nouvelle gouvernance qui est elle-même un outil au service de la T2A. Dans ces changements, il est possible de dissocier ceux qui relèvent d'une simple évolution de ceux qui sont totalement novateurs (1). Le choix d'une démarche

expérimentale a pour conséquence d'instaurer une Nouvelle Gouvernance à géométrie variable (2).

1/ Des changements entre évolutions et révolutions

a/ Les révolutions

Historique de la T2A

En France, le prix de journée a été pratiqué dans les hôpitaux publics et dans les cliniques participant au S.P.H. (Service Public Hospitalier) jusqu'en 1984 et dans les cliniques privées à but lucratif jusqu'en 2004. Il renvoyait plus à un financement basé sur des données hôtelières ou d'hébergement que médicales. Le budget global qui s'est imposé pendant 20 ans à partir de 1984 n'avait qu'un lien éloigné avec l'activité médicale.

L'avant T2A: Le budget global. Ce mode de financement est qualifié de "rétrospectif" en ce qu'il est valorisé a posteriori, au vu des dépenses constatées ou des résultats (objectif quantifié national). Ce budget global a eu des effets négatifs sur les professionnels de santé qui sont entrés dans une logique de moyens. Leur but était de justifier leurs dépenses car le budget global était calé sur ces dernières. Les autres critiques le concernant étaient liées au fait que les dépenses reposaient sur une base historique ne prenant pas en compte l'évolution des établissements. Ces dépenses étant encadrées, l'activité lui était totalement assujettie.

Différentes tentatives ont été mises en œuvre pour limiter cette logique de moyens. L'ordonnance du 24 avril 1996 a instauré les contrats d'objectifs et de moyens. Néanmoins, son application, trop limitée, n'a pas permis de dégager une logique de résultat dans la gestion des crédits hospitaliers. Le P.M.S.I. (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information), permettant de mesurer l'activité de façon plus objective, n'a pas été utilisé à la hauteur de ses potentialités. Son utilisation s'est le plus souvent bornée à quelques spécialistes du D.I.M. (Département de l'Informatique Médicale).

La T2A a été instaurée par la loi du 18 décembre 2003 pour une application dès 2004. Un comité de pilotage d'une tarification à la pathologie a été mise en place en janvier 2000 sous le patronage de Bertrand MARROT, qui a animé la M.E.T.A.P. (Mission d'Expérimentation de la Tarification à la Pathologie). Ce travail s'est inscrit directement dans le prolongement de la loi du 27 juillet 1999 portant création de la Couverture Maladie Universelle (C.M.U.) et qui stipulait en son article 55 que "*le gouvernement pourra*

expérimenter à compter du 1er janvier 2001, et pour une période n'excédant pas cinq ans, de nouveaux modes de financement des établissements publics et privés, fondés sur la tarification à la pathologie".

Une seconde mission a été mise en place à la fin de l'année 2002, créée par un arrêté du 20 novembre 2002 et a été confiée au docteur Martine Aoustin. Elle est devenue la mission d'expérimentation de la tarification à l'activité et non plus à la pathologie. Cette réforme n'est pas fondamentalement nouvelle en soi. Nous l'avons vu, elle existait en filigrane dans sa philosophie au sein de la loi portant création de la C.M.U.

Elle préexistait là encore dans ses fondements dans la mise en place du P.M.S.I. D'ailleurs, cet outil longtemps délaissé aux seules mains des spécialistes (D.I.M.), a été choisi comme l'outil de référence dans la mise en place de la tarification à l'activité. Pendant longtemps, cette mesure de l'activité médicale était laissée en désuétude faisant du P.M.S.I., pour certains médecins, un "Petit Machin Sans Intérêt".

La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière valorise l'activité, et appelle de ce fait la mise en place du P.M.S.I., à travers l'article 710-5 du Code de la Santé Publique. En effet, celui-ci dispose que *"les établissements de santé, publics et privés, procèdent à l'analyse de leur activité... ils mettent en œuvre des systèmes d'information qui tiennent en compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins"*. L'inventeur du P.M.S.I. est le professeur Robert FETTER qui a mis au point les D.R.G. (Diseases Related Groups) aux Etats-Unis entre 1986 et 1987. Cet outil permet pourtant de repérer le coût moyen de chaque Groupe Homogène de Malades (G.H.M.).

L'application de la tarification à l'activité est d'abord consacrée au seul secteur M.C.O. (Médecine, Chirurgie, Obstétrique). Elle devrait s'attacher ultérieurement aux soins de suite et à la psychiatrie. Une liste de tarifs est arrêtée par l'Etat et l'assurance maladie et s'applique à chaque type de séjour. Ces tarifs sont nationaux et sont détaillés pour tenir compte de la diversité des pathologies. Le financement, dans ce schéma, ainsi que le souligne Patrick EXPERT, suit le patient. Ce mode de financement à l'activité est déjà à l'œuvre dans une vingtaine de pays.

Description schématique du nouveau mode de financement à l'activité

Classer les pathologies par groupes homogènes relève d'une quête du Graal. La classification internationale des maladies (C.I.M), dans sa 10ème version recense 12 000

pathologies. Les Groupes Homogènes de Malades (G.H.M.) recensés par le P.M.S.I. favorisent ces regroupements de maladies ou de malades par la consommation constatée de ressources.

En France, on dénombre aujourd'hui 700 G.H.M.. Cette classification forcément sommaire, de par les regroupements qu'elle opère des multiples pathologies considérées, repose néanmoins sur de stricts critères scientifiques. Il est ainsi tenu compte, lors du séjour de chaque patient, de plusieurs éléments recensés par l'équipe médicale qui sont: le diagnostic principal, les diagnostics associés et les principaux actes réalisés (actes dits classant). D'autres éléments s'ajoutent tels que l'âge etc.... Le P.M.S.I. est devenu opérationnel pour le court séjour en 1994. Il en est aujourd'hui à sa 9ème version. En France, l'A.T.I.H. (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation), pour le compte du ministère de la Santé fait évoluer le P.M.S.I. et les G.H.M..

Les G.H.M. sont ainsi calculés en référence à l'E.N.C. (Echelle Nationale des Coûts). Pour le secteur public, une quarantaine d'établissements volontaires participe à l'E.N.C. En 2003, 3 200 000 séjours sont concernés par l'E.N.C., affinant sans cesse l'étude. Ces établissements imputent les dépenses engagées dans la prise en charge de chaque groupe de malades selon des règles communes.

La principale ressource financière des établissements, dans la cadre de la T2A, est assise sur les séjours hospitaliers. En 2004, il y a 694 types de séjours et chacun dispose d'un tarif. Ces tarifs s'inspirent directement de l'E.N.C. et rémunèrent ces G.H.S. constatés dans l'activité médicale de l'établissement.

La description du calcul de ces G.H.M. n'est pas une digression inutile dans le cadre de ce mémoire. En effet, elle présente un lien direct avec le thème de la contractualisation interne « horizontale » objet de notre étude. Pour permettre aux pôles d'être autonomes et d'élaborer leur stratégie, pour mettre en œuvre les C.P.I., il faudra qu'ils disposent de tableaux de bord pour suivre l'évolution de leurs consommations de prestations, l'état de leur droit de tirage etc.... Or, ces tableaux de bord, ainsi que nous le verrons plus loin, peuvent se confiner à une approche financière, au travers des T.C.C.M. (Tableaux Coût Case-Mix, intégrant les données de l'E.N.C.) ou intégrer des données qualitatives. Il s'agit en la matière de choix stratégiques qui se posent avec une étonnante actualité au C.H.U. de Toulouse.

Patrick EXPERT, dans son ouvrage « *La Tarification à l'Activité, Médecine et gestion : une dynamique nouvelle* » souligne régulièrement les limites du mode de calcul actuel

des coûts par G.H.M. *"Pour alimenter l'E.N.C., il apparaît que seulement 25 à 30% des dépenses sont imputées précisément. Le reste des dépenses est calculé à partir de clés de répartition discutables ».* « *Dans le même ordre d'idées, pour confirmer ces faiblesses, des C.H.U. se sont attachés à calculer précisément les coûts pour certains G.H.M....homogènes, comme les greffes. Ils ont observé des écarts allant de 2 à 3 par rapport aux chiffres publiés par l'E.N.C".*

De même, il remet en cause la stabilité des G.H.M.: *"les G.H.M. ne sont pas statistiquement stables. En particulier, même si les choses sont en train d'évoluer, 50 à 100 d'entre eux apparaissent comme des "fourre-tout". Et de nombreux G.H.M. sont sous-représentés dans l'E.N.C."*

Autre critère de méfiance à l'égard de cette E.N.C. et par voie de conséquence à l'égard des tableaux de bord de pilotage des pôles qui la prendront pour seule référence, l'affectation des dépenses de structure: *"Les amortissements et les frais financiers, qui sont absents de l'E.N.C., sont intégrés dans les tarifs. Ceci n'a rien de choquant, sur le plan des principes dans la mesure où les tarifs sont un tout compris. Cependant, faute d'éléments issus de la comptabilité analytique, les amortissements et les frais financiers n'ont pu être affectés précisément à chaque groupe de séjour. Ils l'ont donc été arbitrairement, selon une règle arithmétique: au prorata du coût de chaque G.H.M."* Il précise que l'E.N.C. ne traduit pas un parcours de santé, mais une moyenne arithmétique.

Une méthode de changement originale et empirique

La France a traditionnellement une conception technocratique du changement. Il est fréquemment reproché à ce pays, marqué par un héritage jacobin, d'imposer de façon dogmatique et brutale le changement sans laisser aux acteurs concernés de marge de manœuvre dans sa mise en place. En général, une réforme est accompagnée de sa cohorte de lois, décrets et circulaires en précisant dans les moindres détails les modalités d'application.

Or, les différentes réformes évoquées ci-dessus, prévus au titre du Plan Hôpital 2007, sont mises en œuvre différemment. Le changement est empirique. De l'avis même de ses auteurs, cette réforme doit "évoluer en avançant". Il en est ainsi pour les deux réformes liées qui nous intéressent, la nouvelle gouvernance et la tarification à l'activité.

La mise en place de la nouvelle gouvernance fonctionne au départ sur le mode de l'expérimentation. Le milieu hospitalier connaît pourtant une marge d'autonomie par rapport à ces changements technocratiques. De façon dérogatoire avec les autres

fonctions publiques, il jouit, dans ses statuts, depuis la loi de 1991, d'une liberté d'organisation, appelée "amendement liberté". Néanmoins, il n'a été nul besoin dans la mise en place de la nouvelle gouvernance de légitimer ses particularismes par cette liberté d'organisation. Il est dans la philosophie même du plan hôpital 2007 de jouir de cette liberté au travers de l'expérimentation. M.MATTEI, dans son discours inaugural (26 juin 2003), soulignait que *"la pierre angulaire de la simplification de l'organisation interne de l'hôpital devrait être la liberté d'organisation"*.

Il convient ici, et pour la seule mise en place de la Nouvelle Gouvernance, de modérer cet empirisme. La tentation technocratique n'est pas loin et réapparaît avec l'ordonnance du 2 mai 2005, qui est un mélange peu subtil de souplesse et de rigidité et qui, en catimini, prévoit que "l'article L.6146-8 est supprimé". Cette disposition n'est autre que la suppression de...l'amendement liberté.

La T2A jouit elle aussi, dans sa conception autant que dans sa mise en œuvre, d'un empirisme rare. Elle doit déployer l'ensemble de ses effets sur une période de huit ans, jusqu'en 2012, et est susceptible de connaître, durant cette période, différents aménagements. Enfin, dans sa philosophie même, par le passage à la logique de résultat qu'elle promeut, elle induit une liberté nouvelle dans la gestion des crédits hospitaliers.

Un lien inextricable entre la Tarification à l'activité et la Nouvelle Gouvernance: les "sœurs siamoises" d'une gestion médicalisée

La T2A et la Nouvelle Gouvernance sont deux réformes inextricablement liées. La réforme du financement à l'activité implique quasiment de force les médecins à la gestion. En effet, de l'activité, et plus encore de son codage exhaustif dans la C.C.A.M., (Classification Commune des Actes Médicaux, remplaçant la N.G.A.P.: Nomenclature Générale des Actes et Produits) dépend l'allocation des ressources hospitalières. Il fallait par conséquent trouver une organisation interne qui facilite et donne un cadre à cette gestion médicale.

Cette réforme de la tarification à l'activité ne pouvait trouver un cadre d'épanouissement qu'au travers d'une telle réorganisation interne. En effet, toute tentative d'imposer de l'extérieur cette collaboration entre médecine et gestion est vouée à l'échec. Ainsi que le rappelle Jean-Paul SEGADE dans son ouvrage *"la contractualisation à l'hôpital"*: *"la contractualisation, ou plutôt le découpage de l'hôpital en centres de responsabilité, manifeste la nécessité d'une réflexion sur l'organisation médicale hospitalière. L'échec de la départementalisation présentée contre les chefs de service a démontré tout simplement que l'on ne pouvait réformer l'hôpital de l'extérieur"*. On ne décrète pas la collaboration

entre médecins et gestionnaires, par contre il est possible de la susciter. Pire, elle peut être insidieusement imposée en faisant dépendre les recettes de l'établissement de cette participation des médecins. De façon assez judicieuse, le gouvernement impose cette collaboration à travers la modification du financement.

Les principes fondateurs de la Nouvelle Gouvernance sont en étroite corrélation avec ceux induits par la tarification à l'activité

Ils prévoient une responsabilisation des acteurs médico-économiques. De même, à juste titre, dans son ouvrage, Jean-Paul SEGADE rappelle les propos de Martine AUBRY le 30 mars 1998 lors des Assises de l'Hospitalisation et invoquant la nécessaire réforme du fonctionnement interne de l'hôpital. La reprise de ce discours est littérale mais s'avère extrêmement intéressant. Dans ces propos, on trouve un écho direct à la réforme actuelle de la Nouvelle Gouvernance et à la contractualisation interne qu'elle induit. Ce discours illustre, non sans une certaine ironie d'ailleurs, les redondances de l'histoire :

« Le fonctionnement interne de l'hôpital devient en effet le point crucial de tous les efforts à mener pour gagner le pari de la modernité et de la qualité. L'hôpital bouge, se transforme, les comportements et les mentalités devront inévitablement évoluer au même rythme. En particulier, chacun devra s'impliquer plus volontiers dans la gestion. Une réelle déconcentration de la gestion permettrait d'associer les médecins et les équipes soignantes aux choix économiques qui découlent des stratégies médicales. Il est temps de mettre fin à l'opposition entre gestion et soins. La démarche à laquelle je vous invite est ambitieuse. Elle suppose une modification profonde des rapports existant au sein de l'hôpital, voire du système de valeurs des différents acteurs. Elle suppose une évolution de l'organisation interne et une adaptation du système d'information sur lequel elle repose. Elle doit aller jusqu'à la reconnaissance de formes d'organisation dans lesquelles les arbitrages sont réalisés au plus près des utilisateurs et dans une logique de responsabilisation qui suppose des engagements réciproques et un respect mutuel des compétences. Il reste qu'un travail important de conviction, de pédagogie devra être accompli, l'expérience prouvant que la réussite est souvent proportionnelle à l'implication personnelle de la direction et du corps médical". Ces paroles pourraient s'appliquer de la même manière au contenu du plan hôpital 2007 dans son volet « nouvelle gouvernance ».

Du codage exhaustif de l'activité dépend la bonne allocation des ressources. Il faut par conséquent créer une cellule de coopération entre la gestion et la médecine: le pôle. Cette responsabilisation passe par la contractualisation. Le lien entre réforme du financement et contractualisation n'est pas nouveau.

L'autre principe de la nouvelle gouvernance est que le pôle fonctionne sur le mode de la déconcentration et non de la décentralisation. Les pôles sont autonomes et non indépendants. A nouveau comme redondance de l'histoire hospitalière, des discours prononcés dans le passé gardent toujours une résonance d'actualité. Ainsi Madame BOURDIL de la Direction des Hôpitaux, dans la "Lettre sur la réforme de l'hospitalisation" de novembre 1998 rappelait que les changements récents engagés étaient la résultante de réformes et non de révolutions : *"La mise en place des centres de responsabilité s'inscrit dans cette politique de modernisation de la gestion hospitalière en interne...L'objectif est d'impliquer l'ensemble des personnels concernés à la gestion d'un établissement. Mais attention. Il ne s'agit pas de créer des centres de responsabilité totalement indépendants de la structure hospitalière à laquelle ils appartiennent, mais bien plutôt de favoriser une délocalisation de la gestion en direction des équipes hospitalières"*.

L'autre principe inspiré de l'organisation communautaire, qui guide cette nouvelle gouvernance, est celui de la subsidiarité. Dans ce cadre, chaque pôle gère l'ensemble des activités qui le concernent à l'exception de celles qui relèvent d'un niveau supérieur. La Nouvelle Gouvernance est ainsi la réforme institutionnelle permettant à la T2A de prendre son ampleur, de trouver un cadre d'épanouissement.

b/ Les évolutions: la contractualisation comme mode de mise en œuvre concret de la nouvelle gouvernance

C'est un changement dans la philosophie même de la relation contractuelle qui s'opère. Le passage d'une organisation régie sur le mode de l'autorité, verticale, à une structuration horizontale des relations. Plusieurs constats s'imposent:

La contractualisation comme nouveau mode d'action publique

Dans son avant-propos, Jean-Paul SEGADE dresse un historique intéressant du recours par l'Etat à la contractualisation comme mode rénové de l'action publique, rompant avec le traditionnel imperium présidant en général à sa mise en œuvre. Il rappelle que *« le procédé contractuel est une nouvelle démarche de l'administration française qui a débuté dans les années 1970 avec la mise en place d'un politique d'aménagement du territoire et d'urbanisme. Les Zones d'Action Concertée, les Zones d'Utilité Publique, avec les schémas directeurs d'aménagement et d'urbanisme et les plans d'occupation des sols sont les premiers instruments juridiques de cette nouvelle vision de l'action publique jusqu'alors limitée à l'acte administratif unilatéral...la circulaire de novembre 1989 de Michel Rocard constitue la première reconnaissance officielle des pouvoirs publics de*

faire du contrat une des modalités d'action publique. La circulaire de Juillet 1995 d'Alain Juppé sera à la circulaire de juin 1989 ce que les ordonnances de 1996 seront à la loi de 1991 (loi hospitalière de Juillet 1991 dite Loi Evin), la consécration du procédé contractuel".

Dans les discours politiques, y compris concernant la gestion de l'hôpital public, le recours au procédé contractuel devient à la mode. Ainsi le 28 mai 1998, Jacques Chirac, Président de la République, évoque la méthode de la réforme hospitalière et rappelle la nécessité de préférer la voie contractuelle à la voie d'autorité, d'un autre temps, propre à la planification: *"C'est la seule méthode qui permette de faire droit aux réalités géographiques et médicales et de gérer en douceur les adaptations nécessaires"*. De même, dans un rapport rendu public en 1999, le Conseil d'Etat en présentant l'intérêt général *"comme la pierre angulaire de l'action publique dont il détermine la finalité et fonde la légitimité"* retenait le procédé contractuel comme mutation des procédures de formation de l'Intérêt Général.

La contractualisation n'est pas nouvelle dans les hôpitaux

Elle est même une expérience relativement ancienne. Elle est en outre historiquement liée à la réforme du financement des hôpitaux. Il existe en la matière une certaine répétition de l'histoire. En effet, la circulaire du 18 juin 1984, qui précise les modalités de mise en place du Budget Global, reste le point de départ du processus de contractualisation.

Dans son ouvrage, Jean-Paul SEGADE rappelle en effet que, prise dans le cadre de la mise en place de la réforme du système de financement des hôpitaux par la dotation globale, elle vise de *"passer à une rénovation de la gestion hospitalière"*. Ainsi les termes mêmes de la circulaire reprenaient l'ardente obligation d'accompagner cette réforme d'une nouvelle organisation interne de l'hôpital via la contractualisation entre les centres de responsabilité: *" La création des centres de responsabilité répond au souci de mieux mettre en évidence que par le passé les relations entre les moyens, les coûts et les activités des établissements hospitaliers et d'associer plus étroitement à leur gestion tous ceux qui, au travers des responsabilités qu'ils exercent et des décisions qu'ils prennent à ce titre, influencent directement les évolutions de ces coûts et activités"*.

Deux autres circulaires ont rappelé cette nécessité de déconcentrer la gestion hospitalière. Celle du 11 Juin 1985 et celle du 17 Septembre 1987 sur l'organisation et le fonctionnement des structures médicales faisant suite à la loi du 24 Juillet 1987. Cette dernière, si elle n'évoque pas le dispositif contractuel et rétablit le service comme base de

l'organisation hospitalière, introduit la notion de pôles d'activité. Elle souligne que le *"chef de service est responsable du fonctionnement technique de son service et répond à ce titre de sa gestion"*.

Néanmoins, dans ces différents textes, la contractualisation est appréhendée au travers de l'unique prisme budgétaire de contention des dépenses. Il ne cherche pas à développer de coopération constructive au sein des entités concernées par cette contractualisation, services ou centres de responsabilité. En outre, malgré la diversité des textes la promouvant, la contractualisation interne, selon une enquête de la D.H.O.S. (Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins), n'a été pratiquée que dans 8% des établissements. Néanmoins, un changement profond dans la philosophie de cette contractualisation est apparu.

La philosophie de la contractualisation a cependant évolué

L'Ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée est à l'origine du renversement de cette philosophie. Ainsi que le rappelle Jean-Paul SEGADE: *"alors que la mise en place des centres de responsabilité et des budgets de service relevait jusqu'alors d'une logique essentiellement budgétaire et descendante, la contractualisation interne a pour ambition d'être également qualitative et participative. Autrement dit, la maîtrise des moyens reste un sujet de préoccupation essentiel, mais l'accent est dorénavant mis sur les initiatives des équipes hospitalières et sur la médicalisation de la gestion, par le biais d'une négociation d'objectifs de qualité des soins et d'activité médicale"*.

L'article L.714-26-1 introduit par cette Ordonnance dans le Code de la Santé Publique précise ainsi les traits de cette contractualisation interne rénovée: *"Les établissements publics de santé peuvent mettre en place des procédures de contractualisation interne...Les centres de responsabilité bénéficient de délégations de gestion de la part du directeur. Ces délégations de gestion font l'objet d'un contrat négocié par le responsable du centre avec le directeur. Ce contrat définit également les objectifs, moyens et indicateurs de suivi des centres de responsabilité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat"*. Le parallélisme est ici évident avec les Contrats verticaux de délégation de gestion à l'œuvre au CHU de Toulouse et promus par la Nouvelle Gouvernance.

Cependant, ses divers modes d'expression (SROS, COM, etc.) relevaient davantage du contrat d'adhésion¹, avec une volonté contractuelle quasi nulle de l'établissement de santé. Désormais, les contrats qui seront passés impliquent davantage d'autonomie de la part des établissements signataires.

Ainsi, selon nous, la véritable innovation réside dans la mise en place des contrats horizontaux entre les pôles. Pour la première fois, il est possible de parler, malgré les évidentes normes qui entourent leur passation, de contrats synallagmatiques². Ces contrats de prestations internes conclus entre les pôles sont le signe de leur autonomie. Ils s'inscrivent dans le cadre des contrats de délégation de gestion.

De plus, à partir du 31 Janvier 2007, l'ensemble des E.P.S. (Etablissements Publics de Santé) fonctionnera sur ce mode d'organisation alors que jusqu'à présent, l'expérience des centres de responsabilité a été très limitée. Il s'agit par conséquent sinon d'une révolution, tout du moins d'une franche évolution. Dans la continuité des ordonnances de 1996, la déconcentration opérée par la nouvelle gouvernance donne à la contractualisation une place prépondérante dans l'organisation interne de l'hôpital. Il s'agit en la matière d'une révolution culturelle, les structures hospitalières, malgré quelques tentatives en la matière, ayant toujours fonctionné en priorité sur le mode hiérarchique de *l'imperium*.

Cette philosophie rénovée de la contractualisation horizontale entre les pôles alliée à la réforme du financement à l'activité consacrent la gestion médico-administrative des deniers publics.

2 / Le principe d'abord posé d'une démarche expérimentale : une Nouvelle Gouvernance à géométrie variable

a / L'anticipation par le CHU de Toulouse de la Nouvelle Gouvernance

Le gouvernement a choisi de ne pas décréter le changement au vu de l'ampleur des mutations qu'il induit. Il a donc utilisé, comme il l'a fait dans d'autres domaines, la

¹ Le contrat d'adhésion est celui dans lequel l'une des parties contractantes est en position de sujétion vis-à-vis de l'autre. Sa marge de négociation est quasiment nulle.

² Les contrats synallagmatiques sont ceux dans lesquels les deux parties contractantes sont sur un pied d'égalité et s'engagent réciproquement au respect d'obligations mutuelles.

démarche expérimentale. Jean François MATTEI a ainsi prévu, dans la philosophie du système qu'il met en place, une véritable souplesse d'organisation. Si la méthode a l'avantage de l'autonomie dans le changement, elle a aussi l'inconvénient de la diversité dans la mise en œuvre des pôles.

Cette relative hétérogénéité, voulue, dans le dispositif se dessine avec une particulière acuité dans le « suivi du chantier national de la nouvelle gouvernance hospitalière » rédigé sous l'égide de la M.E.A.H. en septembre 2004 sur l'état d'avancement des différents établissements expérimentateurs. Il apparaît, malgré d'importantes similitudes dans la philosophie, de fortes différences dans les structures mises en place. Il résulte de la lecture de cette synthèse le sentiment d'une Nouvelle Gouvernance à géométrie variable, dont l'alignement réglementaire sur un modèle unique ne tardera pas à poser problème.

La réalisation d'une organisation en pôles dans une structure multi-site d'une dimension telle que le C.H.U. de Toulouse est compliquée. Quelle que soit d'ailleurs l'organisation en charge de mettre en place cette réforme incontournable, ce défi sera difficile à réaliser. Il a nécessité de modifier les mentalités autant que les structures.

Pour anticiper ces difficultés et être un acteur à part entière du changement, le C.H.U. de Toulouse s'est délibérément engagé dans la réforme, au titre de l'expérimentation. Il faut en effet souligner ici que l'engagement sans faille dans la démarche expérimentale de la part du Directeur Général, Monsieur Daniel MOINARD, est un vecteur fort et efficace dans l'implémentation de la réforme. Les Assises Hospitalo-universitaires de mars 2003 ont marqué le point de départ de la mise en place de la nouvelle gouvernance. Monsieur Daniel MOINARD, alors Président de la Conférence des Directeurs Généraux de C.H.U. et actuel Directeur Général du C.H.U. de Toulouse, a initié et impulsé la réforme au niveau national ainsi que dans son établissement.

Il a décidé, par délibération de son Conseil d'Administration du 21 Mai 2001, de rendre sa gestion plus performante en adoptant un nouveau mode d'organisation et de fonctionnement à travers son « projet de gestion ». L'un des objectifs majeurs de cet engagement dans la réforme est de mettre un terme aux hôpitaux et services « miroirs », dont les activités, identiques, s'exercent en des endroits distincts.

L'A.R.H. a inscrit cette nouvelle organisation dans le C.O.M (Contrat d'Objectifs et de Moyens) conclu avec le C.H.U. en 2002, anticipant le volet « nouvelle gouvernance » et « T2A » (Tarification à l'activité). Ainsi, au 1er Janvier 2004, l'ensemble du C.H.U. a

basculé dans une organisation en pôles. Vingt-six pôles d'activité se sont substitués aux six sites existant jusqu'alors. On y dénombre 14 pôles cliniques, 5 pôles médico-techniques et 7 pôles logistico-administratifs.

Ce changement est primordial, en terme structurel et culturel, en raison des mutations qu'il induit. Une résistance culturelle s'est profilée au départ, mais a été en grande partie résolue, en raison du pilotage médico-économique que prévoit la réforme, associant un médecin et un directeur administratif à la gestion du pôle. Cette formule originale du co-pilotage a permis l'acculturation des médecins à cette réforme.

Un problème structurel se pose également en raison du basculement d'une logique de site à une logique de pôle. Le CHU de Toulouse est bien avancé en la matière en raison de la volonté clairement exprimée de la Direction Générale de ne pas « rater le train qui passe », d'anticiper la mutation, quitte à lui appliquer des actions correctives au fur et à mesure de sa mise en œuvre. L'objectif est que le changement soit davantage une évolution mûrie qu'une révolution subie.

b / L'ordonnance du 2 mai 2005 : entre souplesse et rigidité

La nouvelle gouvernance dans le monde hospitalier : une simplification ? Il est demandé aux établissements expérimentateurs d'obéir à des injonctions contradictoires. L'ordonnance telle qu'elle est parue en avril 2005, suite à son adoption au Conseil des Ministres est un mélange, peu subtil, entre souplesse et rigidité.

Souplesse dans la mesure où l'art. L. 6143-1 précise que le Conseil d'Administration délibère sur « *l'organisation de l'établissement en pôles d'activité et leurs éventuelles structures internes* », « *la politique de contractualisation interne* ». Rigidité d'autre part dans la mesure où la composition du Conseil Exécutif est strictement définie, ce qui contrevient à la liberté d'organisation énoncée précédemment. En outre, une disposition pour le moins surprenante apparaît dans l'ordonnance selon laquelle « *l'article L.6146-8 est abrogé* ». Cet article supprimé n'est autre que le célèbre « amendement liberté », incarnation d'une certaine autonomie d'organisation nécessaire des EPS.

