EHESP

Filière Directeur d'Hôpital

Promotion : **2009-2011**

Date du Jury : ***6-7* décembre 2010**

LES ENJEUX DE LA MODIFICATION DE L'EXERCICE PROFESSIONNEL MEDICAL PAR LA TARIFICATION A L'ACTIVITE ET LE CONTROLE DE GESTION AU CENTRE HOSPITALIER DE GRASSE (06)

Mémoire réalisé en partenariat avec l'Ecole Nationale Supérieure des Mines de Paris

MINES ParisTech

Mylène Fernandez-Ezavin

Remerciements

Que soient remerciés :

- **Frédéric Kletz, enseignant chercheur au Centre de Gestion Scientifique de l'Ecole Nationale Supérieure des Mines de Paris,** pour ses conseils, le temps consacré et son expertise qui m'ont permis d'avancer considérablement dans mon travail à des moments de doutes (qui ont été fréquents)

- **Vincent Vioujas**, mon attentif maître de stage, grâce à qui j'ai pu comprendre les responsabilités toutes particulières d'un directeur et d'un chef d'établissement, pour son impatience, son exigence, son professionnalisme, et parce que l'avenir dure longtemps.

- **Martine Benoît-Rigeot**, chef d'établissement lors de mon premier stage, pour sa confiance et son amitié.

- **Romain Palombieri, Contrôleur de Gestion au CH de Grasse**, pour son aide, sa disponibilité, son efficacité et parfois sa candeur !

- **Estelle Jégot, Attachée d'Administration Hospitalière aux Ressources Humaines et aux Affaires Médicales,** qui m'a assistée, pour sa bonne humeur, sa complicité et son amitié.

- **Les médecins du CH de Grasse** pour leur patience, leur franchise, leur disponibilité et leur intérêt pour mon travail, en particulier Mr le Président de la CME, le Dr Ribière, les Drs Pierre Azuar, Martine Estrade, Nathalie Polchi, Dominique Desse, Fabrice Louis, Ludovic Lino, Gilles Mathieu, Sid-Ali Medjoubi et, Suzanne Hugon.

- **Colette David-Bonhomme et son compagnon** pour leurs conseils méthodologiques, leur « zénitude », leur soutien et leur capacité de transmission.

- **Hadrien**, mon petit « frère », **Marc et** particulièrement **Frédéric** pour le soutien téléphonique, les Nuits Parisiennes et pour la Cité du Sens.

A Virgile, Loris et Fabrice.

S o m m a i r e

INTRODUCTION ..... - 1 -

1 LA T2A DEVRAIT MODIFIER L'EXERCICE PROFESSIONNEL MEDICAL ..... - 8 -

1.1 La T2A a un impact sur l'exercice professionnel médical ..... - 8 -

1.1.1 L'évolution du financement des hôpitaux et de leur gouvernance ne peut se faire sans les médecins ..... - 8 -

1.1.2 L'histoire et la sociologie doivent permettre de compléter l'analyse des conséquences de la réforme sur les pratiques médicales ..... - 10 -

1.2 Quelles conséquences aura cette modalité de financement sur l'exercice médical ? ..... - 12 -

1.2.1 Le financement à l'activité et les réformes concomitantes vont modifier l'exercice médical ..... - 12 -

A) Est-ce que la T2A pourrait seule modifier les pratiques professionnelles ? ... - 12 -

B) La T2A est comprise dans un ensemble de réformes qui peut engendrer une évolution globale sur l'activité médicale ..... - 15 -

1.2.2 La culture médicale et les relations entre administration et médecins permettent de mettre en perspective d'autres hypothèses de modification dans un contexte plus stratégique pour l'établissement ..... - 17 -

A) La culture médicale est à prendre en compte pour comprendre le sens des modifications à prévoir sur l'exercice médical ..... - 17 -

B) Les relations entre directeurs et médecins : les enjeux de pouvoir induits par la T2A et la logique de performance ont un impact sur l'exercice professionnel médical - 18 -

1.3 L'analyse de la littérature permet d'apporter des éléments de réponse aux hypothèses posées ..... - 20 -

1.3.1 La T2A a un impact sur l'exercice professionnel médical, selon les experts. - 20 -

1.3.2 Les enjeux de pouvoirs et le nouveau positionnement du médecin au sein de la structure hospitalière doivent avoir un impact sur l'évolution du métier, et sur la performance hospitalière ..... - 24 -

SYNTHESE DU CHAPITRE 1 ..... - 28 -

2 AU CH DE GRASSE, L'OBSERVATION DES PRATIQUES ET LES ENTRETIENS MEDICAUX REVELENT BIEN UNE IMPORTANTE MODIFICATION DANS L'EXERCICE DES MEDECINS 31

2.1 Si l'impact de la T2A sur les décisions thérapeutiques est quasiment nul, il existe dans tous les domaines de l'exercice médical 31

2.1.1 Le blues des médecins 31

2.1.2 Les médecins dans le secteur privé lucratif ont un comportement différent de leurs homologues du secteur public, par rapport à la T2A 36

2.1.3 Les comportements médicaux sont hétérogènes en fonction de l'âge des médecins, de leur place dans la hiérarchie médicale, et il existe une différence effective entre décisions et choix thérapeutiques 40

2.2 Les outils de gestion peuvent modifier l'exercice médical et sont exploités de façon très hétérogènes en fonction de leur présentation et des médecins eux-mêmes 44

