



**Master Pilotage des Politiques et
actions en santé publique**

Promotion : **2010 - 2011**

Date du Jury : **Juillet 2012**

**Les impacts de la T2A sur les modes
d'organisation et de fonctionnement
d'un pôle dans un hôpital en CREF : le
Pôle Femme-Mère-Enfant du Centre
Hospitalier du Mans**

Marion GOARIN BOUCHARD

Remerciements

Je tiens à remercier Monsieur Phillipe ROUSSEL, Monsieur Jean-Yves LAFFONT et Madame Isabelle LESAGE qui se sont succédés à la direction du Centre Hospitalier du Mans pendant mon stage et qui ont su m'accueillir chaleureusement et m'associer pleinement aux projets de l'établissement.

J'adresse mes remerciements particuliers à ma maître de stage, Madame Céline LAGRAIS, directrice des affaires financières et du contrôle de gestion, pour son écoute, sa disponibilité ainsi que son implication dans mon stage. Je la remercie aussi pour nos échanges et son accompagnement.

Ce travail a été réalisé dans le cadre d'un partenariat entre l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique et le Centre de Gestion Scientifique de l'Ecole Nationale des Mines de Paris. A ce titre, je remercie particulièrement Monsieur Frederic KLETZ, enseignant-chercheur et encadrant de ce mémoire, qui m'a apporté son expérience et ses conseils éclairés.

J'exprime toute ma reconnaissance à Docteur Eliane TARRAL, pédiatre et chef du pôle Femme-Mère-Enfant, à Mesdames Marie-Joëlle CONDE et Béatrice MUNARI directrices référentes de pôle, à Madame Nadine TRABELSI, cadre supérieure de santé, au Docteur Philippe PILLOT, gynécologue-obstétricien, ainsi qu'à tous les professionnels soignants et médicaux qui ont accepté de répondre à toutes mes questions, de manière professionnelle et impliquée.

Je remercie enfin toutes les personnes qui au sein du Centre Hospitalier du Mans ont contribué à mon stage.



Direction des Etudes
Pôle Etablissements sanitaires et sociaux
Filière Directeurs d'Hôpital
Promotion 2010/2012 - Georges Canguilhem

Avertissement

Mémoire universitaire

L'individualisation des parcours de formation permet aux Elèves Directeurs d'Hôpital de préparer, durant leur formation, un diplôme de 3^e cycle.

Le mémoire universitaire réalisé dans ce cadre est présenté devant le jury de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

Ce mémoire a été réalisé dans le cadre du diplôme suivant :
Master "Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique"

Responsable du diplôme :
Monsieur Alain JOURDAIN, responsable de formation
Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Patrick LE FLOCH, directeur
Institut d'Etudes Politiques de Rennes

Année universitaire 2010-2011

Sommaire

Introduction.....	1
1. 2003-2009 : le temps du projet architectural ou comment analyser le décalage apparu entre le projet du pôle Femme-Mère-Enfant et les contraintes de son environnement	5
1.1. Un environnement institutionnel bouleversé	5
1.1.1. Des réformes majeures apparues dans le champ hospitalier	6
1.1.1.1. La mise en place de la T2A au Centre Hospitalier du Mans s'effectue dans un contexte particulier.....	6
1.1.1.2. Création de l'EPRD, importance stratégique de la sincérité des comptes 11	
L'adoption de la réforme de l'EPRD.....	11
L'architecture de l'EPRD et du PGFP	12
Des principes forts réaffirmés	14
Les conséquences pratiques de l'introduction de l'EPRD : une amélioration de la sincérité des comptes des EPS qui souligne des situations budgétaires délicates	16
1.1.2. Une situation financière et budgétaire délicate.....	17
1.1.2.1. Le constat d'échec du premier CREF 2006-2008.....	17
1.1.2.2. Un 2ème CREF toujours en cours d'exécution.....	20
1.1.2.3. L'importance stratégique de la CAF	22
1.2. Un projet PFME conçu en période de dotation globale.....	25
1.2.1. Une forte réduction de l'offre de soins sur le territoire de la Sarthe	25
1.2.2. Une réponse adaptée à des problèmes de santé publique : la question de l'accessibilité aux soins.....	27
1.2.2.1. Des spécialités touchées par une suractivité.....	27
1.2.2.2. Une démographie médicale inquiétante	29
1.2.2.3. Des nouveaux besoins identifiés dans le projet du CHM.....	31
La prévention sénologique.....	31
La meilleure prise en compte du lien mère-enfant	32
La maternologie.....	33
1.2.3. Un bâtiment unique facilitateur de regroupements et de mutualisations.....	33

1.2.3.1.	Une prise en charge pédiatrique fractionnée : favoriser une organisation médicale de la prise en charge de l'enfant cohérente	34
1.2.3.2.	La mise en place d'un plateau technique commun	36
1.2.4.	Analyse critique du projet du Pôle Femme-Mère-Enfant.....	37
1.2.4.1.	Une construction gourmande en moyens humains	37
1.2.4.2.	Un surdimensionnement architectural coûteux	40
1.2.4.3.	Un projet dépourvu de tout calcul de retour sur investissement.....	41
2.	Dès 2009 : le temps du projet managérial ou comment le pôle voit la T2A impacter à la fois son organisation et son mode de fonctionnement	43
2.1.	Des nouvelles modalités de fonctionnement du pôle	43
2.1.1.	L'expérimentation de la nouvelle gouvernance : la mise en place de pôles préfigurateurs au Centre Hospitalier du Mans	44
2.1.2.	Bilan de l'expérimentation et organisation retenue par le Pôle Femme-Mère-Enfant	47
2.1.3.	L'audit Ylios ou la construction du projet de soins du PFME (2007).....	50
2.1.3.1.	La révision du programme capacitaire du PFME	50
2.1.3.2.	Adaptation des moyens en personnel aux fluctuations de l'activité.....	51
2.1.3.3.	Mutualisation de certaines activités transversales	51
2.1.3.4.	Optimisation du bloc et révision des besoins en personnel.....	52
2.1.3.5.	La gestion des compétences du personnel.....	52
2.1.3.6.	La révision des processus de travail.....	53
2.2.	Le PFME s'organise afin d'être en mesure de produire une analyse de ses résultats.....	53
2.2.1.	Le rôle de la CLEF et l'implication historique du premier chef de pôle du PFME	54
2.2.2.	La mise en place du dialogue de gestion au Mans	55
2.2.2.1.	Le dialogue de gestion stratégique : les Revues de Gestion Stratégiques (RGS)	55
2.2.2.2.	Le dialogue de gestion opérationnel	57
2.2.3.	Les outils de comptabilité analytique mis à disposition du pôle : Compte de REsultat Analytique (CREA) et Tableau Coût Case-Mix (TCCM)	57
2.2.3.1.	L'outil CREA.....	57
Variabilité infra-annuelle des CREA	59	
Variabilité annuelle des CREA	60	
2.2.3.2.	L'outil TCCM	61

2.2.4. La cellule « analyse des tableaux de bord » et le rôle des cadres.....	63
2.3. Une volonté de valoriser au mieux l'activité réalisée : le travail sur la chaîne de d'admission-codage-facturation-recouvrement	65
2.3.1. L'aspect stratégique d'un codage exhaustif et qualitatif.....	66
2.3.2. Le projet facturation et la place des admissionnistes	69
2.3.2.1. La reconnaissance institutionnelle du métier d'admissionniste.....	71
2.3.2.2. Les enjeux particuliers liés aux caractéristiques du PFME	72
2.4. Des problématiques de lits : la mise en place d'un cadre coordonnateur	74
Conclusion.....	78
Bibliographie.....	79
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé
ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS : Agence Régionale de santé
CAF : Capacité d'Autofinancement
CAH : Comptabilité Analytique Hospitalière
CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
CH : Centre Hospitalier
CHM : Centre Hospitalier du Mans
CHR : Centre Hospitalier Régional
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CLEF : Comité de Liaison Economique et Financière
CMCM : Centre Médico-Chirurgical du Mans (ou PSS)
CREA : Compte de REsultats Analytique
CREF : Contrat de Retour à l'Equilibre Financier
CRPP : Compte de Résultat Prévisionnel Principal
CRPA : Compte de Résultat Prévisionnel Annexe
CSP : Code de la Santé Publique
DAFCO : Direction des Affaires Financières et du COntôle de gestion
DATIM : Détection des ATypies de l'Information Médicale
DG : Dotation Globale
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DIM : Département d'information médicale
DMS : Durée Moyenne de Séjour
DPI : Dossier Patient Informatisé
EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
GHM : Groupe Homogène de Malades
GHS : Groupe Homogène de Séjours
HAD : Hospitalisation A Domicile
HSPT : Hôpital Santé Patient Territoire (loi)
IAF : Insuffisance d'AutoFinancement (CAF négative)
IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
IFAS : Institut de Formation d'Aide Soignants
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
ISA : Indice Synthétique d'Activité

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
MIGAC : Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
ORS : Observatoire Régional de Santé
PFME : Pôle Femme-Mère-Enfant du CH du Mans
PGPF : Plan Global Pluriannuel de Financement
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PRECIS : Programme d'Efficienc e et de Capacité d'Investissement Stratégique
PSPH : Participant au Service Public Hospitalier
ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
OQN : Objectifs Quantifiés Nationaux
PSSL : Pôle Santé Sarthe Loir
PSS : Pôle Santé Sud (ou CMCM)
ROI : Return On Investment, retour sur investissement
RSA : Résumé de Sortie Anonyme
RSS : Résumé de Sortie Standardisé
RUM : Résumé d'Unité Médicale
SAFE : Service d'Accueil et de facturation du CH du Mans
SAU : Service d'Accueil des Urgences du CH du Mans
SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins
T2A : Tarification A l'Activité
TCCM : Tableau Coût Case Mix
URA : Urgences-Réanimation-Anesthésie (pôle du CH du Mans)

Introduction

Géographiquement situé au cœur du département de la Sarthe, le Centre Hospitalier du Mans dessert un bassin de population de proximité de 500 000 habitants. Il constitue aussi l'hôpital de référence de son territoire de santé touchant ainsi près d'un million de personnes. Par son implantation géographique solidement ancrée, par ses capacités d'accueil en hospitalisation et par le volume d'activité qu'il réalise, le Centre Hospitalier du Mans figure au premier rang des Centres Hospitaliers français non Centres Hospitalo-Universitaires ou Régionaux.

De nature pavillonnaire, l'établissement s'étend sur plus de 27 hectares. En 2011, son offre est composée d'un total de 1 695 lits dont 962 lits de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) répartis selon la manière suivante : 661 lits de médecine, 221 lits de chirurgie et 80 lits d'obstétrique. Le CHM comporte également une activité en Soins de Suite et Réadaptation (SSR) pour laquelle il dispose de 89 lits. Un 2^{ème} site géographiquement situé sur la commune d'Allonnes (commune sise à environ 9 km au sud du Mans) est dédié plus spécifiquement à la prise en charge gériatrique avec un total de 644 lits répartis entre Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et Unités de Soins Longue Durée (USLD). Enfin, l'établissement emploie près de 3 983 Equivalents Temps Plein (ETP) non médicaux et 423,92 ETP médicaux (effectif moyen annuel tous budgets confondus).

Le Centre Hospitalier du Mans est particulièrement remarquable par le volume d'activité qu'il réalise. En effet, en 2010, le nombre de passage aux urgences atteint un total de 71 624 passages (urgences adultes et pédiatriques hors urgences gynéco-obstétriques) dont 25 691 sont suivis d'hospitalisation. Sur cette période, le CHM a également accueilli 254 561 consultants dans les services de soins externes. La même année, le nombre total de journées d'hospitalisation réalisées est de 273 915 pour une Durée Moyenne de Séjour (DMS) de 4,51 jours et un taux d'occupation moyen de 80,17%. L'activité réalisée dans la maternité (disposant d'une reconnaissance niveau III) est en constante augmentation et atteint, en 2010, 3 723 accouchements pour 3 776 naissances.

Afin de soutenir cette activité, l'établissement dispose d'un plateau technique performant. Les trois blocs opératoires ont une activité soutenue (30 711 actes CCAM¹

¹ CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

réalisés en 2010) et sont répartis sur différents sites de l'hôpital : un bloc central comprenant 12 salles, un bloc opératoire dédié à l'ambulatoire de 5 salles et un bloc adossé à la maternité de 6 salles. L'équipe d'anesthésistes y réalise des interventions pour un volume de 24 920 actes CCAM en 2010. La réanimation est, quant à elle, divisée en 2 secteurs, un secteur médicochirurgical adultes situé dans le bâtiment Fontenoy central et un secteur pédiatrique situé à l'intérieur de la maternité Aliénor. Plusieurs équipements sont à disposition des équipes d'imagerie médicale et de médecine nucléaire, dont 1 scanner, 2 IRM et 1 TEP-scan. Enfin, le laboratoire (comprenant un service d'anatomie-pathologie) est entré pleinement dans une démarche de préparation de sa future accréditation, il réalise les analyses biologiques de tous les hôpitaux PSPH² de la Sarthe à l'exception de ceux du PSSL³. Enfin, le Centre Hospitalier du Mans est également le siège d'un Service Mobile d'Urgences et de Réanimation (SMUR) qui intervient sur le territoire de la Sarthe après avoir été alerté par le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU 72) également situé sur le site du CHM.

Le compte de résultat principal du Centre Hospitalier du Mans en 2011 comporte un budget d'exploitation de plus de 255 M€ auquel il faut ajouter 28,4 M€ pour les budgets annexes EHPAD, USLD et écoles paramédicales (IFAS-IFSI). Malgré une activité soutenue et un positionnement géographique plutôt favorable, le déficit de l'établissement s'est régulièrement creusé entre 2000 et 2008, cette récurrence laissant apparaître des causes structurelles. Le CHM affiche ainsi un déficit de 6 M€ en 2008, année où il s'inscrit dans un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) cosigné avec l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) pour la période 2008-2012.

Cependant, cette situation financière délicate peut difficilement s'expliquer par un mauvais positionnement stratégique. En effet, l'établissement est le seul hôpital public de son envergure sur un rayon d'environ 80 km. A la différence de certains autres départements, la Sarthe a la particularité de connaître une certaine disproportion, liées aux restructurations intervenues depuis les années 1990, entre un hôpital central très important et de nombreux établissements périphériques plus petits. De plus, le taux de fuite du territoire manseau étant très faible, le Centre Hospitalier du Mans draine l'essentiel de la population de son bassin territorial pour laquelle il est en position concurrentielle frontale avec le privé. Malgré leur relative proximité, le CHM n'est concurrencé qu'à la marge, par les CHU d'Angers et Tours (tous deux distants de 100 km), de Nantes (distant de 180 km) ou des hôpitaux de la région parisienne (distants de 200 km).

² PSHP : Participant au Service Public Hospitalier

³ PSSL : Pôle Santé Sarthe et Loir

Enfin, en 2010, le Centre Hospitalier du Mans est entré dans une phase de préfiguration d'une Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) avec le Pôle Santé Sarthe et Loir, centre hospitalier situé sur la commune du Bailleul, ouvert en octobre 2007 et né de la fusion des centres hospitaliers des villes voisines de La Flèche et de Sablé-sur-Sarthe. Les travaux préparatoires ainsi que les différentes rencontres entre directions et praticiens des deux établissements ont permis de dessiner les contours de la future CHT. Cependant, toutes les modalités de celle-ci n'étant pas encore strictement définies au moment où nous écrivons ces lignes (du temps médical partagé existe mais un projet médical commun pour les spécialités concernées a seulement évoqué), nous avons choisi de centrer ce mémoire sur les enjeux internes à l'établissement.

L'établissement s'est très rapidement structuré en 11 pôles comprenant l'ensemble des activités cliniques et médico-techniques. Ainsi dès 2004, 4 pôles de l'établissement dont le futur Pôle Femme-Mère-Enfant (PFME) font figure de « pôles préfigureurs ». Si chacun d'entre eux relève de problématiques particulières, le cas de ce dernier est particulièrement singulier. En effet, celui-ci est né du regroupement organisationnel et managérial à l'intérieur d'une seule et même structure de deux bâtiments reliés par une passerelle. Comme son nom l'indique, plusieurs activités sont réalisées en son sein. D'un côté, le bâtiment « Aliénor », entièrement construit en 2009, regroupe les activités de gynéco-obstétrique, de périnatalité et de chirurgie pédiatrique. De l'autre côté, le bâtiment « St Exupéry », construit en 1993 et de taille plus modeste, conserve la médecine pédiatrique. L'ensemble constitue le Pôle Femme-Mère-Enfant, il s'agit du pôle le plus important du Centre Hospitalier du Mans à la fois en ressources (38,35 ETP médicaux moyens rémunérés pour 431,29 ETP non médicaux moyens en 2010) ainsi qu'en terme d'activités réalisées (23% des RUM de l'établissement en 2010). Il fait partie des pôles les plus anciens de l'établissement. En effet, la particularité de ce pôle est d'avoir vu son existence organisationnelle et institutionnelle précéder sa constitution physique et architecturale. Près de trois ans s'écourent ainsi entre sa création dans le cadre d'une expérimentation de la nouvelle gouvernance au CHM en 2006 et son fonctionnement dans sa configuration actuelle avec l'inauguration du bâtiment Aliénor en 2009.

Sorte de mini-hôpital à l'intérieur de la structure, sa conception en termes de filières de prise en charge s'est réalisée en amont de l'apparition de plusieurs facteurs majeurs ayant impacté l'environnement du Centre Hospitalier du Mans. Près de 6 années s'écourent en effet entre la rédaction du projet dans le cadre du Plan Hôpital 2007 (en juin 2003), son inscription dans le projet d'établissement 2004-2009 et l'inauguration du

bâtiment lui-même en juillet 2009. Cette période correspond à des réformes stratégiques majeures sur le plan institutionnel et national : la mise en place de l'EPRD⁴ révèle une situation budgétaire déjà difficile, situation qui va être aggravée avec la mise en place de la T2A⁵. Ces changements observés, couplés à la mise en place de la nouvelle gouvernance qui, en restructurant l'activité de l'hôpital en pôles et en leur donnant une place dans la prise de décisions les concernant, vont placer les enjeux d'efficience médico-économique au coeur de leurs préoccupations stratégiques.

Ainsi, la mise en place du PFME dans d'un bâtiment neuf et unique, avec de nouvelles équipes et un nouveau projet médical s'achève au moment même où l'établissement connaît ses pires difficultés financières. Dans un tel contexte et compte tenu du coût élevé du bâtiment (38 M€ financé presque entièrement par emprunt), le pôle a dû repenser l'ensemble de son positionnement face à la T2A afin de placer au centre de ses actions la question de la performance et in fine du retour sur investissement qu'il peut dégager pour le CHM.

Dès lors, il s'agit d'étudier **la manière dont la T2A va éclairer à la fois la situation, les évolutions possibles du pôle mais aussi les débats qui ont lieu en son sein, révélant la centralité nouvelle des enjeux médico-économiques.**

Dans une première partie il s'agit d'éclairer les raisons pour lesquelles, ce pôle, à la lumière du contexte dans lequel il s'est construit, doit faire un effort d'adaptation au nouveau paradigme qui lui est imposé. Le bouleversement institutionnel que représente la mise en place de la T2A n'invalide cependant pas le fait que le pôle ait été pensé pour répondre à des besoins de la population accueillie mais on ne peut faire que le constat d'un décalage entre le projet du pôle et les contraintes de son environnement (1.).

Enfin, dans un deuxième temps, il s'agit d'analyser la manière dont le pôle interprète la nouvelle régulation médico-économique des ressources financières. Face à un champ de questionnement entièrement renouvelé, l'impact organisationnel de la T2A sur le fonctionnement du pôle prend des facettes différentes qu'il est intéressant d'analyser en détail. Le temps du projet architectural laissant enfin la place au temps du projet managérial et de soins (2.).

⁴ EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses

⁵ T2A : Tarification A l'Activité

1. 2003-2009 : le temps du projet architectural ou comment analyser le décalage apparu entre le projet du pôle Femme-Mère-Enfant et les contraintes de son environnement

Près de 6 années s'écoulent entre la transmission, en juin 2003, du projet de nouveau bâtiment du Pôle Femme Mère Enfant (PFME) à l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) dans le cadre du plan Hôpital 2007 et son inauguration fin juillet 2009. Plus que la durée même de cette opération immobilière qui s'inscrit dans la médiane de la durée globale (6 ans et 9 mois phases étude et travaux comprises)⁶, c'est la période dans laquelle elle se déroule qui va être déterminante. En effet, plus qu'aucune autre, celle-ci va être marquée par de profonds changements concernant des domaines à la fois internes (fortes dégradations de la situation financière et inscription dans deux Contrats de Retour à l'Equilibre Financier (CREF) successifs) et externes au Centre Hospitalier du Mans (mise en place des pôles d'activité, de l'EPRD et de la T2A).

Cette nouvelle donne bouleverse l'environnement dans lequel le PFME s'inscrit en créant un nouveau paradigme où les enjeux d'efficience médico-économique prennent une place de plus en plus forte (1.1). Cependant, bien que conçu selon les règles d'une toute autre philosophie, le PFME, s'il n'est pas exempt de défauts, répond tout de même à la fois à des besoins en matière de santé publique et à des impératifs liés à la raréfaction de ses ressources médicales (1.2).

1.1. Un environnement institutionnel bouleversé

La période 2003-2009 est particulièrement riche en réformes de grande ampleur. Plus qu'une énumération des changements ayant impacté la gouvernance générale des hôpitaux, il s'agit ici de montrer quelles ont été les réponses concrètement apportées par le Centre Hospitalier du Mans à un environnement institutionnel en bouleversement (1.1.1). La prise de conscience d'une situation financière et budgétaire dégradée, a poussé l'établissement, à partir de 2008, à recentrer sa politique vers une recherche d'amélioration de sa Capacité d'AutoFinancement (CAF) (1.1.2.).

⁶ Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé (ANAP), *Observatoire des coûts de la construction hospitalière*, juillet 2011, page 25

1.1.1.Des réformes majeures apparues dans le champ hospitalier

1.1.1.1. La mise en place de la T2A au Centre Hospitalier du Mans s'effectue dans un contexte particulier

Depuis 1983 et jusqu'en 2003, les établissements de santé connaissaient des modes de financements différents selon leur nature juridique :

- Les établissements publics de santé dont le Centre Hospitalier du Mans fait partie et les établissements privés à but non lucratif (dits PSPH participant au service public hospitalier) étaient dotés d'une enveloppe de fonctionnement annuelle et limitative (appelée dotation globale ou DG) calculée en fonction de l'historique du nombre de journées réalisées et représentant en moyenne plus de 90% de leur budget total. Du fait de sa rigidité, ce mode de tarification ne liait pas budget et activité réalisée ce qui le rendait peu incitatif au changement. En effet, la dotation globale était reconduite chaque année sur la base de l'exercice précédent modulée d'un taux directeur de croissance des dépenses hospitalières. Par conséquent, une très faible part du budget faisait chaque année l'objet d'une renégociation ce qui aboutissait à figer dans le temps les disparités de situation de 1983. Du fait de cette quasi reconduction « à l'identique », les dotations globales conduisaient soit à la constitution de rentes de situation, soit à un sous-financement chronique pour les structures les plus actives.
- Les établissements de santé privés à but lucratif facturaient directement à l'assurance maladie des forfaits de prestations (rémunération de la structure) et des actes (rémunérations des professionnels de santé libéraux), sur la base de tarifs historiques, variables géographiquement et négociés avec l'ARH. Les forfaits de prestations étaient encadrés par des Objectifs Quantifiés Nationaux (OQN) visant à assurer une régulation du financement par rapport à l'activité. Ce système de tarification complexe maintenait une coexistence de mécanismes distincts selon le statut juridique difficile à justifier.

Ainsi, ces modes de financement échouaient à atteindre les objectifs de lutte contre la dérive des dépenses pour laquelle ils avaient été institués tout en rendant quasi impossible toute comparaison de coûts entre les deux secteurs. Cet aspect était aggravé par leur impuissance à promouvoir des restructurations et évolutions de l'offre de soins

hospitaliers français pourtant jugés nécessaires. Dans un contexte de plus en plus prégnant de dégradation des comptes de la sécurité sociale⁷, la mise en œuvre d'une politique de maîtrise des dépenses de santé s'imposait.

Lancée en 2004⁸ dans le cadre du plan Hôpital 2007, la Tarification A l'Activité (T2A) consiste à répartir entre les établissements une enveloppe votée par le Parlement au sein de l'ONDAM⁹ non plus en fonction de données historiques mais compte tenu de l'activité réelle des établissements. En d'autres termes, elle repose dès lors sur une logique de mesure de la nature et du volume des activités et non sur une simple autorisation de dépenses. Dès la première année de déploiement la Cour des Comptes relève qu'elle s'impose comme une donnée majeure de la gestion des établissements de santé. « *La T2A est dès lors un révélateur des difficultés de certains d'entre eux et elle n'empêche pas l'apparition de déficits si l'établissement ne parvient pas à faire des progrès d'organisation et de fonctionnement* ». ¹⁰ Ce faisant, la T2A constitue une véritable révolution pour les établissements de santé dès lors qu'elle réintroduit dans la gestion hospitalière un lien entre la production de soins, les coûts de production, la rémunération et l'équilibre financier.

Conçue sur le mode d'un financement mixte, la T2A associe d'une part un système de dotations pour assurer notamment l'ensemble des missions de service public et d'autre part un dispositif de tarification médicalisé pour l'activité de soins. La nature et le volume d'activité sont désormais pris en compte afin de pouvoir financer un séjour au plus près de la mobilisation de ressources nécessaires aux soins. Il est important de noter que si le changement de paradigme est fort dès lors que l'activité est désormais prise en compte, cette dernière n'en est pas la base unique du calcul de la rémunération. En effet, le système d'allocation de ressources que constitue la T2A ne récompense pas l'activité mais la productivité. Comme le soulignent dans leur ouvrage *EPRD Gestion budgétaire et comptable des établissements de santé* les auteurs GROLIER J., DOUSSOT-LAYNAUD C-A., PEYRET P. : « *Il est dangereux de croire que l'augmentation de l'activité peut aider un établissement à rétablir son équilibre financier, dans le même temps, il augmente ses coûts fixes et variables. Pour tirer profit de la T2A il lui faudra principalement agir sur sa structure de coûts (...).* » ¹¹

⁷ A partir de 2002, le déficit du régime général entre dans une phase de dégradation constante. Il est estimé à 11,5 Md€ en 2003 soit 0,7 points de PIB.

⁸ Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004

⁹ ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

¹⁰ Cour des Comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, 2007, Chapitre 7 « La mise en œuvre de la T2A : un bilan à mi-parcours », p. 173

¹¹ GROLIER J., DOUSSOT-LAYNAUD C-A., PEYRET P., 2009, *EPRD Gestion budgétaire et comptable des établissements de santé*, Rennes, Editions EHESP, page 12

Cependant, la possibilité de mesurer l'activité a largement précédé dans le temps son utilisation à des fins de financement. En effet, elle est rendue possible du fait de l'existence depuis les années 1980 du Programme Médicalisé des Systèmes d'Information (PMSI). Le PMSI permet le recueil d'informations de nature à la fois administratives (âge, durée de séjour...) et médicales (diagnostic, actes pratiqués...) portant sur chaque séjour de patient réalisé dans un établissement de santé de court séjour (dit MCO ou Médecine, Chirurgie, Obstétrique). Les informations récoltées sont codées puis anonymisées sous la forme de Résumés de Sortie Anonymisés (RSA). Ces RSA sont ensuite répartis par un logiciel entre des Groupes Homogènes de Malades (GHM) comportant des caractéristiques économiques (coût et durée de séjour) et médicales (motif médical du séjour, actes pratiqués...) proches. Si dans les années 1980 ces données sont d'abord utilisées à des fins épidémiologiques, leur usage à des fins tarifaires est expérimentée dès 1991 puis généralisée à partir de 1997 à l'ensemble des établissements financés par dotation globale et OQN.

Par conséquent, dès la fin des années 1990, les résultats du PMSI sont utilisés par les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) pour réguler leur système hospitalier local en positionnant les établissements les uns par rapport aux autres. Grâce à la comptabilité analytique détaillée d'une quarantaine d'établissements, un coût moyen, exprimé en points ISA (Indice Synthétique d'Activité) est calculé par GHM. Pour chaque région ainsi que pour chaque établissement, est calculé :

- le nombre de points ISA produits (nombre de séjours par GHM multiplié par le nombre de points ISA affecté au GHM)
- la valeur moyenne en euros du points ISA (budget de court séjour divisé par le nombre de points ISA produits par l'activité de court séjour).

C'est donc le point ISA, nouvel indicateur, qui a introduit dans le système de santé français l'idée d'une régulation médico-économique des ressources financières accordées à l'hôpital. Mais l'utilisation du point ISA était restée très théorique et c'est la réforme de la T2A qui est en réalité venue parachever cette idée. Il faut noter que le Centre Hospitalier du Mans se trouvait déjà dans une situation délicate car la valeur de son point ISA était, de manière récurrente, supérieure aux moyennes régionales.

PMSI : Evolution de la valeur du point ISA			
Exercices	Valeur du point CHM	Valeur du point régionale	Valeur du point nationale
1995	15,65 F	-	-
1996	15,04 F	13,06 F	-
1997	12,15 F	11,02 F	12,14 F
1998	12,39 F	11,57 F	12,68 F
1999	12,86 F	11,81 F	12,94 F
2000	12,69 F	11,75 F	12,68 F
2001	12,48 F	12,28 F	13,20 F

Une prise de conscience institutionnelle au sein de l'établissement, à la faveur à la fois d'un changement de chef d'établissement et de la réalisation d'un audit par une mission de la DHOS¹², a déclenché un travail sur les causes de cette situation afin de tenter d'y remédier. Ainsi, dès 2001 un groupe de travail pluridisciplinaire regroupant à la fois des directeurs (directeur d'établissement, directeur des finances) et des praticiens hospitaliers (président de CME, chefs de service) est mis en place au Centre Hospitalier du Mans. La CLEF est née : Comité de Liaison Economique et Financière. Un des objectifs directs de la CLEF est de travailler sur « l'axe coût du point ISA-DMS » en s'appuyant sur des actions d'autodiagnostic. Pour cela, plusieurs services pilotes ont été référencés pour travailler sur ces points et proposer des solutions les concernant eux-mêmes mais dont la philosophie pourrait ensuite être généralisée à l'ensemble de l'établissement.

Pour ce faire, la CLEF rassemble des représentants de services relevant de la médecine (6 services pilotes : neurologie, unité dédiée à la post-réanimation¹³, pneumologie, médecine polyvalente¹⁴, gériatrie et dermatologie) mais aussi de la chirurgie. Chacun de ces services étant représenté à la CLEF par un binôme constitué par un médecin et un cadre. D'emblée une distinction est réalisée entre les problématiques des services relevant de médecine et ceux de chirurgie. Si les services de médecine axent très vite leur travail (dès juin 2002) sur des études de la DMS par grande pathologie, pour les services de chirurgie, le problème n'est pas considéré comme centré sur une DMS inadéquate mais plutôt sur deux autres aspects :

- une production d'actes jugées insuffisantes compte tenu de la taille de l'établissement ce qui implique un recentrage la réflexion sur l'optimisation du bloc opératoire.

¹² DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

¹³ Unité désignée dans les documents sous le nom "d'unité 32", unité qui n'existe plus aujourd'hui

¹⁴ Ce service comprend les unités de 2 pavillons (Widal et Béhier) qui étaient alors dédiés à la prise en charge de la médecine polyvalente

- un taux de remplissage des services de chirurgie considéré comme faible notamment en chirurgie pédiatrique. Les compte-rendus des réunions tenues à cette époque montrent bien que ce dernier point est particulièrement discuté par les praticiens. A de multiples reprises ceux-ci soulignent qu'ils anticipent une implication future forte des tutelles portant sur « *le coefficient de remplissage des diverses chirurgies* ».