La suppression de cet article est problématique. En effet, elle ne remet pas en cause, du moins à court terme, les expérimentations des établissements en matière de Nouvelle Gouvernance. Néanmoins, le cadre de l'expérimentation s'arrête début 2007, date à laquelle l'organisation en pôles d'activité deviendra obligatoire. Or, les expérimentations sont par nature assez libres. Il en est ressorti une nouvelle gouvernance à géométrie

variable.

Par exemple, le CHU de Toulouse a opté pour un « co-pilotage médico-économique », tant au niveau des pôles cliniques que médico-techniques. A la tête de ces pôles, on trouve deux pilotes, un coordonnateur médical et un directeur délégué.

Or, l'Ordonnance d'Avril 2005 ne prévoit pas un tel co-pilotage. Dans l'article L.6146-6 du Code de la Santé Publique précisant les fonctions du coordonnateur médical, on lit les dispositions suivantes : *« Il organise avec les équipes médicales, soignantes et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement technique du pôle...Il est assisté, selon les activités du pôle par une sage-femme cadre, un cadre de santé pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences, et par un cadre administratif ».*

Mais la suppression de l'amendement liberté est à court terme dangereuse pour les établissements expérimentateurs. En effet, en 2007, viendra le temps d'une certaine homogénéisation du paysage hospitalier. Or, qu'advient-il des sites expérimentateurs, devront-ils s'aligner sur le moule dressé par l'ordonnance de 2005, s'ils en diffèrent ? Leur fera-t-on payer le prix de leur implication dans cette expérimentation en devant refondre à nouveau une partie de leur organisation interne ? En effet, ces interrogations se posent avec d'autant plus d'acuité que les établissements expérimentateurs ne pourront plus légitimer leur particularisme par l'amendement liberté.

Une ordonnance de simplification ? Contrairement à ce que son nom indique, il semble que cette ordonnance ne vienne pas simplifier mais au contraire complexifier l'organisation hospitalière. On trouve une sédimentation des structures. En effet, souvent par volonté de ne pas froisser des intérêts souvent divergents, le législateur a « crée » une organisation sans remettre en cause celle qui la précédait. Il en résulte un empilement davantage qu'une modification véritable. Cette conciliation frileuse d'intérêts contradictoires aboutit à une structure complexe.

L'exemple le plus patent est certainement l'article 6 de l'ordonnance :

Art. L. 6146-1. - « Les pôles d'activité clinique et médico-technique sont définis conformément au projet médical de l'établissement. Les structures internes de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que les structures médico-techniques qui leur sont associées peuvent être constituées par les services et les unités fonctionnelles créés en vertu de la législation antérieure à celle issue de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

« Par délégation du pôle d'activité clinique ou médico-technique, les services ou autres
Jean-Gabriel Lévrier - Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique - 2005

structures qui le constituent assurent, outre la prise en charge médicale des patients, la mise au point des protocoles médicaux, l'évaluation des pratiques professionnelles et des soins et le cas échéant l'enseignement et la recherche ».

Il résulte clairement de ces dispositifs qui se surajoutent sans se remplacer un empilement entre les instances nées de la mise en place des pôles, les services et unités fonctionnelles. En outre, la seule lecture des instances prévues par la nouvelle gouvernance fait craindre une cacophonie décisionnelle, un éclatement du pouvoir de décision en de micro-organismes.

A trop vouloir, sur le mode d'une démocratie directe, éparpiller le pouvoir de décision, de consultation, le centre de gravité de l'hôpital est toujours plus difficile à discerner. Le partage du pouvoir est aussi la cause de son affaiblissement. Il suffit de citer ces nouvelles instances pour s'en persuader. Ainsi, au C.H.U. de Toulouse, on trouve dans l'organisation en pôles:

- Le Conseil Exécutif,
- 26 pôles,
- Une coordination des pôles cliniques, médico-techniques et logistico-administratifs, dans les pôles cliniques et médico-techniques,
- Des bureaux de pôles,
- Des conseils de pôles,
- Des conseils de groupes d'activité,
- Des comités consultatifs médicaux de pôles (qui ne mettent pas un terme aux C.C.M. de site).

Ces instances en soi ne sont pas de trop et sont nécessaires à la vie du pôle, mais elles se rajoutent aux organisations anciennes: unités fonctionnelles et leurs responsables, les services et leurs chefs. Par exemple, les conseils de pôles n'ont pas mis un terme aux conseils de service.

Le pôle est caractérisé par un copilotage médico-économique mais le pouvoir en son sein se partage aussi entre un assistant de gestion et un cadre supérieur, et se dilue avec des gestionnaires.

L'ordonnance par cette volonté de créer des instances de déconcentration et de simplification, sans faire table rase de celles du passé, crée une stratification qui dilue les responsabilités et fonctions de chacun. En outre, il obère parfois les capacités même à gérer un pôle en créant des légitimités contradictoires avec l'esprit de son texte. Ainsi, le

fait de maintenir les services, alors que l'objectif initial des pôles était de mettre un terme à cet héritage séculaire, crée une distorsion de légitimités au sein du pôle entre chef de service et les coordonnateurs médicaux de pôles.

Le coordonnateur médical de pôle est nommé au niveau local, par décision conjointe du Directeur Général et du Président de la C.M.E. après avis du Conseil Exécutif, de la C.M.E. et des Conseils de Faculté, sur proposition du pôle qui procède à une élection à bulletin secret. Leur légitimité de nomination est donc issue du niveau local :

Art. L. 6146-3. – « Peuvent exercer les fonctions de responsable d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique les praticiens titulaires inscrits par le ministre chargé de la santé sur une liste nationale d'habilitation à diriger un pôle. »

« Ils sont nommés par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement. Dans les centres hospitaliers universitaires, cette décision est prise conjointement avec le directeur de l'unité de formation et de recherche ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical. En cas de désaccord, les responsables de pôle sont nommés par délibération du conseil d'administration. Il peut être mis fin à leur mandat dans les mêmes conditions. »

Les chefs de service sont nommés par le Ministre de la Santé et affectés au niveau local par décision conjointe du Directeur Général et du Président de la C.M.E. après avis des Doyens de Faculté de médecine, après avis du Conseil Exécutif, des Conseils de Faculté et de la C.M.E.. Leur légitimité de nomination est donc issue du niveau national :

« Art. L. 6146-4. - Peuvent exercer la fonction de chef de service les praticiens titulaires nommés par le ministre chargé de la santé sur une liste nationale d'habilitation à diriger les services mentionnés au troisième alinéa de l'article L. 6146-1. Les conditions de nomination sur la liste nationale d'habilitation à diriger un service sont fixées par voie réglementaire. Ils sont affectés par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement. Dans les centres hospitaliers universitaires, cette décision est, en outre, cosignée par le directeur de l'unité de formation et de recherche après avis du conseil restreint de gestion de l'unité de formation et de recherche. »

Et pourtant, le texte prévoit, malgré cette distorsion de légitimité locale et nationale, « l'autorité fonctionnelle » du coordonnateur médical sur le chef de service :

Art. L. 6146-6. – « Le praticien responsable d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre au sein du pôle la politique générale de l'établissement et les moyens définis par le contrat passé avec le directeur et le président de la commission médicale d'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise avec les équipes médicales, soignantes et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement technique du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités de structure prévues par le projet de pôle. Il est assisté selon les activités du pôle par une sage-femme cadre, un cadre de santé pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences, et par un cadre administratif. »

Une telle incohérence vient de cette conciliation frileuse d'intérêts contradictoires, de la

capacité à créer de nouvelles structures de "simplification" sans remettre en cause celles qui préexistent.

Le temps de l'adaptation à la Nouvelle Ordonnance : des discordances gênantes

quelle place pour le directeur délégué de pôle?. Il semble que l'ordonnance s'adresse essentiellement aux Centres Hospitaliers et ne prend pas en compte la complexité organisationnelle des C.H.U. Mais demeure l'inconvénient du positionnement de ce directeur qui, selon l'ordonnance, est placé sous « l'autorité fonctionnelle » du coordonnateur médical. Le directeur délégué, "cadre administratif" dans l'ordonnance a cependant une délégation de gestion.

Les fondements de son autorité peuvent bien sûr être trouvés dans d'autres textes, mais il n'en demeure pas moins que l'ordonnance a une orientation ouvertement médicale (de façon humoristique, il est possible de se demander si c'est pour cette raison que le texte a été adopté par la voie de...l'ordonnance). Le schéma toulousain n'est pas de ce côté en étroite adéquation avec le dispositif.

Cette complexité organisationnelle et le renforcement des niveaux hiérarchiques apparaissent en nette contradiction avec la volonté de souplesse induite par la contractualisation interne.

La conduite du changement dépend de la taille de l'établissement. En raison de la différence des structures, nous dresserons une comparaison entre le C.H.U. de Toulouse et le C.H. de Blois (B).

B/ Comprendre la spécificité du CHU par rapport à d'autres établissements: une approche comparée du changement avec l'exemple du Centre Hospitalier de Blois

Au C.H.U. de Toulouse, la mise en place des pôles permet de dépasser la logique des sites (1). Les différences de structure ont pour effet que le changement au C.H.U. de Toulouse a lieu sur le mode du « big bang », tandis qu'il est plus pragmatique et empirique au C.H. de Blois (2).

1 / Le contexte du changement au CHU de Toulouse: des pôles pour dépasser la logique des sites

Le CHU de Toulouse est une structure imposante. Cet établissement est riche d'environ 2 900 lits, est composé de 10 000 P.N.M. et d'environ 3 000 P.M. (si l'on y intègre les

différents statuts, internes etc.). Il est un établissement multisite et a pour autre particularité de compter 2 facultés donc 2 doyens.

Le CHU de Toulouse est marqué par une forte culture du site. Elle est fortement implantée dans les mentalités toulousaines, et parfois même dans celle des personnels médicaux et non médicaux de l'hôpital. Il y avait auparavant des directeurs de site qui travaillaient avec leurs propres directions fonctionnelles. L'existence de deux facultés de médecine à Purpan, comme à Rangueil ont créé au cours du temps, sinon une rivalité, du moins une concurrence entre ces deux établissements. Les médecins se disaient appartenir à l'hôpital de Purpan ou de Rangueil, sans s'identifier forcément pour autant à l'identité CHU de Toulouse ni se voir comme des collègues. L'existence de deux doyens de facultés finissait de concrétiser symboliquement cette opposition.

La culture de la Direction centrale est bien implantée. Géographiquement, la césure est forte entre d'un côté le milieu des soins et celui de l'administration. Si le premier s'exerce dans les sites de Purpan, Rangueil et les autres, le second concentre l'essentiel de son activité en centre-ville, à l'Hôtel-Dieu.

Le pari de la déconcentration à travers la mise en place de la Nouvelle Gouvernance et des pôles d'activité est donc de taille. Si ce phénomène n'est pas nouveau au CHU de Toulouse, et que les années 1990 ont correspondu à la déconcentration de certains crédits à destination des directeurs de site, il n'a jamais eu une telle ampleur systémique.

Demeurent ainsi, malgré les fortes mutations apparues avec la mise en place des pôles d'activité, certaines rémanences de l'ancien temps: les C.C.M. (Comités Consultatifs Médicaux) de site, le pôle de « gestion des sites hospitaliers ». On parle encore des « hôpitaux de Toulouse », du CHU de Rangueil et du CHU de Purpan comme deux entités séparées alors qu'elles appartiennent à la même entité juridique.

L'enjeu de la mise en place des pôles au CHU de Toulouse prend par conséquent une acuité particulière au regard de l'importance de la structure considérée. Le Directeur Général a délibérément engagé son établissement dans la voie de l'expérimentation en matière de Nouvelle Gouvernance, fort de la nécessité de remédier à certains effets induits par la taille de cette structure.

En effet, la mise en place des pôles doit permettre de supprimer les services ou hôpitaux miroirs, c'est-à-dire la redondance des activités sur des sites éclatés. Le but est de rationaliser l'organisation des soins par une mutualisation des plateaux techniques. La

déconcentration, par le rapprochement qu'elle concrétise entre l'administration et le soin, doit permettre d'améliorer, de rendre plus efficient le service rendu au patient.

L'ensemble de ces éléments ainsi décrits rend quelque peu complexe la thématique du changement dans une telle organisation.

2 / Une conduite différente du changement selon la structure de l'établissement: approche comparée entre le C.H. de Blois et le C.H.U. de Toulouse

a/ Au CHU de Toulouse: un changement sur le mode du "big bang"

"Et pourtant, il bouge"; telle pourrait être l'expression de stupeur d'un observateur extérieur au CHU de Toulouse qui y découvre l'importance des changements qui s'y font jour au regard de la taille pourtant imposante de la structure. Loin d'être un bloc monolithique, cette institution a connu d'importantes mutations dans un laps de temps restreint.

Du fait des éléments évoqués ci-dessus, du caractère bureaucratique de l'institution considérée, le changement au CHU de Toulouse n'a pu être que brusque. Il a procédé sur le mode du big-bang, de la transformation radicale. Il faut avouer, avec un regard extérieur, que ce changement a été une véritable réussite et que l'organisation du CHU a été drastiquement modifiée. Ainsi, au 1er Janvier 2004, l'ensemble du CHU a basculé dans une organisation en pôles. Vingt-six pôles d'activité se sont substitués aux six sites existant jusqu'alors. On y dénombre 14 pôles cliniques, 5 pôles médico-techniques et 7 pôles logistico-administratifs. Les structures et les hommes pour les diriger ont été mis en place.

La Commission Lagarrigue, du nom d'un chirurgien renommé du CHU de Toulouse, a été chargée de proposer à l'arbitrage du Directeur Général et du Président de CME un découpage en pôles des divers services. L'équipe dirigeante du pôle se compose d'un binôme entre le Directeur délégué, administratif désigné par le Directeur Général et d'un coordonnateur médical de pôle élu par ses pairs. Pour les assister sont prévus un "assistant de gestion", qui est ou un attaché d'administration hospitalière ou un chef de bureau promu à ce grade, et le cadre supérieur de santé. Enfin, pour seconder cette même équipe et pour assurer la gestion courante des tâches en matière de ressources humaines, finances, sont prévus des gestionnaires.

Le changement n'a pu être que brusque du fait de l'importance de la structure. Ce postulat a eu des conséquences sur le positionnement des acteurs et la stratégie dans la conduite de la réforme.

Un changement d'envergure mené par une équipe restreinte : un consultant interne et une sous commission de la CME (Commission Médicale d'Etablissement) . La mise en place de la nouvelle gouvernance et sa déclinaison dans le chantier de la contractualisation interne a été menée au départ, malgré l'ampleur que ce changement implique, par un groupe restreint.

Le chef d'orchestre de ces modifications a été systématiquement le consultant interne rattaché directement au Directeur Général. Son positionnement particulier, dans l'institution, étant ni médecin ni directeur, en fait un acteur impartial et objectif. Le thème de la contractualisation interne, de la définition notamment des contrats verticaux de délégation de gestion, a été confié à une sous-commission de la C.M.E. présidée par le Professeur M.GUITARD. Composé de certains praticiens et de quelques administratifs, (directeur des finances, responsables du contrôle de gestion), ce groupe a longtemps été celui qui a présidé aux destinées de ces thématiques. En effet, la consultation générale, la représentation systématique de l'ensemble des composantes concernées, de par les tensions et résistances que génèrent les changements de cette envergure, a été abandonnée au profit de ce groupe de travail restreint. L'avantage d'une telle composition est celui de la souplesse et de l'adaptabilité, son inconvénient est qu'il lui est parfois reproché le manque de légitimité.

Un changement interne d'envergure et néanmoins hétéronome. En effet, c'est la MEAH, via une société appelée INEUM CONSULTING qui, en la personne de M.GUIDONI va arrêter les orientations stratégiques dans la mise en œuvre de la Nouvelle Gouvernance. Il a pour tâche primordiale de définir les tableaux de bord qui permettront aux pôles de suivre l'évolution de leur situation budgétaire, l'état de leurs recettes et dépenses, de leurs consommations de prestations.

Le calendrier de la mise en œuvre de ces tableaux de bord qui s'organise en cinq séminaires et la liste des participants témoigne de cette prise en compte progressive de la nécessité d'impliquer les ex-directeurs fonctionnels (aujourd'hui directeurs des pôles logistico-administratifs, mais néanmoins pôles prestataires) à ce changement.³

³ Annexe 1: le calendrier et la liste des participants

b/ Le Centre Hospitalier de Blois: un changement plus pragmatique

Il est intéressant à ce niveau là de l'étude du changement au CHU de Toulouse de le comparer à celui qui s'est opéré au sein du Centre Hospitalier de Blois. En effet, ce dernier est une structure également multisite mais de moindre importance. Il est composé de 1327 lits et de 2300 agents E.T.P.. La gestion du changement s'est donc déroulée de façon très différente de celle à l'œuvre au CHU de Toulouse. La méthode du découpage en "pôles" au CH de Blois a donc été antinomique avec celle du CHU.

En effet, schématiquement, la méthode utilisée a été celle des "alliés objectifs". Lors de réunions entre médecins et directeurs, des projets structurants pour le CH de Blois étaient présentés. Selon la contestation qu'ils suscitaient, le caractère plus ou moins véhément des médecins présents, les moins revendicatifs étaient choisis pour porter le projet et en essaimer la philosophie auprès de leurs collègues. Ce prosélytisme de "pairs" est plus efficace que l'injonction administrative de faire. L'adhésion est plus facile à susciter.

La construction de ces secteurs d'activité est née de la recherche de solidarités de fait interservices et de la volonté, dès 1995, de trouver une organisation en cohérence avec le parcours du patient dans l'hôpital.

Les pôles sont appelés ici "secteurs d'activité". Ils sont au nombre de sept. Il est ainsi possible d'énumérer:

- La maternité et la pédiatrie
- La chirurgie, les blocs opératoires et anesthésie
- La gastro-entérologie, la pneumologie et l'oncologie
- La médecine interne et la cardiologie
- La réanimation, le SAMU-SMUR et le service d'accueil des urgences
- Les laboratoires
- L'imagerie

La méthode de leur constitution a été empirique et préalable à la mise en place de la nouvelle gouvernance. En effet, les projets fédérateurs, les travaux autour de mutualisation de ressources ont permis ces rapprochements et la rationalisation dans l'organisation de ces services. Ainsi, le secteur d'activité de la chirurgie, des blocs opératoires et de l'anesthésie s'est constitué lors de la mise en place de l'unité de jour et de semaine. Les différents services de chirurgie s'y sont rejoints et le secteur d'activité s'est constitué autour de cette communauté d'intérêts. Les cadres supérieurs de santé ont

joué un rôle important dans cette mise en place. Ils sont devenus les responsables naturels de ces secteurs.

L'organisation ainsi décrite souffre depuis la publication de l'ordonnance du 2 mai 2005 d'un certain nombre de discordances à l'égard du texte. Ainsi, pour répondre à ce schéma réglementaire, les secteurs d'activité vont se voir dotés d'un responsable médical de pôle comme le suggère l'ordonnance.

Le C.H.U. de Toulouse apparaît en matière de Nouvelle Gouvernance en avance sur la plupart des établissements expérimentateurs, et se situe déjà, en la matière, à la mise en œuvre contractuelle de la réforme (C).

C / Etat d'avancement de la réforme : le CHU de Toulouse en avance sur la plupart des établissements expérimentateurs.

Le C.H.U. de Toulouse vit au rythme de la nouvelle gouvernance. Des instances et des hommes pour diriger les pôles ont été mis en place (1). L'établissement se situe désormais au niveau de la mise en œuvre contractuelle, verticale et horizontale, de cette organisation en pôles (2).

1/ Des instances et des hommes

Le discours du Directeur Général en matière de nouvelle gouvernance, loin d'être incantatoire, s'est traduit par des actes concrets en vue de la faire sans cesse progresser. Le C.H.U. de Toulouse ne s'est pas contenté d'un affichage dans ce domaine. Il a, dans un laps de temps assez restreint, mais de façon très efficace, mis en œuvre ce changement par la mise en place d'instances et d'hommes pour les diriger. Anticipant courageusement le dispositif de l'ordonnance du 2 mai 2005, ont été mis en place nous l'avons vu:

Le découpage en pôles par la Commission Lagarrigue

La mise en place de structures: bureaux de pôles etc...

La désignation des hommes pour les diriger.

Mise en place effective des pôles, via la Commission Lagarrigue, entérinée par la Direction Générale et le Président de la C.M.E.:

- Quatorze pôles cliniques ont été mis en place qui, dans la logique de la contractualisation interne, seront des pôles clients et auront un droit de tirage en

termes de prestations sur les pôles fournisseurs.

- Cinq pôles médico-techniques
- Sept pôles logistico-administratifs

Chaque pôle a été défini en fonction de trois critères:

- L'activité: le pôle regroupe des services autour d'une logique d'activité, formalisée pour les pôles cliniques et médico-techniques par un "projet médical de pôle",
- La nature de la production: elle peut être clinique (production de points ISA), médico-techniques (production d'actes médico-techniques), logistique ou administrative (production de prestations valorisées).
- La taille: recherche d'un seuil optimal (300 à 600 ETP) permettant une véritable gestion favorisant un contact direct entre la direction du pôle et les personnels du pôle (réactivité), en évitant l'écueil d'un pôle trop petit (masse critique insuffisante pour avoir une véritable possibilité de gestion du pôle) ou trop grand (perte de réactivité: augmentation des niveaux hiérarchiques).

Le dispositif bénéficie d'une véritable souplesse, répondant au principe d'adaptabilité, loi séculaire devant régir les services publics. Il est en effet prévu une possibilité annuelle de révision du contour de ces pôles. Il suffit de faire remonter les demandes de modification à cette Commission Lagarrigue, qui en étudie la faisabilité et la soumet à l'arbitrage du Directeur Général et du Président de la C.M.E.

Les instances qui assurent la vie cette organisation en pôle sont:

Le Conseil Exécutif: il a un rôle stratégique dans la mise en place de cette nouvelle gouvernance. Il joue un rôle important d'arbitrage dans le nouveau dispositif. Il est une instance paritaire médico-administrative regroupant les représentants de la C.M.E., de l'équipe de direction et de la Faculté. Elle est présidée par le Directeur Général. Il est d'ailleurs prévu dans le dispositif de l'ordonnance du 2 mai 2005 qu'en cas de partage des voix, le Directeur Général a voix prépondérante. Le guide de gestion, rappelant le rôle d'arbitrage de cette instance, souligne que le Conseil Exécutif *"prépare l'ensemble des projets nécessaires à la mise en œuvre du Projet d'Etablissement et du C.O.M. Elle permet de renforcer la légitimité des décisions internes, tout en assurant leur cohésion"*.

Le bureau de pôle: Il est composé du médecin coordonnateur du pôle, du directeur délégué etc. Il gère les affaires courantes du pôle. Il met en œuvre le projet médical du pôle, après avis du Conseil de pôle et du Comité médical consultatif de pôle.

Le conseil de pôle: Il est la reproduction de l'ancien conseil de service...à l'échelle du

pôle. Ainsi, il permet l'expression des personnels, favorise les échanges d'information, participe à l'élaboration du projet de pôle et du rapport d'activité.

D'autres instances peuvent se tenir également au travers des Conseils de groupe d'activité et comité consultatif médical de pôle.

Des hommes (et des femmes) pour diriger ces instances:

Les pôles se sont vus dotés d'une équipe dirigeante. Une des spécificités du schéma toulousain préalable à la mise en place de l'ordonnance du 2 mai 2005 a résidé dans la mise en place d'un copilotage médico-économique du pôle. La véritable marque de fabrique du C.H.U. de Toulouse dans la gestion par pôles a consisté à établir un « copilotage médico-administratif ». Si l'ordonnance du 2 mai 2005 prévoit que le responsable du pôle est issu du corps médical, elle n'exclut pas qu'un directeur administratif s'associe à la gestion. L'expérimentation toulousaine a d'ailleurs trouvé un équilibre sur ce point en positionnant à la tête du pôle un coordinateur médical et un directeur délégué de pôle, assistés d'un cadre supérieur de santé et d'un assistant de gestion.

A l'occasion de la constitution des pôles, la communauté médicale a accepté de s'impliquer davantage dans la gestion. Pour autant, elle a refusé de cantonner les médecins à une logique administrative et financière. Dès lors, un consensus a émergé pour ne pas faire du coordonnateur médical le seul responsable du pôle et pour y associer un directeur d'hôpital. Qui plus est, le directeur de pôle reste le détenteur de la délégation de signature dans la mesure où le Directeur Général ne délègue sa signature qu'à des personnes sur lesquelles il exerce une autorité fonctionnelle. Cependant, l'équilibre à trouver devait également prendre soin de ne pas faire du directeur d'hôpital un intendant. C'est pourquoi, le copilotage médico-administratif prévoit son intégration complète dans l'équipe médicale. Aux côtés des médecins, le directeur participe par exemple au comité médical de pôle.

Les modalités de désignation de ces personnes à la tête du pôle de même que son organisation interne ont été décrits précédemment.

Des lois qui fixent l'organisation et des moments qui animent cette vie du pôle

Un guide de gestion des pôles a été rédigé en mai 2004. Celui-ci est un guide de lecture décrivant la nouvelle organisation, l'état du partage des tâches entre la Direction Générale et les pôles. Il est accompagné de 142 fiches techniques qui détaillent les nouvelles règles du jeu: le personnel non médical, le détail de ce que recouvre la fongibilité etc. Il

existe une "vie" de la nouvelle gouvernance, des moments forts. Ainsi, le Directeur Général a affirmé sa volonté de rencontrer mensuellement les directeurs délégués de pôles afin de connaître leurs préoccupations et de répondre à leurs questions.

De même, de façon semestrielle est prévue une Assemblée Générale regroupant les directeurs délégués, les coordonnateurs médicaux de pôle, les ex directeurs fonctionnels (aujourd'hui directeurs des pôles logistico-administratifs), les assistants de gestion et les cadres supérieurs de santé. L'esprit voulu de ces rencontres entre les membres cités, le Directeur Général et le Président de la CME est celui de l'interactivité. En outre, cette Assemblée Générale des pôles a pour vertu de décrisper des tensions liées à la mise en place des pôles. Ainsi, l'une des craintes récurrentes qui se fait jour dans les pôles, notamment prestataires, est celle de la possible externalisation par les pôles clients de leurs consommations de prestations. Cette crainte grandissait, sourde puis assourdissante, sans trouver de réponse institutionnelle claire. Posée lors de l'Assemblée Générale, la réponse est claire, juridique : Non, les pôles clients ne disposant pas de la personnalité juridique, ne peuvent pas recourir de leur seule initiative à la solution de l'externalisation, ils n'en ont tout simplement pas la capacité juridique. Cette réunion peut donc s'avérer salutaire en ce qu'elle rappellera deux fois par an les règles du jeu qui organisent la nouvelle gouvernance et la contractualisation, évitant que des zones d'incertitude s'immiscent dans la gestion du changement et ne viennent le freiner.

Le Directeur Général et le Président de la C.M.E., pour accompagner la mise en place des pôles, instaurent par conséquent un dialogue important vis-à-vis des instances dirigeantes du pôle, c'est-à-dire les coordonnateurs médicaux et directeurs délégués. Ils cherchent à connaître les problèmes concrets qui s'y posent, à les suivre dans cette phase transitoire d'acculturation à cette nouvelle organisation et à leur rappeler régulièrement les règles qui président à leur mise en œuvre.

Malgré cet état d'avancement, et le travail considérable fourni, des questions demeurent en suspens. En effet, différentes incertitudes demeurent quant à la mise en œuvre de cette réforme, notamment en matière contractuelle. La nouvelle organisation est sous tendue par une mise en œuvre «contractuelle ». Deux types de contrats permettent de « dérouler » le scénario de l'organisation en pôle. Leur objectif est de rendre les pôles d'activité plus autonomes et responsables qu'auparavant à travers la liberté contractuelle qui leur est conférée, tout en maintenant une unité et cohérence institutionnelle.

2/ Des contrats verticaux et horizontaux pour dérouler le scénario de la Nouvelle Gouvernance

Ainsi, chaque pôle passe deux types de contrats :

- **Les contrats verticaux, de délégation de gestion**
- **Les contrats horizontaux, de prestations internes.**

Les premiers sont passés entre la direction médico-administrative du pôle, le Directeur Général du CHU et le président de la CME. En cohérence avec le projet d'établissement, chaque pôle établit un projet de pôle fixant dans un cadre pluriannuel les objectifs d'activité du pôle. Pour réaliser ces objectifs en adéquation avec les moyens alloués, le directeur du pôle reçoit une délégation de gestion. Ils sont le canevas institutionnel au sein duquel vont se mettre en place les contrats de prestations internes, et délimitent les bornes de l'autonomie contractuelle des pôles

Les seconds concernent la relation entre les pôles prestataires et les pôles clients. Ils visent à la valorisation des prestations des premiers avec les seconds. Ainsi, le guide de gestion énonce que « *ce contrat formalise des engagements « clients » pour la partie qui le concerne (lisibilité et traçabilité de la demande, guide de bonnes pratiques...) et des engagements « prestataires » (la bonne chose au bon endroit dans le bon délai...)* ».