Ces différentes remarques montrent bien que si l'objectif premier du groupe CLEF est bien de centrer son travail autour du coût du point ISA et de la production insuffisante de ces points pour l'établissement, il s'inscrit également dans une dynamique plus large comprenant un aspect prospectif. Ainsi, le groupe CLEF a choisi de se concentrer sur l'étude de la DMS tout en soulignant que celle-ci « *n'est que l'un des facteurs jouant sur la production de points ISA, facteur qui selon des simulations faites nous a paru le plus « rentable ». La baisse de la DMS est donc un facteur favorable sur lequel une action est possible mais qui ne portera ses fruits que si les lits ainsi libérés sont occupés par des nouveaux patients.* »¹⁵. Le coefficient de remplissage est dès lors un marqueur qui est étudié bien qu'il n'ait pas en soit « *de signification sur les points ISA autrement qu'en signalant des possibilités de prise en charge de nouveaux patients non exploitées* ». ¹⁶ Enfin, la réflexion de l'époque prend également en compte les aspects « *qualité de la prise en charge médicale* » en soulignant l'existence de « *bonnes pratiques, consensus, recommandations* » pour certaines pathologies qui ont été fixées par « *des conférences de consensus avec notamment des précisions concernant les indications d'hospitalisation ou les critères de sortie* ». ¹⁷

Afin de faciliter la généralisation de ses conclusions ¹⁸ à l'ensemble de l'établissement, un document rappelant les notions importantes ou règles régissant les indicateurs hospitaliers est diffusé dès l'automne 2002. Il revient en détail sur les points suivants :

- les notions de DMS, de taux d'occupation, de points ISA,
- la répercussion des modes d'hospitalisation sur la production de points ISA et leurs coûts

¹⁵ cf. Annexe X : Travail de la CLEF intitulé « Quelques considérations générales pour un plan d'actions »

¹⁶ Ibid.

¹⁷ Ibid.

¹⁸ Pour plus de précisions se référer à l'annexe XI : Synthèse des travaux réalisée par les services pilotes du groupe CLEF

- Les divers types de consultations faites dans l'établissement et leurs conséquences positives ou négatives sur la production des points ISA, les hospitalisations programmées, la charge médicale représentée,
- La comptabilisation des journées en hospitalisation classique ou en hôpital de jour ou de semaine

Il est important de préciser que le groupe de travail CLEF va prendre une autre tournure à partir de 2004 avec la mise en place de la T2A. Il s'agira pour lui de prolonger la réflexion entamée en 2001 en associant les praticiens hospitaliers de l'établissement à la mise en place de la comptabilité analytique, de la contractualisation interne et des tableaux de bord. Nous reviendrons sur ce point par la suite.

1.1.1.2. Création de l'EPRD, importance stratégique de la sincérité des comptes

L'adoption de la réforme de l'EPRD

L'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) est défini dans le décret n°62-1587 du 29 décembre 1962 portant règlement général de la comptabilité publique dont l'article 4 précise que « *le budget, ou le cas échéant, l'état des prévisions de recettes et de dépenses est l'acte par lequel sont prévues et autorisées les recettes et les dépenses des organismes publics* ». Cependant, l'article 1^{er} de ce même décret stipule également que le domaine d'application de la comptabilité publique est restreint « *à l'Etat et aux établissements publics nationaux ; aux collectivités territoriales et aux établissements publics qui leur sont rattachés* ». Dans un premier temps, les hôpitaux ne sont donc pas concernés par la mise en œuvre de l'EPRD. Celle-ci n'intervient que bien plus tard avec l'adoption du décret n°2005-1474 du 30 novembre 2005 qui étend son application aux établissements de santé publics.

Lors de l'adoption du plan Hôpital 2007, il a semblé nécessaire d'y inclure plusieurs innovations permettant de mieux prendre en compte le nouvel environnement dans lequel allaient s'inscrire les établissements de santé. Si Hôpital 2007 comprend plusieurs volets destinés à favoriser la modernisation des établissements de santé, l'Etat met notamment l'accent sur l'organisation interne des établissements en couplant les 2 mesures suivantes :

- une simplification du fonctionnement administratif avec la mise en place du système dit de la « nouvelle gouvernance »¹⁹,
- une modification du régime budgétaire et financier des établissements²⁰ de santé : instauration de l'EPRD et du PGFP (Plan Global de Financement Pluriannuel).

Ce nouveau régime budgétaire et financier applicable aux établissements de santé crée une rupture majeure dans les modalités de pilotage de la politique hospitalière. Les établissements doivent désormais bâtir leur plan d'investissement dans un cadre rénové prenant en compte des composantes financières nouvelles dont les implications ne sont pas négligeables (T2A, EPRD, PGFP).

L'architecture de l'EPRD et du PGFP

L'article R 6145-13 du Code de la Santé publique précise la composition de l'EPRD qui comprend les 3 éléments suivants :

- un compte de résultat prévisionnel principal (CRPP) « dans lequel sont prévues et autorisées les opérations d'exploitation à l'exclusion de celles qui sont retracées dans un compte de résultat prévisionnel annexe »,
- un compte de résultat prévisionnel annexe (CRPA) pour chaque activité mentionnée à l'article R 6145-12 (USLD, écoles (IFSI/IFAS), HAD...),
- un tableau de financement prévisionnel « dans lequel sont prévues et autorisées les opérations d'investissement se rapportant à l'ensemble des services et activités de l'établissement ».

L'ensemble de ces 3 éléments intervient pour le calcul de la capacité d'autofinancement (CAF), soit le montant des dépenses que l'établissement pourra consacrer au financement des investissements. En effet, le résultat prévisionnel des comptes de résultat prévisionnels (CRPP et CRPA) est repris dans un tableau de calcul de la capacité d'autofinancement prévisionnelle, laquelle apparaît comme une ressource du tableau de financement prévisionnel. La variable d'équilibre de l'ensemble est assurée par le fonds de roulement (apport au prélèvement).

¹⁹ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé JORF n°102 du 3 mai 2005

²⁰ Décret n°2005-1474 du 30 novembre 2005 relatif à l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements de santé JORF 1er décembre 2005 en vigueur le 1er janvier 2006

Schéma : architecture de l'EPRD et du PGFP ²¹

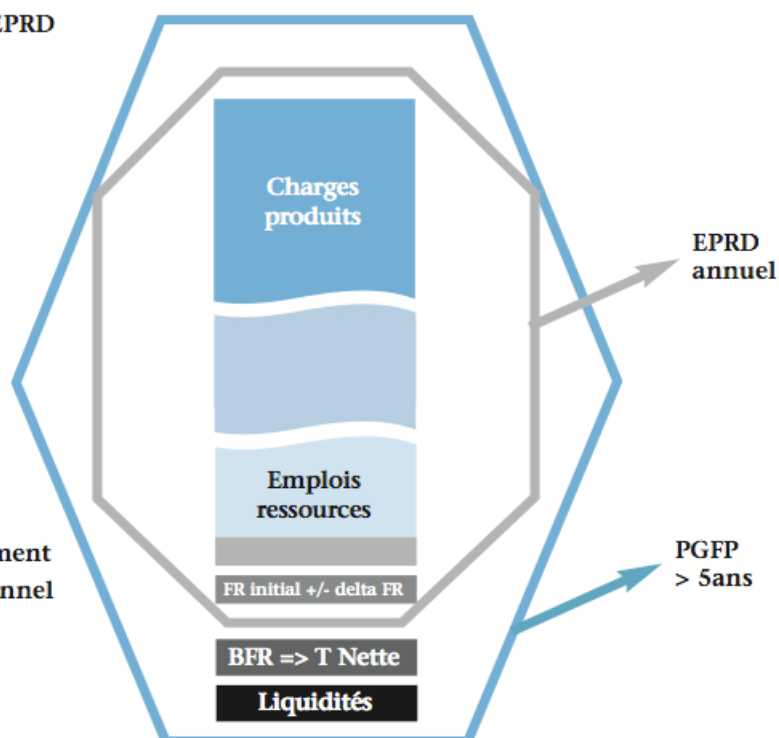
Schéma 1 Architecture de l'EPRD et du PGFP (décret financier du 30/11/2005)

Compte(s) de résultat prévisionnel(s)

Capacité d'autofinancement prévisionnelle

Tableau de financement prévisionnel

Variation du fonds de roulement
Fonds de roulement prévisionnel



Comme le démontre bien ce schéma, le PGFP, en regroupant les données des EPRD annuels sur un horizon de 5 ans, permet de donner une vision financière pluriannuelle de l'établissement. Dès lors, il définit le cadre global et pluriannuel dans lequel doivent s'inscrire les prévisions des exercices budgétaires successifs. « *Le PGFP dessine les orientations financières de l'établissement en prenant en compte les différentes dimensions de la gestion (prévisions d'exploitation, d'investissement) et en projetant les équilibres financiers – y compris le besoin en fonds de roulement et la trésorerie nette – et le niveau des liquidités et la marge brute* ». ²² Ainsi, la prise en compte de ces éléments nouveaux permet de s'interroger plus clairement sur les grands équilibres bilantiels de l'établissement et de veiller à conforter les ressources stables et le fonds de roulement.

²¹ DOUSSOT-LAYNAUD Claude-Anne, PEYRET Philippe, « La confirmation d'un changement de paradigme dans la construction budgétaire des EPS : le caractère financier de la gestion est explicitement affirmé », *Finances Hospitalières*, n° 37 - Juin 2010

²² Ibid.

Des principes forts réaffirmés

Ainsi, en dotant les établissements publics de santé de ces nouveaux instruments, l'Etat souhaite inscrire un changement durable de paradigme en dotant d'un nouveau volet financier une gestion qui était, sous le budget global, uniquement budgétaire.²³ Dès lors, PGFP et EPRD permettent la prise en compte d'une optique financière nouvelle en permettant le calcul de la capacité d'autofinancement prévisionnelle, soit la part des recettes que l'établissement souhaite consacrer à sa structure financière. Ce faisant, l'EPRD constitue une nouveauté puisqu'il permet de mettre en lumière les conséquences patrimoniales directes des choix opérés lors des exercices budgétaires précédents et suivants. Ainsi dotés de nouvelles informations financières dont ils ne disposaient pas précédemment, les établissements ont pu, petit à petit, s'inscrire dans un pilotage à dimension pluriannuelle.

Plusieurs principes sous-tendent l'EPRD et le PGFP :

- Le principe d'équilibre : chacun des comptes de résultat prévisionnels est présenté en équilibre (par dérogation le CRPP peut prévoir un déficit uniquement s'il est compatible avec le PGFP),
- Le montant de la CAF doit être suffisant pour couvrir le remboursement en capital contractuel des emprunts à échoir au cours de l'exercice
- La mise en avant du double principe de sincérité et de transparence budgétaire doit permettre d'offrir une plus forte sincérité comptable afin de pouvoir traduire la situation économique et budgétaire réelle des établissements hospitaliers.
 - o Principe de sincérité : l'instruction comptable M21 régissant la comptabilité hospitalière précise que celle-ci doit être « *régulière, sincère et donner une image fidèle de la situation des établissements* »
 - o Transparence : il s'agit de prendre en compte la totalité des charges et des produits se rapportant à un exercice (système dit des droits constatés)
- L'EPRD permet un décloisonnement de la gestion hospitalière qui sort de la simple sphère budgétaire pour prendre également en compte la sphère patrimoniale et financière. En effet, un lien étroit est établi entre dépenses d'exploitation et d'investissement en faisant apparaître clairement les conséquences d'un déficit d'exploitation sur les équilibres bilanciaux et les capacités d'investissement futures.

²³ Ibid.

- L'EPRD permet l'enregistrement de recettes nouvelles et leur utilisation immédiate pour l'établissement : c'est donc un outil budgétaire en phase avec une logique de gestion, basée en priorité sur l'évaluation des recettes et sur le caractère également évaluatif des dépenses. Cet aspect évaluatif n'est pas toujours aisé pour les gestionnaires qui se retrouvent souvent confrontés aux difficultés de réalisation de prévision dans un cadre global instable (changements de versions T2A notamment).

Les implications sont telles que dès 2007 la Cour des Comptes se saisit du sujet et dédie un chapitre à « La fiabilité des comptes des hôpitaux » dans son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Ainsi, le rapport précise : « *En 2006, le passage du budget limitatif à un état prévisionnel comportant des crédits évaluatifs a conduit à faire apparaître des déficits budgétaires prévisionnels dans de nombreux EPS, cette proposition atteignant 61% dans la catégorie des CHU (selon les données de la DHOS).* »²⁴

L'EPRD, par ses principes fondateurs évoqués plus haut, permet de mettre en lumière le résultat de la gestion annuelle de l'hôpital soit l'équivalent du bénéfice ou de la perte pour une entreprise. Celui-ci permet dès lors une réelle confrontation des charges aux produits de l'exercice. En matière budgétaire, les « titres » auxquels il est fait référence tout à long de ce mémoire étant ceux qui, dans l'EPRD, apparaissent dans le compte de résultat principal, pour une meilleure compréhension se rapporter à l'annexe IX. Si le régime de la dotation globale permettait de déterminer un résultat économique, celui-ci était sous-estimé à la fois :

- du côté des recettes du fait de l'incidence des seules recettes du titre 3 issues des activités subsidiaires²⁵. La sous-estimation des recettes subsidiaires (non liées directement à l'activité hospitalière) permettaient d'accroître

²⁴ Cour des Comptes La sécurité sociale 2007, Chapitre 4 « La fiabilité des comptes des hôpitaux » p. 97

²⁵ Dans le modèle du budget global le principe de la détermination des budgets hospitaliers était déjà la fixation des recettes pour couvrir les autorisations de dépenses. Le montant de la dotation globale était ainsi déterminé par la différence entre la totalité des charges d'exploitation inscrites au budget (les autorisations de dépense) et la totalité des recettes autres que la dotation globale, de manière à assurer l'équilibre budgétaire. Dès lors, le montant de la dotation globale (ancien titre 1) devait équilibrer les autorisations de dépenses compte tenu des autres recettes i.e. les recettes d'exploitation dont le financement n'est pas assuré à titre obligatoire par la Sécurité sociale (actuel titre 2, ticket modérateur et forfait journalier) et les prévisions relatives aux recettes des activités subsidiaires (actuel titre 3 prestations, produits du patrimoine)

- artificiellement les produits à recevoir (niveaux d'autorisation de dépenses) par le mécanisme des « déficits de recettes » automatiquement compensés.
- du côté des dépenses (par la possibilité de recourir aux pratiques de reports de charges ce qui a pour effet de les minorer, ou d'utiliser comme mode de financement des reprises sur provisions ou sur fonds propres). Les reports de charges permettaient pour des dépenses réalisées sur l'exercice N de ne pas les y rattacher, faute de crédits disponibles, et de les attribuer à l'exercice N+1.

Les conséquences pratiques de l'introduction de l'EPRD : une amélioration de la sincérité des comptes des EPS qui souligne des situations budgétaires délicates

Du fait de cette sous-estimation des résultats économiques rendue possible sous le régime de la dotation globale, la mise en oeuvre de l'EPRD a révélé les fragilités réelles des structures financières et budgétaires. La Cour des Comptes²⁶ souligne qu'avant 2006 la situation réelle budgétaire des établissements était mal appréhendée du fait des « *pratiques comptables contestables* » représentées surtout par les reports de charges d'une année sur l'autre. Ainsi, elle relève notamment que la série statistique sur les comptes des hôpitaux est faussée jusqu'en 2005. Ces difficultés sont donc antérieures à la réforme qui n'a fait que les révéler et non les causer « *L'introduction de l'EPRD en 2006 seulement a ensuite objectivé les difficultés financières dans lesquelles se trouvaient un certain nombre d'EPS* ». ²⁷

Par conséquent, du fait d'un « *calendrier de réformes mal coordonné* »²⁸, l'objectif d'amélioration de la régulation des dépenses hospitalières est intervenu de manière postérieure à la relance des investissements contrairement à ce qui aurait été souhaitable. Les établissements de santé se sont dès lors lancés dans des projets immobiliers avec le plan Hôpital 2007 sans prendre en compte ni le niveau réel de leur activité ni les conséquences financières de ces investissements, aggravant d'autant plus des situations budgétaires souvent déjà délicates. L'impact sur les structures financières n'a pas été neutre : « *cela a encore plus fragilisé certains établissements, lorsqu'ils ont engagé des projets trop ambitieux ou mal évalué leur incidence financière* ». ²⁹

²⁶ Ibid.

²⁷ Cour des Comptes La sécurité sociale 2009, Chapitre VI « Plan Hôpital 2007 : la relance des investissements immobiliers » p. 166

²⁸ Ibid. p. 165

²⁹ Ibid. p. 166

1.1.2. Une situation financière et budgétaire délicate

Comme de nombreux établissements français, le Centre Hospitalier du Mans a du faire face ces dernières années à des difficultés financières importantes qui ont durablement marqué le développement de l'établissement en conditionnant fortement ses marges de manœuvre.

1.1.2.1. Le constat d'échec du premier CREF 2006-2008

En 2005, avec la mise en œuvre de la réforme de l'EPRD au sein de l'établissement, apparaît un fort déficit d'exploitation (- 3 M€). Loin de diminuer dans le temps, il reste persistant sur plusieurs exercices, s'améliorant temporairement pour se dégrader de nouveau aussitôt : - 1,47 M€ en 2006 puis pas moins de - 3,3 M€ en 2007. Cependant, l'année 2007 marque un véritable tournant dans la gestion de la situation financière et budgétaire de l'hôpital. En effet, afin de pouvoir faire face à ces difficultés, l'établissement a conclu fin 2006 un premier Contrat de Retour à l'Equilibre Financier (CREF) avec l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH). Le but affiché était de permettre à l'établissement de retrouver l'équilibre budgétaire, et ce, dès 2008.

Ce CREF prévoyait, de la part de l'établissement, la mise en œuvre d'un programme d'économies et de développement d'activités sur 3 exercices pour un montant total de 6 M€. En contrepartie, l'ARH s'engageait à verser chaque année des aides au redressement pour un montant total de 3 M€.

Cependant, à la fin de l'année 2007, deux éléments distincts viennent assombrir l'avenir du Centre Hospitalier du Mans et remettre en cause sa capacité à atteindre les objectifs fixés par le CREF :

- le déficit à la clôture de l'exercice 2007 est finalement de - 3,3 M€, soit un montant plus élevé de ce qui avait été constaté en 2005, année de naissance des inquiétudes financières. De plus, le montant du déficit d'exploitation affiché pourrait être plus élevé s'il n'était tenu compte des aides exceptionnelles importantes (2,5M€ en 2005 versées par l'agence),

	2005	2006	2007
Déficit (en M€)	- 3	- 1,47	- 3,3
Déficit retraité (en M€)	-2,81	- 4,59	- 5,8

- l'élaboration d'un Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP) sincère laisse apparaître fin 2007 une perspective de dégradation constante de la situation budgétaire entre 2008 et 2012 en l'absence de mesures d'économies volontaristes. La sonnette d'alarme est tirée : le déficit prévisionnel de l'établissement pourrait atteindre -17 M€ en 2012. Le CHM peut difficilement supporter un tel montant sans remettre en cause durablement une partie de son activité. De plus, le PGFP pointe également une CAF devenant négative dès 2010, mettant dès lors en évidence une insuffisance d'autofinancement (IAF) qui engendre une explosion de l'encours de la dette.

	2008	2009	2010	2011	2012
Résultat (en M€)	- 5,8	- 7,2	- 11,8	- 15,4	- 17
CAF (en M€)	3,6	1,5	- 1,4	- 2,9	- 4,5

Les conclusions sont sans appel : la dégradation de la situation financière et budgétaire du Centre Hospitalier du Mans est alarmante car elle se poursuit en dépit du support financier non négligeable que l'ARH a apporté à l'établissement entre 2006 et 2008. De plus, le PGFP met en lumière l'inscription durable de l'établissement dans une dynamique d'enchaînement des déficits et de dégradation de sa situation. C'est dans ce contexte qu'est conclu en 2008 un second CREF, détaillé plus loin.

Lancée en 2004 pour permettre l'assainissement de la situation financière des établissements de santé et faciliter la mise en place de la T2A, la politique contractuelle des CREF dits V1 fait l'objet aujourd'hui d'une évaluation très sévère. Ainsi, un rapport de l'IGAS dédié au sujet³⁰ et rendu public en octobre 2007, relève les nombreuses critiques pouvant être portées à leur égard, évoquant à de multiples reprises leur incapacité à redresser les situations. L'IGAS va même jusqu'à donner à une des parties du rapport le titre suivant « *le contenu des contrats : des mesures insuffisantes, des résultats préoccupants* ». Cependant, face au contexte d'un passage à 100% de la T2A potentiellement menaçant pour les finances publiques, l'idée même d'un accompagnement contractuel des établissements de santé en difficulté n'est pas abandonnée.

³⁰ IGAS, BRETON T., LANNELONGUE C., LEOST H., Octobre 2007, *Contrôle sur les mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) par des hôpitaux « perdants » à la T2A*

La réaction de l'ARH est rapide : en 2008, elle commande à un cabinet d'expertise privé, le groupe CapGemini, un audit de gestion pour le CHM. Celui-ci s'appuie notamment sur la méthode « Diagnostic Flash », développée par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins (DHOS). L'audit confirme la présence d'une situation financière et budgétaire difficile en mettant en avant 2 indicateurs qui vont jouer le rôle de révélateurs :

- Un déficit budgétaire et un report de charges importants

En effet, le déficit retraité (c'est-à-dire qu'il n'est pas tenu compte des aides exceptionnelles) est de près de – 6,2 M€ en 2008. Les auditeurs constatent en outre un report de charges datant de 2001 non apuré d'environ 5 M€ dont le montant correspond à une prime de service (ce report n'est toujours pas actuellement apuré sur l'exercice 2011).

- Une nette dégradation de la capacité d'autofinancement (CAF)

Celle-ci ne permet plus de financer les investissements du Centre Hospitalier du Mans. Pour rappel, la CAF retraitée (hors aides exceptionnelles pesant sur le résultat de l'exercice) est passée d'un montant de 7,49M€ en 2005 à 3,94 M€ en 2007.

Mais l'audit va plus loin en mettant en lumière les principales causes de ces difficultés. Il pointe du doigt deux éléments principaux :

- une masse salariale en augmentation (hausse constante des charges du titre 1 à la fois en coût, en poids et en pourcentage d'évolution d'une année sur l'autre),
- des investissements générateurs de déficit : la réalisation de ces investissements lourds est génératrice de surcoûts pour l'hôpital. En première ligne, c'est la construction même du Pôle Femme-Mère-Enfant qui est visée pour un coût total de 38 M€ quasiment exclusivement financé par l'emprunt.

Cependant, cette situation financière difficile n'a pas conduit, comme cela a pu être parfois le cas dans d'autres établissements, à une remise en cause par le diagnostic du rôle ou du périmètre de la structure. Après une analyse détaillée du positionnement stratégique et territorial de l'établissement, ce dernier a, au contraire, été jugé plutôt favorable. Si plusieurs points positifs sont ainsi soulignés, notamment un environnement sanitaire public peu concurrentiel et la conservation de parts d'activité importantes, y compris en chirurgie, la présence de potentielles menaces (un environnement privé dynamique et restructuré), n'est pas non plus sous-estimée par le cabinet privé.

1.1.2.2. Un 2ème CREF toujours en cours d'exécution

Le rapport d'audit détaillé a fait l'objet d'une présentation aux instances de l'établissement ainsi qu'à l'ARH au printemps 2008, le CHM s'en inspire directement afin de mettre en place un plan d'actions pluriannuel permettant de répondre aux remarques soulevées. Ce plan d'actions, élaboré en concertation avec l'ARH court sur la période 2008-2012. Il porte le nom de PRogramme d'Efficiencie et de Capacité d'Investissement Stratégique (PRECIS).

Le PRECIS s'articule en plusieurs volets : un volet financier, un volet stratégique déclinant les projets à venir (pour le financement desquels il est indispensable de reconstituer une CAF) et un volet social d'accompagnement de la démarche. Il s'agit pour nous de revenir plus particulièrement sur le volet financier. L'objectif assigné par le PRECIS au Centre Hospitalier du Mans découle directement de l'audit de CapGemini. Il est double : renouer avec l'équilibre budgétaire en réduisant les déficits accumulés et restaurer une capacité d'autofinancement (CAF) suffisante.

Les engagements pris par le Centre Hospitalier du Mans dans le cadre du CREF sont nombreux et concernent tous les secteurs :

- Charges :

- titre 1 : maîtrise du développement de la masse salariale. Pointée à de multiples reprises dans l'audit de CapGemini, elle concentre la majorité des efforts à faire par le CHM. L'effort d'économies n'est pas négligeable puisqu'il représente 13,5M€, soit environ 10% de la masse salariale totale du personnel non médical.
- titres 2 et 3 : contenir la progression des charges à caractère médical et pharmaceutique (titre 2) ainsi que les dépenses à caractère hôtelier et général (titre 3).

- Recettes :

- titre 1 : poursuivre la dynamique de progression d'activité engagée pour permettre à l'établissement de voir augmenter ses recettes d'assurance

maladie de +1,4% chaque année (hypothèse de relative stabilité des tarifs des GHS).

- titre 2 : optimiser la chaîne de facturation de l'hôpital (notamment au regard des débiteurs divers hors assurance maladie) : + 1,8% par an.
- Investissements : l'ARH se prononce en faveur d'un gel des investissements du CHM pour la période 2009-2011, exception faite du Dossier Patient Informatisé (DPI - pour lequel l'établissement a déposé un dossier dans le cadre du plan Hôpital 2012).

En échange, l'ARH s'est engagée à accompagner le CHM dans la mise en œuvre du CREF selon les modalités suivantes :

- Financer au titre du Plan Hôpital 2012 le DPI³¹ à hauteur de 66%
- Accorder un financement complémentaire reconductible à hauteur de 500 000 € par an pour les surcoûts d'amortissements générés par le bâtiment Aliénor
- Accorder une aide ponctuelle dégressive (AC)³² pour un montant de 5 M€ (répartis sur plusieurs exercices)

Si les objectifs du PRECIS ont bien été respectés en 2008 et 2009, l'année 2010 a été marquée par un résultat à la clôture plus déficitaire que prévu (- 2,8 M€). Cependant, ce déficit apparaît structurellement plus sain pour l'établissement :

- le poids des aides exceptionnelles dans les produits a diminué,
- la CAF a augmenté sous l'effet de la progression des dotations aux amortissements et provisions qui viennent compenser un résultat budgétaire négatif,
- le CH s'inscrit durablement dans une situation de désendettement, 2010 ayant constitué une « année blanche » en emprunts. La mise en place d'une gestion active de la dette a permis une diminution de la part des emprunts dans les financements stables.

³¹ DPI : Dossier Patient Informatisé

³² AC : Aide à la contractualisation

1.1.2.3. L'importance stratégique de la CAF

A ce stade de la réflexion, il nous apparaît opportun de réaliser un retour plus précis sur le concept même de CAF et sur ses implications stratégiques pour le Centre Hospitalier du Mans.

Dans leur ouvrage publié aux presses de l'EHESP, Jacques GROLIER, Claude-Anne DOUSSOT-LAYNAUD et Philippe PEYRET donnent de la capacité d'autofinancement la définition suivante : [elle] « *correspond à la part des produits d'exploitation encaissables non consommée dans le cadre de la réalisation des activités qui les génèrent et qui reste donc disponible pour abonder la trésorerie ou financer des investissements. Cette notion permet de passer du résultat (différence entre produits et charges qui résulte de la prévision budgétaire d'exploitation) à celle de flux financiers potentiellement attendus de l'exploitation* »³³

Formule de calcul de la capacité d'autofinancement (CAF)	
CAF	+ résultat comptable (produits – charges) + charges non décaissables (dotations aux amortissements et aux provisions, ...) – produits non encaissables (reprises sur provisions...)

Cette définition met en lumière l'importance stratégique de la CAF. Concrètement, elle est essentiellement composée des dotations aux amortissements, des provisions et du résultat de l'exercice. Plus qu'un simple retraitement de données budgétaires, elle permet de souligner le résultat des cycles d'exploitation de l'hôpital. Ce résultat représente leur capacité (la CAF est alors positive) ou leur incapacité (la CAF est négative et on est face à une IAF) à dégager pour l'hôpital des ressources propres d'autofinancement. Par conséquent, la CAF est avant tout un instrument de mesure des ressources internes de l'établissement c'est-à-dire un flux potentiel de trésorerie.

L'étude du niveau de CAF du Centre Hospitalier du Mans est particulièrement parlante pour les raisons suivantes :

- elle est conditionnée par le résultat de l'exercice (déficit ou excédent)
- elle conditionne le recours à des ressources externes et par conséquent à l'emprunt
- elle conditionne l'importance des programmes d'investissements que l'établissement pourra supporter sans déséquilibre nouveau de sa structure financière

³³ GROLIER J., DOUSSOT-LAYNAUD C-A., PEYRET P., 2009, *EPRD Gestion budgétaire et comptable des établissements de santé*, Rennes, Editions EHESP, p. 154

Or pour la période 2005-2010, reprenant les différents éléments qui ont déjà été évoqués, nous sommes en mesure de faire le constat suivant pour le CHM :

- Certains éléments venant impacter à la baisse la constitution de la CAF persistent :
 - o présence d'une dynamique déficitaire pour le budget principal du CHM ayant induit la mise en place d'un, puis de deux CREF, même si le résultat budgétaire s'améliore,
 - o existence d'un fort recours à l'emprunt (l'encours de la dette est passé de 59 M€ au 31 décembre 2005 à un pic de 115,6 M€ au 31 décembre 2009) qui fait également pression à la hausse sur le capital remboursé chaque année,
 - o présence d'investissements importants sur la période initiés avant 2007 mais dont les conséquences financières pèsent lourdement sur les années suivantes (notamment la construction du bâtiment Aliénor pour près de 38 M€ d'euros).

- Malgré une construction coûteuse, le volume des dotations aux amortissements dédiées au nouveau bâtiment du PFME ne parvient pas à compenser la pression à la baisse exercée sur la CAF. L'amortissement correspond à la constatation comptable d'un amoindrissement d'un élément d'actif et a pour but d'assurer le renouvellement des immobilisations une fois celles-ci mises en service. Or, le bâtiment Aliénor comptabilise plusieurs durées d'amortissement en fonction des biens considérés :
 - o 50 ans pour le bâtiment lui-même,
 - o 20 ans pour l'électricité, plomberie, fluides médicaux, chauffages etc.

Le bâtiment ayant à lui seul coûté près de 20,3M€ soit près de la moitié du coût total, la question des modalités de son amortissement est particulièrement centrale. L'amortissement annuel du bâtiment, calculé au prorata temporis, s'établit en 2011 à 459 000 euros en année pleine³⁴. En 2011 l'ensemble des dotations aux amortissements concernant le PFME (bâtiment, électricité, plomberie etc. compris) s'élevait donc à 1,2 M€. Si la durée d'amortissement était revue à la baisse, de manière conforme aux préconisations comptables et en partant du constat d'un bâtiment MCO n'a pas une durée de vie sans travaux de 50 ans aujourd'hui, l'amortissement annuel total du PFME serait, pour 2011, de :

³⁴ Pour cette partie, se référer à l'Annexe XII « Durée d'amortissement du bâtiment Aliénor » reprenant en détail les calculs d'amortissement effectués. Attention, ce chiffre prend en compte les intégrations réalisées en 2009, 2010 et 2011. L'ensemble des durées d'amortissement du PFME a été calculée au prorata temporis.

- 919 000€ pour une durée d'amortissement du bâtiment établie à 25 ans, soit un total de 1,67 M€ par an pour le PFME dans son ensemble
- 1,149 M€ pour une durée d'amortissement du bâtiment établie à 20 ans, soit un total de 1,9 M€ par an pour le PFME dans son ensemble

Par conséquent, faute de posséder une durée d'amortissement plus conforme à l'utilisation réelle de son bâtiment, le PFME n'est pas source de gains pour la CAF de l'établissement. Cette situation est d'autant plus critique qu'actuellement la M21, l'instruction budgétaire et comptable applicable aux établissements publics de santé, interdit de revenir sur la durée d'amortissement retenue en 2008 « *Une fois arrêté par l'ordonnateur à la mise en service du bien, le plan d'amortissement ne doit pas être modifié en cours d'exécution. Cependant, toute modification significative des conditions d'utilisation du bien peut justifier une révision du plan en cours d'exécution qui est nécessairement prospective (...). La révision du plan d'amortissement doit être motivée uniquement par la modification significative des conditions d'utilisation du bien, et non par la recherche d'un éventuel ajustement budgétaire.* »³⁵ Faute de recours dans ce domaine, l'établissement n'est pas en mesure d'améliorer sa structure financière en réduisant la durée d'amortissement anormalement longue.

Cependant, cette durée d'amortissement, actée en 2008 au moment de la livraison du bâtiment, a longtemps été considérée comme "classique"³⁶ dans les pratiques des établissements hospitaliers. Au moment du choix, l'établissement était déjà sous CREF ce qui impliquait la présence de forts déficits (résultats comptables charges – produits négatifs). Par conséquent, une dotation aux amortissements plus importante, bien que positive sur le plan de la structure financière de l'établissement, aurait exercé une pression baissière encore plus forte sur la structure budgétaire déjà en difficulté en creusant plus encore le déficit (hausse du titre 4 de la section d'exploitation "dépendances financières") au moment même de la mise en place de la convergence tarifaire.

Grâce à l'ensemble des éléments évoqués plus haut il est plus aisé de comprendre la raison pour laquelle le retour à des niveaux plus élevés de CAF représente un enjeu actuellement si prégnant pour l'établissement. Celui-ci cherche désormais à améliorer conjointement ses structures budgétaire (hausse de la CAF) et financière

³⁵ Instruction codificatrice n° 07-005-M21 du 17 Janvier 2007, instruction budgétaire et comptable applicable aux établissements publics de santé, tome 2 « cadre budgétaire », p. 104

³⁶ Pour rappel, la première maternité du CHM, ouverte en 1954, n'a été désaffectée qu'en 2009 soit un usage des locaux s'étalant sur une durée totale de 55 ans (mais avec plusieurs rénovations intervenues sur cette période)

(diminution des déficits) afin de pouvoir retrouver des marges de manoeuvre. En effet, la présence d'une réelle CAF apparaît comme la condition sine qua non pour que l'établissement puisse se réinscrire dans une dynamique de développement soutenable sur le long terme. Sur la période étudiée, afin de couvrir un besoin de financement conséquent et compte tenu de la faiblesse de sa capacité d'autofinancement, le Centre Hospitalier du Mans n'a donc pas eu d'autre choix que de recourir massivement à l'emprunt.

1.2. Un projet PFME conçu en période de dotation globale

S'inscrivant dans le cadre du programme Hôpital 2007, le Centre Hospitalier du Mans dépose un projet de « Pôle Femme-Mère-Enfant » en 2003. Si ce projet comporte par nature de multiples aspects, trois caractéristiques ressortent :

- Cette volonté de création architecturale nouvelle a lieu dans un contexte de forte réduction de l'offre de soins dans ce domaine sur le territoire de la Sarthe (1.2.1.).
- Ainsi, sa mise en place peut être interprétée comme une réponse adaptée à des besoins persistants pour ce bassin de santé, qui trouvent dès lors une réponse dans la mise en place du PFME en maintenant une possibilité d'accès aux soins (1.2.2.).
- De plus, dans un contexte de démographie médicale tendu, la construction d'un bâtiment unique, regroupant les bâtiments Aliénor et St Exupéry (datant de 1993), se fait également facilitateur de regroupements et donc de mutualisations (1.2.3.).

Enfin, à ce stade de la réflexion, tout en gardant à l'esprit le fait que l'art est difficile mais la critique aisée, il nous semble important de réaliser une analyse critique du projet (1.2.4.).

1.2.1. Une forte réduction de l'offre de soins sur le territoire de la Sarthe

En 2003, au moment de l'écriture du projet du pôle Femme-Mère-Enfant, le Centre Hospitalier du Mans disposait déjà un rôle d'établissement de recours sur le territoire sarthois. Ce rôle concernait notamment les activités d'hospitalisation et d'urgences pédiatriques ainsi que la maternité de niveau III. Ce label d'établissement de recours s'explique directement par la répartition de l'offre de soins sur le département.

En effet, entre 1983 et 2003, pas moins de 7 maternités du département de la Sarthe dont 5 situées dans des établissements publics³⁷ ont successivement cessé leur activité. « En 2004, il n'y a plus dans la région de maternité de moins de 700 naissances par an ».³⁸ Ce mouvement de restructuration de l'offre de soins³⁹, entamé dès le milieu des années 1980 s'est trouvé accéléré par l'adoption par l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) Pays de la Loire de son SROS II. En y insérant une partie dédiée à cette thématique, thème qui sera d'ailleurs également présent dans le SROS III (2006-2010), l'ARH marquait sa volonté de favoriser cette évolution. « Les restructurations effectuées durant le SROS II ont abouti à un maillage gradué et satisfaisant de maternités. (...) L'enjeu principal du SROS III sera de préserver ce maillage garant d'une accessibilité satisfaisante pour la population dans un contexte réglementaire contraignant et une démographie médicale difficile ».⁴⁰

Ainsi, les flux de patients se sont redéployés sur le bassin sanitaire manceau, qui concentre plus de 80% de l'offre de soins en obstétrique, partagée entre le Centre Hospitalier du Mans (niveau III)⁴¹ et la Clinique privée du Tertre rouge (niveau II B). Seule la maternité du Pôle Santé Sarthe et Loir (PSSL – niveau I), située au sud du département et issue d'un regroupement entre les établissements de La Flèche et de Sablé sur Sarthe, est encore en mesure d'accueillir des parturientes. Ainsi, en 2003, au moment où le projet du futur PFME est élaboré par la direction du Centre Hospitalier du Mans, cette hyper concentration des capacités sur un nombre restreint d'établissements va fortement marquer la façon dont le projet a été conçu.

³⁷ Les maternités publiques ayant fermé étaient situées dans les établissements de Château du Loir, Saint Calais, La Ferté-Bernard, Mamers et Sablé sur Sarthe.

³⁸ Agence Régionale d'Hospitalisation des Pays de la Loire « Schéma Régional d'Organisation Sanitaire III 2006-2010 », Volet périnatalité, p. 73

³⁹ Les restructurations ont eu lieu sur l'ensemble de la région Pays de La Loire, ainsi dans le volet périnatalité du SROS III, l'ARH précise « Le nombre d'établissements est ainsi passé de 32 au début 1999 à 24 actuellement [novembre 2005]. Dans le même temps, le nombre de lits est passé de 1438 (60% en secteur public) à 1 270 (62% en secteur public) plaçant la région au 15^{ème} rang national en taux d'équipement ». Ibid. p. 72

⁴⁰ Ibid. p. 74

⁴¹ Depuis les décrets de 1998 instaurant des niveaux, il existe 3 maternités de niveau III en région Pays de la Loire : CHU de Nantes, CHU d'Angers et CH du Mans. Le classement en niveau III témoigne du positionnement particulier accordé à la maternité du CH du Mans sur son héli-région puisque l'ARH précise que « chacun des territoires d'influence régionale dispose d'une maternité de niveau III ».

Historique	
1954	Construction de la maternité
1976	Extension de la maternité avec la construction d'une nouvelle aile
Depuis 1983	Fermeture de 7 maternités en Sarthe
1987	Modernisation du bloc obstétrical
1988 – 1994	Rénovation de la maternité
1993	Ouverture du bâtiment de pédiatrie St Exupéry
1995	Extension du bloc obstétrical
2001	Aménagement du secteur des consultations de la maternité
2003	Présentation du projet de Pôle Femme Mère Enfant au CHM
2004	Création d'une organisation de travail commune entre les services de gynécologie-obstétrique, de pédiatrie et de chirurgie pédiatrique, appelée par métonymie « Pôle Femme Mère Enfant »
2006	Validation du Projet médical et du Projet d'établissement
Avril 2006	Permis de construire
Septembre 2006	Début des travaux
16 février 2007	Pose de la première pierre
Fin mai 2009	Déménagement des services dans le nouveau bâtiment Aliénor
Septembre 2009	Inauguration du bâtiment Aliénor

1.2.2. Une réponse adaptée à des problèmes de santé publique : la question de l'accessibilité aux soins

En sus de cette hyperconcentration, le projet du PFME se doit d'intégrer d'autres facteurs liés à la conception de la prise en charge femme-mère-enfant au CHM et lourds de conséquences sur l'organisation future. Ces différents facteurs impliquent de repenser à la fois le dimensionnement et les liens entre les activités souhaitant être redéployées au sein du nouveau PFME.

1.2.2.1. Des spécialités touchées par une suractivité

En 2003, au moment de la présentation du projet, de nombreuses spécialités concernées par la réorganisation étaient entrées dans une période durable de suractivité. Les locaux de la maternité, construits en 1954 avaient subi une succession d'aménagements de 1976 à 2011 afin de faire face aux transformations de ses missions : construction d'une nouvelle aile en 1976, modernisation et extension du bloc obstétrical

en 1987 puis 1995, rénovation des locaux depuis 1998, aménagement du secteur des consultations en 2001 pour ne citer que les travaux les plus marquants. Cependant, malgré ces restaurations ponctuelles, l'organisation des soins au sein du bâtiment d'obstétrique restait contrainte par une conception architecturale dépassée et inadaptée aux contraintes de prise en charge nouvelles.

Ainsi, c'est la situation globale du CHM concernant la prise en charge des femmes, des mères et des enfants qui a fortement évolué à cette époque : « *En 10 ans, la maternité de l'hôpital a renversé une tendance ancrée dans la tradition locale en acquérant une place prépondérante en termes d'activité dans la prise en charge des naissances sur la ville du Mans, et de façon plus large, sur l'ensemble du département. Elle a dû s'adapter aux évolutions de son environnement, sans bénéficier d'ajustement de ses capacités pour faire face à ses nouvelles missions. Le nombre de lits est resté stable depuis 1976. Alors que les 50 lits initialement autorisés étaient prévus pour accueillir 1 400 accouchements, l'année 2002 a vu près de 3 233 accouchements au CHM* ». ⁴² La situation du Centre Hospitalier en matière de prise en charge obstétrique illustre bien les différents dysfonctionnements à l'origine du projet de construction du PFME. Ainsi, pour faire face à la suractivité mentionnée plus haut, la maternité comprenait 53 lits installés (pour 50 seulement autorisés) et fonctionnait régulièrement avec 9 couchettes supplémentaires (grâce au dédoublement de chambres à 1 lit). Au final, le potentiel total de l'ancienne maternité pouvait atteindre 62 lits.

Cependant, cette organisation « artisanale » ne pouvait pas être durable notamment pour des raisons de sécurité de la prise en charge. De plus, cette situation d'insuffisance capacitaire impactait également les autres activités : « *Le taux d'occupation moyen de 93% de l'ensemble du service [d'obstétrique] ne permet pas suffisamment de flexibilité et de souplesse pour faire face aux pics d'activité, malgré l'utilisation des couchettes. Les débordements sur le service de gynécologie sont de plus en plus fréquents et posent des problèmes de suivi et d'organisation de la prise en charge des patientes. (...) La très faible durée moyenne de séjour en obstétrique (proche de 3 jours) est l'indicateur le plus révélateur de la pression subie par les patientes et les équipes afin d'assurer une rotation rapide des flux, faute de capacités suffisantes* ». ⁴³ Ainsi, la situation n'était pas non plus tenable en gynécologie où les capacités d'hébergement (27 lits et 2 couchettes) étaient détournées de leur but originel pour faire face aux débordements en provenance de la maternité. L'activité de gynécologie étant aux 3/4 chirurgicale et

⁴² Centre Hospitalier du Mans, « *Projet de pôle femme-mère-enfant – Plan Hôpital 2007* », juin 2003, p. 5

⁴³ Ibid. p. 6

programmée (prise en charge principalement de cancérologie, de chirurgie carcinologique, gynécologique et mammaire), ce débordement par l'activité d'obstétrique provoquait des dysfonctionnements forts en termes de programmation (délai moyen d'attente de 5 à 6 semaines) ne répondant pas au besoin, qui plus est en hausse, de la population du bassin sarthois.

Par conséquent, dans un tel contexte et compte tenu des contraintes évoquées plus haut, la seule solution permettant un véritablement réajustement de la capacité d'accueil de la maternité du CHM, était la construction d'une nouvelle entité architecturale permettant de répondre à la fois à la suractivité ainsi qu'aux nouvelles normes de prise en charge. En effet, comme le précise le projet écrit en 2003, il s'agit pour l'établissement de changer de paradigme et de penser l'ensemble du PFME comme un tout : « *La modernisation capacitaire, architecturale et organisationnelle du département de gynécologie-obstétrique ne peut se concevoir isolément, sans prendre en compte les liens avec les activités de pédiatrie* ». ⁴⁴

1.2.2.2. Une démographie médicale inquiétante

A cette époque, les 3 structures restantes sur la Sarthe sont toutes confrontées à des problèmes de fragilité du fait de la raréfaction des ressources médicales et paramédicales spécialisées ⁴⁵. Ces problématiques, déjà présentes au moment de l'écriture du projet du bâtiment Aliénor en 2003 sont encore aujourd'hui d'actualité et impactent toujours les orientations prises par le CHM.

Dans son volet périnatalité ⁴⁶ reprenant les chiffres de l'Observatoire Régional de Santé (ORS), le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) III (2006-2010) réalisé par l'ARH des Pays de la Loire insiste d'emblée sur la situation difficile en termes de démographie médicale :

⁴⁴ Ibid. p. 7

⁴⁵ A l'été 2011, l'Agence Régionale de Santé a pris la décision de déclasser la maternité de Laval de type 2B en type 2A. Celle-ci n'a pas été dictée par un avis négatif sur l'opportunité de maintenir le seul niveau 2B du département de la Mayenne ni sur la qualité des prises en charge. Elle prend acte, suite à visite de conformité, de l'impossibilité pour l'établissement de mettre en place une garde de pédiatre 24 heures sur 24 comme le prévoient les décrets de 1998. De plus, à l'échelle de la Mayenne, non seulement les ratios de pédiatres sont les plus faibles pour la population desservie mais ceux-ci sont en moyenne plus âgés. Source : Le réseau sécurité naissance de la région Pays de la Loire, bulletin n°24 août 2011

⁴⁶ Agence Régional d'Hospitalisation des Pays de la Loire, *Schéma Régional d'Organisation Sanitaire III 2006-2010, Volet Périnatalité*, p. 71

6^{ème} région française en termes de population, la région des Pays de la Loire se situe au 17^{ème} rang en terme de densité médicale. En effet, la démographie médicale y est systématiquement inférieure à la moyenne nationale :

- La densité des médecins généralistes est de 144 pour 1 000 habitants (densité nationale de 165).
- Celle des gynécologues-obstétriciens et gynécologues médicaux est de 5,9 pour 100 000 habitants (densité nationale de 8,6).
- Celle des anesthésistes est de 13,9 pour 100 000 habitants (contre 17 pour la densité nationale) en sachant que, le plus souvent, ils ne sont pas affectés exclusivement à l'obstétrique.
- La densité des pédiatres est la plus faible, arrivant en avant-dernière position française avec 6,4 pour 100 000 habitants (contre 10,8 pour la densité nationale).
- Pour les sages femmes, la densité régionale de 2002 était de 89 pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans (densité nationale de 104) dont 20,5% de sages femmes en libéral. Les Pays de la Loire occupent le 19^{ème} rang des régions françaises : les départements de la Vendée et du Maine et Loire ont des densités proches de la moyenne nationale mais celui de la Sarthe est 29% en dessous.
- Les chiffres concernant les échographistes ne sont pas disponibles mais leur carence est illustrée dans certains territoires par le fait que le nombre d'échographies recommandées n'est pas effectué.

Ainsi, la densité régionale observée est inférieure de 3 à 6 points aux moyennes nationales pour la plupart des spécialités. De plus, loin de s'inverser, ce mouvement défavorable s'est au contraire trouvé accentué par l'existence d'une pyramide des âges également défavorable. Si ces densités régionales apparaissent faibles au regard de la densité nationale, celles-ci ne sont pas non plus le seul facteur expliquant les difficultés croissantes rencontrées par les structures hospitalières, qu'elles soient de nature publique ou privée, en matière de permanence des soins. Par exemple, dans le cas des médecins généralistes, ce n'est pas leur raréfaction qui est pointée du doigt mais bien leur désengagement dans la prise en charge des urgences gynéco-obstétricales et pédiatriques. Ceux-ci, débordés par une demande toujours en hausse ont du mal à remplir leur rôle d'acteur de la permanence des soins sur le territoire de la Sarthe. Par conséquent, si le regroupement des spécialités menacées est une réelle réponse aux besoins de la population en assurant une meilleure accessibilité aux soins, elle est

également potentiellement source « d'appel d'air » en matière d'activité pour la nouvelle structure.

1.2.2.3. Des nouveaux besoins identifiés dans le projet du CHM

La construction du nouveau bâtiment Aliénor procède également d'une volonté de réadapter l'offre de soins en prenant en compte les nouveaux besoins de la population sarthoise. Trois nouveaux besoins peuvent être plus particulièrement identifiés et illustrent plus précisément la prise en compte de ces considérations : la prévention sénologique, la prise en compte de lien mère-enfant et la maternologie.

La prévention sénologique

Dans un premier temps, il s'agit de pouvoir mieux adapter les capacités de gynécologie à la demande et d'améliorer la prise en charge des patientes. La configuration de l'ancienne maternité qui comprenait les blocs de gynécologie-obstétrique permettaient au service de gynécologie d'avoir un fonctionnement autonome incluant la prise en charge des urgences gynécologiques. Cependant, les effets délétères du débordement de l'activité obstétrique évoqués plus haut ne permettaient pas une prise en charge adéquate.

Avec Aliénor, des consultations spécialisées en gynécologie sont mises en place. Celles-ci disposent d'un accueil commun avec les urgences pédiatriques mais les structures sont ensuite complètement différenciées afin de réduire le risque présenté par le contact des femmes enceintes avec certaines pathologies pédiatriques. L'accent est également mis sur l'équipement des urgences. Le projet prévoit la construction d'un secteur dédié à la sénologie afin de mieux prendre en compte une pathologie de plus en plus fréquente, le cancer du sein étant le 1^{er} cancer chez la femme. Le mode de prise en charge est également revu : *« 22 lits répartis en 18 lits d'hospitalisation complète et 4 lits d'hospitalisation de semaine, répondant mieux aux besoins des patients et à l'organisation de cette activité médicale, dans un esprit d'utilisation plus rationnelle des moyens mis à disposition. Dans le prolongement du service de gynécologie, 6 lits d'IVG seront installés, ce qui correspond à la pérennisation de l'activité actuelle du secteur. »*⁴⁷

⁴⁷ Centre Hospitalier du Mans, « *Projet de pôle femme-mère-enfant – Plan Hôpital 2007* », juin 2003, p. 19

La meilleure prise en compte du lien mère-enfant

Dans un second temps, le Centre Hospitalier du Mans souhaite intégrer au nouveau bâtiment une unité dite « kangourou » d'une capacité de 6 lits. La mission de cette unité est d'accueillir les enfants pris en charge par le département de gynécologie-obstétrique, qui, du fait de leur petit poids (poids inférieur à 2 700 grammes) ou présentant une pathologie modérée, nécessitent une surveillance particulière. La création de cette unité permet la réalisation dans un même lieu, du suivi de l'accouchée et de la prise en charge médicale de son enfant.

La mise en place de l'unité « kangourou » impose de revoir l'organisation passée de cette prise en charge source de dysfonctionnements. En effet, compte tenu de la localisation géographique des structures de néonatalogie et de maternité dans 2 bâtiments différents, ces nouveau-nés étaient auparavant pris en charge sur un site situé à l'est du site du CHM, soit à l'opposé de la maternité⁴⁸. D'emblée le projet s'inscrit donc dans une dynamique particulière car la raison d'être du regroupement architectural est une meilleure qualité de la prise en charge en évitant de fragiliser la construction du lien mère-enfant. Elle impose également de revoir les organisations soignantes afin de permettre une prise en charge mixte. En effet, la présence à la fois de la mère et de l'enfant suppose l'intervention conjointe et concertée des gynécologues obstétriciens et sage-femmes pour la mère, des pédiatres et puéricultrices pour l'enfant. L'architecture du bâtiment est impactée afin de permettre un séjour dans une chambre commune adaptée à leurs besoins respectifs.

Cette prise en charge dans un lieu unique permet de privilégier une philosophie de soins axée sur la prévention. En effet, l'hospitalisation commune permet de développer l'usage de techniques nouvelles comme le contact peau à peau par exemple mais aussi de mieux promouvoir l'allaitement maternel. Ce faisant, le Centre Hospitalier du Mans s'inscrit dans la dynamique du SROS III : « *Si la structuration des niveaux de soins est pratiquement aboutie, ce n'est le cas ni de l'organisation de la prévention, ni de l'information, de l'accompagnement : suivi de grossesse, promotion de l'allaitement, prévention (...). Il reste à promouvoir une prise en charge optimale des grossesses en envisageant le projet de maternité et la naissance dans sa globalité (...).* »⁴⁹

⁴⁸ Cf. Annexe I : Plan du Centre Hospitalier du Mans

⁴⁹ SROS III Pays de la Loire, *Volet périnatalité*, p. 74

La maternologie

Enfin, dans un troisième temps, le Centre Hospitalier du Mans souhaite développer une activité de maternologie, soit « *la prise en charge des accouchées dont l'enfant est hospitalisé en néonatalogie, enfant de poids inférieur à 1 800 grammes ou ayant une pathologie nécessitant une durée d'hospitalisation supérieure à 6 jours*). Elle s'étend également au traitement des accouchées qui présentent des difficultés psychologiques dans la relation mère-enfant, des troubles psychiatriques ou sociaux. »⁵⁰ Ces dernières représenteraient 10% des accouchées en France. La mise en place de cette prise en charge concourt à la prévention d'éventuels risques de maltraitance. Elle se traduit, après l'accouchement, par une durée d'hospitalisation moyenne plus longue que les durées d'hospitalisation classique, pour un travail de suivi pluridisciplinaire et d'assistance psychologique par un personnel qualifié. Enfin, à plus long terme, ce suivi continue après le retour à domicile de la mère et de l'enfant, grâce aux consultations externes dédiées.

Dans l'ancienne maternité, cette prise en charge n'aurait pu être assurée, faute d'un lieu adapté, d'un personnel qualifié et formé en conséquence, et du fait des durées moyennes de séjours trop courtes pour mettre en place un suivi ad hoc, bien que les indications en termes de santé publique soient respectées. Au final, le projet du bâtiment Aliénor a bien été pensé en réponse à des besoins de population.

1.2.3. Un bâtiment unique facilitateur de regroupements et de mutualisations

La mise en place d'un bâtiment unique constitue, en parallèle, une occasion d'adopter un raisonnement en filière de soins et de redonner une certaine cohérence à la fois spatiale et organisationnelle dans la prise en charge des patients. A ce titre, la concentration d'activités médicales liées entre elles permet de s'inscrire dans une philosophie nouvelle de recherche d'efficience. Parmi les différents regroupements opérés avec la création du nouveau bâtiment du Pôle Femme-Mère-Enfant, celui concernant la prise en charge pédiatrique est le plus symbolique de cette inscription dans un nouveau mouvement. En effet, outre une dimension médicale (prise en charge commune et coordonnée, sur un même site des enfants), cette prise en charge comporte un fort aspect technique (nécessité d'adapter le plateau technique au regroupement).

⁵⁰ Centre Hospitalier du Mans, « *Projet de pôle femme-mère-enfant – Plan Hôpital 2007* », juin 2003, p. 18

1.2.3.1. Une prise en charge pédiatrique fractionnée : favoriser une organisation médicale de la prise en charge de l'enfant cohérente

A l'exception des services de pédiatrie de l'hôpital Pôle Santé Sarthe et Loir (PSSL) et de la clinique du Tertre Rouge, le Centre Hospitalier du Mans est le seul établissement hospitalier prenant en charge des enfants du département de la Sarthe et des départements voisins avec :

- le seul service d'urgences pédiatriques,
- le seul service de réanimation néonatale et pédiatrique,
- la seule maternité de niveau III,
- le seul SMUR⁵¹ pédiatrique,
- le seul service de chirurgie pédiatrique orthopédique et viscérale.

Néanmoins, malgré les efforts produits pour construire une offre cohérente sur l'ensemble des secteurs d'activité, la prise en charge pédiatrique du Centre Hospitalier du Mans pré-PFME demeurait régie par une dichotomie entre, d'une part les activités médicales, et d'autre part les activités chirurgicales et d'urgence du fait de leur dispersion au sein de l'établissement dans des bâtiment différents et distants.

En effet, avant la mutualisation et la création du bâtiment Aliénor, l'hospitalisation en médecine ainsi que l'accueil des urgences médicales pédiatriques étaient implantées au département de pédiatrie dans le bâtiment « St Exupéry » construit en 1993 et situé sur la partie est du site hospitalier, à proximité de la maternité. En revanche, dans la partie ouest de l'hôpital, au sein du bâtiment dit « Fontenoy » se trouvaient l'accueil des urgences pédiatriques chirurgicales (réalisé au sein du Service d'Accueil des Urgences - SAU) et la pédiatrie chirurgicale composant une unité fonctionnelle (20 lits) dédiée aux enfants parmi les unités de chirurgie adulte. Dans le contexte évoqué plus haut de hausse constante de l'activité et de raréfaction des ressources médicales de ville comme hospitalières, l'organisation même de la prise en charge des urgences pédiatriques était source de dysfonctionnements. Ceci était d'autant plus vrai qu'en 2008, soit à la veille de l'ouverture du PFME, leur volume en était presque devenu problématique : 17 300

⁵¹ SMUR : Service Médical d'Urgence et de Réanimation

passages pour les urgences médicales⁵², plus de 7 000 passages pour les urgences chirurgicales.⁵³

Ce fractionnement lié à l'éloignement géographique des services manquait de lisibilité pour la population sarthoise et était générateur de flux et de transferts de patients à la fois mal maîtrisés et potentiellement coûteux (recours accru au brancardage extérieur). La simplification du circuit de prise en charge par la mise en place d'une filière unique au sein du PFME⁵⁴ ne s'est pas faite sans remodelage des capacités de prise en charge. Du fait de l'exiguïté des locaux du bâtiment St Exupéry le regroupement de l'ensemble des activités regroupées a été réalisé à l'intérieur du nouveau bâtiment Aliénor. Ainsi, les transferts de la chirurgie pédiatrique et des urgences associées se sont accompagnés d'une réflexion sur les capacités d'accueil générales du PFME :

- Les capacités d'accueil de la chirurgie pédiatrique ont été baissées de 23 lits à 15 lits du fait de l'observation d'un taux d'occupation faible (aux alentours de 50% en 2003 au moment de l'écriture du projet). Seuls les 15 lits d'hospitalisation complète présents au Fontenoy sont maintenus, les 8 lits d'hospitalisation du week-end étant supprimés dans la nouvelle organisation. Cette réduction s'entend également dans une perspective de diminution de la chirurgie pédiatrique traditionnelle par transfert vers la chirurgie ambulatoire.
- Des lits-portes dédiés à l'hospitalisation de très courte durée ont été mis en place au niveau des urgences pédiatriques d'Aliénor. Cette construction permettait de répondre aux obligations des services d'urgences type SAU⁵⁵ mais aussi de réduire les hospitalisations de moins de 24h dont le nombre aurait risqué de contraindre le taux d'occupation des services d'hospitalisation pédiatriques. Six lits portes ont ainsi été installés : « *Le nombre des lits portes étant de 3 à 6 pour 10 000 passages aux urgences selon la réglementation, il est important de se positionner dès à présent sur un seuil de 6 lits portes* ». ⁵⁶

⁵² Les 4 salles du bâtiment St Exupéry qui réalisaient cette prise en charge avait été initialement prévues pour accueillir 6 000 passages par an

⁵³ Elles ne disposaient pas de filière propre au sein du SAU qui aurait permis de différencier leur attente propre de celle des urgences adultes qui elles regroupaient déjà les urgences médicales et chirurgicales

⁵⁴ Les urgences pédiatriques ainsi que la chirurgie sont alors regroupées sur Aliénor tandis que la médecine pédiatrique, toujours sur St Exupéry, est reliée au reste du bâtiment par une passerelle.

⁵⁵ SAU : Service d'Accueil des Urgences

⁵⁶ Centre Hospitalier du Mans, « *Projet de pôle femme-mère-enfant – Plan Hôpital 2007* », juin 2003, p. 21

1.2.3.2. La mise en place d'un plateau technique commun

Si l'intégration des urgences et de la chirurgie pédiatrique au sein du bâtiment Aliénor est un élément structurant, elle ne pouvait se faire sans la mise en place d'un plateau technique commun. En effet, la dichotomie soulignée plus haut dans la prise en charge pédiatrique résultait en réalité de l'organisation générale du plateau technique du Centre Hospitalier du Mans. Les blocs opératoires et l'imagerie médicale (imagerie conventionnelle, IRM⁵⁷, scanner) se situaient au sein du bâtiment Fontenoy regroupant les services de chirurgie (générale et pédiatrique) et le SAU. Sur la partie est du site hospitalier, seuls les blocs de gynécologie obstétrique permettaient à la maternité et au service de gynécologie d'avoir un fonctionnement autonome, incluant la prise en charge des urgences gynécologiques. Le bâtiment de pédiatrie St Exupéry comprenait une salle d'imagerie conventionnelle à proximité des urgences médicales mais son ouverture sur des plages horaires réduites obligeait à faire régulièrement appel au plateau technique du Fontenoy, et ce, indépendamment de l'activité de chirurgie pédiatrique.

Par conséquent, pour aboutir à une réelle simplification du « circuit urgences » tout en répondant aux besoins des chirurgiens pédiatriques, le nouveau PFME devait nécessairement intégrer un plateau technique complet (incluant bloc et imagerie) dédié à la chirurgie pédiatrique et situé non loin des urgences (maîtrise des flux et transferts de patients). La question du plateau technique constitue un axe central du projet : « *La clarification des circuits vise également l'identification de liens fonctionnels entre les différentes activités en obstétrique, pédiatrie et gynécologie, en privilégiant notamment la mise en relation de chacune de ces activités autour du plateau technique* ».⁵⁸

A la fois point fort de l'organisation et noyau dur du Pôle Femme-Mère-Enfant, un plateau technique commun unique, situé sur Aliénor, est mis en place pour toutes les activités du pôle :

- L'ensemble des activités néonatales se retrouvent ainsi regroupées sur un site commun (unités de néonatalogie – 12 lits, de soins intensifs – 6 lits, de réanimation pédiatrique – 4 lits et réanimation néonatalogie 8 lits) à proximité des lieux d'hospitalisation des mères. Les réanimations y sont plus

⁵⁷ IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

⁵⁸ Ibid., p. 12

fonctionnelles et organisées autour d'un poste de surveillance médicale et infirmière central et unique de type « cockpit », source d'efficacité.

- A proximité se situe le bloc obstétrical avec les salles de naissances (11 salles de travail) ainsi que le service d'hospitalisation des grossesses à risques susceptibles d'y avoir recours. Les salles de blocs ainsi construites permettent également une prise en charge des interventions chirurgicales gynécologiques (y compris la sénologie). La chirurgie pédiatrique (viscérale, orthopédique, ORL...) y est également réalisée et sa localisation à proximité des urgences facilite d'autant plus les prises en charge.

Du fait de la mise en place de ce plateau technique commun les circuits de patients se retrouvent facilités.

1.2.4. Analyse critique du projet du Pôle Femme-Mère-Enfant

1.2.4.1. Une construction gourmande en moyens humains

Dans un premier temps, au moment de l'écriture même du projet, le développement d'activités sur le site à venir du PFME n'était pas conçu pour se faire sans embauche supplémentaire de personnels. La prise de conscience face aux enjeux économiques, portée notamment par la montée en charge progressive de la T2A, a conduit à revoir cette approche. En effet, les enjeux d'équilibre médico-économique étant devenus prégnants, le lien nouvelles activités – nouvelles embauches ne pouvait plus se faire de manière systématique. Cela a contraint l'établissement à revoir ses prévisions d'organisation notamment soignantes pour plus d'efficacité.

Face à l'impossibilité physique et technique de remettre en cause la structure pavillonnaire du CHM, seule s'esquissait la solution de la construction d'un nouveau bâtiment pour le PFME. Cependant, celle-ci ne s'est pas réalisée sans contrainte. En effet, la délocalisation de fait d'une partie du plateau technique va partiellement à l'encontre d'une rationalisation des équipements et des organisations médicales en la matière. Dès lors, les membres des équipes de chirurgies, d'anesthésie-réanimation et

radiologies⁵⁹ du Centre Hospitalier du Mans se retrouvent contraintes d'intervenir sur près de 3 sites différents correspondant :

- pour l'anesthésie : aux 3 blocs opératoires évoqués en introduction (2 blocs opératoires « généraux » situés au Fontenoy et au PFME, 1 bloc opératoire « ambulatoire » situé à Claude Monet).
- pour la réanimation : aux 2 sites de réanimation du Fontenoy (réanimation adulte) et du PFME (réanimation pédiatrique).
- pour l'imagerie : aux 3 sites d'imagerie médicale (PFME, Fontenoy et Claude Monet).

Autrement dit, avant la mise en place du PFME, concernant la prise en charge de l'anesthésiologie, un seul front de garde existait (en dehors de l'activité de la maternité). La mise en place de l'organisation nouvelle du PFME a conduit à la création d'un second front de garde les nuits et week-ends pour la prise en charge de la chirurgie pédiatrique⁶⁰, pari d'autant plus risqué dans un contexte d'incertitudes liées à la démographie médicale de cette spécialité. Cependant, c'est pour l'ensemble de ces activités partagées que l'interface avec les autres bâtiments et notamment le Fontenoy est particulièrement complexifiée lors de la prise en charge des soins en urgence.