Il est possible pour les C.P.I. de parler de contrats synallagmatiques. Les pôles clients et prestataires, dans cette relation client-fournisseurs, traitent sur un pied d'égalité. Ces contrats formalisent les engagements réciproques de ces pôles. En outre, symbole également de leur autonomie contractuelle, une réunion annuelle est prévue entre représentants des pôles clients et prestataires en vue de décider ou non de la reconduction de ces C.P.I. Néanmoins, il faut le rappeler, les pôles ne disposent pas de l'autonomie juridique, ils appartiennent à l'entité juridique C.H.U. Les pôles, ne peuvent de leur seul fait, décider d'externaliser leur consommation de prestations, ce qui est d'ailleurs tout à fait justifié.

C'est d'ailleurs dans ce cadre d'une autonomie contractuelle somme toute restreinte que les C.P.I., ainsi que nous le détaillerons plus en avant, doivent être considérés comme des outils d'amélioration de la qualité dans l'hôpital. Ils ne se cantonnent en effet pas à une seule relation commerciale, marchande entre les pôles. Ils sont un axe majeur de remise en cause des pratiques professionnelles, d'amélioration de la qualité des prestations pour une satisfaction accrue de l'utilisateur.

Les C.P.I. contiennent en effet des engagements qualité de part et d'autre des cocontractants. Ils doivent permettre, dans le cadre notamment du manuel de l'accréditation, deuxième version, de faire des économies tout en permettant des prestations de qualité.

Le Contrat de Prestations Internes (CPI) se fonde sur une mesure objective et permanente de l'activité du prestataire. A cet effet, il définit les unités d'œuvre pertinentes pour son domaine d'activité et met en place le dispositif pour les produire en routine. Un dispositif de mesure régulière de la satisfaction client est mis en place par le prestataire...Le pôle client se voit attribuer, pour une prestation donnée, un « droit de tirage » correspondant à un montant ou un volume global annuel de consommation.

Pour assurer cette cohérence institutionnelle dans la mise en œuvre de la contractualisation interne, il faut convoquer le contrôle de gestion et le système d'information. En effet, le risque de transformer les échanges contractuels entre pôles clients et fournisseurs en dialogue de sourds est grand. Si les pôles clients ne se réfèrent pas à un canevas commun, n'ont pas un langage unique, la contractualisation interne fera du CHU de Toulouse une gigantesque Tour de Babel.

Cette situation spécifique aux grandes organisations, est d'autant plus problématique au CHU de Toulouse qu'il est le 4^{ème} plus grand de France. L'attention est focalisée sur lui car il est non seulement l'un des premiers à se proposer site expérimentateur, mais il est parmi ceux, sinon celui, qui est allé le plus en avant dans la mise en œuvre de ce changement.

Cette introduction, longue, constitue en soi une partie. Elle a permis de décrire l'ensemble des changements à l'œuvre dans le paysage hospitalier français et en particulier au C.H.U. de Toulouse, allant de la T2A à la Nouvelle Gouvernance, à la contractualisation interne, jusqu'à la déclinaison horizontale de ces rapports contractuels avec les C.P.I. L'enjeu des C.P.I. est désormais d'assurer l'équilibre entre la nécessaire autonomie des pôles et l'indispensable cohérence de l'institution (II). Nous verrons enfin que les conditions de cet équilibre et par conséquent de la réussite des C.P.I. au C.H.U. de Toulouse sont quasiment toutes réunies désormais (III).

II/ L'ENJEU DES C.P.I. EST D'ASSURER L'EQUILIBRE ENTRE LA NECESSAIRE AUTONOMIE DES POLES ET L'INDISPENSABLE COHERENCE DE L'INSTITUTION

Pour parler de la contractualisation interne dans les établissements hospitaliers, il est possible de se référer aux règles qui régissent l'organisation administrative française. Il convient pour ce faire de comparer le pôle d'activité à une collectivité territoriale. En effet, de nombreuses similitudes dans les textes les régissant apparaissent. Tout d'abord, la première idée force qui doit sous tendre cette contractualisation interne est que l'autonomie conférée aux pôles n'est pas l'indépendance. Les pôles s'inscrivent dans un ensemble plus vaste, "un et indivisible", le CHU de Toulouse. Napoléon Bonaparte disait que "si on gouverne de loin, on n'administre bien que de près". A l'instar des départements en 1800, le pôle d'activité en 2004 est institué sur le mode de la déconcentration pour gérer au mieux les affaires locales.

De même, les pôles sont une entité déconcentrée et non décentralisée. Ils disposent de différents outils garantissant leur autonomie, mais ils doivent se soumettre aux lois qui régissent l'établissement et qui sont les mêmes pour tous les pôles. Il en est ainsi pour les collectivités locales qui jouissent, en vertu de l'article 72 de la Constitution du principe de la libre-administration: *"les collectivités locales s'administrent librement dans le cadre des lois qui les réglementent"*. Cette disposition si elle proclame le principe de la liberté d'organisation pose aussitôt celui de sa nécessaire limitation. Pour terminer la comparaison, Odilon Barrot, en 1861 disait à propos de la déconcentration: *« c'est le même marteau qui frappe, mais on a rallongé le manche »*.

Cette comparaison peut paraître artificielle, mais elle aide à assimiler la philosophie qui préside à la mise en place de la contractualisation interne. En effet, la nouvelle gouvernance telle qu'elle est mise en place au CHU de Toulouse prévoit de nombreux outils assurant l'autonomie des pôles. Les contrats de prestations internes, horizontaux, font partie intégrante de ce dispositif. Néanmoins, des "lois", des règles du jeu viennent limiter cette autonomie et permettre la cohérence de l'institution. Les contrats verticaux, de délégation de gestion s'intègrent dans ce dispositif de régulation. Ils s'apparentent davantage aux contrats d'adhésion qu'aux contrats synallagmatiques. Les pôles de gestion sont autonomes et non indépendants. Il faut mettre en place des mécanismes de régulation en vue de limiter les velléités séparatistes qui peuvent apparaître dans certains pôles.

Nous verrons quels sont les atouts de l'établissement (A), les résistances qui apparaîtront

(B) et les « faiblesses » qui se feront jour dans la mise en œuvre de contractualisation interne au C.H.U. (C).

A/ Les atouts du C.H.U. en matière de contractualisation interne

Les atouts du C.H.U. de Toulouse sont que des moyens solides existent afin de concilier l'autonomie des pôles avec la cohérence de l'institution (1). En outre, le volontarisme de ses représentants aura pour conséquence vertueuse de pousser la contractualisation interne plus en avant que dans la plupart des établissements et notamment qu'au C.H. de Blois (2).

1/ Une autonomie encadrée dans un cadre déconcentré: les moyens de la cohérence institutionnelle

a/ Les moyens de l'autonomie

Ainsi, il existe dans l'organisation polaire, des mécanismes garantissant l'autonomie et la responsabilité du pôle.

Des instances ont été mises en place et fonctionnent en routine. Des professionnels les animent: bureaux de pôle, conseils de pôles. Les équipes sont constituées, les directeurs délégués ont tous été désignés par le Directeur Général, les coordonnateurs médicaux ont été élus et désignés, les assistants de gestion et les gestionnaires, les cadres supérieurs de santé sont en place. Ils assurent le fonctionnement quotidien de ces structures. Il est possible de dire que le CHU de Toulouse vit à l'heure des pôles de façon quotidienne.

Les contrats de prestation internes sont selon nous l'aboutissement du dispositif, la marque concrète du passage du stratégique à l'opérationnel. Ils sont le dernier nœud gordien de la mise en place de la contractualisation interne, dont la résolution concrète scellera définitivement le sort de la nouvelle gouvernance. Ils sont donc un enjeu stratégique non encore résolu définitivement mais en passe de l'être.

Le droit de tirage des pôles clients sur les pôles prestataires concrétise aussi cette autonomie des pôles dans la mise en œuvre des C.P.I. Les pôles clients disposent d'un droit tirage sur les pôles fournisseurs qui sont autant d'autorisations de consommations de leurs prestations. Ils s'inscrivent dans une enveloppe globale fongible, leur permettant de décider comment et sur quel groupe ils vont utiliser ces autorisations de consommations.

Il faut encore rappeler que ces C.P.I. se mettent en place, ils sont en voie de définition et ne fonctionnent pas encore en routine.

La négociation annuelle entre les pôles pour la reconduction des C.P.I. Le guide de gestion dans sa première partie, en son article 2 relatif à la *"structuration des activités sur le mode client/ prestataire"* définit ainsi le moment de cette négociation entre pôle clients et prestataires, moment fort de la marque de leur autonomie: *"Tout pôle client est habilité à formuler des propositions visant à la réduction du coût des prestations internes qu'il sollicite. Ces propositions sont étudiées avec le prestataire en vue de la reconduction du contrat de prestations"*. Là encore, le synallagmatisme prévaut dans cette relation contractuelle, où le pôle client et prestataire négocient les améliorations à mettre en œuvre dans la fourniture de ces prestations.

La réactualisation des délégations et subdélégations de signature en vue de s'adapter au projet de gestion et permettant de décrire un « qui fait quoi » dans cette nouvelle organisation.

La fongibilité peut être définie comme la capacité à redéployer des crédits d'une ligne budgétaire à l'autre dans le cadre du respect de l'enveloppe globale. Elle leur permet d'utiliser les crédits de fonctionnement liés aux consommations du pôle (groupe 1,2 et 3) sans tenir compte de leur rattachement à un groupe de dépense.

b/ Les moyens de la cohérence de l'institution

D'autres moyens sont prévus visant à permettre la cohérence de l'institution.

Les contrats de délégation de gestion entre DG-C.M.E., doyens de Faculté et la direction du pôle (directeur délégué et coordonnateur médical) : Il s'agit d'un contrat vertical, canevas dans lequel s'inscrivent les Contrats de Prestations Internes. Plus qu'un contrat synallagmatique, il s'agit davantage d'un contrat d'adhésion dans lequel le pôle client s'engage au respect d'un certain nombre d'obligations, garanties de l'équilibre de l'institution. Il est ainsi défini par le guide de gestion: *"il est passé entre la direction du pôle et le Directeur Général du C.H.U. En cohérence avec le Projet d'Etablissement, chaque pôle établit un projet de pôle (projet médical et de soins pour les pôles cliniques et médico-techniques) fixant dans un cadre pluriannuel les objectifs d'activité du pôle. Un avenant au contrat formalise chaque année les moyens alloués au pôle pour atteindre ses objectifs et pour lesquels le directeur de pôle reçoit délégation de gestion du Directeur Général. Sont associés à la signature du contrat, le Directeur Général, le Président de la*

Commission Médicale d'Établissement (C.M.E.), les Doyens de la Faculté de Médecine, le Coordonnateur médical du pôle et le Directeur délégué".

Les mécanismes d'arbitrage institués en cas de litige. Différentes instances sont prévues à cet effet: Le Conseil Exécutif qui assure une forme de magistrature morale, tutélaire sur l'organisation en pôles. Elle assure de par ses arbitrages une régulation entre les pôles, entre leurs différents projets médicaux et permet ainsi de garantir la cohérence de l'institution. Les Directeurs coordonnateurs assurent également cette régulation. Ils ont leur bureau à l'Hôtel-Dieu, ce qui est un acte symboliquement fort en tant qu'il les consacre comme élément de régulation du dispositif.

Ce rôle d'arbitrage est expressément prévu dans le guide de gestion. Ils interviennent ainsi en cas de conflit inter-pôles: *«les arbitrages nécessaires à l'intérieur des coordinations cliniques, médico-techniques et logistico-administratives sont rendus par le directeur coordonnateur de référence»*. Ils interviennent aussi en cas de conflit entre un pôle et l'une des directions fonctionnelles: *"lorsqu'un désaccord subsiste entre un pôle et une direction fonctionnelle, la question est débattue par la coordination des pôles en présence du directeur fonctionnel concerné."* Ils interviennent par conséquent dans ce cas en "premier rideau".

Le Conseil Exécutif et le Conseil de Direction Ordinaire sont prévus "en deuxième rideau": *"Si aucun compromis n'est trouvé, s'il est concerné, le Conseil de Direction et le Conseil Exécutif sont saisis"*. Enfin, marque de l'unicité du commandement dans cette foule d'intervenants, de la cohérence ultime de la structure malgré ses divers démembrements, il est prévu que *"le Directeur Général rend l'arbitrage final."*

La veille réglementaire assurée par le pôle management sur les fonctions « régaliennes » et qui obéissent à la réglementation (statuts des personnels, marchés...). La mission menée par la société INEUM Consulting sous l'égide de M.GUIDONI et au nom de la M.E.A.H. rappelle ainsi dans l'un de ses relevés de conclusions ce rôle de régulation assuré en central: *"Rôle des directions centrales: assurer la régulation générale du fonctionnement de l'institution en vérifiant en particulier le respect des macro équilibres du CHU, en mettant en œuvre les politiques institutionnelles et en assurant le respect des règles et procédures en vigueur... et un rôle de conseil auprès des pôles. En effet, la vision générale de l'institution doit leur permettre, sur la demande des pôles, d'apporter les conseils nécessaires aux pôles pour l'atteinte de leurs objectifs"*.

Le principe de subsidiarité régit l'ensemble de cette organisation. Inspirée de la

construction communautaire, ce principe rappelle que lorsque les pôles ne parviennent pas à exercer certaines missions, c'est au niveau central de les remplir, confortant son niveau de recours, d'expertise et de régulation.

Le guide de gestion et les fiches techniques sont des documents nécessaires dans le cadre de la nouvelle organisation. En effet, tout changement induit la nécessité de poser des règles du jeu claires accessibles à l'ensemble des acteurs concernés. Elles sont certes adaptables au gré des évolutions, mais elles sont indispensables au fonctionnement rénové d'une institution. Elles rappellent en outre que la définition des règles d'ensemble est fixée en central, et s'avèrent loin d'être un obstacle à l'autonomie d'action des pôles.

La fongibilité : Elle est non seulement un moyen de l'autonomie des pôles, mais aussi un élément de régulation. En effet, les pôles doivent, malgré l'autonomie que leur confère la fongibilité, respecter l'équilibre financier du C.H.U. sans déficits ni reports de charge.

Cette volonté de contrebalancer systématiquement l'autonomie d'un pôle par un élément de régulation institutionnel conduit parfois à des mécanismes de régulation lents et qui, à l'usage, risquent de s'avérer peu efficaces. Ainsi, en cas de conflit entre un pôle et l'une des directions fonctionnelles, le guide de gestion prévoit dans son article 6.4 de la première partie: *"Lorsqu'un désaccord subsiste entre un pôle et une direction fonctionnelle, la question est débattue par la coordination des pôles en présence du directeur fonctionnel concerné. Si aucun compromis n'est trouvé, s'il est concerné, le Conseil de Direction Ordinaire et le Conseil Exécutif sont saisis. Le Directeur Général rend l'arbitrage final"*. Il faudra certainement introduire davantage de souplesse dans ces mécanismes de régulation pour conférer au dispositif la réactivité dont il a besoin.

2/ Le choix de s'engager délibérément et avec force dans le chantier de la contractualisation interne au CHU de Toulouse: comparaison avec le C.H. de Blois

Le CHU de Toulouse, en la personne de son Directeur Général, s'est engagé avec détermination dans ce chantier de la Nouvelle Gouvernance et veut pousser son engagement en la matière jusqu'à son terme. Tous les établissements n'ont pas fait ce choix et le pari est d'autant plus méritoire qu'il est ambitieux pour une structure de cette taille. Une autre différence de taille avec le C.H. de Blois apparaît au sujet de la contractualisation interne. En effet, la déconcentration en la matière sera beaucoup plus poussée au CHU de Toulouse.

Au CH de Blois, les secteurs d'activité n'ont pas de budget propre. Le moment fort de la contractualisation se produit lors d'une phase semestrielle appelée "analyse des résultats". Celle-ci réunit le D.I.M., le Directeur Général, le responsable de la Qualité; le responsable de l'informatique, le Directeur de la Qualité, de la Stratégie et de l'Evaluation, le Directeur des Affaires Générales et de la clientèle, l'assistante sociale en chef, les cadres supérieurs et cadres, les médecins des services composant les secteurs d'activité. Ces réunions ont lieu pour chacun des sept secteurs et ne dépassent pas, dans l'analyse de leur tableaux de bord, l'heure et demie.

Cette réunion est un moment majeur dans la stratégie du CH de Blois. Il permet une analyse en commun, en direct, des tableaux de bord équilibrés et prospectifs du CH de Blois entre le milieu administratif et médical. Ces réunions permettent à la direction de souligner, par secteur d'activité les points forts et points faibles de l'activité du semestre et de dégager ainsi les nécessaires axes d'amélioration. Elles sont aussi l'occasion pour les secteurs d'activité d'adresser leurs propres demandes à la direction qui deviennent elles aussi des axes d'amélioration. Bref, il s'agit d'un moment important de négociation d'objectifs autant que d'analyse de l'activité⁴.

Il est intéressant de constater que les données de ces tableaux de bord sont loin de n'être que financières et recouvrent énormément d'indicateurs de qualité. Ils s'appuient sur un système d'information très développé et néanmoins encore perfectible. En effet, lors d'une de ces réunions, il est demandé par les secteurs d'activité à la direction de raccourcir les délais de production des tableaux de bord. Il s'agit de l'un des indicateurs des tableaux de bord à destination des secteurs d'activité. Une action corrective est donc engagée à partir de ce constat par le Directeur de la Qualité, de l'Evaluation et de la Stratégie en lien avec le responsable du secteur informatique en vue de réduire le délai de production de ces tableaux de bord⁵.

La production de ces tableaux de bord a pour caractéristique de s'appuyer sur un système d'information très performant et surtout de reposer sur une démarche d'amélioration continue de la qualité et d'évaluation des pratiques professionnelles. Les critères qui y sont énoncés sont très détaillés et portent sur de nombreux indicateurs de qualité et de

⁴ Annexe 2 : Un exemple de ces tableaux de bord équilibrés et prospectifs au C.H. de Blois.

⁵ Annexe 3: Un exemple de ces actions correctives dégagées suite à une réunion d'analyse, par secteur d'activité.

processus transversaux (ressources humaines, matérielles etc.). Le détail a son importance dans la mesure où les axes d'amélioration qui s'en dégagent portent sur l'organisation. C'est par les réorganisations structurelles qui se dégagent de ces réunions d'analyse que des économies sont réalisées sans que cet impératif soit présenté comme prioritaire.

Dans ce schéma, la contractualisation interne est un axe important mais néanmoins limité dans la mise en place de la Nouvelle Gouvernance au CH de Blois. En effet, les secteurs d'activité ont une autonomie réduite, ou en tout cas, le cordon ombilical qui les relie à l'administration est encore prégnant. En effet, ils n'ont connaissance de ces tableaux de bord prospectifs que lors de ces réunions bi annuelles, et en vue de ces analyses.

Il ne s'agit pas à proprement parler d'outils de gestion, de pilotage permanent du pôle. Ils ont certes d'autres indicateurs issus de l'extraction de la soixantaine de logiciels métiers de l'institution, mais l'information est alors parcellaire et les outils de l'analyse insuffisants. La séparation entre la médecine et la gestion est très claire dans la mesure où le moment de l'analyse et du contrôle de gestion autour d'outils de pilotage (les tableaux de bords prospectifs et équilibrés) n'ont lieu que deux fois par an.

Il est à craindre que ce modèle, certes extrêmement performant, connaisse des limites sous l'effet conjugué de trois facteurs:

- la T2A qui demande une implication plus grande dans la gestion par les médecins,
- l'ordonnance de 2 mai 2005 qui demande aux pôles d'avoir à leur tête un responsable médical de pôle, avec une véritable autonomie en leur sein, une vie propre et leurs propres outils de gestion,
- les exemples de pratiques comparées qui risquent d'attirer les convoitises des médecins des secteurs d'activité face aux outils dont disposent, en termes d'autonomie de gestion, certains de leurs congénères dans d'autres établissements.

Déjà se fait jour lors de cette analyse une requête, encore sourde, de la part de certains responsables de secteurs d'activité de disposer de ces outils de gestion (tableaux de bord équilibrés et prospectifs) avant que ne se tiennent ces réunions d'analyse. Ces demandes, loin d'être anodines témoignent d'une volonté d'autonomisation grandissante des secteurs d'activité, de disposer d'outils leur permettant d'élaborer leur propre stratégie.

Ces réunions semestrielles, solennelles, en présence du Directeur Général, durant

lesquelles, les tableaux de bord sont étudiés en direct afin de dégager les points positifs et négatifs de l'activité du semestre par secteur d'activité présentent un caractère vertical, hiérarchique. Elles sont une forme de "grand oral" des secteurs d'activité. Même si l'analyse est aussi le temps de l'introspection pour l'administration qui doit elle aussi faire des efforts dans la production de ces données, même si les débats qui s'engagent sont souvent virulents et constructifs, ces moments, de par leur fonctionnement même, semblent devoir évoluer. Il est probable que, progressivement, face à l'effet des trois facteurs décrits ci-dessus, les responsables des secteurs d'activité réclament une plus grande autonomie de gestion, des outils de pilotage de leurs secteurs à échéance plus régulière.

Au CHU de Toulouse, le processus de la contractualisation sera poussé beaucoup plus en avant, notamment en ce qu'il implique d'autonomie conférée aux pôles et d'outils de gestion laissés à leur disposition: le budget exprimé pour les pôles clients en droit de tirage, le TCCM et le compte de résultat. Ces tableaux de bord seront mis à sa disposition de façon régulière. Néanmoins, il est dommage que ces indicateurs se cantonnent à l'énoncé de simples données financières et ne comportent pas davantage d'indicateurs de processus qui seraient en outre mieux appropriés au manuel V2 de l'accréditation et à l'aspect évaluation des pratiques professionnelles. En effet, les outils de la stratégie sont nombreux, mais davantage axés sur une vision volume, de limitation de dépenses et de consommations. L'accent aurait pu porter également sur l'organisation.

Certaines résistances risquent d'apparaître dans la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance (B).

B/ Des résistances probables à la mise en œuvre de la contractualisation interne: les difficultés à mobiliser autour d'un intérêt général du pôle

Il s'agit dans les lignes qui suivent de souligner certains des obstacles qui pourront apparaître lors de la mise en œuvre concrète des contrats de prestations internes, et non de présenter ce chantier comme infaisable. Au contraire, le C.H.U. dispose d'atouts considérables pour que ces contrats de prestations internes deviennent efficaces. Ces difficultés dans la mise en œuvre des C.P.I. nées d'atavismes anciens (1) peuvent, selon nous, être facilement surmontées si le C.P.I. est promu à sa juste valeur ; c'est-à-dire comme un levier de l'amélioration de la qualité à l'hôpital (2).

1/ Les différentes raisons qui peuvent rendre difficile la mise en place de la contractualisation interne sous son versant Contrats de Prestations Internes

Il convient de rappeler à titre préliminaire qu'il ne s'agit pas par les présents propos de présenter le chantier de la contractualisation interne comme infranchissable. L'objet de ces rappels est de montrer les difficultés qui jonchent la mise en œuvre de cette thématique.

Différentes raisons concourent à la difficulté pour certains pôles de mener à bien des chantiers d'envergure tels que celui de la contractualisation interne. Il existe des pôles "fourre-tout", au découpage rendu aléatoire du fait de la taille de la structure, des conflits de spécialité au sein d'un même pôle et des rivalités de sites au sein d'un même pôle, rémanences de l'ancien temps. Parfois, c'est le cumul de ces causes qui relativise d'autant les possibilités de mener à bien de tels projets.

Il convient tout de même de rappeler que ces cas sont rares et concerne peu de pôles, le travail réalisé par la Commission Lagarrigue ayant été extrêmement consciencieux et réussi. De plus, l'organisation arrêtée n'est pas figée. La Commission statue une fois par an en vue de statuer sur les demandes de redéfinition des contours des pôles. La contractualisation interne pourra aider à cette redéfinition des frontières.

Ce découpage en pôles, correspondant à une logique de filières ou d'organes, s'il a été dans l'ensemble bien réalisé, a parfois dû se montrer arbitraire. Sur les 26 constitués, deux ont été des pôles "fourre-tout" avec une cohérence médicale somme toute réduite.

Il en est ainsi pour le pôle Santé-Société, soins de suite et prestataires spécialisés. Pour parler schématiquement, il regroupe ainsi les activités transversales qui n'ont pu être intégrées dans le découpage initial en pôles. Pour l'appellation "prestataires spécialisés", il regroupe ainsi des services aussi disparates que la diététique; les masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs, service social et hygiène. Pour son versant "soins de suite, santé-société", il regroupe une réalité aussi diverse que la médecine légale, pénitentiaire, les pathologies professionnelles, la pharmacologie, la lutte anti-dopage, l'évaluation médicale, l'épidémiologie, la médecine sociale et humanitaire, la télémédecine, les fédérations nutrition et rééducation. Il devient dès lors, dans cet entrelacs de spécialités aussi hétéroclites, difficile pour le directeur délégué et le médecin coordonnateur du pôle de mobiliser autour de thèmes tels que ceux de la contractualisation interne.

Il en est ainsi du Pôle des Spécialités Médicales composé de services aussi hétérogènes que la médecine interne, les maladies infectieuses, la dermatologie, les hospitalisations à domicile, l'hospitalisation de médecine nucléaire et l'hématologie. Ce pôle comporte des dissensions internes liées au "choc des spécialités" qui s'y produit, entre celles considérées comme nobles et celles davantage méconnues. La médecine interne, pourtant primordiale dans un établissement de santé, a souvent mauvaise réputation en ce qu'elle recouvre des pathologies hétérogènes et mal rémunérées. Elle côtoie dans un même pôle l'hématologie, spécialité noble en ce qu'elle est en lien étroit avec l'oncologie. Les hématologues ont un loyalisme défaillant à l'égard de la stratégie du pôle, ne s'y sentent pas impliqués. Leur regard et espoir se portent déjà vers le futur Pôle Bio-Santé, appelé aussi cancéropôle, retenu comme pôle de compétitivité, qui va se construire sur le site de Langlade (ex site d'AZF) et sera entièrement dédié à la lutte contre le cancer.

Il devient dès lors difficile pour le directeur délégué et le coordonnateur médical de fédérer autour de projets communs les différents services du pôle. Il ne s'agit pas de digressions inutiles. Ces considérations visent à démontrer à quel point la contractualisation interne sera difficile à réaliser tant, dans certains pôles, le découpage a parfois été, presque nécessairement, arbitraire.

De même, nous l'avons vu, l'organisation en pôle d'activité au C.H.U. de Toulouse s'inscrit dans une volonté plus grande de mettre un terme aux hôpitaux miroirs et activités redondantes sur des sites différents. La mutualisation des plateaux techniques, permise par le regroupement de certaines spécialités dans un même pôle, doit permettre de réaliser à terme un tel objectif. Néanmoins, des résistances fortes nées d'atavismes anciens, demeurent pérennes.

La fracture géographique et culturelle opposant Rangueil à Purpan, décrite au-dessus, n'est pas guérie par le seul fait du regroupement en pôles. Décréter le changement ne suffit pas à lui seul à mettre un terme à de telles résistances. Le maintien de ces dissensions liées à la conjonction de ce facteur culturel et médical se retrouve avec une particulière acuité dans le pôle imagerie. Il est le théâtre, malgré l'excellent travail fédérateur du directeur délégué et du coordonnateur médical, d'une opposition culturelle et de spécialité médicale.

En effet, ce pôle, structurant et stratégique en raison des équipements lourds qu'il possède, est composé de spécialités aussi diverses que la radiologie et l'imagerie médicale, la neuroradiologie, les radio isotopes et la médecine nucléaire. Là encore, comme dans le cas des spécialités médicales, sont censées collaborer des spécialités

reconnues comme la radiologie avec d'autres davantage méconnues telles que la médecine nucléaire. Or, le coordonnateur médical du pôle qui a été élu est le chef de service de la médecine nucléaire et, comble du déshonneur, exerce à Purpan. Il existe une "rivalité", un certain ressentiment qui s'exprime notamment en bureau de pôle, du chef de service renommé de la radiologie de Rangueil ayant perdu ces élections à l'égard du coordonnateur médical de pôle.

Cette "opposition" obère d'autant la capacité à fédérer autour de projets communs. En effet, l'achat d'équipements lourds, son implantation sur un site plutôt que sur un autre sont directement, de part et d'autres, vécus comme des choix partiels. A titre indicatif, il faut noter que ce pôle imagerie est le seul à posséder deux cadres supérieurs de santé, un exerçant sur Rangueil, l'autre à Purpan. Ce genre de divergences, légitimes car inévitables, ne doivent pas être surestimées, car le pôle imagerie au C.H.U. de Toulouse est un des plus dynamiques et des mieux gérés, avec une parfaite collaboration entre le coordonnateur médical et le directeur délégué. Néanmoins, elles ne doivent pas être minimisées. Indirectement, elles rendent difficile la mise en œuvre concrète sur le terrain de grands dossiers tels que ceux de la contractualisation qui doivent susciter, pour être menés à terme, l'adhésion de l'ensemble des acteurs du pôle.

Enfin, un autre "pôle" dénommé Centre de Gestion des Blocs Opératoires (C.G.B.O.), connaîtra beaucoup de difficultés pour engager une réforme telle que celle de la contractualisation interne. En effet, les chirurgiens sont connus dans l'hôpital pour avoir des tempéraments souvent assez individualistes. Ainsi, le Centre de Gestion des Blocs Opératoires est le seul au CHU de Toulouse à n'avoir pas la dénomination de "pôle" car il n'en comporte pas les caractéristiques. Il ne dispose pas de coordonnateur élu qui soit l'équivalent médical du directeur délégué, les chirurgiens n'étant pas parvenus à un accord pour sa désignation.