De plus, concernant la question de la consommation en moyens humains, c'est la forme même prise par le bâtiment Aliénor qui peut être critiquée. En effet, celui-ci rend parfois les mutualisations difficiles du fait même des dimensionnements architecturaux retenus pour les unités d'hospitalisation. A cet égard, l'étude de la prise en charge de la spécialité obstétrique sur Aliénor est particulièrement parlante. Celle-ci est réalisée sur deux unités de 31 et 32 lits sises au niveau 2 du nouveau bâtiment⁶¹ et séparées par un long couloir bordé de locaux administratifs ou techniques (bureaux de praticiens, PC médical, PC anesthésiologie). Or, la prise en charge en obstétrique est assurée par un duo sage-femmes/auxiliaire puéricultrice. Concernant les sage-femmes, selon les normes en personnel veulent que l'on devrait logiquement retrouver, pour une prise en charge optimum, une sage-femme pour 12 « couples » mère/nouveau-né. Dès lors, si chaque unité n'avait que 2 sage-femmes, la charge en soins serait trop lourde tandis qu'un passage à 3 sage-femmes par unité ne serait pas efficient puisque l'on repasserait à un ratio de 1 sage-femme pour 10 « couples ». L'idéal aurait été que le CHM ait 5 sage-

⁵⁹ Les équipes anesthésie-réanimation sont rattachées au pôle Urgences Réanimation Anesthésie (URA) tandis que les équipes radiologiques sont rattachées au pôle Imagerie médicale

⁶⁰ Ce front de garde supplémentaire est la conséquence directe du choix institutionnel de continuer à opérer sur le PFME, même lorsqu'il s'agit d'une urgence de nuit, les enfants de moins de 1 an et/ou moins de 10 kg.

⁶¹ Cf Annexe VII : Plan du niveau 2 du bâtiment Aliénor

femmes (2 pour chaque unité et 1 mutualisée) mais l'éloignement géographique des 2 unités rend difficile la mise en œuvre pratique de cette mutualisation. Par conséquent, on constate que les choix architecturaux de l'établissement, imposent avant l'ouverture du bâtiment que 6 sage-femmes assurent la prise en charge d'obstétrique au niveau 2⁶², ce qui est très consommateur de ressources. Paradoxalement, c'est l'activité qui s'est adaptée aux capacités et non l'inverse.

Malheureusement le cas de l'obstétrique n'est qu'un exemple de choix architecturaux discutables ayant entraîné des répercussions sur l'organisation en ressources humaines du pôle. Du fait de la présence de ce long couloir central séparant les unités, le problème des difficiles mutualisations de personnel des sous-unités du niveau 2 se retrouve également au niveau 3. Ce niveau héberge une partie de la prise en charge de la pédiatrie (chirurgie pédiatrique et ambulatoire). Cependant, ce n'est qu'une fois la construction du bâtiment déjà entamée qu'a eu lieu la prise de conscience de la nécessaire intégration au nouveau pôle de l'activité ambulatoire notamment pédiatrique. Cela a poussé l'établissement à entamer une réflexion sur d'autres organisations en hospitalisation afin de rechercher l'efficacité : possibilité de mutualisation des équipes, liaison bloc/ambulatoire, faisabilité architecturale mais aussi qualité de prise en charge des patients. Compte tenu des contraintes existantes (un seul site d'intervention pour les anesthésistes, pas de travaux à prévoir, proximité acceptable ambulatoire/bloc, mutualisation possible entre chirurgie pédiatrique et ambulatoire) un regroupement a été privilégié au niveau 3 d'Aliénor. Cependant, celui-ci n'est pas optimal, compte tenu de la petite taille de l'unité (6 lits avec une extension difficile). De plus, la mutualisation avec l'hospitalisation de pédiatrie médicale pour créer une unité médico-chirurgicale reste impossible (la passerelle avec le bâtiment St Exupéry étant située au niveau 2 et non pas au niveau 3 et de surcroît de l'autre côté d'Aliénor).

Pour finir, c'est l'éclatement des espaces de consultations, d'accueil, d'admission, de secrétariats qui surprend, tant il rend difficile la mutualisation de l'ensemble de ces fonctions, et ce, alors même que celle-ci aurait été souhaitable dans la logique du PFME.

⁶² Du fait de la mise en place du PRECIS, le PFME, comme les autres pôles du CHM est soumis à des objectifs annuels de rendus de postes. Concernant le secteur d'obstétrique la situation est la suivante : 10 lits d'obstétrique sont restés fermés depuis l'ouverture du bâtiment (surdimensionnement du bâtiment par rapport à l'activité) soit un total de 53 lits d'obstétriques pour 5 sage-femmes. En effet, la 6^{ème} sage-femme a été placée en salles de naissances sur un poste de sage-femme d'accueil et d'orientation et une révision de l'organisation axée sur la répartition de la charge en soins et sur les taux d'occupation des lits permet à l'obstétrique de fonctionner avec un effectif de 5 sage-femmes soit un ratio d'une sage-femme pour 11 « couples ».

1.2.4.2. Un surdimensionnement architectural coûteux

Le dimensionnement architectural du PFME, en plus d'être, comme nous venons de le voir, mal adapté à l'activité (nombre de lits par unité source de surcoûts en personnel), est également trop fort par rapport à l'activité réalisée. Concrètement, le contournement de ce problème s'est fait, lorsque cela était possible (cas de l'obstétrique du niveau 2 évoqué plus haut), par la fermeture de lits afin de revenir à des niveaux plus en lien avec l'activité et de ne pas détériorer la DMS des services. Ce surdimensionnement des lits d'hospitalisation d'obstétrique se retrouve également au niveau du bloc obstétrical lui-même. En effet, il comprend un total de 11 salles : 9 salles de travail et 2 salles de prétravail. En 2002, au moment de l'écriture du projet du PFME, la maternité du Centre Hospitalier du Mans accueillait 3 233 accouchements par an. Compte tenu des ratios⁶³ proposés aujourd'hui par l'ANAP⁶⁴ concernant le dimensionnement des établissements de santé (référentiel dont le CHM ne disposait pas au moment de l'écriture du projet), les 9 salles de travail peuvent drainer une activité maximale de 4 500 accouchements par an⁶⁵. Heureusement, si ce chiffre apparaît très éloigné de l'activité réalisée en 2002, il ne l'est plus aujourd'hui compte tenu de l'explosion de l'activité du PFME. En effet, dans un contexte toujours plus important de désertification médicale et de raréfaction des compétences femme-mère-enfant, le PFME draine une partie de plus en plus importante des parts de marché du territoire, au détriment du privé. Par conséquent, le nombre des accouchements réalisés sur la structure est en augmentation constante alors même que le nombre total d'accouchements réalisés en Sarthe est en baisse. Ainsi, en près de 8 années (dont seulement 3 avec une structure nouvelle), l'établissement enregistre une hausse totale de 490 accouchements supplémentaires.⁶⁶

Les dimensions retenues pour le bâtiment Aliénor, (surface au sol de 18 700 m²) en font une structure particulièrement coûteuse en termes de maintenance. Certes, toute nouvelle construction, surtout dans le cas d'une extension de surfaces, a pour résultat un accroissement des charges d'exploitation. Cependant, dans le cas du PFME, l'important saut quantitatif réalisé en termes de surface au sol va induire une hausse des charges

⁶³ Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier (MAINH), *Première approche d'un référentiel de dimensionnement pour un établissement de santé*, octobre 2008

⁶⁴ ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

⁶⁵ Ratio salle de bloc obstétrical : 500 accouchements par salle et par an. Attention il convient de rappeler que ce raisonnement est réalisé sur une base uniquement architecturale. Il est réalisé en dehors de toute considération de l'offre de soins sarthoise dans ce domaine. De plus, dans les faits, le passage à un tel volume d'accouchements poserait de nombreux problèmes de ressources en personnel médical (particulièrement en anesthésistes) ainsi que paramédical (sage-femmes).

⁶⁶ 3233 accouchements en 2002 contre 3 723 en 2010

d'exploitation dans un volume non négligeable. Lors d'un audit sur le pôle réalisé avant le déménagement, le cabinet de conseil Ylios insiste sur la surévaluation des besoins en locaux et en surface et parle ainsi de « 30% de surface en trop ». Ce sont les choix architecturaux concernant la taille des locaux qui pèsent sur les charges du titre 3 : entretien, nettoyage, fluides... La mesure exacte de ce surcoût n'est pas toujours chose aisée pour des raisons essentiellement techniques. A titre d'exemple, l'ancienne maternité ne disposait pas de compteur électrique propre. Cependant, les services de la Direction des Achats et de la Logistique du Centre Hospitalier du Mans ont estimé, qu'en matière de charges d'exploitation du bâtiment on pouvait compter un total d'au moins 300 000 euros de surcoûts pour l'année 2010.⁶⁷ Cependant, le nouveau bâtiment, en permettant à la fois le développement de l'activité et une rénovation de l'offre (les chambres proposées aux parturientes sont désormais quasiment toutes individuelles), va également induire des produits d'exploitation supplémentaires pour l'hôpital qui vont compenser en partie les charges d'exploitation nouvelles.

1.2.4.3. Un projet dépourvu de tout calcul de retour sur investissement

L'absence de calcul a priori d'un retour sur investissement est une faiblesse centrale de la mise en place de ce PFME au Centre Hospitalier du Mans. Certes le projet est basé sur le développement d'activités nouvelles évoquées plus haut, mais les différentes échelles de tarification de la T2A (V11C en vigueur aujourd'hui) nous ont démontré que l'équation activité supplémentaire = recette supplémentaire n'était pas toujours systématique. C'est précisément l'absence de calcul de retour sur investissement (RSOI) qui s'est fait cruellement ressentir et a amené la commande d'un audit sur le bâtiment par un cabinet spécialité (Ylios), dès 2007 c'est-à-dire alors que la période de construction n'était pas encore achevée. Son but : réduire les coûts d'exploitation. Une partie des propositions faites à cette occasion a été reprise par l'Agence Régionale d'Hospitalisation des Pays de la Loire dans le contrat de retour à l'équilibre financier 2008-2011 signé avec le Centre Hospitalier du Mans. Ces préconisations ont été inscrites dans une des fiches du contrat, la fiche-action n°4 «*Améliorer l'efficience du pôle Femme-Mère-Enfant*».

Il ne s'agit pas de contester a posteriori les choix réalisés par la direction du CHM. Lorsque le projet de construction du PFME est soumis à l'ARH en 2003 dans le cadre du Plan Hôpital 2007, les outils permettant d'objectiver les conséquences financières des options retenues ne sont pas encore tous disponibles. Par exemple, ce n'est qu'en mai

⁶⁷ Estimation : 150 000 € pour l'électricité, 73 000 € pour la maintenance des installations, 50 000 € pour le nettoyage des locaux, 60 000 € pour le chauffage

2007 que la mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) met à disposition des établissements l'outil dédié aux calculs de ROI en matière immobilière dénommé EIFIC-HOS. Faute d'outils disponibles, la réalisation d'études ex ante n'a pas été facilitée par le caractère hautement technique des actions envisagées dans le projet. Cela est aussi une des raisons pour lesquelles il n'existe pas, à ce jour, d'évaluation a posteriori de retour sur investissements sur le bâtiment.⁶⁸

Le constat d'un décalage réel entre la conception du pôle et les contraintes nouvelles de l'environnement dans lequel il évolue apparaît comme flagrant. La période correspondant à la création du projet architecturale du PFME a été riches en réformes. De plus, le Centre Hospitalier du Mans est également entré dans une phase délicate sur le plan budgétaire et financier. Cependant, en ce qui concerne la réponse aux besoins de population exprimés sur le bassin sarthois, la présence du PFME peut être considérée comme indispensable. Dans un contexte de désertification et de raréfaction des ressources médicales, l'existence d'un bâtiment unique se fait facilitateur de regroupements et la mutualisation.

Néanmoins, ce décalage nouvellement apparu ne peut se résorber de lui-même et oblige le pôle à mettre en place une politique active de recherche d'efficience. La place centrale donnée aux enjeux médico-économique pousse le pôle à rénover son projet organisationnel et managérial afin de tenter de s'adapter aux contraintes architecturales. Pour cela, si le pôle reçoit un soutien institutionnel il va souvent beaucoup plus loin et fait preuve d'une véritable originalité dans les réponses trouvées aux questions de performance qui lui sont sans cesse posées par la T2A.

⁶⁸ Bien que ce ne soit pas ici le cas, il faut noter que la Cour des Comptes dans son rapport sur le plan Hôpital 2007 souligne que la notion de ROI n'est pas toujours pertinente en matière d'investissements : « *tout investissement ne permet pas nécessairement de retour, ainsi par exemple des travaux de mise aux normes* » p. 152

2. Dès 2009 : le temps du projet managérial ou comment le pôle voit la T2A impacter à la fois son organisation et son mode de fonctionnement

Dès son inauguration en 2009, les débuts du PFME sont durablement marqués par la présence d'un nouveau paradigme incarné par la T2A. Cependant, en révélant la nouvelle place des enjeux médico-économiques, l'influence sur le pôle va prendre de multiples aspects dont l'analyse sera conduite dans cette deuxième partie. Ainsi, ce sont les modalités mêmes du fonctionnement du pôle qui se trouvent impactées par la réforme. On assiste à un double mouvement de réorganisation et de redéfinition de son projet de soins (2.1.). Afin de mieux appréhender ses résultats, le pôle s'organise pour s'inscrire dans le dialogue de gestion institutionnel. Dans ce domaine, le PFME fait preuve d'originalité via la mise en place d'une cellule d'analyse des tableaux de bord (2.2.). De plus, un suivi particulier de l'activité du pôle aboutit rapidement à des actions concernant le codage et la chaîne de facturation dans l'espoir d'améliorer les recettes (2.3.). Enfin, les problématiques de lits sont également présentes à l'esprit des responsables du pôle avec l'idée sous-jacente qu'en T2A, les ressources disponibles doivent être optimisées (2.4.).

2.1. Des nouvelles modalités de fonctionnement du pôle

Le Pôle Femme-Mère-Enfant fait partie des pôles les plus anciens du Centre Hospitalier du Mans : son existence organisationnelle ayant précédé son existence physique et architecturale. En effet, bien avant son déménagement au sein d'un bâtiment unifié en 2009, il a fait partie d'une expérimentation sur les pôles menée au sein de l'établissement, précédant même la réforme de la nouvelle gouvernance (2.1.1.). Fort de celle-ci, il a su tirer partie de son bilan pour retenir un mode d'organisation qui, en prenant compte les nouveautés institutionnelles poussait jusqu'au bout la logique polaire (2.1.2.). L'étape finale de la création organique du pôle sera finalement le moment dit « de l'audit » qui en questionnant le projet permet au pôle d'exister réellement. Il a été réalisé en 2007, soit près de deux ans en amont du déménagement (2.1.3.).

2.1.1.L'expérimentation de la nouvelle gouvernance : la mise en place de pôles préfigurateurs au Centre Hospitalier du Mans

Dans le cadre d'un appel à projets national, le Centre Hospitalier du Mans a choisi d'expérimenter la notion de pôles hospitaliers dès 2004. Cette précocité de l'institution dans la mise en œuvre de nouvelles modalités d'organisation de la gouvernance est due à ses acteurs. En effet, dès sa prise de poste en 2001, le nouveau chef d'établissement, fait preuve d'une volonté d'entamer un processus de renouvellement des modalités de décision et de conception de la stratégie de l'hôpital. Celle-ci s'est en partie traduite par la mise en place du groupe CLEF évoqué plus haut. Pour mener à bien ces changements, il a pu également s'appuyer sur la personne du président de la Communauté Médicale d'Etablissement (CME), médecin ORL⁶⁹, chef du département de chirurgie tête et cou du CHM et coauteur en 2003 d'un rapport ayant réformé la question de la gouvernance de l'hôpital.⁷⁰

Pilotée par un Conseil Exécutif provisoire mis en place dès 2004, cette expérimentation choisit de se concentrer sur 4 pôles pionniers dont les contours sont actés en 2005 :

- Le pôle PACTES (Pôle d'Activités Cliniques Transversales)⁷¹
- Le pôle de neuro-cardiologie
- Le pôle de chirurgie adulte
- Le pôle femme-mère-enfant

Leur organisation est similaire à celle retenue par la suite dans la réforme de la nouvelle gouvernance de 2005 : fonctionnement en trio (chef de pôle praticien, cadre supérieur de santé, directeur référent de pôle) et mise en place d'un suivi régulier à travers des bureaux de pôle et des conseils de pôle (composition élargie à l'ensemble du pôle). Ces pôles sont très variés à la fois en termes de "missions" (3 pôles cliniques et un pôle hybrides, le pôle PACTES qui comprend plutôt des fonctions support cliniques et médico-techniques), mais aussi en termes de taille (les pôles PACTES et neuro-cardio sont de taille réduite voire modeste tandis que les pôles de chirurgie et PFME sont très

⁶⁹ ORL : Oto-Rhino-Laryngologue

⁷⁰ DEBROSSE D., PERRIN A., VALLANCIEN G., Ministère de la santé, *Projet Hôpital 2007, mission sur « la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale*, avril 2003, 176 pages. Antoine Perrin a également exercé depuis des fonctions de directeur d'Agence Régionale de l'Hospitalisation ainsi que des fonctions au cabinet du ministère de la Santé.

⁷¹ Le pôle PACTES regroupe notamment les activités d'évaluation et de traitement de la douleur, les soins palliatifs, la médecine physique et de réadaptation (MPR), l'addictologie et l'addictovigilance (pharmacodépendance)

importants à la fois en termes de ressources humaines mobilisées et d'activité réalisée). Cependant, à ce stade de la réflexion un fait mérite d'être souligné : si l'expérimentation en elle-même était initialement prévue pour s'étaler sur une durée d'un an (lettre de mission des pôles prenant fin au 31 décembre 2005), l'ensemble de ces 4 pôles expérimentateurs a été pérennisé lors de la mise en place définitive des pôles au CHM puisqu'on les retrouve dans l'organigramme actuel à la fois sous le même nom et avec le même périmètre de découpage alors que la tendance de l'institution s'est plutôt portée vers la diminution du nombre de pôles, notamment cliniques. Ainsi, d'autres pôles, créés eux en 2005, ont vu leur géographie varier allant jusqu'à l'absorption en leur sein de pôles plus petits de façon à parvenir à une taille optimale permettant la création d'économies d'échelle.

Parallèlement, prenant appui sur les remarques remontées à partir de cette expérimentation et sur les travaux d'une sous-commission ad hoc de la CME, une réflexion sur le pré-découpage géographique et médical de l'ensemble de l'établissement en pôles est amorcée. Le caractère à la fois multisite et pavillonnaire de l'organisation de l'établissement (réparti sur près de 27 hectares) en constitue une des principales difficultés. Cependant, la publication de l'ordonnance du 2 mai 2005⁷² portant création de la nouvelle gouvernance vient préciser les modalités selon lesquelles cette réorganisation doit avoir lieu. D'après ce texte, le nouveau schéma polaire doit s'appliquer à partir de fin 2006 ce qui encadre également dans le temps l'organisation de la réflexion du Centre Hospitalier du Mans : l'ensemble des pôles devant être déterminés pour le 31 décembre 2006, les trios de pôles et chefs de pôles désignés et les contrats de pôles signés.

Afin de préparer au mieux le contenu même de la contractualisation, 3 objectifs sont assignés aux pôles pionniers par le Conseil Exécutif. Ces 3 objectifs varient selon les pôles mais relèvent tous des 3 thématiques suivantes, déclinées en fonction des caractéristiques propres à chaque pôle :

- Objectif n°1 : mise en œuvre du projet d'établissement
- Objectif n°2 : optimisation des moyens en rapport avec l'activité
- Objectif n°3 : travail autour de l'amélioration de la qualité et accréditation

Ainsi, le but de la démarche est de pouvoir réaliser un bilan concret, au bout d'un an de fonctionnement des avancées réalisées grâce à la mise en pôle. Il faut cependant souligner le fait suivant : compte tenu de la relative rapidité dans laquelle se sont mises en place cette expérience, le fonctionnement des pôles a toujours été marqué par une

⁷² Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

incertitude juridique nationale qui n'a pas été facilitatrice. Le cas précis du bilan de l'expérimentation du PFME sera étudié dans le paragraphe suivant dédié plus particulièrement à la mise en place dans ce pôle et à l'organisation retenue.

Au même moment, en 2005-2006, le périmètre de réflexion de la CLEF s'élargit en incluant la question de la contractualisation et de la délégation de gestion. De fait, même si son fonctionnement basé sur une volonté d'association du corps médical reste inchangé, ses missions évoluent. Elle organise des réunions comprenant l'ensemble des trios de pôle expérimentateurs et portant directement sur la nouvelle gouvernance. Elle assure également une assistance aux pôles pour l'interprétation des premiers tableaux de bord (ressources/activité) mis en place.

Durant cette période, les points de discussion sont nombreux :

- la valeur ajoutée des pôles pionniers pour les patients, les personnels, l'institution
- les limites de la déconcentration de gestion afin de tracer une frontière entre les éléments qui ne seront pas délégués et ceux qui le seront,
- le contenu des contrats et des chartes de fonctionnement de pôle,
- l'organisation interne des pôles avec la répartition des compétences entre bureau de pôle et conseil de pôle mais aussi la fréquence de leurs réunions

Ils témoignent de la richesse des échanges entre les différents acteurs du Centre Hospitalier du Mans.

Ainsi, le Pôle Femme-Mère-Enfant est un membre particulièrement actif de cette expérimentation d'une part par son rôle de pôle préfigurateur mais aussi par la présence au sein de la CLEF de son premier chef de pôle. Si le bilan de cette expérience apparaît quelque peu en demi-teinte, les conclusions qui en sont tirées notamment en termes d'organisation interne au pôle sont, elles, plus originales et méritent d'être soulignées.

2.1.2. Bilan de l'expérimentation et organisation retenue par le Pôle Femme-Mère-Enfant

Concernant les 3 objectifs fixés aux pôles préfigurateurs en 2005 par, le bilan du PFME est en demi-teinte, c'est en partie lié aux difficultés rencontrées par les pôles pour constituer des conseils de pôle⁷³ :

- objectif n°1 de mise en œuvre du projet d'établissement : création d'un hôpital de jour pédiatrique. Ce cas précis illustre le contexte d'incertitude déjà mentionné. En effet, si l'organisation médicale et paramédicale de la structure en question est décrite, deux autres points restent en suspens dans le projet initial. D'une part, l'activité prévisionnelle fait l'objet d'une évaluation en volume mais pas en recettes (contexte de montée en charge de la T2A). D'autre part, ce type de structure, par essence soumis à autorisation, voit son avenir rendu incertain par la forte évolution du droit des autorisations. Dans un tel contexte, la démarche a au moins le mérite de constituer une base solide dans la perspective du dépôt d'un futur dossier de demande d'autorisation.

- objectif n°2 d'optimisation des moyens en rapport avec l'activité : mise en place d'un atelier d'allaitement maternel. Le but ici est d'augmenter, conformément aux recommandations et bonnes pratiques de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la proposition d'allaitement maternel chez les parturientes de la maternité. Malgré la réalisation d'une plaquette informative à l'usage des mères ; la constitution d'un groupe de soignants référents ainsi qu'un retour positif de la part des mères sur cette initiative, la proportion de femmes allaitant n'a pas augmenté. De plus, le groupe de travail se trouve confronté aux limites de l'exercice dès lors qu'il semble impossible de suivre le taux d'allaitement maternel après la sortie de la mère et du nouveau-né de la maternité.

- objectif n°3 de travail autour de l'amélioration de la qualité et accréditation : développement d'une prise en charge en maternologie. Afin de pouvoir développer cette compétence nouvelle au sein du PFME, un certain nombre de soignants doit faire l'objet d'une formation spéciale. Malheureusement, cette formation n'a pu avoir lieu en 2005 et a été reportée sur début 2006. Ce retard a pu être principalement attribué à des questions

⁷³ Les acteurs du CHM soulignent à de multiples reprises être en position d'attente de textes qui leur auraient permis de mieux cerner les conditions dans lesquelles ces conseils de pôle auraient à être mis en place. De fait, les bureaux de pôles ont souvent été considérés comme « provisoires » se résumant à des réunions d'équipes pour information et échanges mais sans validation officielle des prises de décisions. Par conséquent, lors des expérimentations seuls les trios de pôles ont été moteurs en permettant tout de même un décloisonnement des circuits de décision.

de logistique interne au pôle. La question même des indicateurs pertinents d'évaluation de la prise en charge, sur le long terme, des familles se pose également.

Concrètement, l'ensemble des 4 pôles préfigurateurs a noté la présence positive d'une réelle démarche d'évaluation au niveau de l'établissement. Les objectifs de départ ont servi d'appui, forts de leur approche chiffrée, pour mobiliser les acteurs du pôles. Cependant, dans les compte-rendus des échanges ayant eu lieu à cette période, il ressort le fait que le PFME a en particulier insisté sur un point précis. Pour ce pôle, une telle réforme constituait une nouvelle dynamique collective à amorcer. La « création d'une véritable culture de pôle », son chantier principal, ne pouvait réellement se faire que sur le long terme. Faute de temps nécessaire, concernant cet aspect, l'expérimentation ne pouvait être considérée qu'inaboutie.

L'organisation retenue par les acteurs principaux du Pôle Femme-Mère-Enfant est conservée avec la mise en place définitive des pôles au Centre Hospitalier du Mans. Or, si l'organisation exécutive est similaire d'un pôle à l'autre, l'organisation générale du pôle présente des caractéristiques qui lui sont propres et qui n'ont pas été reprises par d'autres pôles. Son pilotage est assuré par un membre issu du corps médical (un pédiatre dans le cas du PFME), assisté de deux cadres supérieurs de santé⁷⁴ ainsi que d'un directeur référent de pôle.

Le bâtiment Aliénor étant encore en cours de construction, le PFME est alors un pôle de type multisite puisqu'il est très éclaté géographiquement :

- L'activité de chirurgie pédiatrique (y compris urgences) est située sur le bâtiment du Fontenoy,
- L'activité pédiatrique d'ORL/stomatologie n'est pas différenciée de la filière de prise en charge des adultes liée à un autre pôle et située sur le bâtiment Claude Monet,
- Les activités d'urgences/consultations de médecine pédiatrique, de réanimation pédiatrique, de néonatalogie ainsi que d'hospitalisation pédiatrique sont regroupées sur le bâtiment St Exupéry. Pour ces activités est nommé un cadre supérieur de santé.
- Les activités d'hospitalisation en gynécologie-obstétrique ainsi que les blocs obstétrical et opératoire sont liés au bâtiment de la maternité. Un autre cadre supérieur de santé supervise ces activités.

⁷⁴ A la faveur du déménagement des activités vers Aliénor et du départ à la retraite d'un des deux cadres, un seul cadre supérieur de santé restera attaché aux activités du PFME

L'éclatement géographique porte dès lors conséquence en termes d'organisation administrative du pôle et se traduit notamment par le maintien de la présence de 2 cadres supérieurs de santé (pour un ensemble de onze cadres de terrain sur le pôle).

Sous l'impulsion du chef de pôle, par ailleurs membre actif de la CLEF, les services internes au PFME sont supprimés afin de mettre fin à des enjeux de pouvoirs qui ont pu persister par ailleurs avec le maintien des chefferies de service comme sous-ensembles des pôles. De manière à anticiper une telle dérive et à aider le pôle à se penser comme une entité unique, le chef de pôle choisit d'utiliser une méthodologie consistant à faire acter un changement de paradigme et de mentalités à travers un changement de nom et de fonctions pour les structures internes. Ainsi, le pôle se voit divisé en 10 « secteurs » correspondant chacun à un fonctionnement par spécialité ou par mode de prise en charge.

Les secteurs identifiés au sein du PFME sont les suivants⁷⁵ :

- Secteur de médecine pédiatrique
- Secteur de chirurgie gynécologique, pédiatrique et ambulatoire
- Secteur d'obstétrique (hospitalisation mère/nouveau-né)
- Secteur bloc
- Secteur des salles de naissance
- Secteur intégrant le centre de planification et l'orthogénie
- Secteur intégrant les grossesses à risque et l'unité kangourou
- Secteur intégrant les réanimations pédiatrique et néonatales, les unités de soins intensifs et continus et la néonatalogie
- Secteur intégrant les urgences du PFME (gynécologiques, pédiatriques médicales et chirurgicales) ainsi que l'UHCD⁷⁶ pédiatrique
- Secteur intégrant les consultations du PFME (gynéco-obstétrique, chirurgie pédiatrique, pédiatrie médicale et anesthésie)

A ces secteurs est attaché un duo formé d'un praticien hospitalier et d'un cadre de santé. Contrairement aux ex chefs de services qui étaient uniquement chargés de l'organisation médicale, le duo a la responsabilité de l'ensemble de l'organisation complète du secteur⁷⁷. Dès le départ, l'association forte des cadres à l'organisation et au

⁷⁵ Annexe II : Organigramme du Pôle Femme-Mère-Enfant (bâtiments Aliénor et St Exupéry)

⁷⁶ UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

⁷⁷ A noter que les responsables de secteurs sont en pratique attachés à un ou deux secteurs (exemple de cumul des secteurs grossesses à risque et salles de naissance). Faisant figure d'exception, le secteur de chirurgie a plusieurs coordonnateurs mais un seul cadre de santé (coordonnateur gynécologie et coordonnateur chirurgie pédiatrique)

fonctionnement nouveau du pôle va avoir des effets bénéfiques importants sur la dynamique interne au pôle. Cependant, c'est la construction du projet de soins du PFME en 2007 qui constitue le plus important changement et qui va impacter l'ensemble de ses acteurs.

2.1.3. L'audit Ylios ou la construction du projet de soins du PFME (2007)

En 2007, les difficultés croissantes rencontrées par les acteurs pour écrire le nouveau projet de soins du PFME aboutissent au recours à un audit réalisé par un cabinet de conseil spécialité, le cabinet Ylios mandaté par l'ARH. Celui-ci est chargé de réaliser une étude médico-économique afin de vérifier l'adéquation entre le projet architectural et les organisations prévisionnelles de soins. Il s'agit d'être en mesure d'optimiser les organisations, le nouveau contexte institutionnel évoqué plus haut ayant mis en évidence l'inadéquation entre le projet architectural et les évolutions de la T2A. De l'avis du président de la CME de l'époque, praticien urgentiste⁷⁸, interrogé sur le sujet, les conséquences de la T2A sur l'investissement d'Aliénor mais également sur les investissements futurs n'avaient pas été mesurées à leur juste valeur. Il faut néanmoins souligner la réactivité des acteurs qui ont su pleinement tirer partie des conclusions de l'audit. Ces dernières abordent plusieurs types de sujets emportant de multiples conséquences étudiées ci-dessous.

2.1.3.1. La révision du programme capacitaire du PFME

L'intervention du cabinet de conseil Ylios sur l'organisation du PFME aboutit ainsi à une révision de son programme capacitaire. Celui-ci est étudié attentivement afin de tirer parti de la taille critique des unités d'hospitalisation pour réaliser, dès que les contraintes architecturales le permettent, une mutualisation des lits et des capacités. La réduction des lits est actée en pédiatrie et compensée par la mise en place de l'UHCD (6 « lits portes » au niveau des urgences). Les moyens en ressources humaines sont transférés d'un service à l'autre, anticipant ainsi une baisse d'activité pour la pédiatrie en faveur de l'UHCD.

De plus, compte tenu de l'intégration de nouvelles activités, non prévues dans le projet architectural initial, Ylios propose une nouvelle répartition des lits disponibles. Ainsi,

⁷⁸ Chef de service du SAU du Mans de 1995 à 2003, responsable d'une unité de médecine polyvalente de 2003 à 2006 et président de la CME sur 2 mandats courant de 2003 à 2010.

l'intégration dans le bâtiment Aliénor de l'ambulatoire pédiatrique illustre ce changement. Afin de faire face aux besoins, l'audit propose l'ouverture de 6 postes d'ambulatoire pédiatrique dans 3 chambres de l'unité de chirurgie pédiatrique située au 3^{ème} étage. Ce regroupement s'accompagne de l'optimisation des effectifs de chirurgie pédiatrique permettant un gain de 2,4 ETP.

2.1.3.2. Adaptation des moyens en personnel aux fluctuations de l'activité

Un pool de remplacement propre au pôle est mis en place afin de pouvoir adapter les moyens en personnel aux fluctuations de l'activité. En matière de délégation concernant les remplacements de courte durée (congé maladie mais hors congé longue maladie, congé longue durée et congé maternité), plusieurs options restaient ouvertes pour le Centre Hospitalier du Mans. La mise en place d'un pool de remplacement de pôle implique que l'effectif de remplacement soit identifié dans l'effectif du pôle. Cela a l'avantage d'une certaine simplicité en ce sens qu'il donne une visibilité au pôle pour planifier les horaires de travail, il gagne ainsi en autonomie. Cependant, un pool de remplacement central aurait eu l'avantage de permettre une adéquation supérieure entre disponibilités de personnel et besoins à ceci près que la polyvalence des agents aurait été plus difficile à mettre en pratique. Le pool du PFME est divisé en 2 parties, un pool composé de 7 ETP IDE⁷⁹ et un pool composé de 5 ETP AS-AP.

2.1.3.3. Mutualisation de certaines activités transversales

La mutualisation de certaines activités transversales au pôle est un axe stratégique pour le Centre Hospitalier du Mans. Comme évoqué plus haut, l'architecture même du nouveau bâtiment en segmentant les activités de secrétariat par exemple ne facilite pas les mutualisations. Cependant, celles-ci ne sont pas non plus rendues impossibles. Ylios fait ainsi le constat d'une nécessaire réunion des processus d'admission et de secrétariat notamment en pédiatrie et gynéco-obstétrique, ce qui concerne un ensemble de près de 35,4 ETP. La révision des processus de travail doit aboutir à la réalisation d'une économie d'au moins 3 ETP.

Dans le même esprit, la réflexion sur les mutualisations possibles dans les activités transversales a également abouti à la création d'une équipe de distribution

⁷⁹ IDE : Infirmier Diplômée d'Etat

AS : Aide Soignant

AP : Auxiliaire de Puériculture

propre au PFME. Cela a permis de diminuer le volume à la fois des AP et des AS présentes dans les unités en allégeant globalement leur charge de travail. L'équipe de distribution se voit attribuer une tâche transversale aux différents services consistant à s'occuper des différents flux logistiques (sacs à linge, sacs poubelle, charriots et échelles pour les services etc.). Concrètement, cela permet également au pôle de concentrer ses effectifs afin d'avoir une approche au plus près de la réalité entre le nombre de personnel disponible et l'activité. Les soignants restent au plus près des malades, ils sont reconcentrés sur leur cœur de métier et voient leurs tâches annexes réduites.

Enfin, les mutualisations peuvent également avoir lieu au niveau des unités d'hospitalisation elles-mêmes. C'est ainsi que le mode de fonctionnement des effectifs de réanimation et de néonatalogie est repensé afin de pouvoir faire l'économie de 2,35 ETP.

2.1.3.4. Optimisation du bloc et révision des besoins en personnel

Les conclusions de l'audit Ylios ont donc amené à plusieurs redéfinitions des besoins en personnel du PFME afin de gagner en efficacité y compris au bloc. Ainsi, le cabinet a listé, compte tenu des principes d'organisation retenus, les besoins exacts en personnel. Le coût et la performance des organisations prévisionnelles ont été évalués ce qui a permis une validation des effectifs. A titre d'exemple, pour faire fonctionner le bloc opératoire (6 blocs dont une salle de césarienne), les plages horaires ont été mises à plat afin de déterminer les modalités de travail des opérateurs (8h-16h avec une extension possible envisagée à 20h selon le taux d'occupation). Les spécialités à intégrer dans le nouveau programme du PFME ont également été prises en compte dans l'organisation du bloc : transfert des urgences pédiatriques (y compris de nuit pour les moins de 1 an et/ou moins de 10 kg), de l'activité ambulatoire et ORL. En effet, ces deux dernières n'étaient pas à l'origine prévues dans le projet du pôle et ont fait l'objet d'une réintégration dans les locaux et dans le projet de soins sous l'impulsion du cabinet Ylios. L'optimisation du fonctionnement du bloc opératoire a également eu des conséquences sur l'organisation des postes de brancardage (le PFME disposant dès lors d'une équipe propre de brancardiers internes au pôle).

2.1.3.5. La gestion des compétences du personnel

Dans un souci de valorisation des parcours professionnels, en cohérence avec une vision prospective des métiers, une gestion globale des compétences est organisée, lorsque les conditions le permettent. Ainsi, une des politiques du pôle a été de développer

la polyvalence des AS-AP⁸⁰, une telle démarche permettant aussi de gagner en efficacité. En effet, par reconcentration sur leur cœur de métier et en les employant moins pour effectuer des tâches administratives, le nombre total des auxiliaires de puériculture a pu être diminué. Parallèlement, toujours en s'inscrivant dans ce modèle de gestion globale de la périnatalité, les sage-femmes peuvent désormais être amenées à prendre en charge mères et enfants. Cette prise en charge se faisant désormais de manière globale, c'est le nombre total des intervenants qui diminue permettant, via la polyvalence AS-AP, un gain de temps et donc de moyens humains.

2.1.3.6. La révision des processus de travail

Enfin, l'audit du fonctionnement du PFME propose une innovation consistant dans la mise en place d'un cadre gestionnaire de lits. Celui-ci, placé sous l'autorité directe du duo de pôle, est chargé de coordonner les lits mais aussi de gérer les transports internes ainsi que le pool de remplacement. Ainsi, par son action quotidienne, celui-ci aboutit à une meilleure adéquation des ressources utilisées à l'activité réalisée. Cette efficacité est d'autant plus accrue par le fait que le cadre gestionnaire de lits agit « en temps réel » sur le pôle grâce à des fonctions bien identifiées par l'ensemble des acteurs internes.

Dans un contexte rénové, la nouvelle équipe du PFME va devoir trouver ses marques. Afin de prendre acte du changement de paradigme impulsé à la fois par le nouveau contexte mais aussi le nouveau projet de soins, le pôle s'organise pour analyser ses résultats et en déterminer des possibilités d'action.

2.2. Le PFME s'organise afin d'être en mesure de produire une analyse de ses résultats

La participation active de la CLEF aux réflexions de l'établissement pose les premières pierres (2.2.1.) permettant par la suite la mise en place d'un véritable dialogue de gestion (2.2.2.). A ce titre, en matière de comptabilité analytique, le PFME utilise en particulier deux outils, le CREA et le TCCM sur lesquels il semble important de revenir pour mieux comprendre leur évolution récente (2.2.3.). Cependant, le pôle dispose également d'une instance originale, la cellule d'analyse des tableaux de bord dont le fonctionnement éclaire la dynamique sous-jacente au pôle (2.2.4.).

⁸⁰ Auxiliaire de puériculture (AP), aide soignant (AS)

2.2.1. Le rôle de la CLEF et l'implication historique du premier chef de pôle du PFME

La mise en place des outils de comptabilité analytique au sein de Centre Hospitalier du Mans dans un contexte de développement de la contractualisation, répond à un double objectif :

- d'une part, l'hôpital souhaite se doter des outils pour dialoguer et piloter les pôles.
- d'autre part, les pôles souhaitent disposer d'outils leur permettant de suivre et de piloter leur activité.

Dès 2005 a été élaboré un premier Compte de REsultat Analytique (CREA) sur la base de critères d'affectation des charges et des recettes qui ont fait l'objet d'un vote et d'une formalisation dans un document. D'emblée, cette démarche s'est inscrite sous une forme très participative dans laquelle la CLEF a eu un rôle central. Les principes de gestion qui ont été retenus pour l'élaboration du premier CREA ont été analysés par elle, son avis ayant matérialisé une acceptation collégiale du principe de répartition. Cette implication forte des pôles dans la mise en place de la comptabilité analytique a constitué une force pour le CHM.

D'emblée, la CLEF a été positionnée à la fois comme partenaire des différentes réflexions menées au sein de l'établissement (mise en place de la comptabilité analytique, réflexion sur les tableaux de bord, délégation de gestion) ainsi que comme relais auprès des services en vue d'une sensibilisation de tous aux problèmes posés et d'une compréhension des actions à mener. Une fois acté le principe d'expérimentation des CREA dès 2005, la généralisation à l'ensemble de l'établissement a été un processus long dès lors qu'un certain nombre de questions ont dû être tranchées par la CLEF. A titre d'exemple, les réflexions ont porté sur :

- les éléments de re-facturation interne entre pôles : avant son déménagement dans le bâtiment Aliénor s'est ainsi posé la question de l'utilisation du bloc central du Fontenoy par la chirurgie pédiatrique, des prestations des pôles médico-techniques au profit des pôles cliniques, de la ventilation de la valorisation des GHS des séjours multipôles (prorata temporis), de la part des recettes des GHS à reverser aux urgences etc.

- les charges afférentes aux pôles (charges directes de personnel, charges médicales, hôtelières, amortissement des équipements mais aussi charges indirectes : logistique médicale et générale, blanchisserie, laboratoire, imagerie etc).
- la ventilation de certains produits liés à l'activité. Cela concernait par exemple les passages aux urgences, les forfaits techniques mais aussi les dotations forfaitaires de l'établissement (MIGAC, DAC, forfaits annuels).

Le rôle joué par la CLEF dans l'acculturation des équipes de l'établissement a été central. La présence du chef de pôle du PFME au sein de la CLEF qu'il présidait, a permis de faire un lien entre les préoccupations institutionnelles issues des nouveaux enjeux et la pratique quotidienne de l'ensemble des acteurs du pôle, et ce, dès sa constitution. Cette prise de conscience étant ainsi facilitée, les effets concrets sur le pôle n'ont pas tardé à se faire ressentir. Ainsi, le pôle s'est saisi de la mise en place d'un véritable dialogue de gestion au Centre Hospitalier du Mans pour se pencher sur la question de sa performance.

2.2.2. La mise en place du dialogue de gestion au Mans

Le dialogue de gestion est un système d'amélioration de la performance qui permet de mobiliser les membres d'une organisation sur la mise en œuvre de la stratégie. Il s'agit de donner de la visibilité et de mobiliser les acteurs au travers d'une démarche de performance. Ainsi, le dialogue de gestion assure les conditions de réussite de la stratégie de l'établissement en effectuant un suivi dans le temps des évolutions des indicateurs des pôles. Au Centre Hospitalier du Mans, le dialogue de gestion est conçu comme prenant deux formes distinctes :

- d'un côté le « *dialogue de gestion stratégique* »,
- de l'autre côté le « *dialogue de gestion opérationnel* ».

2.2.2.1. Le dialogue de gestion stratégique : les Revues de Gestion Stratégiques (RGS)

Les Revues de Gestion Stratégiques (RGS) permettent une analyse régulière des données de chaque pôle. Basées sur un rythme quadrimestriel, elles prennent la forme d'une réunion entre le trio de pôle, la DAFCO⁸¹, la DRH⁸² (ces deux dernières

⁸¹ DAFCO : Direction des Affaires Financières et du Contrôle de gestion

représentées par les directrices et un contrôleur de gestion), le DIM et la Direction Générale. Si elles permettent surtout un suivi du pilotage de chaque pôle par la Direction Générale, elles ont pour objectif de déceler les bonnes pratiques, de repérer les difficultés et d'apporter des actions correctrices.

Les pôles présentent, sous la forme d'un diaporama projeté devant l'ensemble des participants, leurs remarques et analyses sur l'évolution de leurs données :

- données liées à la contractualisation et à la délégation de gestion et fonction des objectifs propres à chacun des pôles (nombre de RUM produits et non codés, consommation des enveloppes déléguées du titre 2 et du titre 3, suivi des taux d'occupation (HC, HS, HJ)⁸³, consultations, consommations de laboratoire),
- données financières (évolution du CREA),
- données liées aux ressources humaines (suivi des effectifs médicaux et paramédicaux dans le cadre du CREF).

Ces données étant ensuite analysées avec précision (parfois en contradiction avec les conclusions présentées) par l'ensemble des membres présents.

Une tendance, bien que résiduelle, présente chez seulement certains pôles du Centre Hospitalier du Mans et non retrouvée pour le PFME, mérite tout de même d'être soulignée. En effet, les RGS restent parfois le lieu de contestation à la fois de la fiabilité des outils de comptabilité analytique (principalement du CREA) et des clés de répartition sous-tendues. Au lieu de centrer le débat sur les grandes évolutions chiffrées cela a pour effet pervers de détourner les RGS de leur véritable but en réservant une partie de l'échange non plus au fond (évolution des données et inscription dans le temps) mais à la forme pourtant validée en CME (notamment la méthodologie de construction des CREA).

Une autre critique des RGS vient à l'esprit : du fait de la nature des informations disponibles, elles restent souvent un lieu d'analyse a posteriori des évolutions intervenues au sein des pôles. Dès lors, elles souffrent d'un manque de vision prospective qui les empêche de jouer totalement le rôle de définition de la stratégie d'un pôle qui leur a été assigné au moment de leur mise en œuvre.

⁸² DRH : Direction des Ressources Humaines

⁸³ HC : Hospitalisation Complète, HS : Hospitalisation de Semaine, HJ : Hospitalisation de Jour

2.2.2.2. Le dialogue de gestion opérationnel

Le dialogue de gestion se décline également à un niveau dit opérationnel soit au sein des pôles eux-mêmes entre les trions de pôle et les structures internes de chaque pôle. La mise en place de ce 2^{ème} niveau a pour but d'assurer, pour le dialogue de gestion, que les objectifs suivants sont bien atteints :

- la mise en œuvre et le suivi des objectifs du contrat de pôle,
- le pilotage de proximité entre l'exécutif de pôle et l'ensemble du pôle,
- la formulation des actions d'amélioration ainsi que leur éventuelle mise en œuvre.

Ce niveau de dialogue de gestion implique la diffusion d'une culture d'optimisation des moyens et de résultats au sein du pôle. Dès lors, la mise en œuvre par le PFME du dialogue de gestion opérationnel apparaît conforme aux résultats attendus puisque les questions portant sur l'activité, la performance, les moyens consommés et les coûts sont nombreuses au sein du pôle. Ce questionnement a lieu à la fois dans le cadre « normalisé » du dialogue de gestion opérationnel à travers les bureaux de pôles qui sont des lieux de préparation et de retour des RGS, ainsi qu'au travers de la cellule « analyse des tableaux de bord », entité propre au PFME.

2.2.3. Les outils de comptabilité analytique mis à disposition du pôle : Compte de REsultat Analytique (CREA) et Tableau Coût Case-Mix (TCCM)⁸⁴

Deux outils de comptabilité analytique sont à disposition des pôles : le Compte de REsultat Analytique (CREA) et le Tableau Coût Case-Mix (TCCM). Les deux outils sont à la fois conçus et utilisés de manière complémentaire : si le CREA permet de faire le constat de la performance (ou de la non-performance) de l'unité de production étudiée, le TCCM lui en éclaire les raisons (analyse de la structure de production).

2.2.3.1. L'outil CREA

Le CREA permet de mesurer la contribution d'une unité de production (ici le PFME) au résultat économique de l'établissement en intégrant les recettes directes et

⁸⁴ Annexe XIII : Tableau Coût Case-Mix (TCCM) et Compte de REsultat Analytique (CREA) du PFME

indirectes ainsi que les coûts directs et indirects pour définir un coût complet. Pour cela, ils s'inspirent du modèle des guides méthodologiques de Comptabilité Analytiques Hospitalière (CAH) en effectuant des retraitements sur des éléments issus la comptabilité générale de l'établissement.

Afin d'atteindre les objectifs évoqués plus haut, le Centre Hospitalier du Mans a souhaité la mise en place d'un CREA quadrimestriel par pôles⁸⁵ à partir de clés de répartition des recettes et des dépenses partagées par tous. Un CREA annuel permet également de réaliser une synthèse, sur un exercice, de la performance du pôle. Chaque CREA est scindé en 2 parties : une partie « activités cliniques » et une partie « activités médico-techniques car leurs règles de construction sont différentes. Les activités logistiques des pôles ne figurent pas dans les dépenses directes des CREA de pôles auxquels ils appartiennent. Ces dépenses ont vocations à se déverser sur tous les CREA cliniques et médico-techniques sur la ligne de dépense « Gestion générale et autres logistiques » comme c'est le cas pour les frais généraux et services administratifs.

Pole Femme Mère Enfant	
Activités cliniques	Activités médico-techniques
Hospitalisations Consultations Réanimation néonatalogique et pédiatrique Soins intensifs de néonatalogie Surveillance continue de pédiatrie	Bloc Aliénor Salles de naissances Accueil des urgences pédiatrique et gynécologique

Les masses financières du pôle s'inscrivent dans un rapport de 1 à 10 en valeur absolue entre les activités cliniques et médico-techniques, en faveur des activités cliniques. En effet, les résultats du CREA du PFME pour l'année 2010 indiquent un résultat positif de 103 341 € pour le pôle, réparti entre 966 289 € pour les activités cliniques contre – 862 948 pour les activités médico-techniques.

⁸⁵ Les CREA sont élaborés pour chaque quadrimestre et diffusés selon le planning suivant : CREA Q1 année N : mi juin année N ; CREA Q2 année N : mi octobre année N ; CREA Q3 année N : fin mars année N+1

Cinétique des CREA du PFME					
		Q1	Q2	Q3	Total
2007	Résultat Rapport recettes/dépenses	-	-	-	- 1 856 285 - 5%
2008	Résultat Rapport recettes/dépenses	- 303 681 - 2,5%	- 1 540 984 - 13,1%	166 481 1,2%	- 1 678 184 - 4,5%
2009	Résultat Rapport recettes/dépenses	94 494 + 0,7%	- 2 018 485 - 16,2%	1 020 921 6,9%	- 902 770 - 2,2%
2010	Résultat Rapport recettes/dépenses	- 785 526 - 6,1%	- 197 253 - 1,3%	1 086 120 7,1%	103 341 + 0,2%
2011	Résultat Rapport recettes/dépenses	- 159 137 - 1,2%	-	-	-

Des règles précises ont été élaborées par la Direction des Affaires Financières concernant l'affectation à la fois des recettes et des dépenses aux pôles. Celles-ci font l'objet d'un guide méthodologique des CREA de pôles mis à disposition de ces derniers et validé par la CME.

Variabilité infra-annuelle des CREA

Plusieurs facteurs de variabilité infra-annuelle des CREA, expliquant les écarts observés entre les quadrimestres peuvent être soulignés :

- facteurs de variabilité propres au PFME
 - o l'activité est très variable pour les spécialités pédiatriques et obstétriques. Plusieurs pointes d'activité peuvent être notées, pour l'activité pédiatrique sur Q1 et Q3 liées à l'arrivée de la saison hivernale, sur la fin de Q2 et le début de Q3 pour l'obstétrique (pic de naissances tous les ans autour de septembre)
- autres facteurs de variabilité
 - o on observe régulièrement au sein de l'établissement un effet de rattrapage dans le codage situé en Q3
 - o la présence du versement de la prime de service (non mensualisée) au mois de mai/juin impacte à la baisse les résultats sur Q2 (hausse des charges de titre 1).

Variabilité annuelle des CREA

Si la cinétique des CREA est surtout observée en RGS sous sa forme quadrimestrielle, il est également intéressant de passer à une vision annuelle. En effet, la variabilité infra-annuelle des CREA n'est pas toujours très parlante compte tenu du fait que certaines charges ne sont réellement lisibles que sur l'année compète par manque de lissage. Ce prisme n'est pas absent des RGS du Centre Hospitalier du Mans : lors de la première RGS de l'année N+1 et en parallèle de l'étude de Q1, les chiffres de N sont analysés afin de prendre en compte l'évolution annuelle des CREA des pôles.

L'**année 2009** correspond à l'ouverture du bâtiment Aliénor en juillet et à la reconfiguration du Pôle Femme Mère Enfant qui prend dès lors sa forme définitive. Cependant, cette dernière a de fortes conséquences puisque des nouvelles dépenses sont imputées dans le CREA du pôle. L'intégration de nouvelles activités dans le pôle impactent fortement Q2 et Q3 notamment du fait de l'augmentation importante des dépenses en personnel et des achats réalisés en vue de l'ouverture du bâtiment Aliénor (équipements informatiques, bureautiques etc.). En effet, un double effet de ciseau impacte le résultat de 2009 : d'une part du personnel avait été recruté alors que le niveau d'activité n'avait pas encore atteint son optimum (contexte de montée en charge) d'autre part dans certains domaines tous les recrutements n'avaient pas été faits entraînant ainsi de nombreuses dépenses d'intérim (notamment pour les sage-femmes et les IBODE⁸⁶). Fin 2009, coïncidant avec des sorties d'écoles IFSI, la totalité des recrutements en personnel nécessaire a été effectuée. Enfin, compte tenu du contexte de déménagement, de nombreux surcoûts liés aux achats mais aussi à la constitution de stocks de consommables ont impacté le CREA 2009 à la baisse.

L'**année 2010** représente un tournant pour le PFME dès lors qu'il s'agit à la fois de la première année d'exercice pleine post déménagement mais aussi de son renouement avec l'équilibre. Les résultats du CREA étaient donc particulièrement attendus devant se traduire la nouvelle configuration. Cependant, la valorisation financière de l'activité réalisée cette année là voit son volume baisser :

- du fait de la convergence tarifaire entre secteurs public et privé, un des principaux GHM d'obstétrique voit ses tarifs diminuer. Cet aspect sera étudié plus en profondeur par la suite.
- la prise de conscience de la forte modération de la valorisation financière de la réanimation (non-obtention de suppléments en réanimation) du fait d'une

⁸⁶ IBODE : Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat

mauvaise organisation des lits et ce bien que la prise en charge médicale en réanimation soit assurée.

2.2.3.2. L'outil TCCM

Un deuxième outil vient enrichir la réflexion du pôle, il s'agit du Tableau Coût Case-Mix (TCCM), développé sur 2 niveaux par le CHM : au niveau de l'établissement lui-même mais aussi au niveau de chaque pôle d'activité. Il permet de comparer, pour chaque grande ligne étudiée (personnel, produits pharmaceutiques, logistique générale, structure etc.), les coûts directs et indirects liés aux GHM avec ceux d'un établissement virtuel ayant le même case-mix et dont les coûts directs et indirects de production sont ceux de l'Echelle Nationale des Coûts à méthodologie Commune (ENCC). D'emblée, le but de la démarche n'est pas de faire de l'analyse détaillée de chaque variation mais bien de comprendre les tendances et les grands écarts de l'établissement par rapport à un coût moyen national de référence. L'atteinte de ce dernier ne constitue pas en soi un objectif pour le pôle, il permet d'avoir un référentiel auquel se comparer.

Le TCCM ne remporte pas un franc succès auprès des pôles du Centre Hospitalier du Mans. En effet, interrogé à ce sujet le trio de pôle du PFME souligne que sa compréhension reste très ardue, à la fois pour eux et pour les duos de secteurs. De plus, son utilisation à un niveau de granularité plus faible que celle représentée par l'établissement reste controversée : *« Le TCCM doit être considéré et utilisé comme un des outils qui permet d'expliquer le résultat du pôle en introduisant ce qui manque dans le CREA, à savoir une référence externe. Il comporte cependant des limites (...). L'outil n'a pas été conçu pour un usage interne et il perd une partie de sa pertinence quand le périmètre d'analyse se réduit. »*⁸⁷ De fait, s'il a au moins le mérite d'exister et d'être mis à jour chaque année pour les pôles, il est plus difficilement utilisable par eux que le CREA dans un but pédagogique de mobilisation de leur équipe. Cette situation n'est pas facilitée par le fait que le mode de réalisation même du TCCM a pu légèrement varier dans le temps. Ainsi, à titre d'exemple pour que les dépenses bloc obstétrique/gynécologie et bloc général soient réellement comparables entre Q1 2009 et Q1 2010, il faut additionner 2 lignes. Malgré les tentatives du PFME d'utiliser toutes les potentialités du TCCM pour mieux comprendre l'évolution du pôle, les réponses obtenues pour expliquer les résultats de certains secteurs sont souvent difficilement exploitables.

⁸⁷ Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (MEAH), *Nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôles – CREA, CREO, TCCM, tableaux de bord, une aide méthodologique au dialogue de gestion*, 2009, p. 30

Cependant, l'évolution annuelle du TCCM du pôle est tout de même observée avec attention car elle joue un rôle déterminant, au moins pour le personnel : dans le cadre des rendus de poste que le pôle aura à effectuer l'année suivante pour le PRECIS en dépendent en partie. Le TCCM du Centre Hospitalier du Mans se caractérise en effet par une dépense plus importante, dans les services cliniques, que la moyenne du point de vue du personnel soignant et du personnel dit « autre ». Si l'on se penche plus particulièrement sur les chiffres du PFME, pour le personnel soignant, l'écart entre le coût pour l'établissement et le coût ENCC était de + 24,2% en 2008. Ceci vient expliquer les raisons de la politique institutionnelle de diminution de la masse salariale inscrite dans le CREF. Cet écart est certes diminué en faveur du pôle en 2009 mais il reste tout de même à un niveau très significatif (+ 7,8%).

Un autre fait marquant peut être souligné : l'explosion de la ligne « structure immobilier » entre 2008 et 2009 que ce soit pour l'établissement (+ 88%) mais aussi pour le PFME (+ 129,1%) alors même qu'en 2008 cette dernière était plutôt modérée (-23% pour l'établissement, - 22% pour le PFME). Elle est à mettre en lien avec l'ouverture en 2009 du nouveau bâtiment Aliénor : ce dernier étant source d'une hausse globale des amortissements de l'immobilier, la mise en service de cette construction dégrade d'autant le ratio de l'établissement. Par conséquent, c'est le coût global du mètre carré, clé de ventilation de l'ENCC⁸⁸, qui a augmenté sur l'établissement. L'effort supplémentaire de financement que représente Aliénor et la hausse du remboursement d'emprunts sur la structure financière, se sont trouvés répartis au sein de l'établissement au prorata des mètres carrés de chaque pôle. L'importance du volume des mètres carrés du projet Aliénor par rapport à l'ancien bâtiment explique le fait que l'impact sur le TCCM du PFME soit plus important que l'impact sur le TCCM de l'établissement. Concrètement, à activité constante, le coût d'exploitation au mètre carré a explosé. Cependant, cet écart pourrait être encore plus grand s'il était tenu compte, pôle par pôle, dans la clé de répartition utilisée, non plus seulement de la surface, mais aussi de la vétusté des locaux.

Ainsi, si les outils d'analyse mis à disposition du pôle sont nombreux, celui-ci a également su s'organiser pour que l'appropriation par les acteurs atteigne le maximum de son potentiel car ce n'est pas la production des outils de comptabilité analytique qui compte mais bien leur utilisation.

⁸⁸ Pour la ligne "structure immobilier" la clé de ventilation est le m2 SHOB (surface hors oeuvre brute) des services de soins et plateaux médico-techniques.

2.2.4. La cellule « analyse des tableaux de bord » et le rôle des cadres

En matière de dialogue de gestion dit « opérationnel », le PFME s'illustre par la présence en son sein de plusieurs instances bien identifiées. D'un côté le bureau de pôle est, de manière très classique, un lieu d'échanges entre le trio de pôle et les duos responsables de secteurs (coordonnateurs de secteurs et cadres de secteurs). De l'autre côté, le pôle a mis en place une cellule d'analyse des tableaux de bord, pilotée par un gynécologue-obstétricien.⁸⁹ Cette dernière se réunit de manière mensuelle et est ouverte à l'ensemble des duos de secteurs.

De formation récente (début 2010), elle est née d'une démarche interne propre au PFME. En effet, près d'un an après le déménagement et alors que le pôle entrait dans une vitesse « de croisière », de nombreux acteurs ont fait part de leurs difficultés à analyser les évolutions les concernant. Le constat était simple : si les outils à disposition du pôle sont nombreux, leur maîtrise n'était pas toujours acquise côté médecins comme côté cadre du fait d'une nécessaire acculturation. De plus, leur implication personnelle était nécessaire de part la volonté affichée du trio de pôle de responsabiliser les secteurs en les faisant participer au maximum à la gestion du pôle. La mise en place de cette cellule répondait au besoin de créer un lien entre les secteurs dans la continuité des bureaux de pôle.

Les données exploitées lors des cellules d'analyse des tableaux de bord sont variées : tableaux de bord du portail décisionnel (pilotage du pôle), tableaux mensuels du DIM (activité PMSI du pôle) et CREA. La montée en charge de ce dispositif s'est faite progressivement. Dans un premier temps, seul le praticien en charge de la cellule préparait des remarques sur les différents secteurs et analysait lui-même les tableaux pour l'ensemble du pôle. La cellule était l'occasion pour les duos de secteurs d'échanger leurs remarques sur les principaux points mis ainsi en évidence. Cependant, dès lors qu'il s'agissait de se placer dans une perspective d'autonomisation et de responsabilisation des secteurs, la formule ne pouvait qu'évoluer pour demander aux différents responsables d'analyser eux-mêmes les chiffres de leurs propres secteurs. Compte-tenu de son caractère polaire et donc multisectoriel, l'analyse du CREA est, quant à elle, aujourd'hui encore, laissée à l'initiative du praticien en charge de la cellule, les autres membres faisant part de leurs commentaires sur la cinétique des CREA du pôle.

⁸⁹ Celui-ci est de longue date membre actif de la Commission Médicale d'Etablissement (CME). A ce titre, il participe au Directoire et pilote également la Commission Médicale d'Équipement chargée de déterminer les enveloppes de dépenses de matériel médical non déléguées aux pôles.

L'avantage principal de cette formule réside dans son caractère extrêmement dynamique. Cependant, celle-ci a également un versant négatif en ce sens qu'elle est très personne-dépendante. Suivant les affinités des duos coordonnateurs-cadres de secteurs, les thèmes abordés varient ainsi que les degrés d'analyse. D'un point de vue pédagogique, la nécessité de s'intéresser aux chiffres des secteurs afin de prendre en compte la mise en place de la T2A, est parfaitement actée au sein du pôle. En effet, les tableaux de bord sont le reflet d'une vision financière de l'activité mais ce changement de paradigme ne semble plus poser de problèmes au sein du pôle. Le travail d'analyse vient plus particulièrement des cadres, les praticiens hospitaliers manquent encore parfois de motivation et de temps. Le suivi de certains indicateurs est plus aisé pour des cadres, l'incidence de la démarche étant parfois moins éloignée de leur cœur de métier. En témoigne le suivi particulier accordé par le secteur bloc sur les consommables. Les objectifs leur apparaissent moins imposés à travers une approche descendante que pour les praticiens. En effet, le contexte plus global de l'établissement joue aussi, les cadres ayant peut-être mieux intégré le lien de balance entre économies réalisées – postes à rendre dans le cadre du PRECIS (même si celui-ci comporte à la fois un objectif de diminution des dépenses de personnel et de titre 2 et 3. Ainsi, ils bénéficient d'une motivation autre que celle purement institutionnelle visant à améliorer les résultats du pôle : les conséquences pratiques des mauvais résultats T2A se faisant plus concrets dans leur exercice quotidien. Cette forte implication des cadres dans le pilotage du pôle a toujours été son point fort. Il est même possible d'aller plus loin en soulignant que cette dernière s'est même fait facteur clé de réussite de la démarche.

Après un peu plus d'un an d'existence est apparue la nécessité de faire encore évoluer la forme de la cellule d'analyse des tableaux de bord. Afin d'obtenir un maximum d'efficacité dans l'analyse, le praticien en charge de la cellule a préconisé au trio de pôle de rentrer dans les détails de l'analyse médico-économique. Cependant, cela nécessitait de pouvoir maîtriser parfaitement un outil comme PMSI Pilot, l'outil mis à disposition des pôles du Centre Hospitalier du Mans afin de pouvoir analyser leur activité à travers les évolutions de leur case-mix. A terme, il s'agirait de pouvoir se concentrer sur quelques GHM clés de du pôle par secteur de référence, mais aussi d'effectuer de plus fines analyses par le truchement des regroupements de GHM. Deux regroupements en particulier apparaissent intéressants pour le PFME :

- les Catégories Majeures de Diagnostic (CMD) qui permettent un regroupement des GHM par spécialités. Sur les 29 CMD existantes, la plus couramment présente dans le case-mix du PFME reste la n°14 « *grossesses pathologiques* », vient ensuite la n°13 « *affections des organes génitaux féminins* » qui comprend

la spécialité de gynécologie. A noter que le cancer du sein est lui rattaché dans la CMD n°13 « *affections de la peau* ».

- les regroupements de GHM en sévérités⁹⁰ qui permettent de mieux appréhender la lourdeur de la prise en charge. L'étude du case-mix du PFME dans ce domaine, compte tenu de son niveau III, pourrait s'avérer intéressante notamment couplé à un regroupement par CMD (CMD 14 pour les grossesses et CMD 15 pour les nouveau-nés).