Il s'agit donc d'un « pôle » difficile à impliquer dans une démarche commune car il est

- éclaté dans les pôles cliniques,
- composé de multiples blocs et salles d'opération,
- constitué de 15 cadres de santé environ, des chirurgiens aux fortes personnalités, qui ne s'entendent pas toujours très bien entre eux,
- marqué par une forte culture de site

Etant répartis dans les pôles cliniques, les chirurgiens ne se sentent pas liés au C.G.B.O. mais se sentent davantage intégrés aux pôles cliniques au sein desquels ils opèrent. Au CHU de Tours, par exemple, les blocs appartiennent aux pôles cliniques dans lesquels ils se situent, il n'existe pas de pôle dédié à l'activité chirurgicale.

Il ne s'agit pas dans le présent mémoire de faire passer le chantier de la contractualisation interne pour infranchissable mais d'être conscient des résistances qui présideront à sa mise en œuvre. Au contraire, les marges de manœuvre existent. Ainsi, j'ai réalisé à l'intention du directeur délégué du centre de gestion des blocs opératoires une "étude" sur les moyens concrets dont il dispose pour mettre en place cette contractualisation au sein de ce "pôle". Ces marges de manœuvre, institutionnelles et humaines, sont indéniables. Le thème de la contractualisation, s'il est bien mené, peut devenir fédérateur entre les chirurgiens, notamment autour de la dynamique des dispositifs médicaux implantables⁶.

2/ Les Contrats de Prestations Internes doivent être appréhendés comme le levier de l'amélioration de la qualité à l'hôpital

a/ Les C.P.I. constituent a priori un "produit d'appel" peu attractif

Il convient d'assimiler que le produit d'appel "contractualisation interne" sous son versant C.P.I. est en soi difficilement fédérateur. Il induit l'instauration d'une logique clients-fournisseurs, avec pour toile de fond un financement à l'activité à hauteur de 25%, entre des pôles cliniques devenus "clients" et d'anciennes directions fonctionnelles devenues "pôles prestataires". La transition de directions fonctionnelles omnipotentes à celle de "prestataires" a été difficile à assurer et n'est pas totalement, d'ailleurs à raison, ancrée dans les mentalités. En effet, le changement est de taille car les fonctions régaliennes autrefois centralisées se retrouvent disséminées dans de multiples pôles.

Si les anciennes directions fonctionnelles, aujourd'hui directions du pôle management, disposent encore d'importantes prérogatives, il n'en demeure pas moins que la nouvelle gouvernance a été pour elles synonyme de perte de pouvoirs. Il y a eu un renversement complet de perspective. Lors de la première journée du séminaire de la MEAH animé par M.GUIDONI, l'idée a été entérinée que le pôle était la "force motrice de l'hôpital". Le rôle rénové des directions centrales devenues prestataires dans le cadre de la mise en place de la nouvelle gouvernance est ainsi décrit dans l'un des relevés de conclusion de ses réunions:

"Rôle des directions centrales.

⁶ Annexe 4 : La reproduction d'une étude pour le directeur du centre de gestion des blocs opératoires sur les possibilités de mettre en œuvre une politique de contractualisation interne.

La discussion du groupe sur les achats et les modalités d'achat des pôles a permis de clarifier le rôle des directions centrales. Deux missions fondamentales forment le cœur des missions des directions centrales :

- a assurer la régulation générale du fonctionnement de l'institution en vérifiant en particulier le respect des macro équilibres du CHU, en mettant en œuvre les politiques institutionnelles et en assurant le respect des règles et procédures en vigueur. Celles-ci pour la part qui relèvent de l'initiative du CHU et pour autant qu'elles concernent l'activité des pôles doivent faire l'objet d'une discussion annuelle afin de s'assurer de leur fonctionnement optimal.*
- b Les directions centrales doivent aussi jouer un rôle de conseil auprès des pôles. En effet, la vision générale de l'institution doit leur permettre, sur la demande des pôles, d'apporter les conseils nécessaires aux pôles pour l'atteinte de leurs objectifs. Cette mission est plus particulièrement adaptée à des fonctions comme le contrôle de gestion."*

Si les prérogatives de ces pôles prestataires demeurent importantes, centrées sur des fonctions stratégiques, de régulation et de conseil, il n'en demeure pas moins que ces anciennes directions fonctionnelles ont perdu, avec la mise en place des pôles d'activité, un certain nombre de leurs prérogatives.

Le guide de gestion évoque même la notion, dans le cadre des C.P.I. de la logique "clients-fournisseurs". Ce dernier terme a été contesté par les intéressés demandant qu'ils soient dénommés plutôt comme "prestataires". Ce passage assez brutal de la relation verticale ou de la déconcentration en site à une relation horizontale entre 26 pôles dans lesquelles les directions fonctionnelles deviennent des pôles prestataires au service des pôles clients a connu des résistances assez vives. De même, les critiques de la dissémination progressive, à travers les C.P.I. et la T2A, d'une logique marchande dans un milieu marqué par des missions de service public, sont parfois apparues.

b/ Mais les C.P.I. peuvent être un moyen privilégié de distiller la qualité dans les pratiques professionnelles et la fourniture des prestations

Pour ces diverses raisons, il convient de bien rappeler l'objet de ces C.P.I. Ils sont la marque de l'autonomie contractuelle des pôles dans le cadre décrit ci-dessus, mais ils doivent également être perçus comme un levier important de la distillation de la qualité dans l'hôpital. En effet, les C.P.I. et les tableaux de bord, permettant aux pôles de suivre l'état de leurs consommations et de leur "budget", ne peuvent se cantonner à de simples données financières. Ils doivent permettre, par les engagements synallagmatiques qu'ils

comportent, une meilleure organisation de la fourniture des prestations et à terme une réduction du coût de leur production.

Il doit non pas induire un rapport de "défiance commerciale" entre clients et prestataires, mais au contraire permettre un dialogue constructif. La dimension qualité est fortement suggérée dans le guide de gestion au sujet des C.P.I. en son article 5.2, partie 1: *"La performance d'une prestation (coût/qualité/satisfaction) résulte de l'amélioration du dialogue prescripteur/ prestataire. A cet effet, chaque pôle prestataire prépare un C.P.I. qui le lie avec ses clients internes. Ce contrat formalise des engagements "clients" pour la partie qui le concerne (lisibilité et traçabilité de la demande, guide des bonnes pratiques...) et des engagements "prestataires" (la bonne chose au bon endroit dans le bon délai...)...un dispositif de mesure régulière de la satisfaction client est mis en place par le prestataire".*

Ainsi, le C.P.I. peut être un levier de l'amélioration de la qualité tant au niveau des pôles cliniques que prestataires. Par exemple, un pôle client qui contractualise avec le pôle biologie et s'engage à diminuer sa prescription de B (actes de biologie). La réalisation de cet objectif passera nécessairement par l'amélioration des bonnes pratiques des médecins du pôle client et donc par l'évaluation des pratiques professionnelles préconisées par la Version 2 du Manuel d'Accréditation.

Ainsi, pour être bien appréhendés, le C.P.I. et les tableaux de bord en permettant le suivi, ne sauraient être analysés à travers le seul prisme financier, mais davantage entendus comme un moyen d'améliorer la qualité des prestations et des pratiques professionnelles à l'hôpital. Il ne peut s'agir seulement d'une approche "volume". Ils doivent également avoir une dimension "organisation", "processus", de travail sur les manières de mieux produire un soin ou une prestation et à moindre coût. L'ensemble de ces préoccupations doit permettre d'améliorer le service rendu à l'utilisateur de l'hôpital.

Le C.P.I. présenté comme un outil de l'amélioration de la qualité peut en faire un produit d'appel attractif et à terme rentable. Patrick EXPERT rappelle ainsi que *"les perspectives d'action paraissent considérables si l'on se réfère aux études publiées par l'A.N.A.E.S., qui montrent qu'en moyenne 15 à 18% des dépenses hospitalières sont constituées de coûts de non-qualité qui représentent autant d'économies potentielles".* Jean-Paul SEGADE dans son ouvrage reprenait déjà ces considérations, faisant de la contractualisation interne le levier de l'amélioration de la qualité du service rendu à l'utilisateur: *"la santé ne se réduit pas à des données quantitatives et la qualité des soins reste un des points forts de la démarche hospitalière. La production en points I.S.A.*

(Indice Synthétique de l'Activité) d'un Centre Hospitalier ne permet pas à elle seule de savoir si ce dernier ou un service répond de façon satisfaisante aux besoins de la population. Cette remarque renforce le principe global de la démarche contractuelle qui suppose de faire la mise en place d'une politique de qualité".

En effet, l'insertion de la contractualisation et de leurs outils de suivi, les tableaux de bord, dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, permettra de susciter l'adhésion des professionnels à leur mise en œuvre. C'est un moyen de leur donner une finalité, de susciter un débat médico-économique visant à produire le meilleur soin au moindre coût. Cette finalité de service public sera permise par une stratégie élaborée au sein du pôle visant à améliorer l'organisation du flux de ses patients. Une appréhension des contrats de prestations internes sous cette dimension, autre que marchande et financière, est le seul moyen de les légitimer auprès des acteurs qui seront en charge de les mettre en œuvre.

En outre, la diversité des contrats qui seront conclus entre eux présente à terme le danger, si des dispositions rigoureuses ne sont pas prises en amont, de brouiller la lisibilité de l'institution. Tout est prétexte à la défiance dans de telles conditions. Par conséquent, la mise en œuvre de ce chantier d'envergure qui, en matière de Nouvelle Gouvernance, marque le passage concret du stratégique à l'opérationnel, doit se prémunir de nombreuses précautions liminaires. Il s'avère nécessaire dans un tel contexte de définir des règles précises et communément acceptées par l'ensemble des acteurs concernés, de mettre en place des outils communs à défaut de pouvoir être uniques. Il convient de rappeler sans cesse autour d'une communication claire les grands principes de la Nouvelle Gouvernance et l'unicité de commandement qui préside à sa mise en œuvre.

Ces résistances probables peuvent donc être soulevées. Il en est de même de certaines « faiblesses » qui pourront apparaître dans la mise en œuvre des C.P.I. (C).

C/ Les « faiblesses » qui peuvent apparaître dans la mise en place de la contractualisation interne

Le mot "faiblesse" est fort dans la mesure où il est trop tôt pour juger et que le CHU est parmi les mieux avancés en la matière. Le chantier de la contractualisation interne nous l'avons vu est épineux, surtout dans son versant contrats de prestations internes pour les raisons évoquées plus haut. En effet, la réalité contractuelle à l'hôpital est complexe.

Les C.P.I. constituent à eux seuls une "révolution culturelle" dans les dispositifs contractuels traditionnellement à l'œuvre dans l'hôpital. De plus, l'existence de ces 26 pôles impliqués dans ce lien clients -fournisseurs fait craindre un brouillage dans la lisibilité et la cohérence de l'institution. Il ne s'agit pas dans les présentes lignes de « jouer les cassandre" mais d'énumérer l'ensemble des obstacles, surmontables, qui jonchent le chemin de la contractualisation interne au C.H.U. de Toulouse. Il s'agit ensuite (III) de proposer des solutions pour les franchir. La distinction entre pôles clients et fournisseurs est ténue, les pôles prestataires étant à la fois exploitants et clients et les pôles clients parfois fournisseurs.

Les C.P.I. sont une révolution culturelle dans la complexité contractuelle hospitalière (1). De façon directe ou indirecte, des problèmes apparaîtront donc dans leur mise en œuvre (2).

1/ Le Contrat de Prestations Internes: un outil particulier et complexe dans la réalité contractuelle hospitalière

La contractualisation interne n'est en outre pas le seul mode de relation entretenue dans le secteur hospitalier. La contractualisation externe fait aussi partie de ces relations.

Les établissements hospitaliers évoluent dans un milieu contractuel. Ils ont ainsi déjà pour habitude de travailler en réseaux avec le secteur libéral ou d'autres structures privées. Ils passent des C.O.M. avec les A.R.H., et s'engagent pluri-annuellement dans des projets d'établissements.

Les CPI viennent donc complexifier davantage la lisibilité d'une institution. Pour résumer, il y a au CHU de Toulouse 26 pôles, à la fois clients et fournisseurs qui vont passer des contrats avec chacun d'entre eux. De plus, ces relations ne sont pas réductibles à un schéma ou mode opératoire type.

En effet, la relation client fournisseur à la base des CPI se fonde sur le niveau de consommation. L'arrière fond de la contractualisation est le nouveau mode de financement des hôpitaux, à l'activité, mieux connu sous le nom de T2A. Les CPI s'alignent et anticipent ce nouveau mode de gestion encore limité à 25% du financement à l'activité.

Les contrats pour chacune des prestations des pôles exploitants seront donc différents selon le niveau de consommation des pôles clients.

Par exemple, prenons la prestation de linge du pôle hôtellerie, faisant partie de la Direction de la Logistique et de l'Hôtellerie, qui appartient elle-même au pôle management (la seule description de l'organigramme à partir d'une prestation illustre la complexité de la structure et par conséquent de la lisibilité des relations clients fournisseurs) : un contrat linge sera passé avec les pôles clients, qui ont tous recours à cette prestation. Mais ce contrat devra être adapté pour chaque pôle, selon son mode de consommation : différence de niveau (le pôle médico-technique qu'est le Centre de Gestion des Blocs opératoires n'a bien évidemment pas la même consommation de linge que le pôle gériatrie), différence de nature de consommation (linge à plat ou linge en forme)...

Ce nouveau mode de relation qui autonomise le pouvoir à un niveau déconcentré, sous prétexte de responsabiliser les pôles (ils ont leur enveloppe budgétaire, une faculté d'affectation de leurs ressources entre groupes fonctionnels appelée « fongibilité budgétaire », une faculté d'affectation de leurs recettes sous forme d'intéressement), s'il a l'avantage de la souplesse a aussi le risque de la confusion. Chaque pôle exploitant offre des prestations multiples. Chacune de ces prestations est extrêmement différente selon les pôles clients. Les contrats qui les formaliseront seront particuliers à chacun de ces pôles. Une multitude de CPI seront donc passés.

Le Contrat de Prestation Internes dans cette dynamique :

Pour assurer cette cohérence institutionnelle dans la mise en œuvre de la contractualisation interne, il convient d'articuler le contrôle de gestion et le système d'information. En effet, le risque de transformer les échanges contractuels entre pôles clients et fournisseurs en dialogues de sourds est grand. Si les pôles clients ne se réfèrent pas à un canevas commun, n'ont pas un langage unique, la contractualisation interne peut se muer en un exercice incohérent. Ainsi, différents problèmes n'éviteront pas de se poser en matière de CPI.

2/ Les problèmes qui se poseront inévitablement en matière de Contrats de Prestations Internes

Il convient, d'anticiper ces difficultés pour mieux les résoudre. De façon indirecte, au niveau même de la construction en pôles, il est important de stabiliser l'organisation avant de dérouler le scénario contractuel. Ensuite, dans la mise en œuvre concrète de ces C.P.I., certaines difficultés peuvent apparaître et qu'il conviendrait de résoudre par des règles préalables d'arbitrage.

Les "problèmes" évoqués ci-dessous sont ceux relevés de façon empirique lors de mon

passage dans les pôles. Ils ont été présentés en Conseil de Direction au mois de Juillet. Depuis, certains ayant trait au financement ont été par la suite résolus. Leur rappel a pour vocation de montrer aux lecteurs à quel point le sujet est d'actualité et se met progressivement en place au C.H.U. de Toulouse. Il s'agit de montrer son évolution chronologique et la résolution de ces difficultés au jour le jour.

a/ De manière indirecte, stabiliser l'organisation en pôle avant de mettre en œuvre la contractualisation interne

Un nécessaire équilibre à trouver entre intéressement collectif du pôle et Fonds de péréquation inter-pôles.

De nombreuses questions se posent quant aux règles présidant à la répartition des recettes supplémentaires ou subsidiaires éventuellement générées par des pôles. Quelles relations entre les pôles ? Il existe clairement, en regard, tant de la décomposition des pôles que de la rémunération des GHS, des pôles qui engrangeront des dividendes alors que d'autres se retrouveront encore déficitaires (malgré leurs efforts de gestion et une chasse aux gaspillages par services). Il faudrait poser des règles permettant de trouver un équilibre dans cette redistribution. Deux écueils sont à éviter :

- décourager les pôles ayant fait une bonne gestion par une péréquation excessive qui viendrait couvrir ceux qui n'ont fait aucun effort,
- encourager une balkanisation des pôles par un intéressement exclusif du pôle de ses efforts (car certains pôles, du fait de leur composition, et même s'ils font des efforts de gestion et de courses aux recettes seront quand même déficitaires).

La question des activités transversales.

Dans le pôle des Spécialités Médicales, pôle dont la gestion est très ardue en raison de la forte hétérogénéité des services (cf. supra) le composant, le coordonnateur médical, très impliqué, demande une analyse par UA (Unité d'Affectation) de leur activité. Il veut ainsi « débusquer » les services de son pôle qui sont en retard sur la dynamique (économies de gestion) de l'ensemble du pôle.

Des problèmes sont apparus dans ce pôle et se poseront certainement dans d'autres. Par exemple, qui doit financer désormais dans l'organisation en pôles les activités transversales ? Ainsi, cette question est apparue au sujet d'une psychologue-oncologue financée en partie par le plan cancer, sans budget de fonctionnement afférent prévu. Elle a été au départ rattachée au pôle des Spécialités Médicales alors qu'elle exerce son

activité sur plusieurs pôles. Le projet de gestion par pôles n'a pas mis fin à ce genre de situations transversales qui, pour l'instant, ne connaissent pas de réponses institutionnelles.

La définition de ces règles et leur assimilation par l'ensemble des acteurs est nécessaire avant la mise en œuvre des contrats de prestations internes. En effet, ils permettent de faire comprendre que l'objet de la nouvelle gouvernance et de la contractualisation interne n'est pas d'instaurer une concurrence entre les pôles, mais au contraire une véritable collaboration en vue d'une satisfaction accrue de l'utilisateur. Nous rejoignons en l'espèce la question de l'externalisation par les pôles clients de leur consommation de prestations. Il convient de rappeler voire marteler que celle-ci est juridiquement impossible. Une telle pédagogie est nécessaire pour décrisper certaines tensions nées de ce changement d'envergure.

b/ les questions directes qui se poseront en matière de C.P.I.

L'adéquation entre les engagements contractuels initiaux et les exigences constantes d'un plan de régulation

Toutes les situations ne peuvent être planifiées à l'avance dans le cadre de la négociation annuelle entre les pôles : que faire quand les dispositions d'un plan de régulation d'un pôle viennent contredire les prévisions d'activité d'un autre pôle sur laquelle ils se sont engagés au départ ? Un exemple type : le pôle imagerie se voit contraint de supprimer un poste de manipulateur radio en cours d'année car son activité, pour diverses raisons, ne peut se pérenniser. Cette réduction d'E.T.P. entre dans le cadre de son plan de régulation.

Or, ce pôle a contractualisé avec le pôle C.V.M. (Cardio-vasculaire et Métabolique) pour une certaine activité d'imagerie qui ne peut plus être satisfaite du fait de cette suppression en cours d'année. Comment gérer ce conflit d'intérêt entre les engagements contractuels initiaux des CPI et les exigences d'un plan de régulation nécessitant des arbitrages permanents en cours d'année ?

Un autre exemple concerne les conséquences des projets médicaux des pôles cliniques sur les médico-techniques et les surcoûts qui en découlent. Il en est ainsi du projet Paule de Viguier et de la pédiatrie : le transfert de l'unité d'onco-pédiatrie de l'hôpital des enfants vers celui de la mère. Le plateau d'imagerie de Paule de Viguier n'est pas dimensionné et adapté à cette prise en charge et accueillir l'hémato-pédiatrie. Ce projet médical clinique

induit une restructuration du plateau d'imagerie. Quand il se produit une telle interférence entre projets de pôles, comment les régler et sur qui s'imputent ces nouvelles charges ?.

Pour l'instant, il s'agit de situations types car la contractualisation n'a pas démarré vraiment mais elles ne tarderont pas à se poser. Pour l'instant, il n'existe pas de règles institutionnelles pour les résoudre vraiment. Il conviendrait de les anticiper par une négociation préalable. Le mode de régulation prévu par le guide de gestion en son article 6§3 de la partie 2 ne semble pas suffisamment réactif. Celui-ci concerne les litiges entre les pôles clients et les pôles prestataires : « *la relation entre eux se formalise et se régule annuellement lors de la phase de contractualisation interne. En cas de désaccord persistant, le Conseil Exécutif et le Conseil de Direction Ordinaire sont saisis. Le Directeur Général rend l'arbitrage final* ». Cette procédure nécessitant l'arbitrage du Conseil Exécutif, du Conseil de Direction Ordinaire puis du Directeur Général, peu réactive, pourrait être palliée en amont par une négociation préalable entre ces pôles.

Des situations encore non réglées en matière de financement :

L'imputation des charges de structure. Ce débat tel qu'il est ressorti de la journée M.E.A.H. animée par M.Guidoni résidait dans l'alternative suivante:

- Faut-il imputer aux pôles les prestations aux « coûts réels » ? : le prix de revient assorti des charges de structure, ce qui signifie exhaustivité des charges à faire supporter aux pôles avec toutes les difficultés que cela laisse augurer.
- Ou faut-il définir un tarif « cible » auquel les pôles prestataires seront tenus de souscrire et qui serait atteignable par eux

Cette question a par ailleurs été résolue lors d'un autre séminaire. Le tarif "cible" a été préféré à la première solution.

Il est demandé par certains responsables de pôles une déclinaison par UA et services des tableaux de bord. L'objectif est de permettre des arbitrages entre services et identifier ceux qui ne coopèrent pas à l'effort global du pôle. Il s'agit par exemple d'une demande forte notamment pour des pôles aussi hétéroclites que celui des Spécialités Médicales. Elle peut trouver un écho dans les rares pôles dont le découpage est contesté par certaines de ses composantes.

Une autre demande récurrente est de connaître la composition du coût d'un G.H.S. pour savoir si son coût de production par un pôle est inférieur ou non à ce qu'il rapporte (connaître la consommation par le pôle en B, en Z, etc.) et où se situe un pôle par rapport

à un autre en terme de consommation. Pour l'instant, le système d'information ne permet pas une telle décomposition. Le but est de rationaliser cette dernière et de lutter contre les dépenses et prescriptions indues.

Bref, le CHU est dans une situation transitoire, à la croisée des chemins. En effet, les fondations de la Nouvelle Gouvernance sont posées, entérinées, la culture de l'organisation en pôle est bien assimilée par les acteurs. Ces divers éléments témoignent d'un avancement important du CHU en la matière.

Nous verrons que parmi les conditions possibles pour que les C.P.I. relèvent le défi de l'autonomie des pôles et de la cohérence de l'institution, certaines sont déjà remplies et d'autres devraient l'être sous peu, permettant en la matière un optimisme certain (III).

III Les conditions de la réussite en matière de contrats de prestations internes

Lors d'un bilan d'étape en Juillet 2005, nous avons proposé certaines pistes de réflexion en Conseil de Direction en vue d'assurer cet équilibre entre l'autonomie et la cohérence (A). De même, les tableaux de bord prévus, outils de lecture des C.P.I., devraient être accompagnés d'indicateurs qualité pour une contractualisation interne efficiente (B). Enfin, le C.H.U. de Toulouse est en train de passer d'une informatique de production à une informatique de réflexion, outil indispensable de la réussite des C.P.I. (C).

A/ Propositions pour concilier la nécessaire autonomie des pôles avec l'indispensable cohérence institutionnelle

Ces pistes de réflexion ont été formulées lors de cette même présentation en Conseil de Direction (2) et faisaient suite à mon passage dans un pôle logistico-administratif, client et médico-technique. Ils sont le fruit d'observations concrètes faites sur le terrain pendant les trois premiers mois du stage long. De même, au sein de la D.L.H. (Direction de l'Hôtellerie et de la Logistique), nous avons tenté de définir les prémisses, pour ce pôle, d'une future contractualisation interne avec les pôles clients (1).

Cette présentation s'inscrit dans un prisme chronologique en raison de l'évolution en temps réel de ce thème. Nous verrons (B) que nombre de ces interrogations ont été résolues ou sont en voie de l'être.

1/Les prémisses de mise en place de contrats de prestations internes au sein du pôle DLH (Direction de la Logistique et de l'Hôtellerie)

a/ La nécessaire détermination d'un cadre bien défini et simple pour la mise en œuvre des Contrats de Prestations Internes

Dans le pôle D.L.H., en coordination avec Mme COUSSEAU-BOURDONCLE, nous avons essayé de répondre à une lettre de mission du Directeur Général du 25 mars demandant aux pôles prestataires (notamment hôtelier et logistique) de remplir les grandes lignes du Contrat de prestations (définition d'Unité d'œuvre, valorisation des prestations etc..). Nous avons utilisé cette opportunité pour essayer de pousser plus loin le raisonnement et forcer les responsables du pôle à comprendre et intégrer leur rôle de prestataires⁷.

Nous avons défini les U.O. (Unités d'œuvre) pour chacune des activités hôtelières et logistiques, relevé les outils métiers disponibles. Nous avons entamé un travail avec la D.I.H. (Direction de l'Informatique Hospitalière) pour voir quelles étaient, au regard des actuelles potentialités des outils métiers disponibles (y a-t-il un relevé mensuel de l'activité et de la future consommation des pôles clients décliné par UA et donc par pôles ?), les possibilités de report dans HOLOS (dans quel délai ce report peut-il être effectué ?).

Deux dimensions entreraient dans la mise en œuvre de la contractualisation interne :

- Une dimension suivi des crédits et des consommations via le contrôle de gestion (tableaux de bord dans la relation pôles clients et prestataires) avec une méthodologie de suivi des écarts (cf. mécanisme d'alerte via « Help Holos » à l'instar de ce que fait MAGH II, autre outil de gestion).
- Une dimension analyse des activités via la décomposition du coût des prestations hôtelières et logistiques permise par l'analyse de gestion, données essentiellement à destination des pôles prestataires, mais pouvant être mises à disposition des pôles clients. Elles peuvent servir à leur démontrer les efforts du pôle prestataire pour limiter ses coûts directs et lui montrer la différence entre le coût des prestations qu'il consomme au regard de ceux facturés dans les autres établissements (benchmarking).

⁷ Annexe 5: Note à l'attention du Directeur Général élaborée lors du stage à la D.L.H. accompagnée du tableau de recensement des U.O. logistiques et hôtelières.

Ces tableaux de bord sont mis à disposition des pôles clients afin qu'ils puissent suivre, de façon mensuelle, l'évolution de leurs consommations de prestations logistiques et hôtelières.

Le logiciel Help Holos nous a semblé le plus approprié pour produire en routine ces tableaux de bord à destination des pôles clients, leur permettant un suivi mensuel de leur consommation par U.A. Si l'ensemble de ces tableaux est issu d'un même logiciel, les pôles auront à leur disposition un outil de suivi commun de leur consommation.

Cette uniformité est essentielle pour assurer une cohérence et lisibilité de l'institution. A défaut, si ce suivi est assuré par différents logiciels, avec chacun leur configuration, la contractualisation interne risque, si des solutions ne sont pas mises en œuvre a priori, de se muer en un exercice incohérent.

b/ Un contrat-cadre entre la Direction de la Logistique et de l'Hôtellerie et la Direction Générale qui stabilise les fonctions et processus concernés par la contractualisation

Dans cette même note au Directeur Général, nous proposons de mettre en place un contrat cadre entre la D.L.H. et la Direction Générale, sorte de C.O.M. interne.

"Le contrat- cadre Direction Générale et D.L.H. comprend quatre dimensions principales :

Axe 1 : Politique institutionnelle en matière de logistique et d'hôtellerie.

Conformément au projet d'Etablissement, objectifs et axes de travail traduits dans un plan pluriannuel.

Axe 2 : Des activités logistiques et hôtelières budgétées

Définition des activités et moyens alloués

Compte-rendu annuel (compte d'exploitation) pour l'analyse de gestion

Comparaison avec une banque de données nationale

Valorisation des unités d'œuvre

Axe 3 : Stabiliser la fonction RH au sein de ce contrat-cadre :

Y intégrer une démarche G.P.E.C.

Plan de formation en vue de professionnaliser les personnels selon les métiers hôteliers et logistiques

Axe 4 : Maîtrise des flux, des activités : démarche d'amélioration continue de la qualité

Le contrat-cadre doit comporter une dimension qualité, paramètre fondamental de la contractualisation interne, qui ne peut se confiner à la seule production de tableaux de bord : démarche qualité axée sur l'hygiène et l'environnement, démarche qualité permanente, évaluation de la satisfaction des clients.

Il prévoit d'inscrire cette contractualisation dans une démarche qualité permanente permettant d'identifier les dysfonctionnements et un suivi d'indicateurs avec mise en place d'actions correctives impliquant la D.L.H. et les clients".

Ce contrat vertical serait pour les pôles prestataires l'équivalent de ce que sont pour les pôles clients les contrats de délégation de gestion. Ils seraient le canevas au sein duquel seraient déclinés les Contrats de Prestations Internes. Ils intègrent fortement une dimension qualité, processus et organisation qui imprégnera ensuite les Contrats de Prestations Internes.