Enfin, l'étude des éventuels changements de file active du pôle vient également à l'esprit de la cellule. Pour ce faire et à leur demande, j'ai eu l'occasion de présenter l'outil PMSI Pilot ainsi que les différents regroupements évoqués plus haut en bureau de pôle. Reste aux prochaines cellules d'analyse des tableaux de bord à se saisir des potentialités offertes pour mieux analyser l'activité.

2.3. Une volonté de valoriser au mieux l'activité réalisée : le travail sur la chaîne de d'admission-codage-facturation-recouvrement

Les effets de la mise en place de la tarification à l'activité au sein des centres hospitaliers sont multiples. Cependant, à ce stade de la réflexion il nous a semblé intéressant de se pencher plus particulièrement sur ceux dus à l'activité elle-même. Contrairement aux attentes, ceux-ci ne se réduisent pas aux seuls services de soins, « cœur de métier » même que représente, pour l'hôpital, la prise en charge soignante et médicale. En effet, il va de soi que les impacts organisationnels de la T2A poussent l'hôpital à se réorganiser en profondeur y compris sur des aspects qui ne semblent pas évidents à première vue. Ainsi, c'est la question du renseignement du système d'information qui prend tout son sens et se trouve soulignée. Le PFME a dès lors été amené à travailler sur deux actions précises, actions qui ont été partagées entre l'institution et le pôle, dans un souci global de travail sur l'activité. Il s'agit ici pour l'ensemble des acteurs de l'établissement de tirer pleinement les conséquences de la mise en place de la T2A. Assurément celle-ci n'est pas uniquement synonyme d'activité réalisée mais bien d'activité réalisée, codée puis facturée, l'ensemble de ces processus devant être efficient et de qualité.

⁹⁰ La sévérité est fonction de la lourdeur de la pathologie prise en charge. L'échelle va de la lettre A à la lettre D, la lettre A représentant des pathologies « sans complication », B « avec autre problème significatif », C « avec problème sévère », D « avec problème majeur ».

D'une part, afin de pouvoir au mieux valoriser financièrement l'activité réalisée en son sein, le codage des actes ne doit pas seulement être exhaustif mais aussi de qualité optimale (2.3.1.). D'autre part, c'est la chaîne de facturation et de recouvrement des produits hospitaliers qui doit être optimisée pour que le travail réalisé sur le codage ait du sens (2.3.2.).

2.3.1.L'aspect stratégique d'un codage exhaustif et qualitatif

Le pôle Femme-Mère-Enfant semble avoir véritablement pris conscience de l'aspect stratégique du codage en 2010 avec l'arrivée d'une nouvelle version de regroupements de GHM, la V11B. Jusqu'alors, l'attention du pôle était concentrée sur son niveau d'activité, niveau qui pouvait apparaître comme une garantie de rémunération suffisante dans l'esprit de ses acteurs, reprenant à leur compte la logique suivante : activité en hausse égale ressources financières en hausse. Dès lors, c'est sans grandes inquiétudes que le pôle avait accueilli le passage à la V11 en 2009 qui portait, parmi ses mesures, la volonté de mieux rémunérer les séjours de gravité supérieures parfois aux dépens des séjours pour des prises en charge plus courantes.

Cependant, la poursuite de la convergence tarifaire entre secteurs public et privé incite les autorités à enrichir chaque année la liste des GHM soumis à ce dispositif. C'est ainsi qu'en 2010 avec la V11B, un GHM d'obstétrique, celui des « *nouveau-nés normaux* »⁹¹ (qui concerne directement les naissances soit l'activité la plus importante du pôle à la fois en volume et en valorisation T2A), entre dans la liste des GHM soumis à rapprochement tarifaire⁹². Le taux de convergence est établi à 46% ce qui a pour effet de baisser de 15% le tarif public de ce GHM. Afin de mieux prendre en compte l'importance de ce changement de réglementation, il est nécessaire de rappeler qu'en termes de codage le risque maternité fait l'objet de deux déclarations correspondant respectivement aux GHS d'accouchement et au GHS du nouveau-né. Dès lors, c'est toute la valorisation T2A des séjours correspondant au risque maternité qui se retrouve affectée. C'est un des GHM phare du PFME qui est touché par ce changement de réglementation en témoigne sa 2^{ème} position, sur le case-mix de l'année 2010, en termes de produits T2A. En année pleine, la perte de recettes pour l'établissement peut être estimée, à active constante, à 500 000 euros.

⁹¹ GHM « 15Z05A » : « nouveau-nés de 2 500 g et plus, sans problème significatif »

⁹² Circulaire n° 2010-177 du 31 mai 2010 relative à la campagne tarifaire 2010 des établissements de santé, Annexe IV « *Evolution du modèle de financement des activités de MCO* », page 3

Au-delà de la dimension technique de la réforme, les données rassemblées à ce sujet par le DIM montrent la présence d'un sous-codage anormal des nouveau-nés. Cet état était antérieur au changement de réglementation qui n'est qu'un révélateur. Les équipes soignantes semblent avoir tendance à concentrer leurs efforts sur la partie du codage qui concerne la mère et ne voient pas le risque maternité dans son ensemble. Une étude plus approfondie de la répartition par durées de séjour du GHM en question sur le case-mix de 2009 montre que près de 30% des séjours enregistrent une DMS supérieure à la moyenne. Le travail de requêtes du DIM relève même l'existence de séjours situés anormalement au-dessus de la borne haute placée à 8 jours.

Nous sommes face à un mauvais codage : les GHM des nouveau-nés tels qu'ils sont produits au sein du pôle devraient être le reflet de niveau de sévérité plus importants. Du fait du passage à la V11B, la transition du simple niveau A « sans problème significatif » vers le niveau B « avec autre problème significatif » a des impacts importants sur la valorisation financière de l'activité du PFME. En effet, l'effet de seuil est important : l'écart de rémunération entre les 2 GHM passe de 422,17 € en 2009 à 583,71 € en 2010. La différence financière entre les deux niveaux de sévérité A et B se creuse à activité égale c'est-à-dire pour un même nouveau-né pris en charge.

GHM	Niveau de sévérité	Libellé du GHM	Tarif 2009 (V11)	Tarif 2010 (V11B)
15Z05A	A	Nouveau-nés de 2500 g et plus, sans problème significatif	1 026,55 €	872,68 €
15Z05B	B	Nouveau-nés de 2500 g et plus, avec autre problème significatif	1 448,72€	1 456,39 €
15Z05C	C	Nouveau-nés de 2500 g et plus, avec problème sévère	1 900,90€	1 976,19 €
15Z05D	D	Nouveau-nés de 2500 g et plus, avec problème majeur	3 662,42€	3 630,12 €

Face à une telle situation et afin de limiter au mieux les effets déjà négatifs de la convergence tarifaire, l'effort de l'établissement doit porter sur sa seule marge de manœuvre : le codage. Dès lors, le DIM est conduit à mener une action de fond portant sur l'exhaustivité mais aussi sur la qualité de ce dernier. L'objectif est d'arriver à une prise de conscience du fait qu'un codage a minima est pénalisant pour le pôle. Cette situation n'est pas susceptible d'amélioration externe en raison d'une volonté affichée de la tutelle de poursuivre la convergence tarifaire pour les séjours les moins complexes.

Cependant, une des difficultés pour le DIM est de parvenir à inciter les équipes à coder au plus juste tout en évitant un effet d'aubaine qui les amèneraient à surévaluer les

affections dont souffrent les nouveau-nés pris en charge afin de maximiser les gains financiers. Un tel comportement, loin de s'inscrire dans une stratégie gagnante pour l'établissement, risquerait au contraire de l'exposer à des redressements financiers en cas de contrôle ciblé de l'assurance maladie sur ce point. C'est la raison pour laquelle le DIM, au cours de ses réunions de sensibilisation avec les secteurs concernés du PFME, a été amené à souligner un certain nombre de points :

- rappel des règles de codage des RUM (guide méthodologique de production des infirmations relatives à l'activité médicale, renvoi à des fascicules ATIH portant sur le codage PMSI) : tout codage doit s'appuyer sur des arguments tracés par écrit dans le dossier médical.
- les séjours des nouveau-nés représentent un volume important mais le type de codage qu'ils requièrent est assez stéréotypé ce qui fait de son amélioration qualitative un objectif atteignable.
- il est nécessaire de travailler sur le niveau de sévérité et son mode de détermination :
 - o en partie par la hiérarchie diagnostic principal/diagnostics associés qu'il s'agit de respecter
 - o par le poids de l'enfant à la naissance, calculé en fonction de son âge gestationnel. Il est nécessaire de tracer avec précision cet élément dans le dossier de soins. Ce facteur, directement lié à la T2A est donc susceptible d'influencer la prise en charge soignante des nouveau-nés.

D'emblée, au cours de l'ensemble des présentations que le DIM a pu réaliser auprès des secteurs du PFME concernés, le lien entre la valorisation T2A de l'activité et l'amélioration sur le long terme des CREA du pôle a été identifié. Une telle remarque nous permet de souligner une fois encore le rôle pédagogique que cet outil peut jouer pour le pôle dans un contexte T2A.

Cependant, un tel changement de pratiques, pour donner des résultats concrètement visibles ne peut s'inscrire que sur le long terme. Une étude plus en détail de l'évolution de la DMS de ce GHM nous permet de souligner que cette dernière a sensiblement baissé en 3 ans. Dès 2009 le CHM s'inscrivait déjà dans une moyenne de DMS supérieure à la moyenne nationale DATIM⁹³, tous types d'établissements confondus. Sur les années suivantes, si on ne constate pas d'inversion de cette tendance, la situation

⁹³ DATIM : Détection des ATypies de l'Information Médicale, outil à disposition des DIM des établissements de santé pour l'aide à l'analyse de la qualité des informations PMSI dans les fichiers de RSA

s'améliore avec une DMS qui passe sous la barre symbolique des 4 jours et un écart entre la DMS du pôle et la DMS nationale DATIM qui se réduit.

GHM « 15Z05A » : « nouveau-nés de 2 500 g et plus, sans problème significatif »			
Période étudiée	Version	DMS du PFME	DMS nationale DATIM, tous types d'établissements*
2009 (2 ^{ème} et 3 ^{ème} quadrimestres)	V11	4,24	3,96
2010 (2 ^{ème} et 3 ^{ème} quadrimestres)	V11 B	4,08	3,89
2011 (2 ^{ème} quadrimestre)	V11 C	3,97	3,85

* Données disponibles à l'adresse <http://stats.atih.sante.fr> (mise à jour hebdomadaire pour les données de l'année civile en cours)

De fait, l'action du DIM sur le codage semble avoir porté ses fruits dès lors que le passage de la V11 à la V11B n'a engendré qu'une perte de 50 000 euros pour l'établissement alors que sans action corrective, l'impact financier aurait été de 500 000 euros. A activité constante, un travail sur la qualité et sur l'exhaustivité a donc permis d'avoir un impact quasi neutre sur le CREA du pôle.

Pour que le processus de codage prenne tout son sens et que les impacts de la T2A soient pleinement pris en compte, l'établissement (et à travers lui le PFME) a dû s'inscrire dans un projet institutionnel portant autour de la facturation de l'activité réalisée.

2.3.2. Le projet facturation et la place des admissionnistes

Compte tenu de la situation financière délicate et de la mise en place d'un deuxième CREF, une action ciblée sur la facturation apparaissait comme évidente aux différents acteurs du Centre Hospitalier du Mans. Les dysfonctionnements de la chaîne de facturation n'étant plus masqués par les mécanismes de compensation budgétaire son optimisation n'était pas une priorité. C'est « *le principe même de la T2A [qui] place dès aujourd'hui cette problématique parmi les enjeux majeurs, pour ne pas dire vitaux, du secteur hospitalier, a fortiori pour les prochaines années* ». ⁹⁴

C'est la raison pour laquelle l'établissement s'est porté volontaire pour participer à un chantier de la MEAH portant sur la chaîne admissions-codage-facturation-recouvrement. Un plan d'action pour la période 2009-2012 a été validé en Conseil

⁹⁴ Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (MEAH) *Optimiser la chaîne de facturation/recouvrement hospitalière*, 2008, page 15

Exécutif. Son objectif, double, s'inscrit sur le long terme : d'une part, permettre l'optimisation des recettes et du recouvrement de celles-ci, d'autre part préparer à la facturation directe des établissements de santé (projet FIDES)⁹⁵. Cette dernière, prévue à l'horizon 2013, sera l'aboutissement de la politique mise en œuvre dans le cadre de la T2A et ne fera que consacrer la part stratégique nouvelle donnée au processus de facturation. Elle va plus loin en permettant une allocation de moyens pour l'établissement non seulement fonction de l'activité déclarée (sur un rythme mensuel par le DIM via e-PMSI) mais aussi basée sur la capacité même de l'établissement à la fois à facturer son activité et à encaisser les produits de son activité. Elle implique la disparition de la valorisation sans contrôle a priori de la Sécurité sociale (y compris pour la part financée par un régime de sécurité sociale) qui concerne en 2010, près de 65% des produits de l'établissement. L'hôpital devra facturer directement à l'assurance maladie à la fois les activités externes et d'hospitalisation⁹⁶. Le changement de paradigme est fort : on passe clairement d'un régime de déclaration par le DIM via e-PMSI⁹⁷ à un régime de facturation par l'hôpital.

Pour résumer, les recettes deviennent tributaires d'une chaîne de valeur qu'il s'agit pour l'hôpital de maîtriser de bout en bout. Des dysfonctionnements forts peuvent peser à plusieurs moments, sur le niveau des recettes en cas d'absence de codage (cas évoqué plus haut) mais aussi en cas de mauvaise information administrative à l'admission. Le Centre Hospitalier du Mans cherche à s'organiser de façon à obtenir rapidement et de manière exhaustive les données d'identité et de couverture sociale des patients. Ce processus, appelé « complétude administrative », comporte plusieurs volets identifiés :

- exhaustivité et fiabilité du recueil d'information,
- vérification de l'identité et de la couverture sociale,
- application correcte des règles de facturation,

L'amélioration de la « complétude administrative » permet une amélioration de la facturation qui pourra être réalisée de manière plus claire (calcul au plus juste du taux de prise en charge). On peut également estimer que c'est le recouvrement lui-même qui s'en trouvera facilité : relevé d'identité et d'adresse exact, facturation rapide et recouvrement assuré (limitation des admissions en non-valeur).

Les acteurs concernés par ce projet sont nombreux et occupent des fonctions variées mais sa mise en place passe avant tout par une réorganisation en profondeur du

⁹⁵ FIDES : Facturation Individuelle Directe des Etablissements de Santé

⁹⁶ Cf. Annexe XIV : Le passage à la Facturation Individuelle Direte des Etablissements de Santé (FIDES)

⁹⁷ Exception faite de la prise en compte du ticket modérateur qui était déjà calculé sur la base de la facturation par l'hôpital

service des admissions de l'établissement, le Service d'Accueil de Facturation et d'Etat civil (SAFE). Concrètement, l'ensemble du personnel en charge de l'admission est rattachée fonctionnellement à ce service central, c'est le cas par exemple, dès décembre 2009, pour le personnel du pôle PFME, et ce à la demande du pôle. Si ce pôle s'est montré dès le départ aussi sensible à la question de la facturation c'est aussi parce que son cadre supérieur de santé était membre active du comité de pilotage du Centre Hospitalier du Mans du projet MEAH.

2.3.2.1. La reconnaissance institutionnelle du métier d'admissionniste

Dans un premier temps, il s'agit ici d'aller plus loin qu'un simple lien hiérarchique unique en valorisant les professionnels administratifs chargés de l'admission-facturation. Cette action est primordiale, comme le souligne la MEAH dans son rapport à ce sujet « *Travaillant directement sur le processus de facturation, un grand nombre d'agents a subi le désintéressement de l'ensemble de l'institution pour cette activité (...) Aujourd'hui, montée en puissance de la T2A, mise en œuvre de la facturation au fil de l'eau sont autant de sujets aussi nouveaux que prioritaires, reposant en partie sur ces mêmes individus : le décalage est flagrant et le malaise n'en est que plus palpable.* »⁹⁸ L'établissement se lance dans la formation des admissionnistes en créant un véritable « Réseau admission » : sur la base du volontariat, des agents expérimentés issus du service central du SAFE deviennent tuteurs des admissionnistes des services de soins.

Ces agents, clairement identifiés dans le dispositif permettent de mettre en lumière les compétences nécessaires pour occuper les postes d'admissionnistes mais aussi de créer du lien entre le SAFE et les agents restés physiquement dans les pôles qui réalisent leurs propres admissions. Dès lors, ils deviennent porteurs d'une mission variée : participer à la construction des procédures claires et partagées par tous, effectuer une veille réglementaire, transmettre les bonnes pratiques, participer à l'apprentissage et à la bonne maîtrise des nouveaux outils de travail informatiques. En permettant l'identification claire des contenus des postes ainsi que des réflexes à avoir, ces agents participent à la création d'une expertise « admission », donnant du sens à une fonction qui était jusqu'alors peu reconnue en soulignant les enjeux financiers directs. Cette expertise prend concrètement corps par la rédaction d'un guide d'admission, actuellement en cours de finalisation.

⁹⁸ Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (MEAH) *Optimiser la chaîne de facturation/recouvrement hospitalière*, 2008, page 20

Dans un deuxième temps, ce sont les relations entre les agents désormais recentralisés du SAFE et les équipes des pôles dans lesquelles ils évoluent qu'il s'agit de restructurer. Celles-ci sont encadrées à travers une « Charte admission » dont les pôles deviennent signataires, rappelant et organisant notamment les horaires de présence des agents du SAFE dans leurs murs ainsi que les relations entre eux et les secrétaires coordinatrices de pôles. Au niveau institutionnel, la mise en œuvre de ces Chartes fait l'objet d'un suivi par le cadre responsable de l'équipe du SAFE qui organise régulièrement des réunions avec les secteurs du PFME concernés.

2.3.2.2. Les enjeux particuliers liés aux caractéristiques du PFME

De part son importance en termes d'activité, le PFME joue un rôle central dans le changement de paradigme qu'impliquent ces actions ciblées sur la chaîne de facturation. Parmi les multiples aspects induits par celles-ci se pose la question de la responsabilisation même des professionnels soignants et médicaux. Ceux-ci ayant souvent tendance à se recentrer sur leur cœur de métier représenté par l'acte de soin, ils n'ont pas forcément conscience des enjeux présents derrière les actes relevant, selon eux, de la « pure administration ». Or, par son activité même, le PFME comporte un volume important de pré-admissions qui sont liées au temps assez long, correspondant au temps physiologique de la grossesse, qui s'écoule entre la première consultation et l'admission en hospitalisation. Or, les pré-admissions engendrent de manière structurelles dans tous les établissements des problèmes de facturation. Dès lors, le SAFE a été amené à travailler en lien avec les sage-femmes afin de les sensibiliser à la technicité du processus de pré-admission. De fait, les erreurs et les doublons sont diminués en nombre et c'est la qualité globale de l'admission qui s'en trouve améliorée.

De plus, les équipes du PFME se sont vu confier l'expérimentation d'une régie de recettes décentralisée au sein d'un pôle. Celle-ci a des impacts concrets sur trois aspects :

- D'une part, afin de tenir compte des urgences et des particularités liées à cette activité, une équipe d'admissionnistes dédiés, toujours rattachée fonctionnellement au SAFE, est créée. En effet, les services des urgences sont souvent un lieu où se concentrent les difficultés liées à l'admission : les horaires sont décalés (importante activité en soirée, nuit et week-ends), les personnes n'ont pas souvent leurs justificatifs (désorientation, départ précipité du domicile...) et l'attente et le stress du non-programmé atteignent leur

paroxysme. La création d'une équipe dédiée à l'accueil professionnel de l'admission, permet une adaptation des horaires d'ouverture des régies de recettes aux horaires d'entrée et de sortie des patients mais aussi une sensibilisation accrue des professionnels exerçant au sein de ce service sur le lien existant entre admission et recettes.

- Ensuite, la présence de cette régie de recettes permet également à l'établissement de recouvrer l'ensemble des recettes qui lui sont dûes. Les produits d'exploitation représentés par les prestations supplémentaires présentes au sein du PFME (chambres seules ou lits et repas accompagnants notamment) sont désormais facturables ce qui permet un encaissement rapide. Sur le PFME, le montant annuel de ces prestations supplémentaires est estimé à environ 880 000€.
- A activité égale, la perte du CHM est réduite et son volume de recettes encaissées augmenté. Plus qu'une simple opération mathématique, la facturation des prestations hôtelières et sa perception en régie permet également d'avoir un impact concret à court terme sur la trésorerie de l'établissement.
- Enfin, le PFME étant un pôle qui comporte une forte activité de consultation, la présence d'une régie de recettes permet un encaissement « en temps réel » de l'activité externe. Cependant, la simple mise en place de cette dernière ne suffit pas à rassembler les conditions nécessaires à son bon fonctionnement. C'est la raison pour laquelle le cadre supérieur de santé du pôle ainsi que le cadre chargé du secteur des consultations ont été associés à la mise en œuvre de cette régie. De fait, il s'agit pour eux de promouvoir auprès des praticiens un codage en temps réel des consultations et des actes afin de rendre possible un encaissement immédiat.

Si la régie de recettes du PFME s'est révélée un succès qui a amené à sa pérennisation, il faut tout de même souligner que sa montée en charge n'est pas achevée. De plus, son impact premier reste d'avoir permis une véritable évolution des mentalités du pôle en mettant fin à une dichotomie fictive et en facilitant l'acceptation d'une entité à visée purement financière au cœur même des services de soins. De plus, les questions d'optimisation des ressources ne sont pas non plus complètement absentes du volet soignant en témoigne l'expérience originale de mise en place d'un cadre coordonnateur de lits pour faire face aux problématiques particulières à ce domaine.

2.4. Des problématiques de lits : la mise en place d'un cadre coordonnateur

Sur les recommandations de l'audit Ylios réalisé en 2007, le PFME a mis en place un cadre coordonnateur de lits dont la mission peut être définie par *“gérer au mieux une capacité d'accueil pour prendre en charge un volume d'activité donné en respectant des critères de qualité sous contrainte de ressources”*.⁹⁹ Afin de développer cette fonction d'optimisation des capacités hospitalières, celle-ci est articulée selon trois volets différents : les lits, les transports internes mais aussi le pool de remplacement du pôle. La logique suivie est donc triple : disposer d'un outil de gestion des séjours mais aussi des flux de patients au sein du pôle ainsi que d'une meilleure adaptabilité des ressources à l'activité du pôle comportant un aspect saisonnier. La fiche de poste du cadre gestionnaire de lits est disponible à l'annexe XV. L'existence de cette fonction est une particularité propre au PFME, aucun autre pôle du CHM n'ayant encore ressenti le besoin de mettre en place ce type de compétences. On le comprend aisément car c'est la particularité architecturale mais aussi soignante (filière femme-mère-enfant) qui rend cette problématique d'actualité pour le PFME dans un contexte de forte hausse de l'activité. Si la mise en place de cette fonction est physiquement actée en 2009, son mode de fonctionnement est d'autant plus récent que sur la courte période qui s'est depuis écoulée, deux cadres différents en ont occupé les fonctions.

Le PFME a une capacité totale de 208 lits divisés en 104 lits “adultes” et 104 lits “enfants” (répartis à la fois sur le bâtiment Aliénor et sur le bâtiment St Exupéry). En dehors de la présence d'un cadre régulateur et quelque soit la spécialité évoquée, il n'existe pas de centralisation de la gestion des lits. Seule exception, le cadre régulateur n'intervient pas dans la spécialité de néonatalogie (lits de néonatalogie, soins intensifs, réanimation). Ceci s'explique aisément par la spécialité même évoquée et la provenance de ses patients qui viennent de naître : c'est la sage-femme cadre d'obstétrique qui traite directement avec le cadre de néonatalogie.

La cadre occupant actuellement ce poste a réalisé un état des lieux de cette fonction après un an de mission, en novembre 2010. Son analyse s'est principalement appuyée sur le taux d'occupation des lits. Bien qu'une de ses missions soit

⁹⁹ Mission Nationale d'Expertise et d'Audits Hospitaliers (MEAH), *La gestion des lits dans les hôpitaux et cliniques, bonnes pratiques organisationnelles et retour d'expérience*, avril 2008, page 4

l'établissement de référentiels de séjours eux-mêmes appuyés sur les Durées Moyenne de Séjour (DMS) par secteur, cet aspect est encore en suspens faute d'outils et de temps disponibles. En revanche, concernant les taux d'occupation des lits, le constat est dressé d'une grande variabilité d'une spécialité à l'autre, d'un secteur à l'autre, d'une saison à l'autre, allant de 36% à 127% pour un taux moyen sur l'ensemble du pôle de 74%. Concrètement, le rôle du cadre coordonnateur est d'aboutir à une meilleure adéquation des ressources disponibles à l'activité réalisée. Cependant, un indicateur manque pour pouvoir mener à terme cette analyse, c'est celui du taux de pertinence ou de non pertinence des journées d'hospitalisation. Faute de ne pouvoir disposer d'indications dans ce domaine, la cadre de santé souligne que son état des lieux ne peut demeurer qu'inachevé.

Face au bilan dressé, la cadre de santé souligne les points suivants :

- certains services disposent d'une activité constante sur le temps d'autres pas,
- certains services jouent le rôle de « réservoir » de lits pour les urgences,
- certains services ont fermé trop tôt pendant la période estivale, impactant d'autres,
- certains services ont un taux d'occupation particulièrement faible (aux alentours de 40%) qui amène à se poser la question d'une éventuelle surestimation des besoins en lits d'une telle unité,
- certains services ont un taux faible sur la période estivale : ce qui pourrait laisser penser à de possibles fermetures de lits anticipées très en amont dans l'année ainsi que des mutualisations avec d'autres secteurs pour les lits restant ouverts,
- L'activité ambulatoire n'est que très peu liée à la disponibilité de lits ce qui laisse sous-entendre une nécessaire réorganisation de cette dernière.

Cependant, afin de mener au mieux sa mission, le cadre gestionnaire de lits semble manquer d'outils adéquats. En effet, malgré la présence de deux logiciels (un retraçant les entrées prévisionnelles et la programmation opératoire - logiciel BRUCE et un logiciel contenant le listing des patients du pôle – logiciel GML), il lui est impossible de connaître précisément l'état d'occupation de l'ensemble des lits du PFME à un instant t donné. Cela ne l'empêche pas d'agir en temps réel, mais afin de pouvoir obtenir l'information exacte, le cadre se retrouve souvent contraint de se déplacer directement dans les services afin de demander les chiffres précis. Concrètement, faute de traçabilité informatique correcte, il existe peu de correspondance entre les différentes sources que l'on peut recueillir sur une disponibilité de lits donnée. Heureusement, la présence du cadre du régulateur de lits est acceptée par l'ensemble des cadres de proximité grâce à

des fonctions bien identifiées par l'ensemble des acteurs internes. Dès lors, la question du manque de transparence sur la communication des lits ne se retrouve pas dans le pôle, preuve que la fonction de régulateur des lits a bien été intégrée par les autres cadres (pas de tendance à ne pas donner tous les lits disponibles et à en garder « en réserve » de peur de manquer de place par la suite).

Une des limites principales de cette nouvelle fonction tient dans le fait que le cadre gestionnaire des lits s'inscrit plutôt dans une mission de gestion que de réelle anticipation. Ceci est lié au fait qu'en matière de gestion des lits, son rôle est encore naissant et axé sur la gestion du manque. A défaut d'avoir un outil pour connaître la déprogrammation à J-1, ce qui permettrait d'avoir une meilleure visibilité pour le PFME, la gestion de lits est encore trop limitée à la gestion des patients une fois présents sur place alors que la déprogrammation des interventions pourrait permettre d'anticiper certaines situations délicates. De fait, en cas de forte activité, notamment en obstétrique, le cadre régulateur se retrouve souvent à chercher, dans l'urgence, une place pour une prise en charge des parturientes par d'autres équipes soignantes que celles initialement prévues. Le PFME est encore dans une phase de réflexion à ce sujet car s'il existe une procédure sur le lieu d'hébergement d'un enfant quand l'unité de référence ne peut l'accueillir, la procédure « répartition des adultes » est encore en cours de réalisation.

Afin de pouvoir mieux répondre à cette demande et de trouver une solution aux problématiques posées, le pôle s'interroge aujourd'hui sur l'éventuelle création d'une cellule d'ordonnancement. Cette dernière comprendrait le trio de pôle ainsi que le cadre régulateur et se réunirait selon un rythme hebdomadaire. Il s'agirait, tout en respectant les logiques de spécialités, d'attribuer le « bon » lit au patient en regard de sa pathologie. La cellule pourrait proposer des actions correctives, uniquement en cas de défaillance des unités de soins impliquées. Plus encore, la cellule pourrait analyser les situations où le patient aurait été placé dans un « mauvais lit » afin d'en tirer des conclusions claires et de réviser les procédures. Dans le cadre de cette cellule, l'étude du taux de pertinence des hospitalisations pourrait permettre de mieux comprendre les mécanismes à l'œuvre dans la gestion globale de lits du PFME.

Enfin, la création de la cellule d'ordonnancement permettrait de contourner une des difficultés majeures de l'innovation qu'a représenté dans l'institution mancelle la mise en place du cadre gestionnaire de lits. Bien que la gestion de l'aval ait toujours été une prérogative des cadres de proximité, le cadre gestionnaire, placé non plus au niveau d'un secteur mais au niveau du pôle, reste tout de même dans un positionnement délicat face au corps médical. En matière d'aval et afin d'accélérer la sortie de certains patients, le

cadre de ne peut se faire que force de propositions aux praticiens concernés et rester situé au niveau des recommandations. La présence du chef de pôle dans la cellule d'ordonnancement permettrait, face à la communauté médicale, de donner du poids aux procédures qui seraient écrites.

Conclusion

En 2005, au sortir de l'expérimentation en tant que pôle préfigurateur, les acteurs du Pôle Femme-Mère-Enfant du Centre Hospitalier du Mans soulignaient déjà la création d'une « véritable culture de pôle » comme un phénomène indispensable à sa cohérence mais nécessairement inscrit dans la durée. Gage de la réussite du pôle, la lente maturation d'un sentiment d'appartenance apparaît désormais comme achevée. Nous pouvons même aller plus loin en disant que c'est grâce à elle que le pôle a pu prendre conscience des changements impliqués par la mise en place de la T2A. Ainsi, cette vision institutionnelle commune est à l'origine d'une très forte réactivité des acteurs puisque le constat du décalage apparu entre le projet du pôle et les nouvelles contraintes de son environnement a été réalisé presque 2 ans en amont de l'inauguration du bâtiment Aliénor.

Dès lors, l'ensemble des acteurs du PFME s'est inscrit dans une dynamique partagée cherchant à optimiser par des réflexions sur l'organisation et le fonctionnement des modalités de travail souvent immuables car inscrites dans le projet architectural. Dans la mise en avant des enjeux médico-économiques désormais prégnants, le point fort du pôle réside dans son décloisonnement des acteurs. Son organisation en duo de secteur cadre/médecin en est le reflet et dénote cette volonté de décloisonner les problématiques, de faciliter les échanges entre professionnels mais aussi de ne pas élever une frontière rendue artificielle par la T2A entre thèmes administratifs d'une part et soignants de l'autre.

Plus encore, la richesse du PFME réside dans la capacité dont il a fait preuve d'anticiper les changements profonds amenés par la T2A, tout en leur apportant des réponses originales et innovantes.