2/ Pistes de réflexion pour une contractualisation interne efficiente

a/ les conditions indirectes: donner aux pôles autonomie et réactivité pour permettre l'efficience de cette contractualisation

Un fonds de péréquation entre les pôles

Il faudrait définir des règles communes permettant de trouver un équilibre entre le nécessaire intéressement collectif au sein du pôle et l'indispensable fonds de péréquation entre les pôles. Le but de la nouvelle gouvernance est à terme sinon de supprimer les services, du moins de limiter leur emprise et surtout d'éviter que leurs rivalités ne se perpétuent, sous d'autres formes, à l'échelle des pôles.

Des référents polyvalents ou pools dans chaque pôle en matière d'informatique et de contrôle de gestion

Il convient désormais de décider d'options pour que les pôles, comme cela est leur but, puissent s'administrer librement "dans le cadre des lois qui le réglementent". Des efforts ont été faits pour un meilleur codage en positionnant des T.I.M. (Techniciens

d'Informatique Médicale) dans les pôles qui aident les équipes médicales à un meilleur recensement de leur activité.

La demande est forte en terme d'informatique y compris pour des petites demandes bureautiques qui embolissent souvent l'activité de façon démesurée en regard de la faible ampleur du problème à résoudre. La demande est forte en la matière, un consensus se fait sur le constat que les médecins n'ont pas à gérer ces problèmes. Le besoin en informatique est très fort et la D.I.H. (Direction de l'informatique hospitalière) est saturée (cf. les multiples logiciels à installer et elle travaille en flux tendus).

Il faudrait mettre en place un plan informatique : l'objectif serait de choisir dans les pôles, parmi les gestionnaires ou autres, des personnes ayant déjà des connaissances en la matière pour les spécialiser dans ce domaine et résoudre en temps réel ces petits problèmes sans faire appel à des agents de la D.I.H.. Il conviendrait d'agir de même en ce qui concerne le contrôle de gestion. L'objectif serait à terme qu'il y ait un référent informatique, contrôle de gestion et autres domaines dans les pôles pour répondre aux questions de premier niveau qui sont souvent anodines mais cristallisent les rancœurs envers le central. Cette fonction ne nécessite pas forcément plus d'embauches mais des formations pour une plus grande polyvalence (ou pools dans ces domaines).

b/ Préserver la cohérence de l'institution en donnant aux C.P.I. passés entre les pôles un canevas commun

Poursuivre la dynamique en créant un groupe de projet spécifiquement dédié à la mise en œuvre et au suivi de la « contractualisation interne »

Enfin, il conviendrait, en vue de finaliser la dynamique de contractualisation, de monter un groupe de projet spécialement dédié à la « Contractualisation Interne ». Celui-ci serait composé

- d'un membre de la Direction Générale, déjà impliqué dans ce thème,
- du consultant interne positionné sur le projet,
- de représentants de la D.I.H., du D.I.M. pour les pôles clients,
- de la D.A.F.,
- des directeurs de pôles prestataires et clients (de certains de leurs représentants qui fassent remonter les problématiques à anticiper) ,
- des représentants des coordonnateurs médicaux, assistants de gestion et cadres supérieurs.

- Des directeurs coordonnateurs.

Il serait important au stade actuel de la contractualisation interne de mettre en place des rencontres entre directions fonctionnelles et directions de pôle (directeurs délégués et coordonnateurs médicaux) pour réfléchir à la répartition et l'articulation de leurs fonctions réciproques. Ce groupe serait plus élargi et transversal que ne l'est déjà la sous-commission de la C.M.E. en charge du dossier actuellement.

Le but est de mutualiser des compétences transversales nécessaires pour mettre en place une contractualisation interne cohérente, et de « faire remonter les problèmes » qui peuvent être liés à sa mise en œuvre, de rétablir un lien entre directions fonctionnelles et de pôle, d'anticiper les éventuelles sources de conflit et résoudre les questions évoquées ci-dessus. Le but serait aussi de mettre en place, par cette négociation préalable, un contrat-type, de s'accorder sur des tableaux de bords communs. Cette prise de conscience s'est d'ailleurs faite progressivement (cf. annexe 1).

Des tableaux de bord communs, simples et évolutifs

Il serait ainsi important que le groupe de projet «contractualisation interne » mette sur pied un contrat de prestation interne type afin de permettre ce langage commun entre les pôles.

De même, il convient de ne pas enfermer la relation des pôles clients et prestataires dans un prisme purement financier, de ne pas se référer à la seule comparaison « coût-case mix » (C.C.M.) pourtant présentée «*comme l'alpha et l'oméga du nouveau contrôle de gestion hospitalier* » selon Patrick EXPERT.

En effet, le Coût Case Mix s'appuyant sur les données issues de la comparaison avec l'E.N.C s'avère incomplet. Par exemple, « *environ 70% des dépenses de cette E.N.C. sont sans rapport avec le patient et les pathologies qu'il présente ; de plus...les prix de revient constatés dans la quarantaine d'établissements qui alimentent cette étude et qui sont par G.H.M. font apparaître des variations importantes* ». En outre, le tableau de bord financier est tourné vers des résultats passés, il n'est pas orienté vers l'avenir.

Patrick EXPERT, au C.H. de Blois, développe ainsi des tableaux de bord équilibrés et prospectifs. Quatre axes les constituent :

- l'axe processus qui traduit l'organisation,
- l'axe ressources qui concerne les aspects humains et matériels,

- l'axe qualité,
- l'axe financier.

La difficulté dans la mise en place de ce tableau est de réunir ces informations dont les détenteurs sont multiples. La mutualisation de ces données est parfois vécue comme une perte de pouvoir. Par conséquent, selon M.EXPERT, *«la constitution d'un tableau de bord complet, c'est-à-dire équilibré et prospectif, devra régulièrement passer par la contrainte, c'est-à-dire une obligation de renseignements émanant du Directeur Général »*.

Le tableau de bord doit être vu comme un support. C'est son analyse en commun, notamment au niveau du pôle, qui est primordiale. Elle permet en effet de réunir ses responsables. Déclinés par U.A., ils permettent aux responsables des secteurs d'activité de dire quels sont les services les plus consommateurs et de définir des décisions en commun pour limiter ces dépenses. Les tableaux de bord équilibrés s'attachent à l'organisation. Leur analyse permet ainsi de générer des solutions visant à définir une meilleure organisation au sein du pôle. M.EXPERT considère le tableau de bord comme un document « martyr », un simple support amorçant une négociation et permettant de dégager des pistes d'amélioration sur lesquelles existe un réel consensus.

Les tableaux de bord de suivi des consommations des pôles clients doivent quant à eux répondre à un canevas commun.

Des contrats verticaux entre la Direction Générale et les pôles prestataires

Ces contrats comporteraient les engagements du pôle prestataire à contraindre ses coûts tout en améliorant la satisfaction de ses clients etc. Ces engagements prestataires avec la Direction Générale auraient pour effet de prouver que les pôles prestataires font eux aussi des efforts de gestion. Ces contrats permettraient de stabiliser les fonctions des pôles prestataires, seraient une forme de Contrats d'Objectifs et de Moyens interne entre le pôle prestataire et la Direction Générale. Ces contrats comporteraient une approche processus, qualité avec pour vocation ultime de réduire les coûts par la définition d'une organisation efficiente. Le critère financier, d'économie ne serait pas affiché en tant que tel, mais découlerait naturellement des efforts de rationalisation contractualisés (cf.III, B, 1: à l'instar de la proposition de contrat-cadre prévu entre la Direction Générale et la D.L.H.).

Un système d'information coordonné et performant

Il serait important de décloisonner les directions pour assurer une cohérence dans la mise en place des contrats de prestations internes. La proposition est de mettre en place une direction transversale avec un système d'information que Patrick EXPERT appelle dans son ouvrage, « l'informatique de réflexion » qu'il oppose à celle de production.

La mise en œuvre de l'ensemble de ces solutions permettrait de combiner la nécessaire autonomie du pôle avec l'indispensable cohérence du CHU de Toulouse. Ces solutions permettraient :

- d'anticiper les problèmes, en les soumettant à la négociation préalable du groupe de projet contractualisation interne,
- de donner plus d'autonomie et de réactivité aux pôles (cf. les référents ou pools informatiques et de contrôle de gestion),
- de permettre, malgré les nombreux contrats passés par les pôles, une lisibilité de l'institution (via un contrat de prestation interne type, des tableaux de bord commun),
- de donner une plus grande légitimité à la mise en place et mise en œuvre de la contractualisation interne (légitimité transversale du groupe de projet « contractualisation interne », légitimité de tableaux de bord d'analyse prospectifs ne se limitant pas à de seules données financières).

Mais les récentes évolutions en matière de C.P.I. permettent d'appréhender avec un certain optimisme leur prochaine mise en œuvre. Se mettent en place au C.H.U. de Toulouse les futurs tableaux de bord, outil indispensable pour un suivi efficace des C.P.I. (B).

B/ Le lien indispensable devant unir les C.P.I. avec les tableaux de bord permettant leur suivi

La thématique des tableaux de bord est étroitement liée à celle de la contractualisation interne et à celle des contrats de prestations. En effet, ces outils permettent aux pôles de connaître leur marge de manœuvre en terme de consommation de prestations, de développer une stratégie en vue de respecter leurs engagements contractuels de consommations.

Ainsi, les unités d'œuvre des pôles prestataires apparaîtront dans les tableaux de bord à destination des pôles clients. Ces derniers auront contractualisé au sein des CPI un

certain volume de consommation de ces prestations exprimé en droit de tirage. Le guide de gestion rappelle le caractère intriqué entre les Contrats de Prestations Internes et les tableaux de bord en son article 5.2 consacré aux C.P.I.: *"le C.P.I. se fonde sur une mesure objective et permanente de l'activité du prestataire. A cet effet, il définit les Unités d'Œuvre pertinentes pour son domaine d'activité et met en place le dispositif pour les produire en routine...Lorsque les données existent, la consommation des prestations internes d'un pôle est comparée aux données produites par l'E.N.C. Le pôle client se voit attribuer un "droit de tirage" correspondant à un montant ou un volume global annuel de prestation".*

Les indicateurs qui se mettent en place au C.H.U. de Toulouse ont une orientation financière (1). Malgré leur très grande qualité, ils gagneraient certainement à être complétés, pour une contractualisation et un pilotage du pôle complètement efficaces, par des indicateurs qualité, processus et organisation (2).

1/ Les indicateurs qui seront mis en place au CHU de Toulouse dans le cadre de la contractualisation interne: une approche financière

Le 16 Septembre 2005 a eu lieu le 4ème séminaire de la MEAH organisé par M.GUIDONI. L'objet cette réunion était de finaliser les tableaux de bord qui seront mis à disposition des pôles clients pour suivre à la fois l'état de leur "budget", caractérisé par un droit de tirage en termes de prestations, et l'évolution de leurs consommations.

Il semble que ce soit la philosophie financière qui prévale dans la mise en place des tableaux de bord au CHU de Toulouse pour la contractualisation.

a/ Historique du travail de la MEAH

La mission engagée avec le cabinet INEUM représenté par M.GUIDONI, menée sous l'égide et le financement de la MEAH (mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier) a démarré au CHU par une série d'entretiens menés les 2 et 3 Mai 05. Elle se terminera à la fin de l'année. L'objectif est de construire des tableaux de bord de pôles qui aident à la gestion, c'est à dire à la prise de décision par les responsables de pôle. Cela implique des documents réactifs (mensuels), lisibles, pertinents et cohérents avec les données issues des directions concernées (DAF-DIM). La méthode choisie a consisté à faire travailler un groupe interne associant les coordonnateurs et les directeurs délégués des pôles digestif et biologie autour des responsables DIM, DAF et Contrôle de gestion. Des invités ponctuels se sont rajoutés en fonction du domaine abordé.

Trois séminaires ont déjà eu lieu :

Séminaire 1 (26 mai) : principes généraux,

Séminaire 2 (22 juin) : compte de résultat par pôle (dépenses)

Séminaire 3 (12 juillet) : compte de résultat par pôle (recettes)

L'objectif du séminaire du 16 septembre était de consolider ces données et d'établir les bases et les règles de construction des budgets de pôle afin de permettre de réaliser et tester les premières maquettes d'ici la fin de l'année pour une mise en œuvre au 1er janvier 2006.

Le relevé de conclusions du 16 Septembre récapitule les évolutions des précédents séminaires. Il a été rédigé par M.DUROU, consultant interne rattaché au Directeur Général, qui joue un rôle prépondérant dans la mise en œuvre du chantier de la contractualisation interne. Ce relevé dresse les informations recensées qui devront être mises à disposition des pôles clients afin qu'ils puissent élaborer leur propre stratégie.

"Informations qui doivent être délivrées aux pôles.

Nature de l'information	Périodicité
Production médicale -GHS et actes	Mensuelle
Consommations directes	Mensuelle
Consommations de prestations internes	Mensuelle
Coût de la production	Trimestrielle
Qualité des soins	Trimestrielle
Qualité	Trimestrielle
Equilibre entre recettes et dépenses	Mensuelle
Recettes des productions réalisées	Mensuelle
Stratégique (positionnement du pôle)	Annuelle
Stratégique (information institutionnelle)	Trimestrielle

Ce que doit contenir le budget du pôle et la marge de manœuvre du pôle.

*Le groupe de travail a retenu que le budget du pôle devait être conforme au principe de **fongibilité** (capacité de redéployer des crédits d'une ligne budgétaire à l'autre dans le cadre du respect de l'enveloppe globale). Dans une mesure à définir, la Direction des Finances indique que les pôles peuvent s'affranchir de la frontière entre investissement et*

exploitation. Il devrait contenir les éléments suivants (sous réserve, pour certains items, d'une expertise complémentaire).

Dépenses indirectes (laboratoires, radiologie, restauration par exemple).

Ces dépenses seront introduites dans les budgets des pôles au regard de leur consommation passée et des objectifs de prescription définis au sein des contrats internes. Le prix interne de cession sera un prix « politique » correspondant aux arbitrages rendus par le conseil exécutif au regard des objectifs de coût qui seront négociés et contractualisés avec les pôles prestataires".

b/ Les outils qui seront mis à disposition des pôles au CHU de Toulouse

Le relevé de conclusions énonce clairement que ces outils privilégient une approche financière:

"Conclusion

Le groupe de travail s'accorde pour considérer que les pôles doivent disposer de deux outils essentiels sur le plan médico-économique :

1. Un Tableau de coût case-mix (TCCM) produit annuellement et qui permettra de positionner globalement le pôle sur ces natures de charges par rapport à son case-mix. Ce TCCM pourra être complété par le coût par GHS (lorsque le CHU aura la capacité de le produire) afin de permettre aux pôles d'identifier les activités déficitaires et les activités excédentaires.

2. Un Compte de résultat mettant en rapport les dépenses et les recettes du pôle."

Le TCCM permet une comparaison avec un hôpital fictif produisant le même case-mix que le CHU de Toulouse (décliné par pôle en l'espèce), mais valorisé selon les coûts de référence de l'E.N.C. La méthodologie de sa mise en œuvre se déroule en deux temps. Dans un premier temps, elle consiste en la construction des coûts théoriques: "l'hôpital virtuel" = valorisation des G.H.M. produits par l'établissement selon les coûts issus de l'E.N.C. Dans un deuxième temps, son élaboration passe par la décomposition des coûts réels de l'activité M.C.O. (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) de l'établissement selon les

mêmes rubriques (par postes de dépenses: personnel médical, non médical, consommables médicaux etc.).

Cette approche permet la comparaison de la structure (les pôles en l'espèce) à un pôle fictif en vue de savoir où il se situe en termes de coûts par rapport à ce "pôle fictif" par grands postes de dépenses. Le relevé de conclusions poursuit:

"TCCM de pôle

Pour chaque pôle clinique, un tableau coût case mix devra être construit. Ce TCCM servira de base de réflexion pour la contractualisation des objectifs. Le pôle pourra suivre l'atteinte de ces objectifs à travers un compte de résultat qui reprendra l'ensemble des éléments définis lors du séminaire. Ce compte de résultat pourra être complété par des indicateurs particuliers en fonction des objectifs assignés au pôle".

Dans son article, Patrick EXPERT énonce que l'approche coût-case mix est souvent présentée «*comme l'alpha et l'oméga du nouveau contrôle de gestion hospitalier* ». En effet, le Coût Case Mix s'appuyant sur les données issues de la comparaison avec l'E.N.C s'avère incomplet. Par exemple, «*environ 70% des dépenses de cette E.N.C. sont sans rapport avec le patient et les pathologies qu'il présente ; de plus...les prix de revient constatés dans la quarantaine d'établissements qui alimentent cette étude et qui sont par G.H.M. font apparaître des variations importantes* ». La comparaison que son approche permet est donc sinon fictive, du moins très relative et à appréhender avec un certain nombre de précautions.

Dans le photocopié du cours de l'E.N.S.P. (Ecole Nationale de la Santé Publique) sur "l'initiation à la comptabilité analytique hospitalière médicalisée: ou comment apprécier l'efficience de l'hôpital?", il est conclu de la sorte au sujet du T.C.C.M.: "*Le TCCM émet un signal faible, il indique des écarts mais ne les explique pas, il pointe des secteurs de progression mais ne dicte pas les solutions pour s'améliorer, il invite à la discussion. Le management reste totalement maître du jeu*".

Il apparaîtrait ainsi nécessaire, sachant que le management reste maître du jeu, qu'il ait toutes les cartes en mains...pour «manager ». C'est la raison pour laquelle, afin de dégager des solutions visant à rationaliser l'organisation du pôle et avoir une analyse prospective, il serait intéressant qu'il ait à disposition des données autres que financières. Les moyens ainsi prévus à destination des pôles sont bons. En effet, en 2004, 1500 E.P.S. sont en mesure de fournir à la tutelle le Compte Administratif Retraité, une cinquantaine seulement est en mesure de présenter un TCCM, 49 participent à l'E.N.C..

Néanmoins, ils sont insuffisants selon nous pour permettre un pilotage véritablement autonome et dégager des solutions négociées au sein du pôle pour l'avenir.

De même, le relevé de conclusions prévoit que le pôle dispose comme outil de pilotage et d'analyse d'un compte de résultat, mettant en rapport les dépenses et les recettes du pôle.

"Compte de résultats par pôle : dépenses.

Le compte de résultat par pôle (différent du budget) regroupe l'ensemble des dépenses directes et indirectes du pôle.

La somme des comptes de résultat doit permettre de boucler sur le compte de résultat global du CHU. Toutefois, entre le TCCM et le Compte de résultat, il existera une différence qu'il conviendra d'explicitier aux pôles. Dans le TCCM, le coût des charges induites (la biologie par exemple) ne comprennent que les charges directes, ce qui a pour effet que le poste « logistique générale » soit en général particulièrement important (jusqu'à 30% des coûts imputés aux pôles). Dans le compte de résultat le choix a été fait d'imputer des coûts complets de manière à assurer aux pôles une information transparente et non biaisée.

- *Dépenses médicales : les gardes et astreintes sont saisonnalisables (au mois). Les gardes et astreintes des chirurgiens sont à imputer au bloc (c'est là qu'ils sont appelés). Le pôle récupère les mensualités d'interne non utilisées (annuel et non reconductible).*
- *Dépenses générales : intégrer les amortissements de matériel du pôle*
- *Biologie : engagement des prescripteurs sur le volume de B prescrits. Discussion pour contractualiser sur coût réel du B (en coût complet).*
- *Repas : finir de définir l'effectif délégué à la restauration (même si le rattachement des personnes concernées n'est pas modifié dans un premier temps, en évaluer le nombre).*
- *m² à rechercher en urgence*
- *l'identification de la charge administrative à l'intérieur du pôle (via l'UA direction de pôle) permet de l'agréger transversalement pour l'ENC.*

Compte de résultats par pôle : recettes.

Les recettes possibles dans un pôle :

- 1 T2A
- 2 DAC (dotation annuelle complémentaire) DAF (dotation annuelle de financement).
- 3 MIGAC
- 4 MERRI
- 5 Consultations et actes externes
- 6 Financement interne
- 7 Recettes subsidiaires

La maquette de ce Compte de Résultat est reproduite en annexe et ses indicateurs sont eux aussi exclusivement financiers. Une disposition du relevé de conclusions prévoit bien que "Ce compte de résultat pourra être complété par des **indicateurs particuliers** en fonction des objectifs assignés au pôle", mais ces indicateurs autres devraient être systématisés⁸.

L'enjeu du débat de la journée MEAH du 16 Septembre était d'envergure. En effet, pour la première fois, le Directeur des Ressources Humaines (D.R.H.) était présent, or il représente un pôle prestataire au rôle de premier plan. La Directrice de la Logistique et de l'Hôtellerie était présente pour la seconde fois. Les autres représentants des pôles prestataires présents étaient la Directrice de la formation, les pôles médico-techniques étaient représentés par le Directeur des pôles pharmacie et biologie et par celui de l'imagerie et du Centre de Gestion des Blocs Opératoires.

Leur présence était indispensable et aurait même peut-être quasiment dû commencer plus en amont. En effet, le débat était le suivant: les crédits délégués par ces pôles prestataires et par unités d'œuvre doivent-ils figurer au "budget du pôle" ou au Compte de résultat du pôle ?

La question est loin d'être anodine. Si un pôle prestataire délègue des crédits au budget du pôle client, ils rentrent dans l'enveloppe fongibilité de ce dernier qui pourra l'affecter à son gré entre les groupes (sauf du Groupe IV au Groupe I) et devient son droit de tirage

⁸ Annexe 6: un compte de résultats par pôle tel qu'il serait mis à disposition des pôles clients si les orientations proposées suite au séminaire M.E.A.H. venaient à être entérinées par les acteurs concernés.

sur le pôle prestataire. Ce dernier perd donc la maîtrise dessus, ce qui ne se produit pas lorsque ces crédits ne font que figurer au compte de résultat du pôle. Il est assez dommage, au regard du caractère stratégique de la question, des délégations qu'il implique, que l'ensemble des directeurs de pôles prestataires n'aient pas été associés à ces journées, pourtant fondamentales dans la mise en œuvre de la contractualisation interne.

Néanmoins, et pour relativiser d'emblée cette remarque, il faut noter que la tâche était vaste, les résistances de taille, et que là encore, il est difficile d'avancer en consultant l'ensemble des intéressés. Le changement, même s'il doit être négocié, nécessite d'être à un moment ou l'autre imposé de façon autoritaire tant la structure est vaste et les résistances fortes dans de telles institutions. Durant le mois de novembre, un 5ème séminaire sous l'égide de la M.E.A.H. est prévu. Son objectif est la validation par les coordonnateurs médicaux et coordonnateurs médicaux adjoints ainsi que les directeurs délégués aux pôles du tableau de bord cible.

Au final, le constat pouvant être dressé est mitigé: les pôles disposeront de véritables outils pour suivre l'évolution de leur consommation, se comparer aux données issues de l'E.N.C.. Néanmoins, les tableaux de bord tels que définis pour la conduite de cette politique de pôle se confinent à une approche essentiellement coût case mix. Les C.P.I. nous l'avons vu, seront un important levier de l'amélioration de la qualité, car ils ne se limiteront pas à une seule approche volume, mais aussi organisation. Néanmoins, il eut été préférable dans cette optique de mettre à disposition des pôles clients des outils quotidiens de suivi de qualité, axés sur des processus et non seulement sur des volumes. La conséquence de ces orientations est que les C.P.I. seront le seul moyen d'agir sur la qualité.

Néanmoins, la mise en place des C.P.I. n'est pas définitivement scellée, et des indicateurs qualité, processus et organisation seront sans doute, nous l'espérons, mis à disposition des pôles dans ces mêmes tableaux de bord.

2/ Proposition: Une approche financière qui doit être complétée par des tableaux de bord équilibrés et prospectifs pour une contractualisation interne efficiente

Il conviendrait d'adjoindre à ces TCCM (Tableaux Coût- Case Mix) des tableaux de bord équilibrés et prospectifs.

Des tableaux de bord intégrant de telles données permettraient aux membres du pôle de

dégager des solutions organisationnelles pour rester dans le cadre de leurs engagements contractuels. Il existe une relative inadéquation entre le cadre annuel des C.P.I. avec les engagements qualité et les tableaux de bord sans critères qualité ou processus. Elle rend la définition d'une stratégie de pôle plus compliquée. Ainsi, pour reprendre des critères des tableaux de bord équilibrés à l'œuvre à Blois, on trouve pour chaque secteur d'activité, par exemple:

Dans l'axe «ressources humaines » des critères tels que: *"le taux de formation du personnel médical et non médical"*, pour les ressources matérielles des indicateurs comme *"le délai de réalisation des tableaux de bord"*, *"les pannes du système informatique"*, *"les pannes des équipements médicaux"*.

Dans le deuxième axe "Organisation", se déclinent des critères tels que la *"D.M.S." (Durée Moyenne de Séjour)*, *"séjours relevant du secteur d'activité et réalisés dans un autre service hôte inadéquat"*, *"délai moyen écoulé entre une demande de prestations et sa réalisation (à décliner I.R.M., Scan, Endoscopie)"*.

Dans le troisième axe "Qualité-Usagers", on trouve des indicateurs tels que *"le pourcentage de retour du questionnaire de sortie du patient"*, *"les résultats des enquêtes clientèle"*, *"les non conformités relevées"*.

Le dernier axe financier reprend les mêmes critères que les tableaux de bord qui seront mis en place au C.H.U. de Toulouse tels que conçus par la MEAH. Il est divisé en une première partie *"recettes"*, une deuxième *"dépenses"*, directes, semi-directes (bloc opératoire; anesthésie, imagerie etc..), les *"charges communes"* correspondant aux dépenses du budget qui n'ont pu être ventilées faute d'unités d'œuvre satisfaisantes permettant de les affecter. Enfin le résultat financier est mis à disposition du secteur d'activité à travers deux indicateurs *"les recettes minorées des dépenses"*, *"l'écart en pourcentage (recettes - dépenses/ recettes)"*.

Ces indicateurs qui placent en dernier les résultats financiers et axent prioritairement l'analyse sur des processus "parlent" peut être davantage aux responsables de pôle et doivent faciliter la définition de solutions organisationnelles. En outre les premiers critères énoncés sont un outil de mesure d'indicateurs qui, de façon certaine, entreront dans les engagements réciproques contractualisés des C.P.I. Par exemple, le critère du deuxième axe "Organisation" portant sur le calcul du *"délai moyen écoulé entre une demande de prestations et sa réalisation (à décliner I.R.M., Scan, Endoscopie)"* figurera forcément au sein des C.P.I. reliant le pôle imagerie, prestataire médico-technique, à ses pôles clients.

L'un des engagements qualité annuels que le pôle imagerie prendra vis-à-vis de ses clients sera de diminuer le délai de fourniture de ces actes, pour leur analyse plus rapide. Un tel raccourcissement du délai permettra un diagnostic plus en amont et à terme une satisfaction accrue de l'utilisateur. Il serait donc par conséquent extrêmement intéressant que les tableaux de bord à destination des pôles clients prévoient une ligne identique à celle de Blois: "*délai moyen écoulé entre une demande de prestations et sa réalisation (à décliner I.R.M., Scan, Endoscopie)*". Elle lui permettrait de suivre ce délai, de voir si le pôle prestataire répond en cours d'année à ses engagements contractuels initiaux.

Elle peut aussi être utile au pôle imagerie lui-même. La mise en abîme de cet indicateur avec d'autres indicateurs lui permettrait d'analyser les dysfonctionnements qui sont la cause de ces retards, de ces augmentations de délai en cours d'année. La production de tels indicateurs, autres que financiers, lui permettrait en cours d'année d'engager des actions correctives, et peut-être de satisfaire en fin d'année ses engagements. En tout cas, lors de la négociation annuelle de reconduction des contrats entre pôles clients et prestataires, le pôle imagerie pourrait, même s'il n'a pas complètement satisfait ses engagements, démontrer qu'il a mis en œuvre tous les moyens et actions correctrices pour répondre à ses engagements contractuels initiaux. Il est en effet astreint en matière de contractualisation interne à une obligation de moyens et non de résultat. Des indicateurs aussi variés seraient donc utiles à la preuve que ces efforts ont été fournis.

Pour pousser la logique du guide de gestion à son terme, ces indicateurs liés entre C.P.I. et tableaux de bord, permettraient en cas de conflit entre pôle clients et prestataires, un arbitrage impartial et en connaissance de cause par les directeurs coordonnateurs, le Conseil Exécutif, le Conseil de Direction Ordinaire. Bref, il semble que la mise en place de tableaux de bord n'ayant pas seulement une dimension financière serait un véritable avantage dans la mise en œuvre de la contractualisation interne. Les contrats de prestations internes ne peuvent être à eux seuls, du fait de leur caractère annuel, le levier de l'amélioration de la qualité et de l'organisation, et à terme, de la réduction de coûts. Il faudrait leur adjoindre des tableaux de bord équilibrés et prospectifs leur permettant d'élaborer une stratégie et de répondre à leurs engagements contractuels initiaux par des actions correctives en cours d'année.

En outre, au CHU de Toulouse, la production de ces données dans des tableaux de bord équilibrés et prospectifs, n'est pas insurmontable ni infaisable. En effet, il est engagé dans l'étude de la M.E.A.H. sur la gestion des lits. Celle-ci a une approche processus visant, par une gestion efficiente des lits, à fluidifier le parcours du malade. Des indicateurs tels

que ceux qui agrémentent les tableaux de bord du C.H. de Blois, pourraient par conséquent être mis en place dans ceux à l'œuvre au C.H.U. de Toulouse. Ce serait en outre une façon utile de lier les deux missions pourtant indissociables de la M.E.A.H. qui sont menées au C.H.U. de Toulouse, l'une portant sur la comptabilité analytique (mise en place des tableaux de bord de M.GUIDONI) et l'autre sur la gestion des lits.

Néanmoins, à Blois, ces tableaux ne servent que deux fois l'an et limitent un peu la réactivité du pôle. Nous touchons là à un autre problème qui est celui du système d'information et de sa capacité à fournir de l'information à échéances suffisamment rapprochées pour permettre une stratégie de pôle et son suivi. En effet, pour maintenir la lisibilité et cohérence de l'institution au travers des nombreux C.P.I. qui seront passés entre les pôles, il convient de mettre en place un système d'information cohérent et de réflexion.

C/ L'indispensable outil d'efficience de ces Contrats de Prestations Internes: un système d'information adapté et transversal

Le C.H.U. de Toulouse, par la refonte complète de son système d'information (1) tend vers le passage d'une « informatique de production » à une « informatique de réflexion », outil nécessaire d'une contractualisation cohérente et efficace (2).

1/ Le C.H.U. de Toulouse a décidé une refonte complète de son système d'information dans le cadre de la mise en place d'un dossier médical du patient commun

Le système d'information est un levier important d'une contractualisation interne réussie. Le Directeur Général, fort de cette certitude, conscient des retards dans le domaine informatique du C.H.U., de ses cloisonnements, a décidé un changement radical en la matière. Le but est de permettre cette réactivité et transversalité du système d'information pour une contractualisation interne efficiente.

Le Directeur Général a en effet prévu la mise en place prochaine d'une véritable Direction des Systèmes d'Information, transversale et dotée des moyens d'assurer une contractualisation interne efficiente. Le système d'information est en effet, nous l'avons vu, l'élément structurant d'une telle démarche. Pour l'instant, le système d'information du C.H.U., s'il est performant, souffre de certains cloisonnements. Il est tout d'abord marqué par une multitude de logiciels métiers, hétéroclites et qui ne communiquent pas forcément entre eux.

En outre, il est engorgé par la récente mise en place de nouveaux logiciels permettant la saisie des actes médicaux dans le cadre de la mise en place de la T2A et de la C.C.A.M. Ainsi, le logiciel CAMELIA a récemment été mis en place au niveau du bureau des entrées en vue de facturer systématiquement les consultations externes. Cette mise en place s'est avérée difficile et fastidieuse mais a finalement abouti. D'autres logiciels sont mis en œuvre tels que TANGO mouvements, pour recenser les mouvements des patients dans les services, OPERA au Centre de Gestion des Blocs Opératoires en vue de mieux connaître l'activité réelle des chirurgiens et la disponibilité des salles. L'ensemble de ces applications métiers se surajoutent et viennent engorger le réseau informatique.

De même, certains débats internes quant à l'exhaustivité de l'information fournie par les logiciels ont lieu. Des logiciels "concurrents" apparaissent. Certains responsables vantent les mérites de SEXTANT, d'autres d'HOLOS. Un logiciel performant mais non reconnu officiellement (DAE Consult) est utilisé par certains pôles. L'information dont ils disposent est donc différente, dans un autre format que celle fournie par le serveur officiel. L'organisation en pôles a ainsi eu pour effet de démultiplier à la fois les logiciels métiers, de disperser l'information dont ils disposent et a fait apparaître l'absence de coordination entre ces logiciels.

L'idée de la nécessaire coordination de ce système d'information s'est donc imposée. Elle doit s'organiser autour de la mise en place du Dossier Médical Patient Informatique. Le schéma directeur informatique prévoit ainsi un investissement d'environ 15 millions d'euros pour permettre sa mise en œuvre (réalisation et accompagnement, déploiement). Une coordination progressive de ces logiciels métiers disparates se met progressivement en place autour de ce qu'il est appelé le « noyau Convergence ». En outre, le Directeur Général a décidé de modifier l'organisation de la Direction de l'Information, en la rendant plus transversale, en lien avec le contrôle de gestion. Le système d'information, ainsi reformé permettra de redonner une lisibilité à l'institution. Il permettra d'harmoniser la mise en place de la contractualisation en donnant aux pôles des outils de lecture communs.

Il s'agit dans cette optique de permettre ce que Patrick EXPERT dénomme le passage de l'informatique de production à celle de réflexion: *"Les systèmes d'information sont restés très largement organisés autour des applications administratives. Ils respectent très rarement la "logique patient". Dans leur ensemble, les établissements publics et privés expérimentateurs n'ont pas considéré l'informatique dite "de réflexion" (c'est-à-dire celle qui permet de repenser l'organisation et les pratiques) comme une priorité. L'informatique traditionnelle dite de "production" ou administrative est restée largement dominante"*.

Plus loin, il indique que *"travailler sur les flux, sur les parcours des patients, repenser les processus de prise en charge, améliorer la coordination, soigner les interfaces (moment où le relais passe d'un service hospitalier à un autre) ou encore adapter les capacités d'accueil des services rendu inévitable par la réforme du financement et impose la participation active des acteurs de santé dits de terrain"*.

Il est à noter que le C.H.U. tend vers la mise en place d'une informatique de réflexion tant, de par la refonte totale de son système d'information et de la direction qui l'organise, que son travail sur la gestion des lits. En effet, le C.H.U. est également pilote sur le chantier « gestion des lits » mené par la M.E.A.H.. Ce séminaire est en lien étroit avec les autres auxquels le C.H.U. participe également, comptabilité analytique et suivi du chantier de la nouvelle gouvernance.

En effet, il doit permettre d'optimiser la gestion des lits par une rationalisation efficiente du parcours de santé du patient dans les différents services. Il permet de fluidifier ce circuit, de le tracer efficacement. L'amélioration du système d'information est évidemment convoquée dans cette meilleure traçabilité du parcours du patient dans les divers services du C.H.U. Il semble donc que de nombreux éléments militent en faveur du passage vers cette informatique de réflexion, élément important dans la mise en place d'une contractualisation interne efficiente. (2).

2/ Proposition pour une contractualisation interne optimale: profiter de ces mutations pour passer d'une informatique de production à une informatique de réflexion

Patrick EXPERT démontre dans son ouvrage que le dossier médical informatisé commun est la pierre angulaire de cette mise en place d'une informatique de réflexion hospitalière.

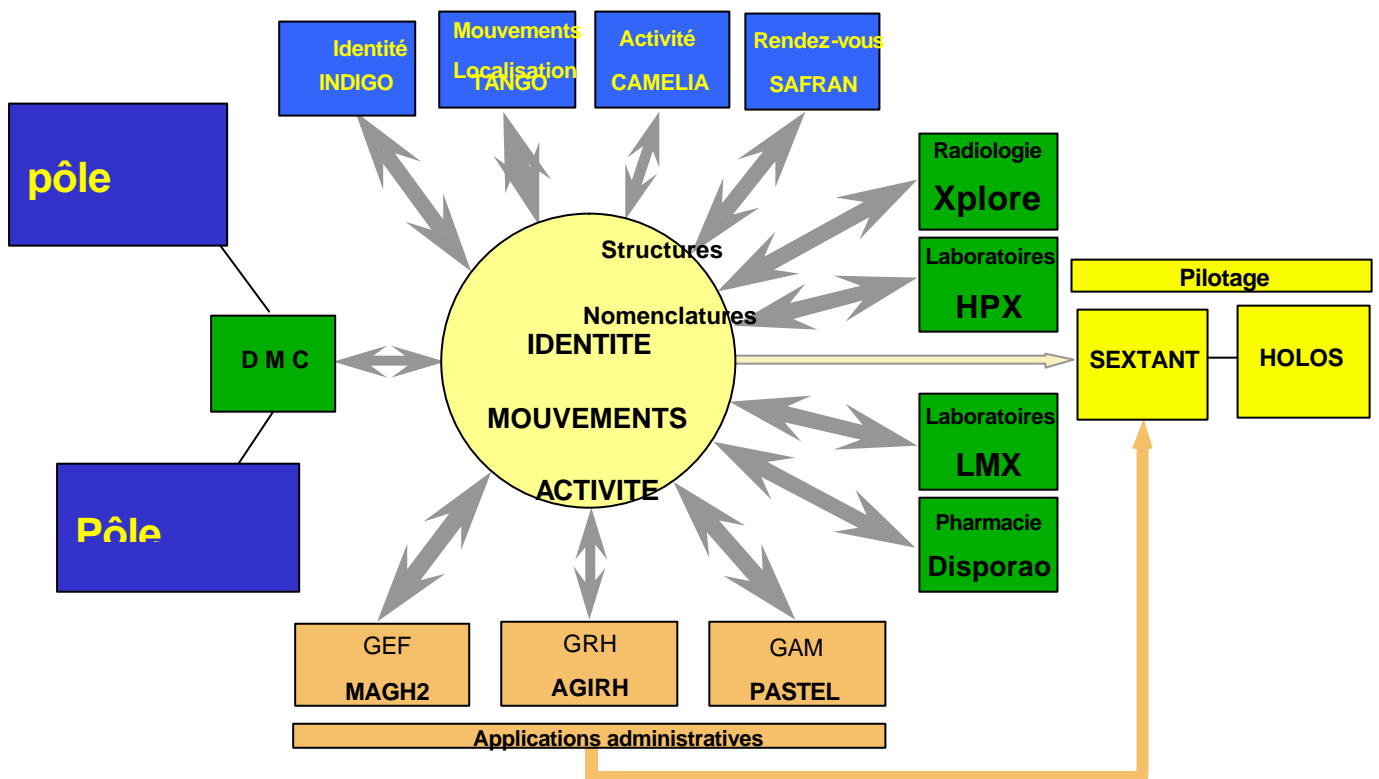
Il considère en effet que ce *"socle de communication, constitué par le dossier médical informatisé, contient des données communes comme la base d'identité des patients, qui permettra de repérer les processus de prise en charge et, naturellement, des données cliniques et médico-techniques"*. Nous l'avons vu, c'est bien autour de la mise en place de ce dossier patient informatisé que M.MOINARD, Directeur Général du C.H.U. de Toulouse, prévoit de refondre l'organisation du système d'information de son établissement.

Il préconise enfin *"de bâtir le système d'information application en dotant l'établissement*

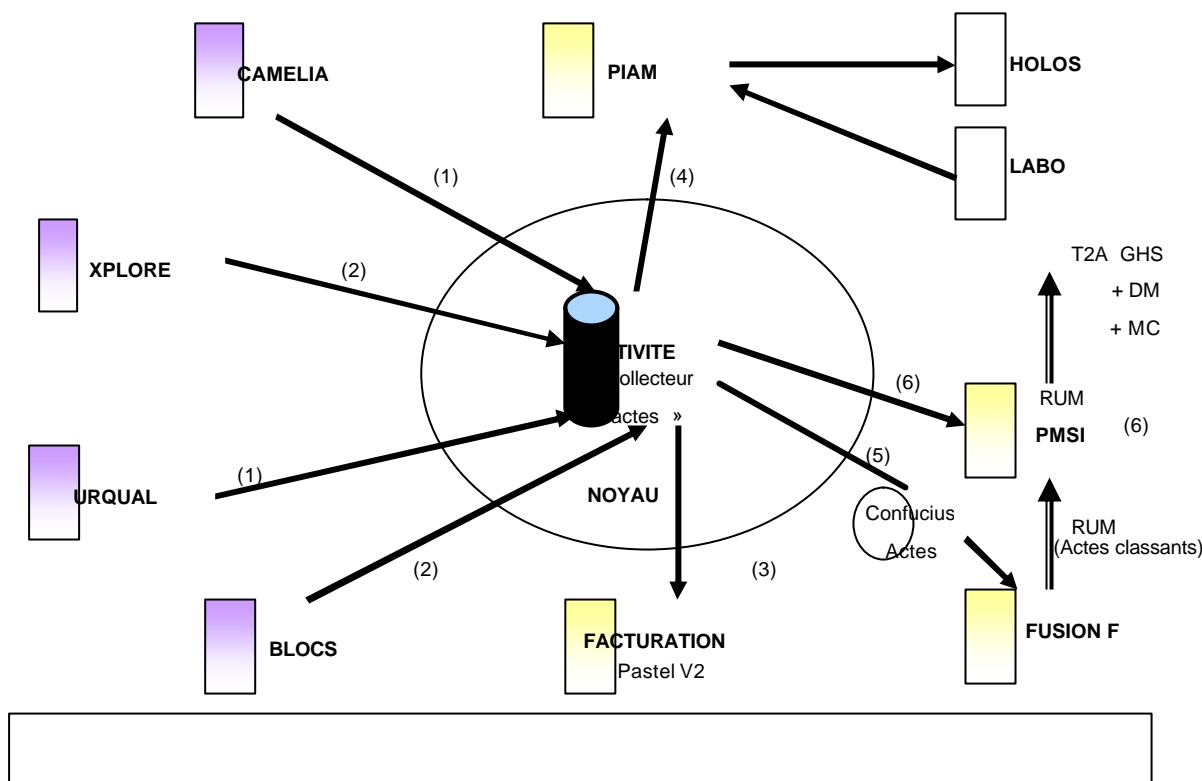
des meilleurs logiciels dans leur catégorie, ce qui impose de développer les modalités d'échange (interfaces) entre les différents produits".

Les deux représentations issues du Schéma Directeur Informatique du C.H.U. reproduites ci-dessous illustrent l'ampleur des changements informatiques à venir, la volonté de faire converger vers un noyau central différents logiciels. Des interfaces sont prévues tant dans le suivi et l'identification du parcours du patient que dans le recueil des actes et l'exhaustivité de leur codage.

Traçabilité du Circuit patient



RECUEIL DES ACTES : Architecture cible



La mise en place de la C.C.A.M. au C.H.U. de Toulouse a imposé, comme dans la plupart des établissements hospitaliers, une saisie décentralisée, par les médecins, qui a vocation d'être plus exhaustive car au plus près du lieu de production.

Les virtualités d'un tel système d'information de réflexion, vers lequel le C.H.U. de Toulouse va progressivement tendre, au regard de la contractualisation interne sont nombreuses. La mise en œuvre d'un tel système doit permettre de garantir d'un côté l'autonomie des pôles tout en assurant de l'autre la cohérence de l'institution.

Les pôles disposeront en effet de tableaux de bord bien renseignés, aux données semblables car issues de logiciels identiques. Il n'y aura pas par conséquent de distorsions de l'information selon les pôles concernés. Ces tableaux de bord, outil de pilotage du pôle et de suivi de ses C.P.I. répondront à un canevas commun. L'écueil du brouillage de l'institution par la diffusion de support d'analyses et de grilles de lecture différents sera donc évité.

Enfin, si ces tableaux de bord intègrent, comme cela est souhaitable pour être les corollaires efficaces des C.P.I. des données de qualité, les pôles auront tous les outils en mains pour corriger leurs processus internes, réduire le coût de leurs prestations, et améliorer au final le service rendu à l'utilisateur.

Ainsi, pour résumer, les conditions idéales de cette contractualisation pour qu'elle atteigne son objectif, c'est-à-dire, la satisfaction de l'utilisateur par la production d'un soin au meilleur coût, sont:

- Des Contrats de Prestations Internes intégrant des engagements qualité/ processus/ travail sur l'organisation et répondant à un canevas commun
- Des tableaux de bord prospectifs et équilibrés identiques, quel que soit le pôle qu'il concerne, non limités à une approche coût-case mix et permettant un suivi autant qu'un respect de ces C.P.I.
- La mise à disposition régulière de ces données, sinon mensuelle du moins trimestrielle, pour permettre au pôle d'élaborer une stratégie
- La réalisation de ces deux dernières conditions passe par un système d'information efficient et réactif.

CONCLUSION

Conclure sur un thème qui n'est pas terminé et sur un changement qui est encore à l'œuvre est loin d'être évident. Néanmoins, si un bilan devait être dressé en la matière, il comporterait divers constats. Tout d'abord, en tant qu'observateur extérieur, on ne peut qu'être étonné par les mutations qu'a connues le CHU de Toulouse en peu de temps sous l'impulsion de son Directeur Général.

Les transitions qui ont été opérées sont culturellement et structurellement fortes. Ces évolutions sont d'autant plus surprenantes et méritoires qu'elles ont eu lieu dans une phase expérimentale, et n'ont pas attendu la contrainte législative et réglementaire pour se mettre en place, et elles se produisent dans une structure très vaste. Le CHU de Toulouse a quitté, malgré quelques rémanences, l'organisation en sites et s'est réorganisé entièrement en 26 pôles d'activité. Des instances et des hommes en assurent l'existence. La nouvelle gouvernance vit au CHU de Toulouse.

Le chantier de taille à mener et permettant le passage complet du stratégique à l'opérationnel est celui des Contrats de Prestations Internes. Ce thème d'envergure a fortement progressé durant mon stage long malgré quelques moments d'achoppement ou de lenteur dans sa mise en place. Ces résistances sont somme toutes logiques quand l'on connaît les implications que recouvrent ces évolutions.

Le cumul de la Nouvelle Gouvernance et de la T2A ont modifié le centre de gravité de la vie hospitalière. Les producteurs de soins, ne se contentent plus de s'occuper de

pathologies mais sont aussi créateurs des richesses. Les ex directions fonctionnelles omnipotentes deviennent dans ce nouvel agencement des "prestataires" de services. Ils facturent des prestations qui sont autant de droits de consommations des pôles cliniques à leur endroit. Le pouvoir traditionnellement exercé sur le mode vertical, de l'imperium, dans le cadre d'un budget statique et reconductible, est désormais éclaté entre divers décideurs dans un budget dynamique fonction de l'activité. A cette structuration verticale des rapports se substitue un exercice horizontal du pouvoir. L'usage contractuel dans l'hôpital est lui-même modifié. Il est désormais possible de parler pour les contrats de prestations internes, de contrats synallagmatiques et non plus de simples contrats d'adhésion. De nombreux C.P.I. vont être conclus entre les pôles clients et prestataires.

Les risques qui apparaissent dans ce contexte sont par conséquent un éclatement de la structure dans une dilution de l'exercice du pouvoir. L'enjeu véritable de la contractualisation interne au CHU de Toulouse est donc de préserver une cohérence de l'institution malgré cette autonomie contractuelle du pôle. Cette cohérence passe par l'édiction et le respect de règles du jeu et d'une véritable régulation. Néanmoins, elle peut aussi s'opérer via ces mêmes contrats de prestations internes. Ils portent en eux l'enjeu de l'unité de l'institution. La solution pour résoudre la problématique et éviter l'éclatement de l'institution est donc de mettre en place des CPI type et des outils de suivi de consommation communs.

En effet, les CPI doivent répondre à une structuration parallèle, il faut que les pôles dans leurs relations contractuelles parlent un langage identique, le langage de l'institution. En outre, il est important que les outils (tableaux de bord mis à disposition des pôles clients) soient communs. Si les outils définis au CHU de Toulouse semblent s'orienter vers ce parallélisme des formes et être identiques, une réserve peut être apportée à leur contenu.

En effet, ces outils ont une orientation financière. Ils sont, à notre avis, insuffisants pour permettre aux responsables de pôle d'élaborer leur stratégie et de réduire les coûts par un travail sur leurs processus et leurs organisation. Le management du pôle est laissé trop en désuétude par une seule approche coût-case mix et il est possible que les pôles réclament à terme d'autres données. Les indicateurs tels que ceux qui se pratiquent au CH de Blois, avec une production qui nécessiterait d'être plus régulière, seront alors les outils idoines pour permettre aux pôles d'élaborer leurs stratégies, réduire leurs coût dans un objectif unique et commun: la satisfaction du patient.

Cette évolution apparaîtra à l'usage, et sera réalisable lorsque le système d'information du CHU de Toulouse aura été entièrement adapté à la mise en place de cette

contractualisation interne cohérente et efficiente. A ces seules conditions pourra être mise en œuvre la contractualisation interne efficiente conciliant autonomie contractuelle des pôles avec la cohérence et la lisibilité de l'institution.

Bibliographie

OUVRAGES :

EXPERT Patrick, « *La Tarification a l'Activité, Médecine et Gestion : une dynamique nouvelle* », éditions Berger-Levrault, novembre 2004.

SEGADE Jean-Paul, « *La contractualisation à l'hôpital* », éditions Masson, août 2000.

ARTICLES :

- Synthèse d'AYMARA pour le compte de la M.E.A.H., une première étape des expérimentations en matière de nouvelle gouvernance présentée au comité national de suivi du 21 Juin 2004.
- Suivi du chantier national de la «nouvelle gouvernance hospitalière », M.E.A.H. , colloque du 8 Septembre 2004.

Liste des annexes

ANNEXE 1: Liste des participants et calendrier de la mise en place des tableaux de bord dans le cadre du séminaire de la M.E.A.H. animé par M.GUIDONI.

ANNEXE 2: Extrait d'un tableau de bord équilibré et prospectif tel qu'ils sont utilisés au Centre Hospitalier de Blois.

ANNEXE 3: Un exemple d'axe d'amélioration dégagés, par secteur d'activité, suite aux réunions d'analyse au Centre Hospitalier de Blois.

ANNEXE 4: Travail à l'attention du Directeur du Centre de Gestion des Blocs Opératoires sur les possibilités de mettre en place dans son « pôle » la contractualisation interne (forces, faiblesses, marges de manœuvre...).

ANNEXE 5: Note à l'attention du Directeur Général élaborée lors du stage à la D.L.H. accompagnée du tableau de recensement des UO logistiques et hôtelières.

ANNEXE 6: Un compte de résultats par pôle tel qu'il serait mis à disposition des pôles clients si les orientations proposées suite au séminaire M.E.A.H. venaient à être entérinées par les acteurs concernés.

ANNEXE 1

INFORMATION

Coordonnateurs médicaux de pôle

Coordonnateurs médicaux adjoints

Directeurs délégués aux pôles

Mise en place de tableaux de bord de suivi par et pour les pôles

L' « Ordonnance du 2 Mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé » assigne au CA le rôle nouveau d'arrêter la politique d'**évaluation** et de **contrôle** de l'établissement (article 1).

La question de l'**aide à la gestion** (contrôle + évaluation) est aujourd'hui centrale au CHU si l'on veut faire aboutir la politique engagée avec la mise en place des pôles et le pilotage médico-administratif.

A plusieurs reprises au cours des derniers mois, les coordonnateurs médicaux de pôle ont exprimé le souhait d'avoir un outil de suivi du pôle simple, réactif, régulier et pertinent. S'ils sont satisfaits du principe de l'organisation en pôle, ils sont par contre en attente des marges de manœuvre et de la transparence annoncée.

De même, les directeurs délégués aux pôles ont souhaité un renforcement du contrôle de gestion envisagé non pas comme une sanction mais comme une aide à la gestion et à la prise de décision.

Malgré la volonté affichée, le CHU peine à avancer sur ce terrain, témoin la difficulté à mettre en place les contrats internes et les outils de pilotage qui vont avec.

La formalisation de ces missions dans l'ordonnance du 2 mai constitue l'**opportunité** de faire un saut qualitatif dans la mise en place du fonctionnement des pôles tel que voulu par le CHU et confirmé par les textes.

Dans ce contexte, le CHU a posé (janvier 05) sa candidature pour obtenir le concours de la Mission d'appui ministérielle (MEAH). Le cabinet INEUM a été retenu par le ministère pour collaborer avec le CHU et M.Didier Guidoni, consultant INEUM, organise depuis le mois de

Mai, un travail avec l' équipe interne⁹ constituée à cet effet après avis du directeur général et du président de la CME.

L'objectif est de mettre en place un outil (tableau de bord) de gestion et de suivi des pôles pour janvier 2006, les deux derniers mois de l'année 2005 constituant la phase de test.

Le tableau ci-joint résume les différentes étapes réalisées à ce jour, et les personnes impliquées.

Avant généralisation, les tableaux de bord cible seront présentés (début novembre) à l'ensemble des coordonnateurs médicaux et directeurs délégués aux pôles pour une ultime validation.

⁹ Le groupe initial est composé de : Pr. Y. Lazorthes, Dr. J. Moreau, Mme L. Atribat, Pr. Salvayre, J. Delmas, Dr Molinier, Dr. M.C.Turnin, E.Abbal, J.L.Petit, Mme M. Dorignac-Pradère, D.Durou (responsable du groupe).

**« Usage de la comptabilité analytique hospitalière / Elaboration tableau de bord de pôle »
Récapitulatif - Echéances.**

Date (05)	nature	participants
31 janvier	Candidature CHU (D.Moinard) au chantier « usage de la compta ana dans les hôpitaux ».	
10 mars	Courrier MEAH =>CHU retenu : mise en place groupe de travail CHU	E. Abbal. J.L. Petit. M.Dorignac-Pradère. Pr. F.Lazorthes. L.Abribat. Pr. Salvayre. J.Delmas. D.Durou (responsable du groupe).
17 mars	cabinet INEUM retenu par la MEAH.	
6 avril	► 1er Comité Technique National (MEAH) sur usage compta ana : le CHU rejoint un échantillon de 4 établissements : StDié, Colmar, Courbevoie et Toulouse.	L.Abribat. M. Pradère- Dorignac. J.Delmas. D.Durou.
2 et 3 mai	21 entretiens réalisés sur site par les consultants INEUM (Guidoni, Perrot)	M. Coassin. M. Agosti. J.M. Iché. Pr. F.Boutault. E.Abbal. Dr F.Fries. J.Vidal. D. Moinard. Dr. L.Molinier. J.Delmas. Pr. J.P. Vinel. Dr. J.Moreau. Pr. M. Abbal. P. Lecomte. Pr. R.Salvayre. E.Mouchotte. L.Abribat. J.Sansoulet. J.L.Petit. Pr F.Lazorthes. D.Durou.
26 mai	<u>Séminaire 1.</u> (HD) : principes généraux: nature des informations qui doit être délivrée aux pôles- périodicité- contenu des budgets de pôle- marge de manœuvre	D.Moinard. J.M.Iché. Dr Fries. Pr.Guitard. Pr.Lazorthes. Pr. Salvayre. E.Abbal. M.Coassin. Th.Cousseau - Boudoncle. J.Delmas. H.Ferrand. C.Morelle. J.L.Petit. J.Vidal. F.Perrot. D.Guidoni. D.Durou.
8 juin	► 2 ^{ème} CTN (MEAH)	Abribat. Pradère -Dorignac. Delmas. Durou.
22 juin	<u>Séminaire 2.</u> Compte de résultats	D.Moinard (introduc ^o). J.M.Ichè. E.Abbal.

	par pôle : dépenses.	J.L.Petit. E.Mouchotte. Dr.Molinier. Dr.Turnin. D.Guidoni. D.Durou.
12 juillet	<u>Séminaire 3:</u> Compte de résultats par pôle : recettes.	Dr Molinier. Dr Turnin. Dr Moreau. M. Pradère -Dorignac. J.L.Petit. E.Mouchotte. A.Decq. D.Guidoni. D.Durou.
16 septembre	<u>Séminaire 4:</u> Budget de pôle : Construction, règles.	D.Moinard. J.M.Iché. E. Abbal. O.Rastouil. N.Bouvet. Th.Cousseau - Bourdoncle. Y.Morvezen. L.Abribat. J.Delmas.H.Ferrand. S.Massip.A.Decq. J.L.Petit. M. Pradère- Dorignac. E.Mouchotte. Dr.Molinier. Dr. Turnin. Dr.Moreau. Pr. F.Lazorthes.
5 octobre	Examen et validation du tableau de bord cible	D.G. D.G.A. Président et Vice président CME . Pr.Guitard. Pr.Lagarrigue. Pr.Boutault. Pr. Lazorthe (Dr Moreau). Pr Salvayre. E.Abbal. P.Lecomte. D.Michez. J.L.Petit. D. Guidoni. D.Durou.
5 octobre	Examen du tableau de bord cible	Assistants de gestion
12 octobre	► 3 ^{ème} CTN (MEAH)	
Novembre	<u>Séminaire 5:</u> Validation tableau de bord cible	Coordonnateurs médicaux (et adjoints) de pôle, directeurs délégués aux pôles.
Nov-Déc.	Mise en test	