Bibliographie

Textes législatifs, réglementaires et normatifs

- Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004
- Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé
- Instruction codificatrice n°07-005-M21 du 17 janvier 2007, Instruction budgétaire et comptable applicable aux établissements publics de santé
- Décret n°62-1587 du 29 décembre 1962 portant règlement général de la comptabilité publique
- Décret n°2005-1474 du 30 novembre 2005 relatif à l'Etat des Prévisions de Recettes et de Dépenses des établissements de santé
- Arrêté n°086/2006/44 du 24 mars 2006 du directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation des Pays de la Loire portant schéma régional d'organisation sanitaire
- Article R 6145-13 du Code de la Santé publique
- Circulaire n°2010-177 du 31 mai 2010 relative à la campagne tarifaire 2010 des établissements de santé

Ouvrages

- **GROLIER J., DOUSSOT-LAYNAUD C-A., PEYRET P.**, *EPRD Gestion budgétaire et comptable des établissements de santé*, Editions EHESP, 2009, 544 pages
- **Centre National de l'Expertise Hospitalière (CNEH)**, *T2A, la tarification à l'activité*, Editions Collection du CNEH, Initium santé +, 2009, 56 pages
- **DUSART E.** *Le budget global à l'hôpital*, Editions ESF, 1987, 200 pages

Articles Spécialisés

- **DOUSSOT-LAYNAUD Claude-Anne, PEYRET Philippe**, *La confirmation d'un changement de paradigme dans la construction budgétaire des EPS : le caractère financier de la gestion est explicitement affirmé*, Finances Hospitalières, n° 37, juin 2010
- **MOISDON Jean-Claude, PEPIN Michel, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)**, *Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé*, n°97, mai 2010
- **PERICARD Benoit, BALLET Loïc**, *L'économie de l'hôpital, les dépenses de l'hôpital* La revue française de comptabilité, n°428, janvier 2010
- **MOISDON Jean-Claude**, *Quelques réflexions autour de l'événement V11*, novembre 2009, 16 pages
- **Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)**, *Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A)*, DT n°23, mars 2009, 26 pages

Rapports

- **Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé (ANAP), *Observatoire des coûts de la construction hospitalière***, juillet 2011, 55 pages
- **Cour des Comptes, *Rapport sur l'application des Lois de Financement de la Sécurité Sociale*** Chapitre XI « La situation financière des hôpitaux publics », septembre 2010, p 261 à 292
- **VALLET G., ZEGGAR H., TERCERIE O., Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé***, février 2010, 124 pages
- **Cour des Comptes, *Rapport sur l'application des Lois de Financement de la Sécurité Sociale***, Chapitre VI « Plan Hôpital 2007 : la relance des investissements hospitaliers », 2009, p 143 à 170
- **Cour des Comptes, *Rapport sur l'application des Lois de Financement de la Sécurité sociale***, Chapitre VII « La mise en œuvre de la T2A : un bilan à mi-parcours », 2009, p 171 à 212
- **Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (MEAH), *Nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôles – CREA, CREO, TCCM, tableaux de bord, une aide méthodologique au dialogue de gestion***, 2009, 142 pages
- **Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier (MAINH), *Première approche d'un référentiel de dimensionnement pour un établissement de santé***, octobre 2008, 39 pages
- **Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (MEAH) *Optimiser la chaîne de facturation/recouvrement hospitalière***, 2008, 92 pages
- **Mission Nationale d'Expertise et d'Audits Hospitaliers (MEAH), *La gestion des lits dans les hôpitaux et cliniques, bonnes pratiques organisationnelles et retour d'expérience***, avril 2008, 154 pages
- **Cour des Comptes, *Rapport sur l'application des Lois de Financement de la Sécurité sociale***, Chapitre IV « La fiabilité des comptes des hôpitaux », 2007, p 93 à 117
- **DEBROSSE D., PERRIN A., VALLANCIEN G., Ministère de la santé, *Projet Hôpital 2007, mission sur « la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale***, avril 2003, 176 pages

Documents

- **Centre Hospitalier du Mans, *Rapport moral 2010***, juin 2011, 250 pages
- **Agence Régional d'Hospitalisation des Pays de la Loire, *Schéma Régional d'Organisation Sanitaire III 2006-2010***, mars 2006
- **Centre Hospitalier du Mans, *Projet de pôle femme-mère-enfant – Plan Hôpital 2007***, juin 2003
- **Agence Régional d'Hospitalisation des Pays de la Loire, *Schéma Régional d'Organisation Sanitaire II 1999-2004***, 1999

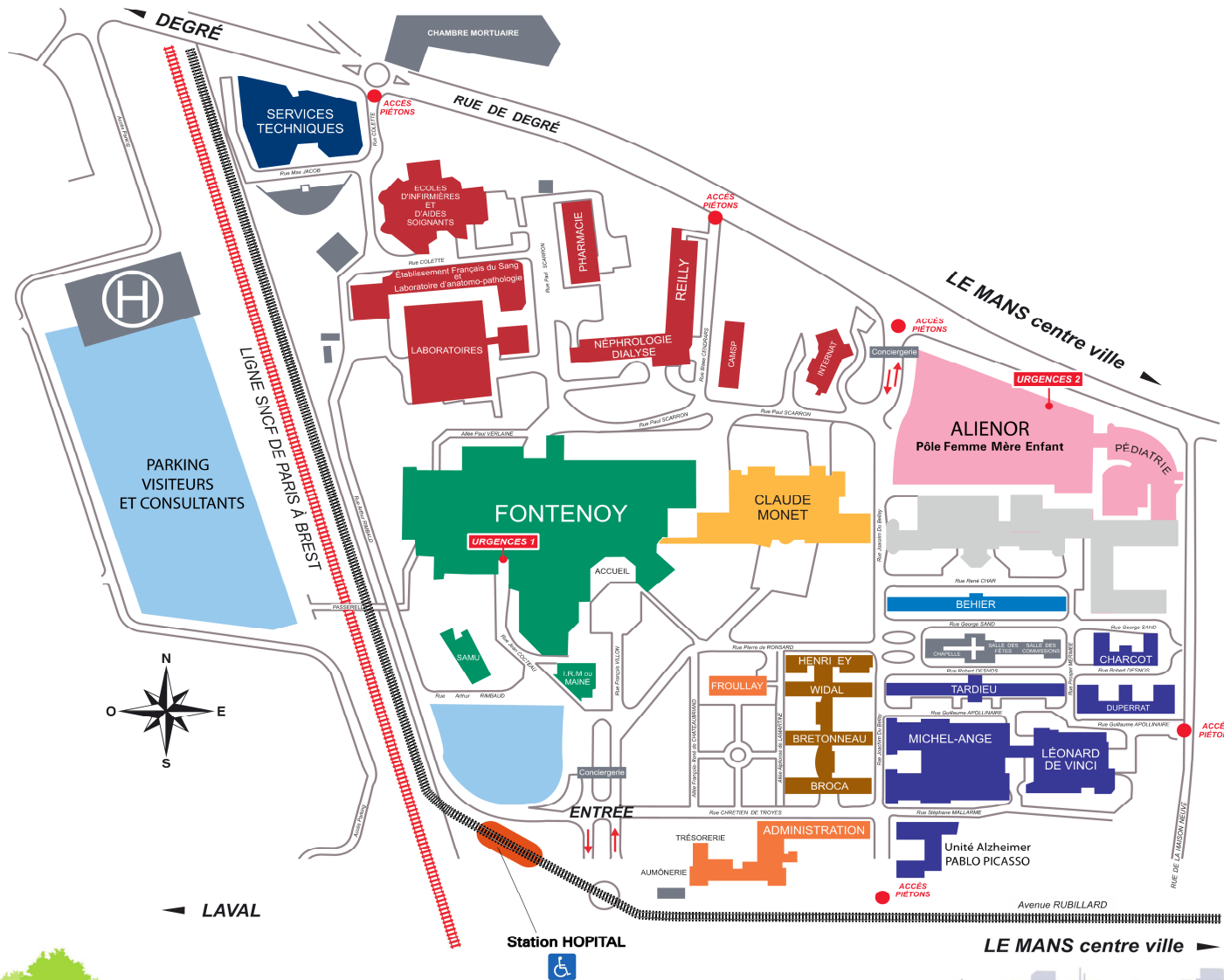
Liste des annexes

- Annexe I : Plan du Centre Hospitalier du Mans
- Annexe II : Organigramme du Pôle Femme Mère Enfant (bâtiments Aliénor et St Exupéry)
- Annexe III : Schéma général de fonctionnement du Pôle Femme Mère Enfant
- Annexe IV : Plan du Rez-De-Chaussée bas du bâtiment Aliénor
- Annexe V : Plan du Rez-De-Chaussée du bâtiment Aliénor
- Annexe VI : Plan du niveau 1 du bâtiment Aliénor
- Annexe VII : Plan du niveau 2 du bâtiment Aliénor
- Annexe VIII : Plan du niveau 3 du bâtiment Aliénor
- Annexe IX : Présentation de la division en « titres » de l'EPRD
- Annexe X : Travail de la CLEF intitulé « *Quelques considérations générales pour un plan d'action* »
- Annexe XI : Synthèse des travaux réalisée par les services pilotes du groupe CLEF
- Annexe XII : Durée d'amortissement du bâtiment Aliénor
- Annexe XIII : Tableau Coût Case-Mix (TCCM) et Compte de REsultat Analytique (CREA) du PFME
- Annexe XIV : Le passage à la Facturation Individuelle Directe des Etablissements de Santé
- Annexe XV : Fiche de poste du cadre régulateur de lits du PFME

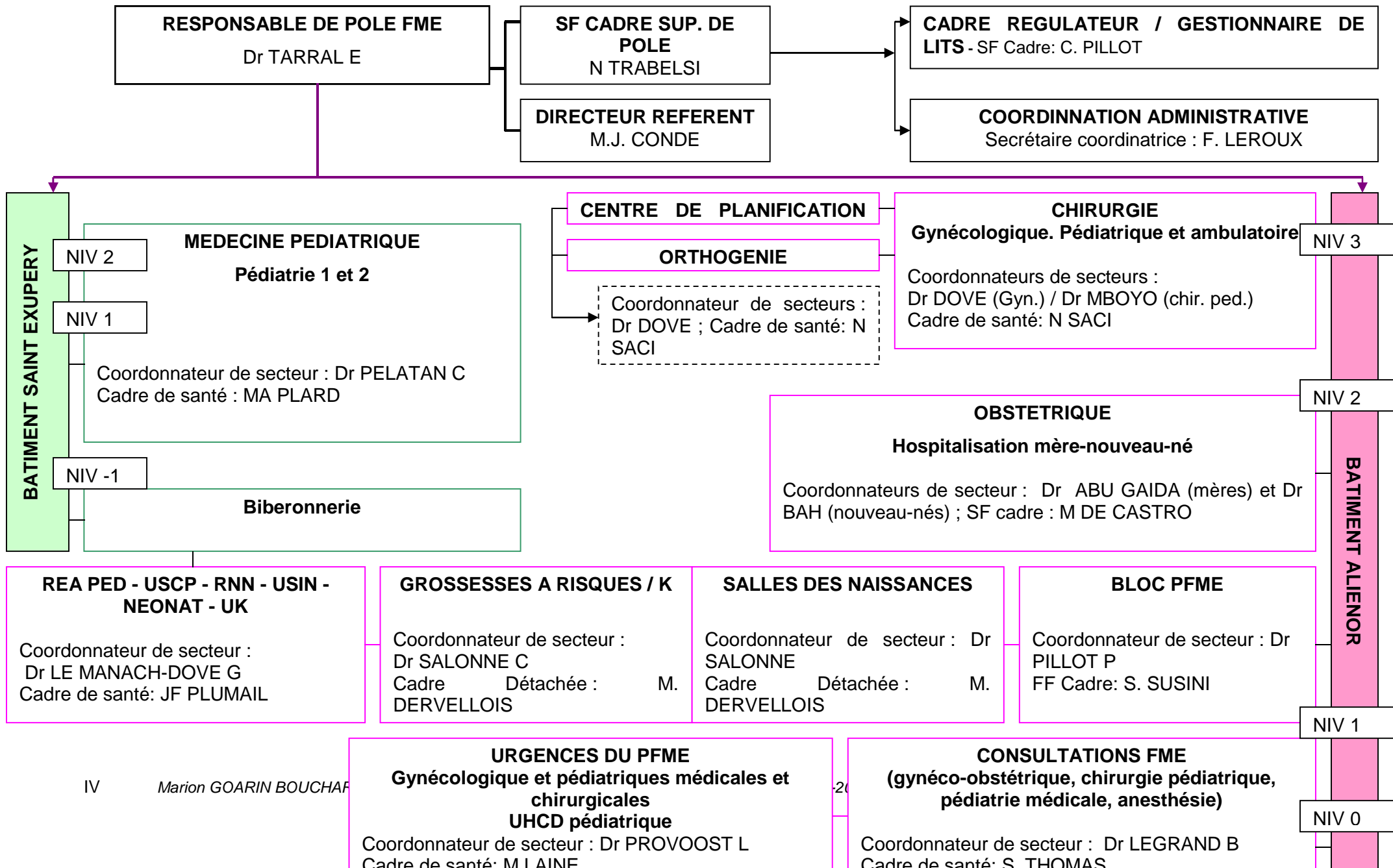
ANNEXE I : Plan du Centre Hospitalier du Mans



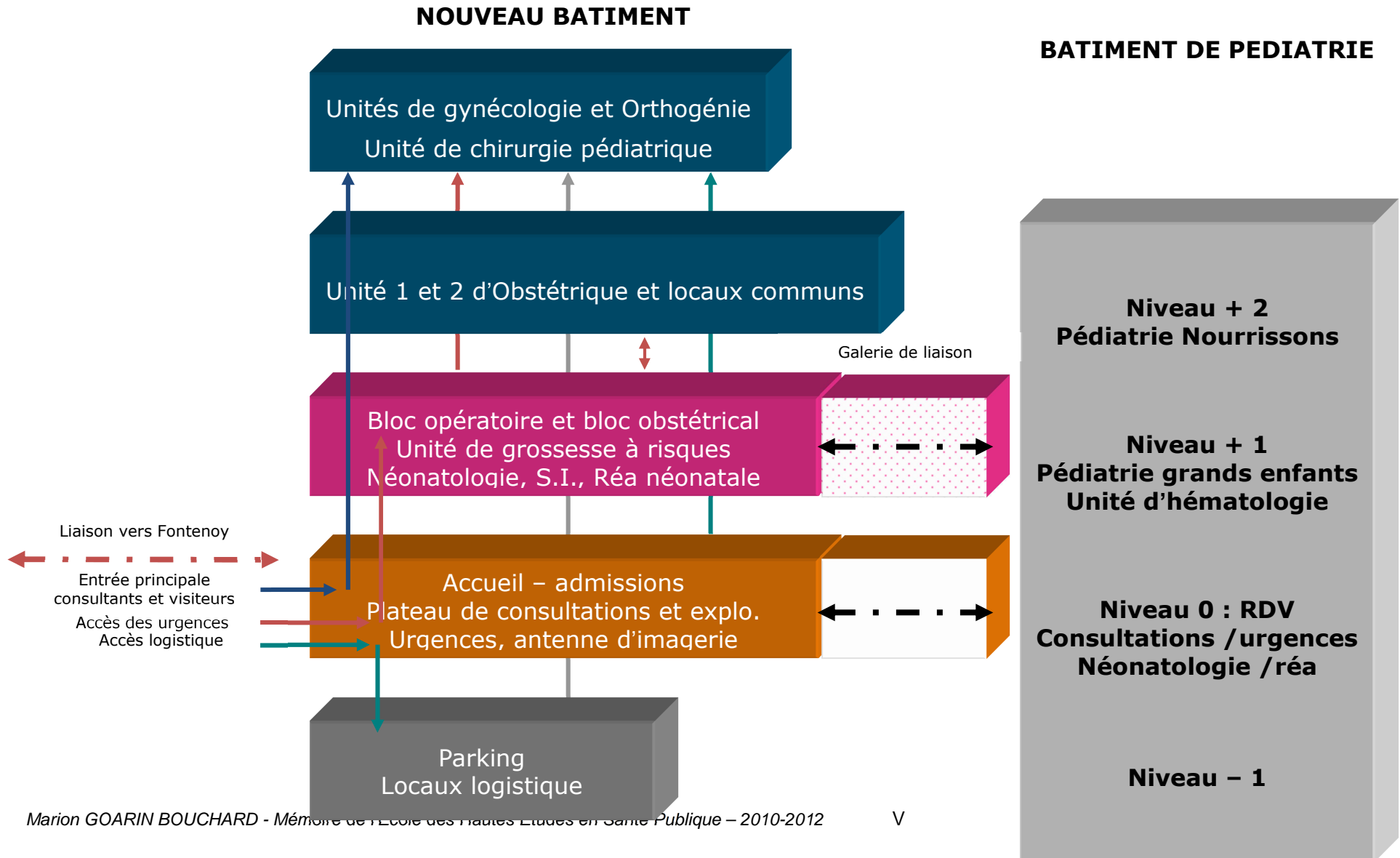
CENTRE HOSPITALIER
LE MANS



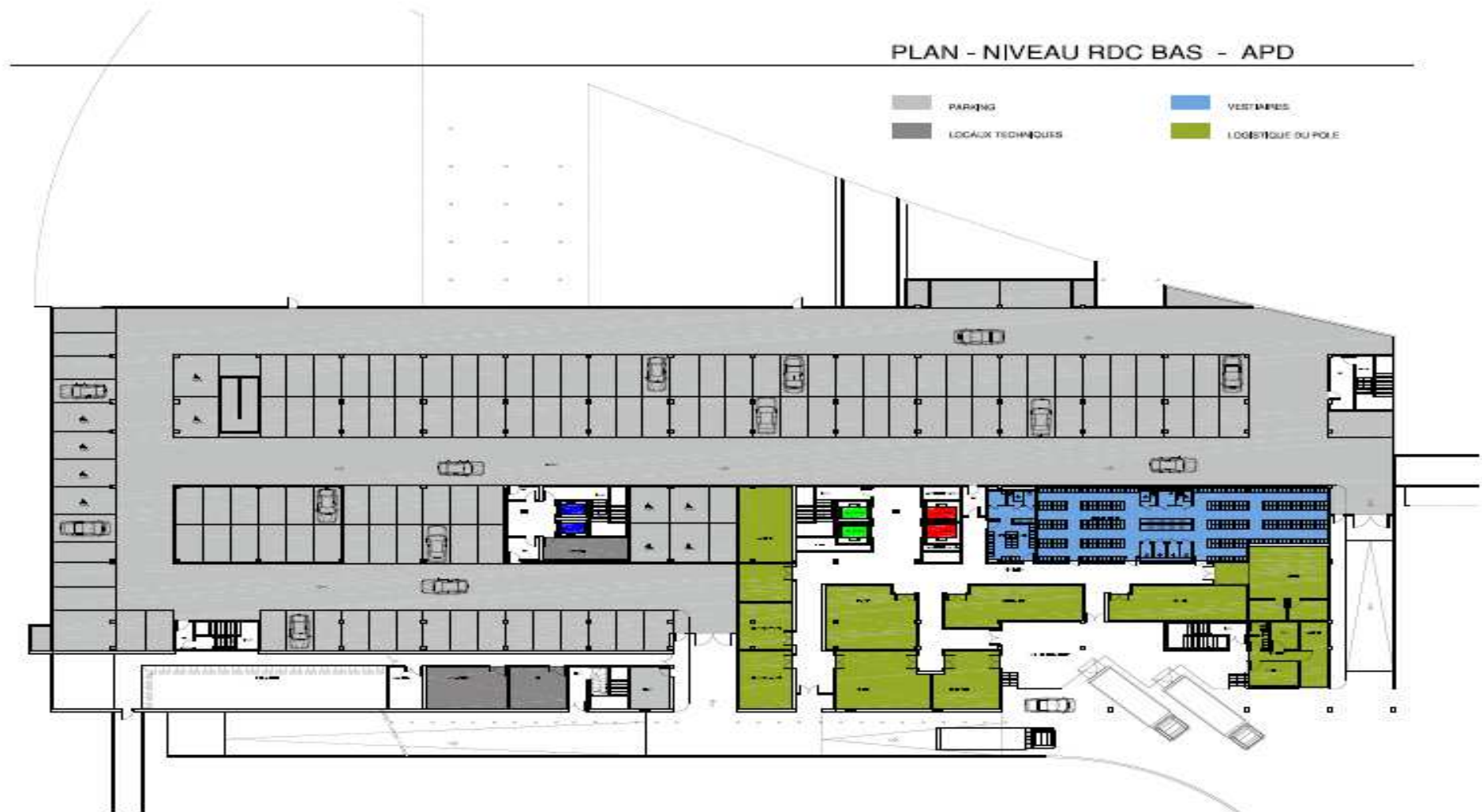
ANNEXE II : Organigramme du Pôle Femme-Mère-Enfant



ANNEXE III : Schéma général de fonctionnement du Pôle Femme Mère Enfant



ANNEXE IV : Plan du Rez-De-Chaussée bas du bâtiment Aliénor



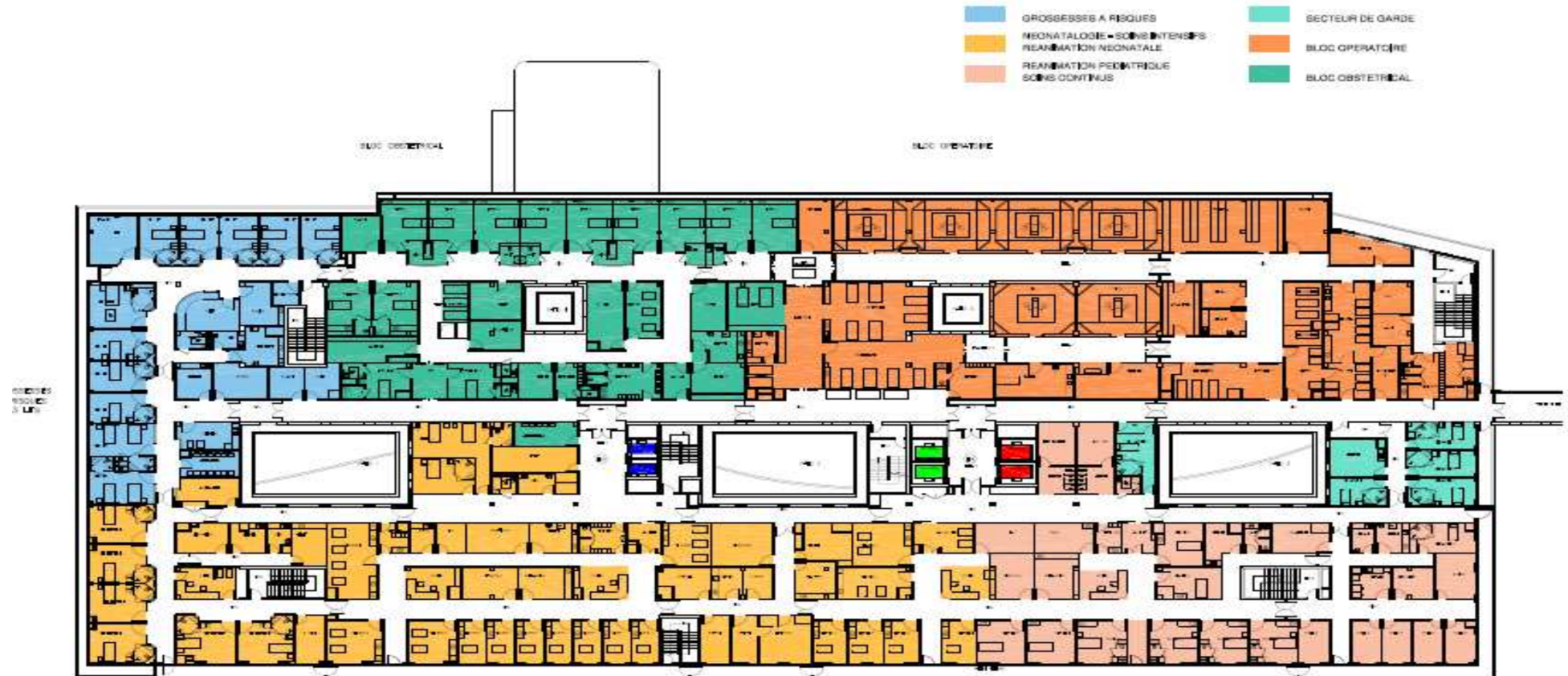
ANNEXE V : Plan du Rez-De-Chaussée du bâtiment Aliénor

PLAN - NIVEAU RDC - APD



ANNEXE VI : Plan du niveau 1 du bâtiment Aliénor

PLAN - NIVEAU 1 - APD



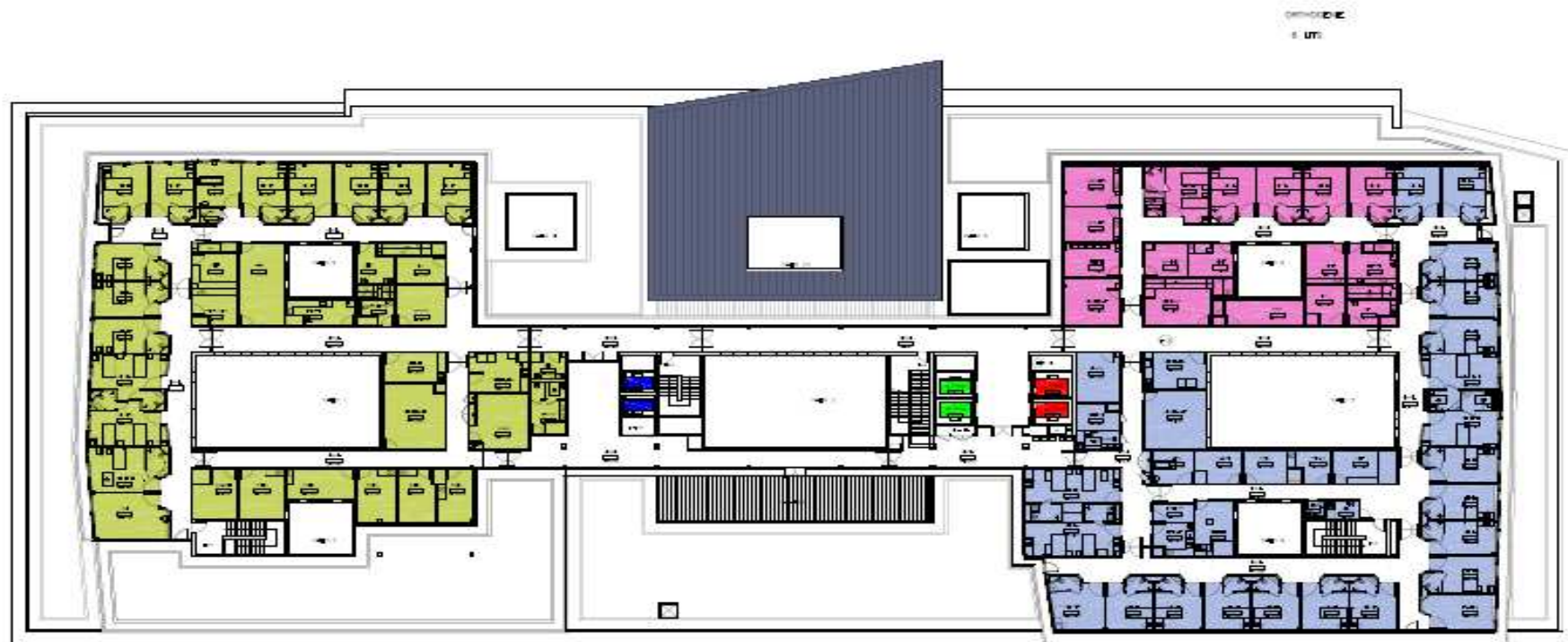
ANNEXE VII : Plan du niveau 2 du bâtiment Aliénor



ANNEXE VIII : Plan du niveau 3 du bâtiment Aliénor

PLAN - NIVEAU 3 - APD

- HOSPITALISATION DE PEDIATRIE
- HOSPITALISATION DE GYNECOLOGIE
- HOSPITALISATION D'ORTHOGENSE



ANNEXE IX : Présentation de la division en « titres » de l'EPRD

CHARGES	PRODUITS
Titre I : Charges de personnel	Titre I : Produits de l'assurance maladie (produits de la tarification des séjours, produits de médicaments facturés en sus des séjours MIGAC, forfaits annuels etc.)
Titre II : Charges à caractère médical	Titre II : Autres produits de l'activité hospitalière (produits de la tarification en hospitalisation non pris en charge par l'assurance maladie, forfait journalier etc.)
Titre III : Charges à caractère hôtelier et général	Titre III : Autres produits (rétrocessions de médicaments, produits stockés, autres produits de gestion courante, produits financiers, produits exceptionnels etc.)
Titre IV : Charges d'amortissements, de provision pour dépréciation, financières et exceptionnelles	

ANNEXE X : Travail de la CLEF intitulé « *Quelques considérations générales pour un plan d'action* »

« Quelques considérations générales pour un plan d'action »

1. DMS, Points ISA, Coefficient de remplissage... :

a. Points ISA

Le problème posé est celui d'un coût du point ISA plus élevé au Mans que dans d'autres centres hospitaliers, et le but de notre action consiste à diminuer ce coût. Le coût du point ISA est un rapport entre les moyens attribués à l'hôpital et le nombre de points obtenus par la production de soins cotant.

$$\text{Coût du point ISA} = \frac{\text{Moyens attribués}}{\text{Production de points ISA}}$$

Ce qui compte tenu de la part prise par les dépenses de personnel peut se simplifier en

$$\text{Coût du point ISA} = \frac{\text{Moyens en personnel}}{\text{Production de soins}}$$

Pour réduire le coût du point ISA, il faut donc soit réduire le personnel (ce que personne ne souhaite), soit augmenter la production de points ISA (et donc de soins producteurs de points), ce qui est le but recherché. Dans ce cadre, toute augmentation du personnel doit s'accompagner d'une augmentation au moins égale sinon supérieure de points ISA

b. D.M.S

La D.M.S. n'est que l'un des facteurs jouant sur la production de points ISA, facteur qui selon des simulations faites nous a paru le plus « rentable ». La baisse de la DMS est donc un facteur favorable sur lequel une action est possible mais qui ne portera ses fruits que si les lits ainsi libérés sont occupés par de nouveaux patients.

c. Coefficient de remplissage

Il s'agit d'un marqueur qui en soit n'a pas de signification sur les points ISA autrement qu'en signalant des possibilités de prise en charge de nouveaux patients non exploités.

2. Permissions/Sorties

Parmi les solutions envisagées pour produire plus de points ISA, a été proposé de remplacer les permissions de week-end par des sorties. Pour cela était nécessaire le fait de retrouver un lit vide pour récupérer le patient au retour du week-end. Geler le lit ne va pas dans le sens souhaité d'augmentation de la production de points ISA et empêche une gestion des admissions d'urgences du week-end. Une solution serait de faire la reprogrammation des patients au mieux le mardi ou le mercredi, permettant d'organiser la sortie de patients hospitalisés souvent en urgence le week-end (plus de souplesse dans la sortie possible de ces patients). Par ailleurs, une autre option pourrait être d'occuper ces lits du vendredi au lundi ou mardi par des patients programmés de la « file active » du service (initialisation thérapeutiques de traitement court, hospitalisation de surveillance ou de bilans ne nécessitant pas de plateau technique lourd...).

3. Comptabilisation des journées d'hospitalisation

Il faut savoir que pour être comptabilisée, et donc pour rapporter des points ISA, une journée d'hospitalisation doit inclure la présence du patient à minuit. Cela signifie qu'une hospitalisation débutant à 19h et durant jusqu'au lendemain ou en fin de matinée est plus « rentable » qu'une hospitalisation allant de 9h à 19h. Dans ce dernier cas, le séjour sera automatiquement compté comme séjour de moins de 24h, très peu rémunérateur en points ISA. Une programmation d'examen ou d'actes en hospitalisation faite sur 36h ou 48h, permet de plus une organisation des examens complémentaires plus facile et parfois une meilleure acceptation par les patients et les familles et un meilleur confort. Un autre effet bénéfique de cette présence du patient à 0h est la simplification des problèmes de prise en charge des transports sanitaires.

4. Chirurgie réglée ou ambulatoire

Outre le secteur officiel de chirurgie ambulatoire, existe un secteur de « chirurgie réglée très courte ». En effet, certains patients refusés sur le plan anesthésique sont hospitalisés de façon classique (court séjour). Lorsque l'intervention se déroule sans problème, une sortie le jour même est parfois organisée, ce qui est la définition de la chirurgie ambulatoire. Dans ce cas, le patient est automatiquement comptabilisé dans un secteur ambulatoire dont on sait le caractère nettement moins « rémunérateur (à pathologie et acte égal) qu'une hospitalisation classique. Cela doit être pesé quand le contrat de départ passé avec la famille d'une hospitalisation classique avec présence du patient à minuit, est ainsi modifiée et transformée en « vrai-fausse chirurgie ambulatoire ».

5. Consultations

La mission DHOS a souligné dans ses conclusions la part très (trop ?) importante des consultations externes simples dans le fonctionnement du centre hospitalier. Là encore, quelques règles de comptabilisation de ces consultations doivent être connues.

Des consultations lourdes et complexes sont mieux rémunérées si elles sont codifiées comme hospitalisation de jour

Des hospitalisations de jours de malades « lourds » sont mieux prises en compte si elles glissent en hospitalisations classiques courtes de 36h à 48h., l'hospitalisation de jour restant bien adaptée à des patients plus légers.

Les consultations débouchant sur des actes opératoires ou techniques lourds sont bien entendu plus intéressantes pour le CH que des consultations simples qui peuvent être au mieux organisées avec le réseau extérieur à l'hôpital.

6. Plateau technique

L'utilisation du plateau technique extérieur à l'hôpital est une solution envisageable. Le fait que cette exploration externe puisse être suivie par un acte opératoire ou technique lourd sur le centre hospitalier est très rémunérateur en points ISA.

Par contre une situation très pénalisante pour notre centre hospitalier consiste à faire réaliser par notre plateau technique un certain nombre de bilans pré-thérapeutiques avec réalisation des actes chirurgicaux ou techniques lourds à l'extérieur du centre hospitalier (en secteur libéral ou dans d'autres hôpitaux publics).

7. Mobilisation des familles

Le fait d'annoncer dès l'entrée ou très tôt aux familles une date prévisible de sortie, en plus d'être une information normale des patients, peut aider au fonctionnement du service social et permettre

de mobiliser les partenaires extérieurs.

8. Bonnes pratiques, consensus, recommandations

Pour certaines pathologies existent des recommandation fixées par des conférences de consensus avec notamment des précisions concernant les indications d'hospitalisation ou les critères de sortie. Ces données sont disponibles sur l'excellent site de la bibliothèque (www.bmlweb.org) et peuvent être une aide quand on discute de durée de séjour par pathologie.

ANNEXE XI : Synthèse des travaux réalisés par les services pilotes du groupe CLEF

SYNTHESE DES GROUPES MEDECINE.

Les six services pilotes ont analysé les causes de leur DMS et proposé des solutions d'amélioration. Dans l'ensemble on retrouve des analyses très proches et des solutions convergentes de ces six groupes qui peuvent être synthétisées comme suit.

Les causes des DMS « longues » communes à plusieurs services.

1. En amont de l'hospitalisation

- a. Méconnaissance ou insuffisante utilisation par les médecins de ville des structures alternatives à l'hôpital.
- b. Orientation insuffisamment performante des patients et notamment des personnes âgées à partir des urgences
- c. Recours trop rare aux hospitalisations programmées et trop fréquent aux hospitalisations en urgences.
- d. Manque de réflexion d'ensemble sur les circuits des personnes âgées dans l'hôpital.
- e. Inadéquation des patients relevant de spécialités médicales aux services receveurs .

2. Organisation des services

- a. Long délais d'attente pour les examens complémentaires, les avis spécialisés voire certaines interventions chirurgicales.
- b. Absence de réflexion avec les familles « dès l'entrée » des patients sur leur parcours hospitalier incluant une prévision de la sortie .
- c. Manque de personnels dans certains secteurs gênant les décisions ou réalisations de sortie (assistantes sociales notamment).
- d. Importance des problèmes sociaux compliquant l'après hospitalisation.
- e. Organisation interne « perfectible » de certains services .

3. Les filières d'aval.

- a. Insuffisance ou inadaptation des structures d'aval
- b. Absence de réflexion d'ensemble sur la prise en charge des personnes âgées dans le CH et dans le département.
- c. Insuffisantes relations personnalisées entre les services et les structures d'aval (médecin généraliste, IDE, maisons de retraite...)

Les solutions proposées peuvent être classées selon le niveau des plans d'action possibles.

1. Niveau du service pour .

- a. L'amélioration des organisation internes
- b. Une sensibilisation et un partenariat des familles dès l'entrée dans le service. Une vision précoce du parcours d'hospitalisation.
- c. Le traitement des problèmes spécifiques à chaque service
- d. La création de rapports directs et personnalisés avec les partenaires d'aval avec mise en œuvre de contrats de fonctionnement.

2. Niveau de la communauté médicale du CH pour

- a. L'amélioration des circuits des malades dans l'établissement
- b. Le mode d'entrée des patients dans les services
- c. Un meilleurs fonctionnement des examens complémentaires et avis spécialisés.
- d. La création éventuelle de consultations de médecine ou de gériatrie.

3. **Niveau de l'ensemble de l'hôpital** pour
 - a. Une réflexion sur la prise en charge des personnes âgées
 - b. Une réflexion sur la répartition des moyens médicaux et paramédicaux (notamment en secrétariat ou assistantes sociales).
4. **Niveau plus politique avec l'administration du CH les élus et les tutelles** pour
 - a. L'organisation départementale des soins
 - b. Les structures sanitaires.

SYNTHESE DU GROUPE CHIRURGIE .

Le problème en chirurgie n'est pas celui de la DMS mais du remplissage insuffisant de certains services et d'une production d'actes classant modeste vue la taille de l'établissement.

1. **Certaines pathologies n'entraînent pas d'actes classant :**
 - a. Soins palliatifs
 - b. Les bilans faits sans décision opératoire
 - c. Les patients en attente d'intervention ou de structures de suite
 - d. Les traitements orthopédiques purs
 - e. Les suites de prise en charge d'un acte chirurgical fait en CHU (rachis)
2. **Des solutions sont avancées :**
 - a. Regrouper les enfants de chirurgie pédiatrique et du département « Tête et Cou »
 - b. Etudier des diminutions de lits
 - c. Mieux travailler avec l'HAD
 - d. Modifier les pratiques internes des services sur le parcours du patients et les sorties.
 - e. Faire les bilans en hôpital de jour.
3. **Le bloc opératoire :**
 - a. Son activité est en progression surtout depuis 2000
 - b. Il est occupé au maximum des possibilités et donc saturé
 - c. Cette saturation gêne le fonctionnement normal de la chirurgie et la production d'actes cotant qui seraient possibles.
 - d. Un groupe de travail est en réflexion sur le devenir du bloc
4. **La chirurgie ambulatoire**
 - a. Son activité est croissante et l'hôpital du Mans a fait le choix de la promouvoir
 - b. Elle est probablement peu « rentable » en points ISA. Et nécessiterait une meilleure valorisation par l'ARH.
 - c. Une enquête et une réflexion à l'échelon national sont en cours.

PLAN D'ACTION. Il est décidé comme suit.

1. **Travail des binômes** Les différents binômes doivent retourner auprès des services pilotes dans un délais maximum d'un mois pour leur restituer la synthèse du travail et leur proposer de définir un plan d'action à leur niveau, ce plan comportant :
 - a. Les actions propres à chaque service définies lors de la réunion d'auto-diagnostic et de recherche de solution.
 - b. Les actions proposées par la synthèse relevant du niveau du service (organisation, contact avec les partenaires d'aval...).
2. **Extension du travail à l'ensemble de l'hôpital.**
 - a. Des actions proposées par les services pilotes peuvent être mises en action dans tous les

services du CH.

- b. Une liste de ces actions sera envoyée par out-look à tous les PH de l'hôpital ainsi qu'aux secrétariats et aux cadres infirmiers, le message étant de proposer d'utiliser cette liste pour décider dans chaque service un plan d'action adapté à chaque service.

3. Actions à lancer ou à conforter.

- a. Un comité de gestion des hospitalisations non programmées est chargé d'étudier les modes d'entrée des patients dans les services, la balance hospitalisation programmée-hospitalisation en urgences et les filières des patients dans le CH. Ce groupe doit aussi se pencher sur la gestion des lits dans l'hôpital.
- b. Une réflexion sur le fonctionnement de la cellule SSR est débutée sous la responsabilité d'un gériatre. On propose que la réflexion soit étendue aux relations du CH et du centre de l'Arche avec notamment le souhait que cette structure privilégie les patients lourds de l'établissement.
- c. Un recensement des possibilités offertes par les établissements sanitaires de la Sarthe en explorations spécialisées est à faire pour aider à la décision de sortie des services de l'hôpital pour des patients qui pourraient être pris en charge dans ces structures.
- d. Une réflexion sur la prise en charge des personnes âgées dans le département est nécessaire entre le CH, les élus et les tutelles. Mr Roussel¹⁰⁰ est seul à même de proposer et d'organiser les rencontres nécessaires.
- e. Un projet démence est en cours d'élaboration, qui pourra se pencher sur l'ouverture souhaitée d'une structure d'hospitalisation brève pour les patients souffrant de troubles du comportement et traités en ville avec l'aide des familles.
- f. La place des gériatres dans l'hôpital nécessite une réflexion avec les gériatres. Les personnes âgées étant hospitalisées dans plusieurs services une intervention des gériatres dans ces services serait une aide importante pour l'amélioration des circuits de ces malades et leur prise en charge. Ce problème sera posé aux gériatres lors de la visite de restitution des binômes en gériatrie.
- g. L'amélioration de l'obtention d'examens complémentaires et d'avis spécialisés est une demande forte de tous les services pilotes.

4. Certaines questions posées par les services pilotes n'ont pas pour le moment débouché sur des actions.

- a. L'accueil des patients en fin de vie et les soins palliatifs
- b. La répartition des moyens en personnel dans l'hôpital
- c. Le traitement social des patients et l'importance des assistantes sociales dans l'établissement
- d. Les caractéristiques propres des patients traités dans certains secteurs

¹⁰⁰ Directeur Général du Centre Hospitalier du Mans

Annexe XII : Durée d'amortissement du bâtiment Aliénor

	Libellés	Actif brut	Annuités selon la durée d'amortissement		
			50 ans	25 ans	20 ans
Bâtiment	Bâtiment : intégrations 2009	20 584 236,42	411 684,73	823 369,46	1 029 211,82
	Intégrations 2010	2 114 896,47	42 297,93	84 595,86	105 744,82
	Intégrations 2011	292 275,84	5 845,52	11 691,03	14 613,79
	Total bâtiment 2011	22 991 408,73	459 828,17	919 656,35	1 149 570,44
Autres immos	Electricité	4 667 236,81			233361,8405
	Fluides médicaux	639 056,47			31952,8235
	Plomberie	1 931 054,36			96552,718
	Chauffage	5 478 523,87			273926,1935
	Equipements téléphoniques	136 488,01			6824,4005
	Appareils élévateurs	431 232,61			21561,6305
	Voirie	1 768 735,21			88436,7605
	Total autres immos	15 052 327,34	752616,367	752616,367	752616,367
Total PFME	38 043 736,07	1 212 444,54	1 672 272,72	1 902 186,80	

Remarque : ce tableau ne prend pas en compte l'inscription comptable réellement enregistrée en 2009 (ouverture du bâtiment au 1^{er} juillet).

Annexe XIII : Tableau Coût Case-Mix (TCCM) et Compte de REsultat Analytique (CREA) du PFME

- TCCM 2009
- CREA Q3 2010

CREA 2010 - POLE FEMME MERE ENFANT

ACTIVITES CLINIQUES

RECETTES	Quadri. 3 2009	Quadri. 3 2010	Evolution en valeur	Evolution en %	Année 2009	Année 2010	Evolution en valeur	Evolution en %
HOSPITALISATION	12 133 706	12 379 996	246 290	2,0%	33 317 801	35 276 676	1 958 875	5,9%
CONSULTATION ET SOINS EXTERNES	585 694	529 778	-55 916	-9,5%	1 350 351	1 423 908	73 557	5,4%
MIGAC (y compris PDSH)	498 895	504 757	5 862	1,2%	1 146 781	1 320 156	173 375	15,1%
RECETTES DIVERSES	334 592	738 002	403 410	120,6%	630 533	1 201 143	570 610	90,5%
FORFAIT SEH	4 843	1 994	-2 849	-58,8%	6 113	6 116	3	0,0%
PRESTATIONS ETABLISSEMENTS EXT	1 386	310	-1 076		1 386	856	-530	-38,2%
MEDICAMENTS ET DM COUTEUX	392 389	420 495	28 106	7,2%	1 255 075	1 238 612	-16 463	-1,3%
TOTAL RECETTES	13 951 505	14 575 332	623 827	4,5%	37 708 040	40 467 467	2 759 427	7,3%

DEPENSES								
PERSONNEL	5 569 719	5 307 522	-262 197	-4,7%	17 009 685	16 734 285	-275 400	-1,6%
PERSONNEL NON MEDICAL	4 310 000	4 057 153	-252 847	-5,9%	13 450 473	13 076 297	-374 176	-2,8%
PERSONNEL MEDICAL	1 259 719	1 250 369	-9 350	-0,7%	3 559 212	3 657 988	98 776	2,8%
CONSOMMABLES MEDICAUX	775 340	760 497	-14 843	-1,9%	2 337 931	2 241 254	-96 677	-4,1%
DISPOSITIFS MEDICAUX	131 291	101 263	-30 028	-22,9%	377 557	335 975	-41 582	-11,0%
MEDICAMENTS	606 486	625 882	19 396	3,2%	1 859 349	1 812 754	-46 595	-2,5%
PRODUITS SANGUINS	37 563	33 352	-4 211	-11,2%	101 025	92 525	-8 500	-8,4%
MEDICO-TECHNIQUE	4 493 268	4 079 732	-413 536	-9,2%	12 420 335	13 010 247	589 912	4,7%
ACTES EXTERIEURS	28	69	41	146,4%	117	69	-48	-41,0%
LABORATOIRE	199 498	156 269	-43 229	-21,7%	655 967	618 753	-37 214	-5,7%
LABORATOIRE SOUS TRAITE	22 962	22 611	-351	-1,5%	63 012	64 824	1 812	2,9%
BLOC GENERAL	161 979	46 265	-115 714	-71,4%	611 902	146 959	-464 943	-76,0%

BLOC OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIQUE	2 273 877	2 380 672	106 795	4,7%	5 977 798	6 952 851	975 053	16,3%
IMAGERIE	107 662	119 241	11 579	10,8%	292 102	367 084	74 982	25,7%
IMAGERIE SOUS TRAITEE	2 568	938	-1 630	-63,5%	11 082	3 609	-7 473	-67,4%
ANESTHESIE	1 007 017	971 386	-35 631	-3,5%	2 920 890	3 135 545	214 655	7,3%
EXPLORATIONS FONCTIONNELLES	46 127	27 985	-18 142	-39,3%	112 641	105 953	-6 688	-5,9%
DIALYSE	-	228	228	#DIV/0!		1 739	1 739	
URGENCES	626 169	320 451	-305 718	-48,8%	1 628 008	1 454 667	-173 341	-10,6%
STOMATHERAPIE	1 103	1 505	402	36,4%	3 413	3 680	267	7,8%
REEDUCATION (MPR)	35 619	25 019	-10 600		118 540	130 153	11 613	9,8%
DIETETIQUE - NUTRITION	8 659	7 093	-1 566	-18,1%	24 863	24 361	-502	-2,0%
LOGISTIQUE	644 515	783 328	138 813	21,5%	1 903 608	2 093 746	190 138	10,0%
FOURNITURES HOTELIERES ET GENERALES	115 074	131 900	16 826	14,6%	303 061	374 791	71 730	23,7%
AMORTISSEMENTS ET MAINTENANCE	119 567	210 412	90 845	76,0%	310 900	414 993	104 093	33,5%
LOGISTIQUE MEDICALE	147 908	164 875	16 967	11,5%	450 273	465 434	15 161	3,4%
RESTAURATION	184 845	190 357	5 512	3,0%	587 085	571 670	-15 415	-2,6%
BLANCHISSERIE	77 121	85 784	8 663	11,2%	252 289	266 858	14 569	5,8%
GESTION GENERALE ET STRUCTURE	1 425 163	2 005 059	579 896	40,7%	4 953 161	5 421 646	468 485	9,5%
GESTION GENERALE, AUTRES LOGISTIQUES	1 293 619	1 741 414	447 795	34,6%	4 066 200	4 594 714	528 514	13,0%
STRUCTURE	131 544	263 645	132 101	100,4%	886 961	826 932	-60 029	-6,8%
TOTAL DEPENSES	12 908 005	12 936 138	28 133	0,2%	38 624 720	39 501 178	876 458	2,3%

TOTAL RECETTES	13 951 505	14 575 332	623 827	4,5%	37 708 040	40 467 467	2 759 427	7,3%
TOTAL DEPENSES	12 908 005	12 936 138	28 133	0,2%	38 624 720	39 501 178	876 458	2,3%
RESULTAT ACTIVITES CLINIQUES	1 043 500	1 639 194	595 694	57,1%	-916 680	966 289	1 882 969	205,4%

RESULTAT ACTIVITES MEDICO-TECH	-22 579	-553 074	-519 984	-2349,5%	13 910	-862 948	-876 858	-6303,8%
RESULTAT TOTAL POLE	1 020 921	1 086 120	75 710	6,4%	-902 770	103 341	1 006 111	111,4%
Résultat / recettes directes	6,9%	7,1%			-2,2%	0,2%		

ACTIVITES MEDICO - TECHNIQUES

RECETTES	Quadri. 3 2009	Quadri. 3 2010	Evolution en valeur	Evolution en %	Année 2009	Année 2010	Evolution en valeur	Evolution en %
CONSULTATION ET SOINS EXTERNES	526 922	382 274	-144 648	-27,5%	1 281 802	1 224 448	-57 354	-4,5%
FORFAIT ANNUEL URGENCE	391 491	412 065	20 574	5,3%	1 174 472	1 236 197	61 725	5,3%
FORFAIT SEH	216	9 577	9 361	4328,7%	216	105	-111	-51,4%
MIGAC	103	8 778	8 675	8422,3%	107	10 843	10 736	10033,6%
RECETTES DIVERSES		10 965	10 965			10 965	10 965	
PRESTATIONS ETABLISSEMENTS EXT	-	4	4			88	88	
PRESTATIONS INTERNES	3 023 817	2 700 114	-323 703	-10,7%	7 705 919	8 395 040	689 121	8,9%
TOTAL RECETTES	3 942 549	3 504 615	-428 137	-11,1%	10 162 516	10 877 686	715 170	7,0%

DEPENSES								
PERSONNEL	2 641 188	2 320 935	-320 253	-12,1%	6 424 109	7 251 595	827 486	12,9%
PERSONNEL NON MEDICAL	2 159 536	1 809 166	-350 370	-16,2%	5 182 348	5 789 426	607 078	11,7%
PERSONNEL MEDICAL	481 652	511 769	30 117	6,3%	1 241 761	1 462 169	220 408	17,7%
CONSOMMABLES MEDICAUX	264 534	266 093	1 559	0,6%	731 999	792 060	60 061	8,2%
DISPOSITIFS MEDICAUX	190 690	191 962	1 272	0,7%	546 192	548 988	2 796	0,5%
MEDICAMENTS	67 714	64 658	-3 056	-4,5%	163 849	219 122	55 273	33,7%
PRODUITS SANGUINS	6 130	9 473	3 343	54,5%	21 958	23 950	1 992	9,1%
MEDICO-TECHNIQUE	219 910	268 075	47 451	21,9%	775 149	866 608	91 459	11,8%
LABORATOIRE	133 662	182 088	48 426	36,2%	592 416	656 630	64 214	10,8%
LABORATOIRE SOUS TRAITE	46 458	27 092	-19 366	-41,7%	99 920	82 738	-17 182	-17,2%
IMAGERIE	39 030	56 030	17 000	43,6%	78 783	118 257	39 474	50,1%
IMAGERIE SOUS TRAITEE	-	-	0			283	283	

LABORATOIRE SOUS TRAITE	46 458	27 092	-19 366	-41,7%	99 920	82 738	-17 182	-17,2%
IMAGERIE	39 030	56 030	17 000	43,6%	78 783	118 257	39 474	50,1%
IMAGERIE SOUS TRAITEE	-	-	0			283	283	
ANESTHESIE	515	1 229			515	4 137	3 622	
EXPLORATIONS FONCTIONNELLES	245	1 636	1 391		3 515	4 563	1 048	29,8%
LOGISTIQUE	256 180	397 825	141 645	55,3%	640 540	809 017	168 477	26,3%
FOURNITURES HOTELIERES ET GENERALES	30 710	35 511	4 801	15,6%	89 134	95 429	6 295	7,1%
AMORTISSEMENTS ET MAINTENANCE	37 081	213 365	176 284	475,4%	102 791	283 923	181 132	176,2%
LOGISTIQUE MEDICALE	157 582	112 386	-45 196	-28,7%	364 297	320 283	-44 014	-12,1%
RESTAURATION	9 150	10 097	947	10,3%	21 452	29 503	8 051	37,5%
BLANCHISSERIE	21 657	26 466	4 809	22,2%	62 866	79 879	17 013	27,1%
GESTION GENERALE ET STRUCTURE	583 316	804 761	221 445	38,0%	1 576 809	2 021 354	444 545	28,2%
GESTION GENERALE, AUTRES LOGISTIQUES	506 733	678 598	171 865	33,9%	1 259 621	1 653 830	394 209	31,3%
STRUCTURE	76 583	126 163	49 580	64,7%	317 188	367 524	50 336	15,9%
TOTAL DEPENSES	3 965 128	4 057 689	91 847	2,3%	10 148 606	11 740 634	1 592 028	15,7%

TOTAL RECETTES	3 942 549	3 504 615	-428 137	-11,1%	10 162 516	10 877 686	715 170	7,0%
TOTAL DEPENSES	3 965 128	4 057 689	91 847	2,3%	10 148 606	11 740 634	1 592 028	15,7%
RESULTAT ACTIVITES MEDICO-TECH	-22 579	-553 074	-519 984	-2349,5%	13 910	-862 948	-876 858	-6303,8%

TCCM 2009 Pôle FME

Attention, les activités de réanimation, soins intensifs et surveillance continue ne sont pas pris en compte

	COÛT ETAB (1)	COÛT ENCC (2)	Ecart en valeur	Ecart en %	Rappel Ecart TCCM 2008
PERSONNEL MEDICAL - CLINIQUE	2 090 638	2 324 432	-233 794	-10,1%	6,1%
PERSONNEL SOIGNANT - CLINIQUE	9 312 719	8 641 728	670 991	7,8%	24,2%
PERSONNEL AUTRE - CLINIQUE	2 270 566	1 971 774	298 792	15,2%	3,8%
TOTAL PERSONNEL HORS REA	13 673 923	12 937 934	735 989	5,7%	17,6%
PRODUITS PHARMACEUTIQUES ET DM	3 281 002	2 975 740	305 263	10,3%	-1,4%
PRODUITS SANGUINS	148 821	88 444	60 377	68,3%	-1,4%
AMORTISSEMENT ET ENTRETIEN DU MATERIEL MEDICAL	79 733	145 080	-65 347	-45,0%	-68,1%
SOUS TRAITANCE A CARACTERE MEDICAL	117	36 564	-36 447	-99,7%	0,0%
URGENCES	575 506	286 464	289 042	100,9%	41,9%
SMUR	283 519	134 839	148 680	110%	70%
DIALYSE		6 883	-6 883	-100%	-100%
LABORATOIRES	1 107 935	1 202 656	-94 721	-7,9%	10,6%
BLOC OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIQUE	3 885 530	2 384 498	1 501 032	62,9%	70,5%
BLOC GENERAL	214 694	1 098 869	-884 175	-80,5%	-65,5%
IMAGERIE	281 963	388 620	-106 657	-27,4%	-15,8%
RADIOTHERAPIE		2 395	-2 395	-100%	-79%
ANESTHESIE	2 034 425	1 782 339	252 086	14,1%	2,8%
EXPLORATIONS FONCTIONNELLES	62 814	83 720	-20 906	-25,0%	-54,4%
AUTRE MT	103 349	67 660	35 689	52,7%	11,4%
TOTAL MEDICO-TECHNIQUE	8 549 735	7 438 943	1 110 792	14,9%	12,0%

PHARMACIE	340 144	340 621	-477	-0,1%	-34,9%
STERILISATION	289 829	300 670	-10 841	-3,6%	-3,5%
GENIE BIOMEDICAL	56 585	117 299	-60 714	-51,8%	-61,6%
HYGIENE VIGILANCE	71 441	40 447	30 994	76,6%	7,2%
AUTRE LOGISTIQUE MEDICALE	14 914	20 500	-5 586	-27%	-37%
TOTAL LOGISTIQUE MEDICALE	772 913	819 536	-46 623	-5,7%	-33,0%
BLANCHISSERIE	231 461	373 376	-141 915	-38,0%	-43,7%
RESTAURATION	563 010	727 310	-164 300	-22,6%	-23,2%
GESTION GENERALE	4 582 604	5 641 618	-1 059 014	-18,8%	-27,6%
STRUCTURE IMMOBILIER	799 441	348 882	450 559	129,1%	-22,9%
STRUCTURE FINANCIER	439 642	912 828	-473 186	-51,8%	12,1%
STRUCTURE	1 239 083	1 261 710	-22 627	-1,8%	-13,2%
COÛT COMPLET	33 122 402	32 446 254	676 148	2,1%	1,3%

(1) = Coûts Etablissement année 2009

(2) = Echelle nationale des coûts commune 2007, actualisée 2009

Annexe XIV : Le passage à la Facturation Individuelle Directe des Etablissements de Santé (FIDES)

Actuellement	Facturation directe (FIDES)
Activité externe	
<p><u>Part assurance maladie : 80%</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sur déclaration du DIM (e-PMSI) • Sur la base des tarifs NGAP et CCAM (+ forfaits) <p><u>Ticket modérateur : 20%</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sur facturation par l'hôpital • Sur la base des tarifs NGAP et CCAM 	<p><u>Part assurance maladie : 80%</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sur facturation par l'hôpital • Sur la base des tarifs NGAP et CCAM <p><u>Ticket modérateur : 20%</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sur facturation par l'hôpital • Sur la base des tarifs NGAP et CCAM
Hospitalisation	
<p><u>Part assurance maladie : 90%</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sur déclaration du DIM (e-PMSI) • Sur la base des GHS (+ suppléments, DMI, DMO) <p><u>Ticket modérateur : 10%</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sur facturation par l'hôpital • Sur la base du prix de journée X durée de séjour 	<p><u>Part assurance maladie : 90%</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sur facturation par l'hôpital • Sur la base des GHS produits par le DIM <p><u>Ticket modérateur : 10%</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sur facturation par l'hôpital • Sur la base du tarif du GHS

Annexe XV : Fiche de poste du cadre régulateur de lits du PFME

Cadre régulateur du PFME

Lieu d'exercice

Pôle Femme-Mère-enfant / mission transversale

Activités spécifiques

Contribution à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients sur le PFME grâce à des parcours fluidifiés par la mise en œuvre de référentiels de séjours, par une gestion optimisée des lits, par des transports internes du patient performants et une adéquation des moyens à l'activité.

Organisation et optimisation des moyens humains et des équipements du PFME pour répondre aux exigences médico-économiques tels que définis dans le contrat de pôle et le projet de pôle en lien avec les cadres supérieurs du PFME

Contribution à l'efficience du PFME en optimisant les flux patients, les ressources disponibles, la gestion des lits sur le programmé et le non-programmé

Aide à la fluidité des parcours patients / gestion des parcours de soins (DMS théorique => sortie prévisible)

Développement de la gestion prévisionnelle des lits : aide d'un outil informatique / concertation avec les autres cadres

Optimisation de la gestion des entrées : en programmé, par la réservation de lit en temps réel, en non programmé en répartissant les entrées dans les lits disponibles en respectant les indicateurs d'attribution définis en concertation avec les PH coordonnateurs de secteur

Coordination médico-soignante de la gestion des sorties : travail sur la DMS, travail sur les sorties le matin en adéquation avec le référentiel de séjour

Développement des coopérations en réseaux : PMI, secteur libéral ...

Répartition et gestion des ressources et des moyens dans les unités du pôle dans le respect du projet de pôle : - Gestion du pool de pôle en lien avec les cadres supérieurs du pôle

- Gestion de l'équipe de brancardage
- Gestion de la coursière g
- Gestion des psychologues d'Aliénor

Description des tâches

- Participe à l'élaboration des référentiels de séjours en coopération avec les cadres du pôle sous le pilotage du cadre supérieur (en lien avec la gestion prévisionnelle des entrées -sorties)

- Aide à la répartition des admissions en fonction des spécialités et des disponibilité en lits, participe à la cellule de régulation du pôle (composée du cadre

supérieur, du cadre du bloc, du cadre des consultations, du cadre du plateau de chirurgie)

- Veille à l'adéquation activité/moyens disponibles / moyens utilisés : compare l'effectif disponible au regard de l'activité réelle et à venir
- Gère l'équipe « pool » de pôle FME en lien avec les cadres sup. et les cadres des secteurs : s'assure des compétences des moyens qu'il met à disposition des unités, en concertation avec le cadre de secteur ;
- Gère la capacité d'accueil pour prendre en charge un volume d'activité cible (contrat de pôle) en respectant des critères qualité , propose des répartitions en fonction des activités prévisionnelles et des congés des PH.
- Aide à la maîtrise des séjours programmés en lien avec les cadres des consultations et du plateau chirurgical
- Veille à la répartition des séjours courts sur l'ensemble de la semaine, du lundi au vendredi, en lien avec les cadres des secteurs d'hospitalisation, et les praticiens coordonnateurs de secteur .
- Veille à la disponibilité des places programmées en ambulatoire (femme et enfant) : respect des temps de prise en charge, sorties planifiées..., en lien avec le cadre de chirurgie et du bloc opératoire.
- Gère l'équipe du brancardage en intra pôle: centralisation des infos, répartition en fonction de l'activité programmée, mise à disposition pour le non programmé
- Gère la coursière (poste aménagé)
- Gère les psychologues du pôle

Horaires

Horaire 39h/sem

Particularités du poste

Peuvent porter sur les horaires, l'exigence d'un diplôme particulier, des conditions de travail particulières, ...

Opportunité d'un poste transversal innovant sur le PFME: construire ses outils de régulation, de planification, collaborer avec les autres cadres du pôle lors de la rédaction des référentiels de séjours, avec les PH pour établir les durées prévisionnelles de séjours à partir des principaux GHS pour chaque secteur...

Sous la direction des cadres sup du pôle qui valident ses actions notamment lors de demandes de fermetures-ouvertures de lits, et sur les affectations de personnel à redéployer.

Lien avec les autres cadres du pôles : travail transversal avec les différents cadres, partage de l'information, régulation du pôle, gestion des lits.

Complémentarité avec les missions des autres cadres : apporte une contribution aux travaux sur le pôle, recueille les besoins de ses collègues, les traite et/ou les présente au cadre supérieur, pilote des projets transversaux en lien avec le projet de soins du PFME et du CHM.

Cas particulier du cadre régulateur sage-femme : apporte son expertise médicale aux spécificités de prises en charge en Périnatalité, pilote le groupe de

travail sur l'allaitement maternel, participe aux travaux du réseau périnatal des Pays de Loire, enquêtes périnatales, évaluation des soins en Périnatalité, EPP sages-femmes ...

Participation aux projets transversaux du pôle et /ou de l'établissement
Participation aux réseaux /objectifs : faciliter les sorties, les relais de soins...

Rédigé par : N TRABELSI	Le : 20/07/2009	Visa :
Validé par : BUREAU DE POLE	Le : 22/10/2009	Visa :
Vérifié par : cellule GED	Le : JJ/MM/AAAA	Visa :
Approuvé par : DRH	Le : JJ/MM/AAAA	Visa :

GOARIN BOUCHARD

Marion

6 et 7 décembre 2011

Filière Directeur d'Hôpital

Promotion 2010-2012

Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement d'un pôle dans un hôpital en CREF : le Pôle Femme-Mère-Enfant du Centre Hospitalier du Mans

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Master PPASP, Institut d'Etudes Politiques (Rennes), Ecole des Mines ParisTech

Résumé :

Ce mémoire présente la situation du Pôle Femme-Mère-Enfant du Mans face à la montée en charge institutionnelle de la T2A. En effet, cette dernière est à l'origine d'un très fort décalage entre les modalités selon lesquelles a été pensé le projet de construction du pôle et celles qui viennent s'appliquer une fois le bâtiment inauguré. Sur la même période, le Centre Hospitalier du Mans ayant signé un Contrat de Retour à l'Equilibre Financier (CREF), les questions médico-économiques deviennent centrales.

Le Pôle Femme-Mère-Enfant s'inscrit dans une dynamique, partagée par l'ensemble de ses acteurs, cherchant à optimiser son organisation et son mode de fonctionnement afin de dépasser les contraintes architecturales. La richesse de ce pôle réside dans la capacité dont il a fait preuve pour anticiper les changements profonds amenés par la T2A, tout en leur apportant des réponses originales et innovantes.

Mots clés :

TARIFICATION A L'ACTIVITE (T2A), POLE, NOUVELLE GOUVERNANCE, CONTRAT DE RETOUR A L'EQUILIBRE FINANCIER, POLE FEMME MERE ENFANT, FINANCES, ANALYSE MEDICO ECONOMIQUE, FACTURATION, CODAGE, COMPTABILITE ANALYTIQUE

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