ANNEXE 2

Tableau de bord équilibré présenté par secteur d'activité (pôle) puis décliné par service, unité...	Premier semestre ou année complète			Commentaires
Axe ressources				
1° ressources humaines:	résultats	cibles	an passé	Les résultats d'un pôle ou d'un service sont très étroitement liés à la motivation et à la compétence .
% Entretiens individuels d'évaluation	100%	100%	100%	Tirage au sort dossiers agents. Repérage présence fiche d'entretien individuel. Source: dossiers. Resp: dir des soins.
% Objectifs négociés et évaluables fixés	60%	100%	55%	Sur ces fiches, repérage objectifs pour année à venir. Source: dossiers agents. Resp: dir des soins.
% Degré d'atteinte des objectifs fixés		100%		Sur ces fiches, trace écrite degré d'atteinte des objectifs fixés l'an passé.
% Absentéisme court	8%	6%	9%	Indicateur COMPAQH. Source : DRH
% Turn over du personnel (instabilité)	5%	sans	4%	Indicateur COMPAQH. Source : DRH
Formation du personnel non médical	7%	10%	8%	Nb d'heures de formation rapportées aux heures travaillées. Source: DRH, formation continue.
2° ressources matérielles:				Les résultats d'un pôle ou d'un service sont très étroitement liés à la disponibilité des ressources
Délai de production du tableau de bord équilibré (en jours)	129	30		Délai écoulé entre fin période analysée et fin préparation tableau de bord. Resp indic: service informatique.
Facilité d'accès à l'information: Tps accès dossier médical informatisé commun (sec)		0		Durée en secondes mesurée en journée par service informatique (sondage mêmes jours et heures) Resp indic: svce informatique. Source: relevé des arrêts (cumul)
Indisponibilité dossier médical informatisé (heures)	0,55	0	0,72	Resp indic: svce informatique. Source: relevé tps moyen accès 5 sites pros. Mêmes jours et heures (sondage).
Tps accès internet (en sec.)	8	5	12	Resp indic: svce informatique. Source: relevé tps moyen accès 5 sites pros. Mêmes jours et heures (sondage).
% pannes du système informatique	1%	1%	2%	Resp indic: svce informatique. Source: durée des pannes rapportée au nb heures d'ouverture du centre hospitalier.
Panne des équipements médicaux (cet indicateur peut être détaillé par équipt)	12%	10%	15%	Source: GMAO. Resp: bio médical. Tps de panne équipts de ce secteur d'activité rapporté tps potentiel
Axe organisation	résultats	cibles	an passé	Les résultats d'un pôle ou d'un service sont très étroitement liés à la maîtrise des processus .
Taux d'occupation des lits et places	92%	90,00%	95%	Source: analyse de gestion.
Durée Moyenne des Séjours Ecart moyen durée comparée base nat (par séjour).	4,89 0,3	sans 0	5,11 0,5	Source: analyse de gestion. Resp: DIM et svce informatique.
Séjours extrêmes Bas (en % par rapport tot séj)	0%	sans		Resp: DIM et svce informatique.
Séjours extrêmes Haut (en %	2%	sans		Resp: DIM et svce informatique.

par rapport tot séj)				
% patients au stade des soins palliatifs	0,18%	sans		resp: DIM. Présence d'un diag "soins palliatifs" dans RUM
Ecart moyen âge patients / base nationale		sans		resp: DIM et svce informatique.
Délai moyen sollicitation service social (en jours) (indic déclinable avec délai moyen sortie et pertinence des demandes).	8	0		Jours écoulés entre entrée patient et demande intervention du service social. Resp indic: service social
Notion de durée de séjour cible: présence d'une date possible de sortie renseignée par médecin svce d'hopi.		70,00%		Source: dossier médical informatisé. Resp: DIM et svce informatique. Programme MEAH "gestion des lits"
Comparaison date réelle de sortie par rapport à date prévisionnelle (en jours)		0,00%		Source: dossier médical informatisé. Resp: svce informatique. Montre la qualité des prévisions et pbs sortie.
Aval: modes de sortie à détailler (retour à domicile, mutation, transfert, SSR, EHPAD, décès)				resp indic: service informatique. Source: dossier médical informatisé.
% Séjours relevant autre service traitant	4%	0,00%	6%	Resp: svce informatique. Source: gestion informatisée des lits. Svces traitants inadéquats rapportés tot séjours.
% Séjours relevant du secteur d'activité et réalisés dans service hôte inadéquat	1%	0,00%	1%	Resp: svce informatique. Source: gestion informatisée des lits. Séjours relevant svce traitant rapportés tot séj.
Nombre de séjours multi unités	7%	sans	8%	
Pourcentage par rapport au total des séjours				
Aux urgences: délai moyen entre heures de conclusion des patients et arrivée dans service d'hopi (en min)		30 min.		Source: gestion informatisée des lits et logiciel des urgences. Resp indic: svce informatique.
Entrées programmées / total (en %)	23%	sans	19%	Le mélange des activités programmées et non progr.dans unité de lieu (service ou unité) nuit à la prise en charge des patients et à la régulation des flux d'activité.
Entrées via les urgences (en %/ total entrées)	46%	sans	53%	
Entrées directes (en %/ total des entrées)		sans		
Ecart type des entrées en semaine. Cet indicateur peut être décliné par type d'admission (entrée directe, programmé, urgences et ensemble).				Resp: service informatique. Source: dossier patient informatisé: écart du lundi au vendredi journée plus forte en entrées par rapport journée la plus faible.
Délai moyen écoulé entre demande prestation et réalisat° (à décliner: irm, scan, endoscopie...)				Source: logiciel de prescription informatisé. Resp: svce informatique.
% Séjours Itératifs (réhospitalisations)	4%	sans	5%	Resp: DIM et svce informatique. Source: dossier médical informatisé. Réhospitalisations même service dans 12 mois
% Séjours Itératifs via urgences	0%	sans		Resp: DIM et svce informatique. Source: dossier médical informatisé. Réhospitalisations via urgences.

Processus déclaration acti : exhaustivité séjours à 30 j. (cet indicateur peut être enrichi par le DIM qui peut indiquer ici les résultats du contrôle qualité des RUM)		100%		% rss réalisés 30 jours après sortie. Resp indic: DIM.
Processus d'innovation				Texte libre. Recueil des innovations conduites avec succès. Intérêt: valorisation des conduites de changement. Indicateur complété en séance lors de l'analyse du tbleau.

Production:

Nombre de séjours réalisés	7725	sans	7347	Resp: DIM et svce informatique. Source: dossier médical
Nombre de consultations externes	32938	sans	31759	Resp: svce informatique. Source: dossier médical informatisé.

Axe qualité-Usagers:

	résultats	cibles	an passé	L'écoute client et la mesure du service rendu ont une grande influence sur les résultats: attractivité (donc impact sur l'activité) et coûts de non qualité .
Coordination: délai moyen écoulé entre la sortie du patient et la validation de la fiche d'observation (en jours). Le délai brut est publié puis décliné avec la part des fiches validées dépassant le délai cible.	31	8		La fiche d'observation est présente dans le dossier médical informatisé. Elle doit être validée dès l'envoi de la lettre de sortie au médecin traitant. De plus, sa validation permet de la rendre accessible aux autres praticiens de l'établissement (utile en cas de réhospitalisation). Resp recueil: svce informatique.
Qualité du Dossier Patient (COMPAQH)				Resp indic: responsable qualité. Commente oralement les résultats de l'évaluation réalisée dans le cadre de la démarche nationale COMPAQH (dossiers perdus, tenue dossier; traçabilité douleur...)
Qualité du Dossier Patient		100		En projet. Resp indic: direction des soins et DIM. Sera publié sous la forme d'un indice de conformité par rapport aux éléments de la grille d'évaluation.
% Retour du questionnaires de sortie	3,70%	10%	3,10%	Resp. indic: resp. qualité.
Résultat des enquêtes clientèle				Resp indic: responsable qualité. Commente oralement les résultats de l'évaluation réalisée dans le cadre de la démarche nationale COMPAQH (enquête téléphonique réalisée auprès de 120 patients). Mise en avant points forts et points à améliorer. Objectif 2005: résultats de la méthode "maison de la qualité" développée en relation avec la HAS.
Offre de soins: - éventail des cas traités (ou case mix)	350	sans		Resp indic: DIM et svce informatique. Il s'agit du nombre de ghm différents déclarés au cours de la période analysée. L'éventail, qui traduit l'offre de soins, doit être large.
- nombre de GHM différents pour 80% activité	61	sans		Resp indic: DIM et svce informatique.
- nombre de GHM différents pour 50% activité	19	sans		Resp indic: DIM et svce informatique.

%de Patients décédés	0,81%	sans		Resp indic: DIM et svce informatique.
Organisation d'un comité mortalité-morbidité				réponse binaire: oui ou non. Si oui, principales conclusions communiquées lors de l'analyse du tableau de bord.
Evaluation des pratiques professionnelles cliniques				Lors de l'analyse, les responsables rendent compte des thèmes et des évaluations en cours.
Non conformités	64	sans	27	Resp indic: responsable qualité. Commente oralement les déclarations relatives aux évènements indésirables: nombre, thèmes dominants. Lorsque la fréquence et la gravité sont élevés, des actions d'amélioration doivent être dégagées lors de l'analyse. Objectif 2005: résultats de la méthode "maison de la qualité" développée en relation avec la HAS.
Nombre de réclamations	10	sans		Resp indic: directeur adjoint chargé de la clientèle. Commente les thèmes des réclamations au cours de l'analyse du tableau.

Axe financier	résultats	cibles	an passé	Ce dernier axe du tableau de bord n'est que la traduction des trois axes qui précèdent.
Première partie: les recettes				
1°/ les recettes liées à la tarification à l'activité:				
a/ Séjours (application des GHS de la T2A)	18 529 076 €	Selon EPRD et contrat de pôle		Resp indic: DIM et svce informatique. Application des règles de la T2A: pour les séjours mono unités: tarif national (100%) modulé des extrêmes hauts et bas.
soit un séjour moyen facturé de	2 399 €			Pour réa ,usic, surv continue et néo nat, application des suppléments. Pour les multi unités, le tarif est ventilé au prorata de la durée de séjour dans chaque unité. Pour des séjours multi unités se déroulant entre la médecine ou l'obstétrique, d'une part et la chirurgie, d'autre part, le résultat précédent est péréqué pour tenir compte du fait qu'un séjour en chir coûte en moyenne 1,5 fois plus qu'un séjour en relation avec les deux autres disciplines citées.
Détails: séjours extrêmes haut	403 934 €			
séjours extrêmes bas	0 €			
suppléments (réa, surv continue, soins intensifs ou néo nat)	0 €			
b/ dispositifs médicaux implantables (prothèses)		Selon EPRD et contrat de pôle		Resp indic: pharmacie
remboursées en sus	0 €			
c/ molécules coûteuses remboursées en sus	0 €	Selon EPRD et contrat de pôle		Resp indic: pharmacie
d/ consultations externes	611 298			Resp indic: service informatique.

	€		
e/ urgences (si le service réalise cette activité) détails: forfait annuel urgences (FAU° accueil et traitement des urgences (ATU)	0 € 0 € 0 €		Resp indic: service informatique.
Sous total 1 (a+b+c+d+e)			
2°/ consultations internes déclarées: liste des prestations et recettes liées à ces consultations.	1 918 903 €		Resp indic: service informatique. Source: dossier médical. Il s'agit des consultations internes réalisées au sein de l'établissement par des professionnels du service ou du pôle pour le compte d'autres services et généralement pour le compte de patients hospitalisés (avis ou examens demandés)
TOTAL DES RECETTES	21 059 277 €		
Deuxième partie: les dépenses			
1°/ les dépenses directes: groupe 1: personnel			Responsable recueil: service informatique.
groupe 2: fournitures médicales			Pour le personnel, travailler au niveau des imputations secondaires et en coûts réels. Source: logiciel DRH
groupe 3: fournitures hôtelières			Source: logiciel GEF
groupe 4: amortissements			Source: logiciel GEF
TOTAL DEPENSES DIRECTES	11 457 427 €		Source: direction des affaires financières. Veiller à proratiser.
2°/ les dépenses semi directes:			Responsable recueil: service informatique.
			Principes: le coût des prestataires est ventilé à l'euro près aux clients internes (budgets "H" et annexes). Ce coût comprend les dépenses directes de ces prestataires mais, également, leurs propres dépenses indirectes (c'est à dire semi directes+ charges communes). Si le prestataire réalise une activité externe, les recettes de cette activité viennent en déduction du coût facturé aux clients internes. Les dépenses des clients internes deviennent des recettes pour les prestataires. Pour éviter la déresponsabilisation de ces derniers, leurs recettes sont aussi évaluées sur la base du tarif national de l'unité d'œuvre (ex: B du labo...)
bloc opératoire			logiciels gef et gestion du bloc. Unité d'œuvre: temps présence patients. A noter, pour le pôle chirurgie qui intègre aussi ce prestataire, cette dépense est équilibrée par une recette (cf 2° ci dessus: déclarations internes déclarées.
anesthésie			logiciels gef et dossier patient. Unité d'œuvre: actes CCAM et NGAP déclarés. A noter, pour le pôle chirurgie qui intègre aussi ce prestataire, cette dépense est équilibrée par une

				recette (cf 2° ci dessus: déclarations internes déclarées.
imagerie				logiciels de gef et du service d'imagerie. Unité d'œuvre: actes réalisés.
laboratoires				logiciels de gef et des labos. Unité d'œuvre: actes réalisés.
urgences				logiciels de gef et dossier patient (module gestion de l'UAU). Unité d'œuvre: consultations internes réalisées à l'UAU avant hospi des patients. Utilisation CCAM et NGAP.
kinésithérapie				logiciels de gef et récupération du temps consacré par les kinés à chaque unité du centre hospitalier.
restauration				logiciels de gef et de gestion des repas. Uo: nb repas.
blanchisserie				logiciels de gef et récupération du poids de linge produit pour chaque unité du centre hospitalier. Veiller à rajouter les coûts de l'énergie évalués par le responsable de la blanchisserie.
TOTAL DES DEPENSES SEMI DIRECTES				
3°/ consultations internes:				
Liste des prestations demandées et valorisation				Il s'agit des actes et des examens demandés par le service ou par le pôle. A noter: au sein d'un pôle, les prestations réalisées par des services compris dans ce pôle sont valorisées. Une recette d'un montant équivalent vient compenser cette dépense. Cette recette apparaît alors au 2° ci dessus: "consultations internes déclarées"
TOTAL DES CONSULTATIONS INTERNES				
4°/ charges communes:				
Montant				Il s'agit des dépenses du budget "H" qui ne peuvent être ventilées du fait de l'absence d'unités d'œuvre satisfaisantes. Ces dépenses sont ventilées entre les unités du budget "H": MCO, prestataires internes facturant leurs prestations sans oublier les SSR et la psychiatrie. Attention: avant répartition des charges communes, il faut retirer la participation des budgets annexes à ces charges. Les charges communes sont ventilées au prorata du montant des dépenses directes de chaque unité. Exemples de charges communes: bâtiments (amortissements et frais financiers; chauffage; eau; électricité) les gaz médicaux; la crèche, l'administration, les magasins, l'informatique, le DIM, les archives médicales, le personnel hors activité, les garages, le service intérieur, les ateliers, la médecine préventive, le brancardage, le service social, les vagemestres, les jardiniers, l'équipe d'hygiène, l'addictologie, l'équipe mobile de soins palliatifs, l'équipe centrale de bio nettoyage...

TOTAL DES CHARGES COMMUNES				
TOTAL DES DEPENSES (1°+2°+3°+4°)				
Dernière partie: le résultat financier				L'origine du résultat financier est à rechercher dans les trois axes qui précèdent (ressources, organisation et qualité).
Recettes minorées des dépenses.				Lors de l'analyse, le résultat constaté est ramené à la part financée par la T2A (ex 25% en 2005).
Ecart en pourcentage (recettes-dépenses/recettes)				Un écart de plus ou moins 5% peut être considéré comme une situation d'équilibre (c'est la marge d'incertitude).

ANNEXE 3 :

TABLEAUX DE BORD EQUILIBRES :

SYNTHESE DE L'ANALYSE DES RESULTATS POUR L'ANNEE 2004

RAPPEL :

Les tableaux de bord équilibrés sont exploités dans le cadre de la contractualisation interne qui est mise en œuvre depuis plusieurs années au centre hospitalier de Blois.

Cette analyse associe les médecins et les cadres de plusieurs services ; le directeur et des représentants de la direction, le DIM, le responsable informatique, le responsable qualité et le responsable du service social.

Pour l'analyse, les services sont regroupés par secteur d'activité :

- maternité et pédiatrie
- chirurgie, bloc opératoire et anesthésie
- gastro-entérologie, pneumologie et oncologie
- médecine interne et cardiologie
- réanimation, samu-smur et service d'accueil des urgences
- laboratoires
- imagerie

Avant d'aborder les résultats par secteur d'activité, voici les éléments généraux :

- **Résultats généraux :**

La mise en œuvre de la tarification à l'activité donne un regain d'intérêt aux tableaux de bord. En effet, la maîtrise de l'activité conditionne les résultats des différents secteurs.

Par conséquent, la participation à cette analyse a été particulièrement soutenue et (ré)active.

⇒ Les échanges ont permis de dégager **des pistes d'amélioration du tableau de bord**. Celles-ci seront mises en œuvre dès la prochaine version qui concernera les résultats du premier semestre 2005.

⇒ La direction doit **raccourcir les délais de production des tableaux de bord**.

⇒ **Dans la plupart des services d'hospitalisation, les délais de validation des fiches d'observation sont trop longs. Or cette validation contribue à la prise en charge coordonnée des patients car, lorsqu'elle intervient, elle permet de la verser dans le dossier médical informatisé commun de l'établissement.**

⇒ Les fiches d'évaluation du personnel (**qui sont utilisées pour mesurer la compétence**) doivent être adaptées dans leur forme afin de faire une place plus grande aux objectifs professionnels et à la mesure de leur atteinte.

⇒ Maîtrise du temps d'analyse **des tableaux de bord : celui-ci excède rarement une heure et demi pour l'ensemble d'un secteur d'activité**

⇒ La règle d'affectation d'un patient **relevant de médecine au service traitant de médecine qui l'héberge mérite d'être rediscutée.**

⇒ L'organisation des sorties **des patients est un problème général**

- **Points particuliers à chaque secteur :**

Médecine interne et polyvalente et cardiologie :

- Durées de séjour élevées en médecine interne et polyvalente

- Difficultés de sortie des patients

⇒ Sur le plan institutionnel la direction doit informer les patients et leur famille que l'organisation des sorties en temps et en heure conditionne l'efficacité de l'établissement. En particulier, ces dispositions et la responsabilité des familles seront rappelées dans la prochaine version du livret d'accueil.

⇒ Associer le service social plus en amont de la sortie.

⇒ Tirer profit de l'ouverture prochaine de l'HAD. Les responsables de ce secteur d'activité doivent être partie prenante.

⇒ Relancer l'idée de places de SSIAD gérées directement par l'établissement.

⇒ Revoir l'organisation et le fonctionnement de la COG (commission d'orientation gériatrique)

- En médecine interne et polyvalente, on constate une augmentation des séjours "hôte non traitant" (patients relevant de médecine et hospitalisés en chirurgie).

⇒ Structurer les activités programmées en dégagant une unité commune dédiée aux hospitalisations de jour. Une réunion sur ce thème est organisée par les médecins le 6 juin prochain. La réussite de ce projet est très importante pour le centre hospitalier de Blois.

Pneumologie, oncologie et gastro-entérologie

Montée en puissance de l'unité d'hospitalisation de jour. La gastro-entérologie a recours, à son tour, à cette unité commune. Cet apport d'activité améliore l'organisation des flux et conforte les résultats de l'ensemble de ce secteur.

⇒ Repenser la dévolution et la destination des lits du service de gastro-entérologie.

⇒ Compenser le fléchissement d'activité dans l'unité d'oncologie traditionnelle.

Chirurgie, anesthésie, bloc

Une activité en dent de scie qui pourrait être mieux coordonnée.

⇒ L'ouverture de l'unité commune de chirurgie de jour doit permettre de mieux réguler les activités et, par conséquent, de mieux utiliser les plages disponibles en salle d'opération. Cette ouverture apparaît comme une absolue nécessité.

⇒ A l'occasion de cette ouverture, repenser les capacités d'accueil des services traditionnels.

Maternité et pédiatrie

Maternité : sous déclaration d'activité

⇒ Dans le système informatique, créer une unité "urgences maternité" pour favoriser l'enregistrement des consultations (actuellement, dans l'attente de la décision médicale, des patients ne sont pas enregistrés).

⇒ Augmenter les points de saisie informatique dans le service.

⇒ Décentraliser l'accueil administratif à l'étage de la maternité.

Résultats de l'évaluation du dossier patient :

⇒ Améliorer la traçabilité de la douleur en obstétrique.

Durées de séjour : des maternités de la région ont réduit leurs durées à 3 jours. Cela semble trop bas.

Pédiatrie : sous utilisation de la programmation informatisée des séjours.

⇒ Utiliser l'outil informatique pour planifier les séjours programmés.

SAMU-SMUR, urgences et réanimation

La rencontre a permis de dégager des indicateurs propres à ce secteur d'activité.

Il faut savoir que le dispositif mis en place par la réforme du financement ne permet pas d'assurer l'équilibre financier de ce secteur d'activité qui apparaît fortement déficitaire.

Dans le détail :

- la réanimation devrait se rapprocher de l'équilibre en 2005, du fait de l'apparition du supplément journalier pour les journées de soins intensifs.

⇒ Confirmer le passage de 10 à 18 lits pour la réanimation si la demande existe. Ceci permettra alors de bénéficier d'économies d'échelle.

⇒ Réfléchir à l'organisation des séjours très longs et envisager une sortie temporaire en dehors du champ MCO

- aux urgences : les résultats sont influencés par les dysfonctionnements devenus réguliers : de nombreux patients sont maintenus dans cette unité ; y passent la nuit, etc... ce qui génère des surcoûts et, surtout, une qualité moindre pour les patients.

⇒ Se consacrer à l'étude nationale MEAH – gestion des lits dans laquelle le centre hospitalier de Blois est engagé. Il s'agit de comparer nos pratiques avec celles d'autres établissements participant à la même étude, dans le but de nous améliorer.

- SAMU-SMUR : attendre le calage des enveloppes financières pour évaluer l'origine des résultats propres à ce service.

Imagerie

Le résultat financier est déficitaire. Il trouve son origine dans la présence insuffisante de radiologues qui se traduit, régulièrement, par des interruptions dans le fonctionnement des salles.

⇒ Ramener l'effectif réel des radiologues à l'effectif théorique. Autrement dit, développer l'attractivité du service pour occuper les postes vacants.

⇒ Envisager que la radiologie soit associée à l'analyse des résultats d'un secteur d'activité plus large : laboratoires ? services d'hospitalisation ?

Laboratoires

Un temps important de la rencontre a été consacré aux indicateurs de qualité qui devront apparaître dans les futurs tableaux de bord

⇒ Améliorer le respect de l'organisation convenue avec les services :

- les renseignements cliniques attendus doivent être fournis avec les prélèvements
- pour le laboratoire de biologie, les bacs doivent arriver avant 9 heures
- éviter d'utiliser le téléphone pour obtenir les résultats et préférer le recours au serveur ou au papier

⇒ Envisager la prescription informatisée.

Patrick EXPERT

ANNEXE 4

LE 29/6/05 :

JEAN-GABRIEL LEVRIER

CONTRACTUALISATION DES BLOCS OPERATOIRES AVEC LES POLES CLINIQUES : PISTES DE REFLEXION

I/ CONSTAT CONCERNANT LE C.G.B.O. :

Un « pôle » difficile à impliquer dans une démarche commune: éclaté dans les pôles cliniques, multiples blocs et salles d'opération : 15 cadres de santé environ, des chirurgiens aux fortes personnalités, qui ne s'entendent pas toujours très bien entre eux, forte culture de site.

Dans ces conditions, il apparaît nécessaire d'abord de créer une dynamique de pôle pour ensuite contractualiser.

II/ Manifestations

Il n'y a pas de coordonnateurs médicaux de pôle, aucune élection n'a été possible. Il n'existe donc pas à proprement parler de « pôle », mais un « centre de gestion ». En outre, la dynamique de pôle n'existe pas ou peu. En effet, étant répartis dans les pôles cliniques, les chirurgiens ne se sentent pas liés au C.G.B.O. mais se sentent davantage intégrés aux pôles cliniques au sein desquels ils opèrent. Au CHU de Tours, par exemple, les blocs appartiennent aux pôles cliniques dans lesquels ils se situent, il n'existe pas de pôle dédié à l'activité chirurgicale.

III Les marges de manœuvre

Si elles semblent limitées pour les raisons invoquées ci-dessus, elles n'en demeurent pas moins fortes et réelles :

- ┌ En effet, il existe certains chirurgiens plus impliqués que d'autres dans la mise en œuvre d'une dynamique de pôle. Ainsi, les professeurs Laguarrigue et Bonneville peuvent être des alliés objectifs dans le développement de cette contractualisation, fût-ce à titre expérimental.

- ┌ En outre, la mise en place du logiciel OPERA est extrêmement facilitateur en la matière. En effet, celui-ci permet une utilisation optimale des salles. Un rapport de 2001 de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques) sur les établissements de santé montrent que les économies pouvant en découler sont importantes. Il apparaît que le nombre d'interventions annuelles par salle de chirurgie était en moyenne de 1307 dans les cliniques privées, de 910 dans le secteur privé sous dotation globale et seulement de 670 dans les centres hospitaliers publics. Le logiciel OPERA dans ce contexte apparaît comme offrant de vastes perspectives en matière d'optimisation dans l'utilisation des salles de blocs.

- ┌ Des réunions régulières ont lieu qui peuvent permettre de diffuser le message de la contractualisation.

- ┌ Les chirurgiens, avec la nouvelle gouvernance ont perdu un contrôle certain sur la maîtrise des D.M.I auxquels ils sont très attachés, car partie intégrante, et symbolisation de leur travail. Ils se sont ainsi vu dépossédés d'un de leur outil de travail précieux au profit du pôle Pharmacie, au sein de la C.A.M.P.S. Il est possible de créer une volonté commune dans la reconquête de cette maîtrise, dans la restauration de ce lien. Cette reconquête peut se faire par la contractualisation.

IV Proposition et méthode

Au regard de l'ampleur du chantier et de la hardiesse du défi, il semble nécessaire de procéder par étapes successives, d'où l'intérêt de la méthode par « alliés objectifs » et des « cercles concentriques ».

Différents moyens peuvent être utilisés dans cette mise en œuvre :

La charte de fonctionnement de bloc : elle permet de respecter les créneaux horaires et activités. Ainsi, une contractualisation permettrait au pôle clinique de s'engager à donner le patient aux blocs dans un délai et à un moment donné.

De même, le bloc s'engage à ne pas faire attendre le patient, à fluidifier son parcours par une gestion prévisionnelle de ses salles (via le logiciel OPERA), à réaliser l'acte dans des conditions d'efficience (cf. la sécurité des salles, le suivi des infections nosocomiales etc...).

L'avantage des chartes est qu'elles sont spécifiques à chacun des blocs : ainsi, dans leur rédaction, il serait bien d'associer certains représentants (PM et PNM) des pôles cliniques afin de les acculturer progressivement à cette future contractualisation. De même, le C.G.B.O. peut contractualiser avec le pôle Pharmacie (C.A.M.P.S.) pour la fourniture de leur D.M.I. Ils récupèrent de la sorte une certaine mainmise sur ce matériel inextricablement lié à la spécificité de leur activité. Les engagements sont à nouveau réciproques : la pharmacie s'engage à fournir des matériels et dispositifs médicaux en temps et en heure afin de veiller à ce qu'il n'y ait pas de rupture dans l'approvisionnement et donc d'activité. Le C.G.B.O. s'engage quant à lui à effectuer des économies sur ses consommations de produits, et à régler ses factures en temps voulu (en restant dans le cadre de son budget).

De même, la réunion des **Tableaux opérateurs** peut servir à la mise en œuvre de cette contractualisation. Ceux-ci font partie des conseils de bloc. Cette réunion hebdomadaire qui doit avoir lieu le Jeudi (car le Vendredi, il est déjà trop tard pour la programmation du week-end et de la semaine suivante), réunit le cadre de santé des unités de soins, les cadres de bloc, des anesthésistes, des chirurgiens. Le logiciel va amener beaucoup plus de précision et permettre une prévision plus fine de l'utilisation des salles. Le logiciel est ainsi en consultation dans les blocs par les services cliniques. *Les vacations et congés* du bloc doivent être prévus et renseignés sur OPERA en vue de permettre cette gestion anticipée de l'utilisation des salles.

La charte de bloc, intégrant ces paramètres et outils stratégiques dans l'acculturation des personnels devrait être consultable par les services cliniques (une telle mise à disposition est essayée dans le service de M.DAHAN).

Les tableaux de programmation sont affichés dans les services. Il est demandé aux médecins d'inscrire leur absence et de les noter. Pour faire vivre la charte, il faut utiliser le **Conseil de Bloc** (l'adapter en temps réel aux évolutions du service et de l'activité). Celui-ci est prévu par la circulaire du 19 Mai 2000. Il doit être réuni au moins une fois par mois sur

convocation de son président (qui est la cadre de bloc). Ce conseil établit chaque mois le planning d'occupation des salles d'opération via le tableau opératoire. Celui-ci est hebdomadaire.

Ainsi, il existe un ensemble de réunions du C.G.B.O. dont les périodicités de tenue peuvent être un moteur dans l'implémentation de la contractualisation. En effet, elles doivent être un moyen d'associer les pôles cliniques à leur fonctionnement.

Ainsi, on trouve

- La charte de fonctionnement du bloc
- Le Conseil de Bloc – Echéance mensuelle
- Le tableau de programmation – Echéance hebdomadaire

Le logiciel OPERA, à terme utilisé dans l'ensemble des services, vient, en temps continu permettre cette fluidité et « optimalité » dans l'**utilisation** des blocs.

L'outil métier unique disponible pour le recueil des prestations est le logiciel OPERA.

Tableau énonçant des pistes pour contractualiser les prestations de bloc aux pôles cliniques :

Différents paramètres doivent être intégrés :

- ? le temps d'utilisation des salles,
- ? le personnel réellement présent,
- ? la mise à disposition de locaux et d'équipements.

Sur cette base, des Contrat de Prestations Internes devront être conclus avec les pôles cliniques intégrant des données et indicateurs de qualité. Ainsi, le C.G.B.O. lorsqu'il contractualisera, pourra s'engager à permettre la libération de la salle à l'heure telle que prévue au tableau opératoire et annoncée au patient, à fournir une salle dans des conditions d'hygiène et de nettoyage optimales, à avoir le personnel disponible pour ces opérations...

Le pôle clinique devra quant à lui s'engager à opérer le patient dans la salle et à l'heure prévue en vue de ne pas créer de rupture d'activité du bloc etc...

Prestations de bloc	Unité d'œuvre possible	Indicateurs d'engagement qualité du bloc
Mise à disposition de la salle opératoire	<p><u>Temps réel de mise à disposition</u> : préparation, temps d'accueil, temps de sortie du patient = intervalle de temps compris entre l'arrivée du patient en salle et la fin de la remise en état de ladite salle.</p> <p>Loyer calculé au prorata de l'utilisation de la salle</p>	<p>Fournir la salle en temps et en heure telle que prévue dans le tableau programmatoire.</p> <p>Fournir la salle dans des conditions d'hygiène optimale (prestations nettoyage et désinfection réalisées)</p>
Mise à disposition du PNM de bloc	<p>Catégorie professionnelle concernée (manip radio, IBODE) en termes d'effectif moyen rémunéré (ETP).</p> <p><u>Temps de mise à disposition</u>= logiquement identique à celui du temps réel de mise à disposition de la salle</p> <p>Temps de Présence en Salle du Personnel = on ôte de son calcul les agents affectés en totalité ou en partie à une activité hors du périmètre de la salle d'opération ex. : une IBODE affectée à la stérilisation...</p>	
Type de prestation de bloc	Connaît une facturation différente selon le type de l'intervention : ambulatoire, conventionnelle, urgence...	
Mise à disposition du matériel	<u>Forfait général</u> de mise à	Equipement en bon état,

de bloc : fluides médicaux, gaz anesthésiant, bras chirurgical etc	disposition, tenant compte de l'entretien courant du matériel	Qualité de l'approvisionnement
Mise à disposition de D.M.I. nécessaire, requis par l'intervention prévue	Prix du D.M.I. facturé selon le nombre de D.M.I. utilisés	Induit en amont une contractualisation avec le pôle pharmacie pour la mise à disposition de D.M.I. L'engagement qualité est alors de fournir les D.M.I. au bon endroit, dans le délai requis, sans rupture ni erreur d'approvisionnement.

Indicateurs financiers possibles pour mesurer la consommation d'un pôle et valoriser l'activité du C.G.B.O. :

<u>Sur malades en hospitalisation complète ou de semaine</u>				<u>Sur des malades ambulatoires</u>			
Nombre d'interventions	Nombre de chirurgicaux	Nombre de K exploratoires	Nombre de Kare	Nombre d'interventions	Nombre de chirurgicaux	Nombre de K exploratoires	Nombre de Kare
Médecine							
Chirurgie							
Obstétrique							

A actualiser avec la C.C.A.M. tarifante.

┌ L'idéal, dans la mise en œuvre de cette contractualisation, serait de définir une seule unité d'œuvre (afin d'éviter que les Contrats de Prestations Internes ne soient trop complexes et détaillés). Il faudrait définir un forfait moyen tenant compte de l'ensemble des types de prestations de blocs énoncés dans le tableau. L'unité d'œuvre serait **l'heure de mise à disposition de la salle**. Son calcul intégrerait le coût moyen que

représente une telle mise à disposition en termes de P.N.M., de nettoyage, de matériel utilisé en moyenne durant une utilisation.

- └ Il est en effet inutile de contractualiser sur l'ensemble de ces prestations et de les décomposer par trop, au risque de rentrer dans une logique « de comptes d'apothicaires ». Il faut définir ce coût moyen, seule unité d'œuvre contractualisée.

- └ Un point apparaît important : il semble impossible de développer une contractualisation entre chirurgiens et C.G.B.O. sans associer à cette réflexion les anesthésistes réanimateurs. Leur activité est indissociable de celle des chirurgiens, le lien est fort entre activité de bloc et S.S.P.I.

ANNEXE 5

Toulouse, le 17 Mai 2005

Réf DLH :

Dossier suivi par :

Thérèse COUSSEAU-BOURDONCLE

NOTE A L'ATTENTION DE MONSIEUR LE DIRECTEUR GENERAL,

Objet : Définition et mise en place d'indicateurs de suivi dans le cadre de la contractualisation entre la DLH et les pôles clients

L'objet de la présente note est de répondre à votre demande de mettre en place des indicateurs de suivi dans les délais les plus brefs afin de permettre la contractualisation au niveau des pôles. Il ne s'agit pas d'un travail approfondi mais d'une réponse à votre objectif d'engager rapidement le travail concret sur la base du contrat type déjà élaboré. Elle peut se considérer comme une contribution au travail mené au sein du groupe de travail géré par JM ICHE, M DUROU et animé par M GUIDONI.

Ce travail a été réalisé avec l'aide concrète de JG LEVRIER durant le stage effectué à la DLH : pour le réaliser, il a animé des réunions de travail avec nos cadres et pris les contacts utiles à la DAF et la DIH. La note ci-dessous a été écrite par ses soins. Un stage plus long aurait permis d'aller un peu plus loin

Cette note vous permettra d'appréhender nos propositions pour développer la contractualisation (point 1) et des propositions de mise en place d'indicateurs (point 2) selon une méthodologie et en fonction de la disponibilité des données. Des indications sur les délais de mise en œuvre sont données.

I/ LES AMBITIONS DU POLE D.L.H. POUR DEVELOPPER LA CONTRACTUALISATION

La démarche de contractualisation pour la DLH doit de manière pragmatique prendre en compte :

- La dimension du CHU c'est à dire le nombre de pôles clients et d'unités clientes qui en dépendent : l'action hôtelière et logistique doit s'organiser jusqu'aux unités. Les engagements ainsi que les prévisions et suivis réciproques doivent s'élaborer avec les coordonnateurs et directeurs de Pôles, mais s'organiser jusqu'aux Unités clientes.
- Les contraintes budgétaires du CHU, donc s'appuyer sur un budget stabilisé lui permettant de finaliser des engagements de dépenses.
- Les contraintes réglementaires, notamment celles découlant de l'application du Code des Marchés Publics, les règles en matière d'Hygiène....
- Le niveau de développement des Pôles Logistique et Hôtelières : sans oublier les acquis qui sont importants et positifs dans ces services, nombre de fonctions assumées nécessitent une stabilisation et des améliorations, particulièrement en agissant notamment sur la définition de prestations que nous souhaitons rendre homogènes sur le CHU, sur les organisations en place, sur le système d'information qui doit nous permettre de développer à la fois l'automatisation des tâches et la constitution de bases de données exploitables, sur la définition de charte de qualité dans tous les domaines, sur les compétences des personnels qui œuvrent dans ces secteurs.

Notre sentiment est que ce projet de contractualisation doit être partagé et mis en œuvre selon une méthodologie commune, dans le souci d'une part d'œuvrer dans le sens souhaité par la Direction Générale et d'autre part de se mobiliser concrètement sur des mesures réalisables à très court terme

C'est pourquoi l'objectif de la D.L.H. en matière de contractualisation interne est de mettre en place, dans un délai assez court, deux types de contrats :

- Un contrat entre la Direction Générale et la D.L.H. : " Contrat cadre " permettant de poser les orientations politiques (politique hôtelière et logistique) et les ressources en permettant une contractualisation avec les diverses composantes du Pôle Management (notamment, DAF, DRH, D. Formation, DPMOST, D. communication, DQS...)
- Un contrat clients sur les prestations logistiques et hôtelières : un contrat développant pour chaque axe (ex le linge) un contrat cadre qui garantira la mise en œuvre d'une politique homogène sur le CHU, mais pour autant différent selon les pôles clients (en fonction de leurs besoins de consommations, des modalités de suivi commun...)

Un diaporama annexé retrace les axes de travail possibles et la méthodologie.

1.1 Le contrat- cadre Direction Générale et D.L.H.

Il comprend quatre dimensions principales :

Axe 1 : Politique institutionnelle en matière de logistique et d'hôtellerie.

Conformément au projet d'Etablissement, objectifs et axes de travail traduits dans un plan pluriannuel.

Axe 2 : Des activités logistiques et hôtelières budgétées

Définition des activités et moyens alloués

Compte-rendu annuel (compte d'exploitation) pour l'analyse de gestion

Comparaison avec une banque de données nationale

Valorisation des unités d'œuvre

Axe 3 : Stabiliser la fonction RH au sein de ce contrat-cadre :

Y intégrer une démarche G.P.E.C.

Plan de formation en vue de professionnaliser les personnels selon les métiers hôteliers et logistiques

Axe 4 : Maîtrise des flux, des activités : démarche d'amélioration continue de la qualité

Le contrat-cadre doit comporter une dimension qualité, paramètre fondamental de la contractualisation interne, qui ne peut se confiner à la seule production de tableaux de bord : démarche qualité axée sur l'hygiène et l'environnement, démarche qualité permanente, évaluation de la satisfaction des clients.

Il prévoit d'inscrire cette contractualisation dans une démarche qualité permanente permettant d'identifier les dysfonctionnements et un suivi d'indicateurs avec mise en place d'actions correctives impliquant la D.L.H. et les clients.

1.2 Les Contrats par thèmes

Selon les prestations logistiques et hôtelières concernées, un contrat type est élaboré (Ex. Contrat-linge, Contrat achats etc..) qui sera ajusté en fonction des besoins spécifiques du pôle, ses consommations en coordination avec la D.L.H.

2 LES INDICATEURS

Deux dimensions entrent dans la mise en œuvre de la contractualisation interne :

- Une dimension "suivi des crédits et des consommations " via **le Contrôle de gestion** (tableaux de bord dans la relation pôles clients et prestataires)
- Une dimension "analyse des activités " via la décomposition du coût des prestations hôtelières et logistiques permise par **l'Analyse de gestion** (données essentiellement à destination des pôles prestataires, mais pouvant être mises à disposition des pôles clients). Elles peuvent servir à évaluer les efforts du pôle prestataire pour limiter ses coûts directs, à évaluer le niveau de consommation des prestations et montrer la différence entre le coût des prestations à l'extérieur et le niveau des consommations du service client au regard de ceux facturés dans les autres établissements.

2.1 Le Contrôle de Gestion :

Il permet la maîtrise des budgets et des activités de l'année en cours : pour ce, il faut produire des **tableaux de bord** retraçant :

- Les charges directes par pôles prestataires (hôtelier et logistique) et par pôles clients :
Echéance : mensuelle avec une **méthodologie de suivi des écarts** (cf. mécanisme d'alerte via Help Holos et MAGHII : signature des donneurs d'ordre dans nouvelle version)

et des **mécanismes de correction** et d'ajustement en cas de dépassement des consommations.

- Les prestations hôtelières et logistiques :
=> Pour le pôle prestataire : respect des budgets alloués par activité, ressources humaines et achats
=> Pour le pôle client : activité consommée en Unités d'œuvre valorisée par les données de la Comptabilité Analytique de l'année N-1 ou N-2.

Ces tableaux de bord sont mis à disposition des pôles clients afin qu'ils puissent suivre, de façon mensuelle, l'évolution de leurs consommations de prestations logistiques et hôtelières.

Ces tableaux de bord doivent répondre à un canevas identique afin de garder une certaine lisibilité dans la relation client-prestataire, et de maintenir une cohérence, un langage commun au milieu de cette prolifération contractuelle (la D.L.H. va contractualiser avec 25 pôles, et elle est elle-même non pas seulement fournisseur mais aussi client. Il est donc nécessaire que leur relation réponde à un langage sinon unique, du moins commun).

La mise en œuvre en routine des tableaux de bord doit se faire dans le logiciel Help Holos (demain dans le nouvel infocentre), à destination des pôles clients leur permettant un suivi mensuel de leur consommation par UA. Il s'agit ici d'élaborer des outils de suivi des activités et consommations communs et partageables par les pôles clients et prestataires. Cela est essentielle pour assurer une cohérence et lisibilité de l'institution. A défaut, si ce suivi était assuré par une multitude de logiciels différents, avec chacun leur configuration, la contractualisation interne risquerait de se muer en un exercice incohérent.

Un outil de type " Help holos " a deux avantages, outre celui de développer en routine des tableaux de bord communs :

- Il permet d'organiser la mise à disposition de l'information (gestion des accès, définition d'agrégats selon les niveaux de destinataires...)
- Il permet d'organiser la périodicité de suivi par UA, par pôle, avec système d'alerte comptable (issu de MAGH II).

2.2 L'Analyse de Gestion :

Son objectif est double :

- **Analyser les coûts des fonctions logistiques et hôtelières :**
 - Sur la base notamment du Guide méthodologique de la Comptabilité Analytique Hospitalière. But : détailler la composition des coûts
 - Sur la base du Guide méthodologique de la Base d'Angers afin de comparer les coûts des prestations avec celles des autres établissements.
- Cette analyse doit permettre aux pôles prestataires, par l'identification et la comparaison de leurs

coûts directs de production, d'initier des actions afin de les contrôler au mieux et impulser des mesures de correction

- **Travailler pour la valorisation des Unités d'œuvres**

Les prestations hôtelières et logistiques, à l'instar des autres activités sont valorisées en coût complet, a posteriori (N+1 ou N+2)

Cela permet d'élaborer des valorisations de ces UO utilisables ensuite dans la facturation des prestations aux pôles.

A cette occasion, il faudra se poser la question de l'imputation des seules charges directes de production (consommations, Ressources Humaines, amortissements etc...) ou de l'imputation des charges indirectes sachant que ce charges représentent un poids important de l'ordre de 35 % environ du coût de ses prestations sur lesquelles le prestataire n'a aucune possibilité d'action (frais de structure, etc..).

Si l'approche coût complet est intéressante et incontournable au plan macro économique, au plan micro économique, l'approche des seuls coûts directs de production des fonctions est intéressante pour se comparer aux prestations extérieures et agir au sein des services logistiques (efforts à faire, restructurations à envisager...)

Si la D.L.H. s'inscrit ouvertement dans la démarche de contractualisation, elle doit pouvoir contribuer directement au système d'information en place et mettre en œuvre une stratégie globale. Elle doit aussi par exemple pouvoir bénéficier de mesures incitatives comme un intéressement sur les économies qu'elle réalise dans la mise en œuvre de ses prestations.

3 PROPOSITION D'UNE METHODOLOGIE

Une méthodologie de travail en commun doit être mise en place ainsi que l'accompagnement nécessaire. La seule volonté ne suffit pas, il faut construire au niveau institutionnel des actions transversales bien précisées et cadrées. Dans le domaine de la mise en place de tableaux de bord, nous avons besoin d'agir dans quatre directions.

3.1 Tableaux de bord et relations D.A.F., D.L.H. et pôles clients :

Il s'agit de

- Se mettre d'accord sur les indicateurs, leur valorisation, les rythmes de mise à disposition, ...
- Demander au contrôle de gestion d'assurer la mise à disposition des données validées à la fois par le prestataire et le contrôle de gestion (quelles données, où...).
- Se mettre d'accord sur les modalités d'analyse des résultats et de mise en œuvre d'actions correctives

3.2 FORMATION

Il s'agit de

- De former les cadres de la D.L.H. à la Comptabilité Analytique et au Contrôle de gestion, en tant que de besoin,
- De former l'encadrement aux méthodes de contractualisation

3.3 Comptabilité analytique et analyse des résultats de l'exercice

- Prévoir une analyse en commun des résultats issus de la comptabilité analytique et de la base d'ANGERS
- Bâtir une démarche d'évaluation des résultats économiques en lien avec la DAF

3.4 Instaurer une " relation contractuelle " dans l'analyse des indicateurs avec les pôles clients,

Par exemple, à échéance trimestrielle (quoi, comment, à quelle fréquence...) organiser des rencontres permettant de faire le point sur le respect ou non des engagements réciproques des clients et prestataires.

4 CONCLUSION :

La dynamique de contractualisation doit s'appuyer sur un groupe de projet " Contractualisation Interne " garant de la méthodologie, des échéances, et de la vision globale CHU. Le but est de favoriser une contractualisation interne cohérente s'appuyant à la fois sur des une gestion centralisée de certaines fonctions (lesquelles ? quel périmètre ?) garantissant un pilotage CHU et une gestion déconcentrée au maximum garantissant une gestion de proximité voulue dans le cadre de la nouvelle gouvernance.

Il aussi s'agit de favoriser l'instauration d'un langage commun et pratique entre les pôles dans leurs relations contractuelles : tableaux de bord identiques, suivi mensuel des consommations, mécanismes d'alerte en cas de possible dépassement en cours de mois du montant des crédits consommés par types de produits.... Ces outils communs permettront de garder une cohérence institutionnelle et de faciliter les échanges et dialogues au milieu de la prolifération contractuelle des pôles : 26 pôles à la fois clients et fournisseurs, passant des contrats entre eux, avec un nombre important sujets, de références etc...). Il n'est pas de contractualisation possible sans politique globale définie sur la logistique et l'hôtellerie, sans travail commun entre D.A.F. et D.I.H et tous pôles prestataires et clients... La charge de travail dans ce domaine de la contractualisation et celui du contrôle de gestion s'avèrera très importante ; elle devra être considérée dans la mise en place de ce projet.

5 ANNEXES

Tableau de recensement des activités logistiques et hôtelières et de leurs outils métiers

Il permet d'identifier les prestations hôtelières et logistiques : outils métiers et possibilités de report dans HOLOS, dans l'objectif :

- d'identifier les indicateurs disponibles et d'apprécier la capacité de les mettre à disposition dans Help Holos,
- de produire dès que possible des tableaux de bord mensuels partageables (consommation des pôles clients)

Prestations hôtelières et logistiques	Outils métiers	Report possible dans HOLOS	Unités d'œuvres disponibles ou indicateurs d'activité	Délai de mise en œuvre possible	COMMENTAIRES ET OBJECTIFS
Repas	Datameal	A faire avec DIH	Nbre de demi-journées alimentaires, ou repas (distinction petit déjeuner, midi, collation, dîner)	Pb: la liste des UA se fait par libellé et non pas au niveau du code de l'UA. 2 actions: 1/ tableaux mensuels sur Holos 2/ tableaux par pôles, relevé de leur consommation Délai: rapide (1 mois)	Il faut disposer du nombre de repas commandés et non livrés (à vérifier). En cours de réalisation: livraison de produits, Epicerie: inconnue, Clef de répartition à définir

Nettoyage	Excel	Oui, mais à la condition que le fichier Excel soit renseigné totalement par UA, ce qui n'est pas le cas actuellement	<p>Mme Pistre donne: 2 Prestations: ? externalisée (suivi par UA). ? Bionettoyage M2 encombré (chambres), m2 non encombré (couloirs et sanitaires).</p> <p>M Durou présente: Ex CVM 3 niveaux: 1/ passage quotidien, 2/ passage bi-hebdo, 3/ passage hebdo.</p> <p>UO possible: fonction du taux d'occupation et de fréquentation: peut être une clef de répartition</p>	<p>Délais: long (6 mois).</p> <p>Pour Ranguel: possibilité d'affecter à chaque UA les m2 selon le niveau de risque.</p> <p>Pour Purpan: " sera possible aussi" (Mme Pistre).</p> <p>Seulement à partir de ce moment là, sera possible d'intégrer dans Holos, cette fois dans un bref délai</p> <p>Orienter Mme Pistre sur KIMOCE, géré par Services Techniques, qui donne les surfaces par m2. Le problème est alors l'affectation par UA</p>	<p>Il faut vérifier les informations de Mme Pistre ou celles à disposition ailleurs. Il convient d'inclure Purpan dans la démarche pour l'intégrer dans le calendrier.</p> <p>Le coût représenté par le bionettoyage géré par la DLH est différent des prestations nettoyage du CHU, A ramener au mois.</p>
------------------	-------	--	---	--	--

<p>Déchets</p>	<p>L'existant ? :Excel est en mesure de fournir une consommation par sites ou par pôles mais uniquement si le site correspond à un pôle. Ex :PDV, Hôpital des enfants,,),</p>	<p>Consommation en tonnes, L'unité d'œuvre sera par conséquent, tant pour les déchets à risques infectieux que pour les ordures ménagères, le coût à la tonne.</p>	<p>Il faudrait être en mesure de fournir cette consommation par UA, ce qui ne doit pas être impossible dans la mesure où il est possible de se la procurer quand l'UA correspond à un site. Ensuite, il sera possible de l'intégrer dans Holos dans un très court délai, Les données sont déjà recueillies mensuellement</p>	<p>Il faut choisir une répartition homogène: par site ou à défaut par sites ou établissement, Il faut trouver une clef de répartition des établissements vers les pôles hébergés. Imputation au pôle: psychiatrie, Hôpital des Enfants, PDV, CVR. Imputation à l'établissement: Purpan, Rangueil, Chapitre, Hôtel-Dieu. Double imputation proposée pour la prise en charge des déchets: _ à la gestion des sites; _ aux pôles hébergés par le site et les plus consommateurs via une clef de répartition à définir.</p>
-----------------------	---	--	--	---

<p>Blanchisserie</p>	<p>L'existant ? : Excel est en mesure de fournir une consommation par service semaine par semaine. Pour le linge à plat, possible via EXCEL d'imputer par UA, au jour le jour, à la semaine.</p>	<p>Nombre moyen de kilo de linge lavé ou à l'unité</p>	<p>Pour le linge à plat: la solution est en deux temps: 1/un compactage au mois de ces données hebdomadaires 2/ une affectation par pôles. Réalisable sans difficulté par la DIH dans un délai très court (1 mois). Pb: linge en forme (45% activité blanchisserie: aucune donnée relevée, aucun outil métier).</p>	<p>Linge à plat: UO connue à la semaine par UA, Linge en forme: inconnue, Gros problème. Pas connu à la semaine. Il faudrait une analyse du temps de travail réel en fonction du type de linge. Il serait utile de faire dégager par un contrôleur de gestion une échelle relative des coûts de kilo de linge lavé par type de linge (plat, en forme), pour définir de véritables UO avec des coûts pertinents. Il faudrait mettre sur pied un équipement informatique sur la gestion des textiles, avec un système de badgager des blouses, tenues qui permettrait de savoir combien de tenues de travail par personne et par semaine sont utilisées (planifié pour 2006)</p>
-----------------------------	---	--	---	---

Achats d'équipement	MAGH II. ? DAE Consult		Pour l'acquisition du matériel Non Médical Renouvellement du matériel, Achats courants.	A voir avec M Larrieu , mais les données existent, recensées par UA avec MAGH II et les produits peuvent être regroupés par famille. L'intégration via Help Holos ne devrait donc pas être problématique	Il serait utile de mettre en place un tableau de bord par pôle des matériels achetés par une extraction de MAGH II. Il faudrait une informatisation de la gestion du Plan d'Equipements Non Médicaux
Gestion des contrats de prestations et locations	?	?			Il est nécessaire de mettre en place un tableau de bord des consommations par les pôles clients pour les gros volumes dépendant de la DLH: Photocopies, archives etc....
Approvisionnement: Logimag et Logitech	MAGH II. ? DAE Consult.		Regroupement par lignes de sortie. Stock: Nombre de réceptions. Hors Stock: Demandes de services	Théoriquement possible de l'affecter sur Help Holos sans trop de problèmes. Délai estimé: 1 mois	

<p>Logidos</p>	<p>GEISHA ? + Logiciel de gestion des dossiers patients et administratifs</p>		<p>Mouvements: création, entrées, sorties, demandes en urgences. Indicateurs UGDP fournis par pôle Clientèle via GEISHA sont: Prêts, Retours, Créations.</p>	<p>L'activité des UGDP peut être retracée, c'est-à-dire le nombre de mouvements de dossiers par pôles. Problème: ne peut calculer l'impact financier pour LOGIDOS car les statistiques de GEISHA sont totales cad: mouvements internes UGDP+LOGIDOS (stockage). Faut attendre une dizaine de jours pour avoir la totalité de l'activité des UGDP répartie par pôles. Faudra ensuite connaître l'activité de Logidos, mais il me semble qu'elle n'est que de stockage et est facturée au pôle logistique. A éclaircir avec M.Remaury.</p>	<p>L'UGDP de Purpan ne stocke pas les dossiers médicaux, Logidos ne fournit pas de dossiers médicaux. Tous les mouvements transitent par conséquent par les UGDP. Il faut stabiliser les fonctions logistiques et les rendre homogènes, Ainsi, pour LOGIDOS, il faut avoir une traçabilité totale du processus. Apparemment pas de problème : tout transite par les UGDP. Le report dans Help HOLOS est donc faisable dans un court délai (car affectation par pôles et UA). Faut en assurer un suivi mensuel.</p>
<p>Transports pédestres</p>	<p>APLLIGOS</p>		<p>Apparemment existe (dans le cadre du contrôle de gestion) mais</p>	<p>Figure déjà dans Help Holos selon M.LARRIEU</p>	

			mérite d'être plus transparente		
Transports de malades VSL	M2PI	?	Déplacements ? Transfert simple: 1 UO, ? AR avec 1 RDV: 2UO, ? AR avec plusieurs RDV: 3UO, ? Surfacturation de 25% pour les urgences	OK	Il faut décomposer le coût des ces prestations afin d'isoler les charges indirectes et de ne pas rendre anti-concurrentielle la prestation par rapport au privé.
Transports de malades Ambulances	M2PI	//	//	OK	Idem

Transports de biens Logicourse	?	?	Charges lourdes? Charges légères? En intra-inter sites En fonction de la nature du véhicule? Prix différent selon que : Véhicule Lourd, Pédestre, Traction mécanique ?, nombre kilomètres ?	Gros travail à ce niveau là avec Mme Dignat pour décomposer le processus et avoir une traçabilité . Idée d'UO: La course. Mme Dignat propose 3 types de transport s avec 3 coûts différents : ? le	Il faut décomposer le processus, étudier les mouvements des services par gros volumes et négocier avec les pôles clients les plus consommateurs. Il faudrait facturer de façon forfaitaire à chacun des pôles en fonction de leur consommation par gros volumes de prestations: On pourrait ainsi dégager 3 prestations principales: 1/ Les transports de livraison redondants qui relèvent de trois pôles consommateurs principaux : l'Hôtellerie, la Logistique (pour le stock et le Hors stock), La Pharmacie (CAMPS). 2/ Les transports par courses demandés le plus souvent par les laboratoires, par exemple pour les produits sanguins labiles (relevant du pôle pharmacie) et courrier, 3/ Déménagements
---	---	---	--	---	--

				<p>trajet direct t du prest atair e au client</p> <p>? Le cami on+</p> <p>La tracti on méc aniq ue</p> <p>? Le véhic ule+</p> <p>Cent ral cour se.</p> <p>Facturati on peut être différente</p>
--	--	--	--	--

				<p>selon le transport utilisé pour la course selon qu'il est léger ou poids lourd.</p> <p>Travail qui pourrait être fait avec pharmacie pour connaître l'UA d'imputation</p>	
Logiparc	GMAO KIMOCE	?	<p>Véhicules légers, Poids lourds. Facturation différente selon le type de véhicule avec pour UO de</p>	Idem	<p>Deux types de cas : les véhicules affectés (facturés au kilomètre), les véhicules non affectés (géré par Mme Dignat)</p>

			base, déplacement?	le		
--	--	--	-----------------------	----	--	--

Deux colonnes doivent être ajoutées : une retraçant un tableau de bord prestataire, une autre retraçant celui des pôles clients.

ANNEXE 6

Compte de résultat par pôle : tableau récapitulatif

	Quoi	Où et comment	Quand	Problème	Qui	Délai	Est-ce une ressource déléguée ?
	quels comptes, quel type dépenses ?	à quelle endroit trouve-t-elle l'information ? Comment peut-on l'extraire ?	quelle est la périodicité de rafraichissement de l'information ?		qui se charge du problème ?		
personnel médical	dépenses réelles salaires et charges et comptes retraités	magh 2	mensuelle	4 % pour les comptes de régularisation	daf cg		

mensualités	coût harmonisé par grade	drh	annuelle	pas le coût théorique par grade mais le coût réel du chu par grade. Ce dernier serait calculable dans sextant	daf cg	septembre	oui
personnel médical	dépenses réelles salaires et charges et comptes retraités	agirh	mensuelle	problème d'affectation- limiter les possibilités du système d'info	remettre en œuvre les procédures déjà écrites	septembre	
mensualités	coût harmonisé par grade		annuelle	pas le coût théorique par grade mais le coût réel du chu par grade. Ce dernier serait calculable dans sextant	daf cg	septembre	cible
formation non médicale	dépenses de formation par personnel (inclus frais de déplacement et remboursement de salaires)				ddf	septembre	oui
gardes et astreintes	dépenses réelles	magh2	mensuelle	décalage de deux mois- saisonnalisation en option			cible
internes	dépenses réelles	magh2	mensuelle				Oui

autres dépenses de personnel	dépenses réelles	agirh	mensuelle				Non
total groupe 1							oui
dmp	dépenses réelles		mensuelle		Ces comptes doivent faire l'objet de la déclinaison à laquelle les pôles sont déjà habitués.		Oui ddt
contrat de maintenance	dépenses réelles		mensuelle	saisonnalisation en option			
total groupe 2							Oui
total dépenses groupe 3	dépenses réelles		mensuelle		Ces comptes doivent faire l'objet de la déclinaison à laquelle les pôles sont déjà habitués		Non
total dépenses groupe 4	dépenses saisonnalisées		mensuelle		amortissement des matériels et installations médicales		
Total dépenses directes							