2.2.1 Apparemment, le CH de Grasse coûte plus cher que ce qu'il rapporte dans certaines activités 45

2.2.2 L'utilisation des outils de gestion par les médecins pourrait améliorer les performances de l'établissement 49

2.2.3 Les médecins du CH de Grasse optent pour un CREA par pathologie et une coopération étroite entre médecins et administratifs afin d'optimiser les ressources hospitalières et de rationnaliser les dépenses 54

2.3 Les contrats de pôle, les outils de gestion et l'étude menée au CH de Grasse révèlent l'importance d'une collaboration efficace entre directeurs et médecins 57

SYNTHESE DU CHAPITRE 2 63

3 UNE STRATEGIE EST A METTRE EN PLACE POUR OBTENIR LES RESULTATS SOUHAITES 65

3.1 La T2A a un impact sur l'exercice professionnel médical qui doit être associé à une stratégie globale pour un établissement de santé, et plus largement pour une politique de santé publique 65

3.2 L'étude réalisée sur le terrain couplée avec les apports des experts permet de dégager des pistes de travail 69

3.2.1 La mise en place d'une organisation autour d'une équipe de contrôle de gestion renforcée 69

3.2.2 Un positionnement institutionnel clair sur l'optimisation et la codification de l'activité 72

3.2.3 L'élaboration d'une stratégie d'établissement pour l'optimisation de la gestion dans un contexte de T2A qui passe par la rentabilisation des outils de gestion 74

3.3 L'étude montre cependant qu'il existe des paramètres sur lesquels il est difficile d'avoir une action ou l'illusion de l'homogénéisation des financements 77

SYNTHESE DU CHAPITRE 3 83

CONCLUSION 85

BIBLIOGRAPHIE 91

LISTE DES ANNEXES I

Liste des sigles utilisés

3 C : Centre de Coordination en Cancérologie
ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS : Agence Régionale de Santé
ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

CAH : Comptabilité Analytique Hospitalière
CH : Centre Hospitalier
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CREA : Compte de Résultat Analytique
CREF : Contrat de Retour à l'Equilibre Financier
CRPP : Compte de Résultat Prévisionnel Principal

DGARS : Directeur Général de l'ARS
DIM : Département d'Information Médicale
DMS : Durée Moyenne de Séjour
DREES : Direction de la Recherche et des Etudes Economiques et Sociales

ENCC : Echelle Nationale des Coûts à méthodologie Commune
EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
EPU : Enseignement Post Universitaire
ETP : Equivalent Temps Plein

FHF : Fédération Hospitalière de France
FHP : Fédération de l'Hospitalisation Privée

GHM : Groupe Homogène de Malades
GHS : Groupe Homogène de Séjours

HAD : Hospitalisation A Domicile
HPST : Hôpital Patient Santé Territoires

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MEAH : Mission d'Expertise et d'Audit Hospitalier
MIGAC : Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation

ONDAM: Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie
OQN : Objectif Quantifié National

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

RALFSS: Rapport Annuel sur les Lois de Financement de la Sécurité Sociale
RCP: Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
RSS : Résumé de Sortie Standardisé
RUM : Résumé d'Unité Médicale

SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours

T2A : Tarification à l'Activité
TCCM : Tableau Coût Case Mix

V11 : dernière version des tarifs T2A

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
UF : Unité Fonctionnelle

Introduction

« Les chiffres sont des innocents qui avouent n'importe quoi sous la torture. »[1] Pourtant, dans toutes les organisations, dans toutes les sociétés, la preuve c'est le chiffre. Et comme le disait Balzac, « la malheureuse tendance de notre temps à tout chiffrer rend un assassinat d'autant plus frappant que la somme volée est considérable. »[2] Honoré de Balzac a écrit cela au XIXème siècle, mais depuis, ce n'est pas différent. Ce qui est important, c'est de dire combien ça coûte. Et surtout combien ça coûte à la société de financer les dépenses publiques, et finalement dans le cas qui nous intéresse, combien ça coûte à chacun, la santé de tous ? Et si c'est onéreux, il faudra immédiatement justifier l'utilité de ce chiffre.

Ce sont ces questionnements qui guident les réflexions des économistes et plus particulièrement dans ce cadre, les économistes de la santé. La question la plus importante, qui est d'ailleurs celle que se sont posés deux ingénieurs des Ponts et Chaussées, Claude Abraham et Jacques Thédié : quel est le « prix de la vie humaine » ? Ils publient en 1960 « Le prix d'une vie humaine dans les décisions économiques ». Par cette étude et ce raisonnement, l'idée que « la santé n'a pas de prix » est complètement ébranlée et c'est le début d'un « débat politique, éthique et même religieux »[3]. La rationalité et le pragmatisme de ces calculs ont permis de conforter ces mêmes valeurs et convictions en les réaffirmant. De la même manière, Georges Morlat, polytechnicien et ingénieur économiste chez EDF, propose une conférence, en septembre 1960 sur « les décisions économiques impliquant des pertes de vie humaine ». L'investissement dans le capital humain est apparu comme une nécessité au fur et à mesure des études et de la réflexion. Ariel Berezniak et Gérard Duru l'affirment dans leur abrégé d'économie de la santé[4], dans l'évolution des systèmes de santé ; les idéologies sont importantes et l'économie de la santé fait intervenir des questions d'éthique. Il y a des choix à faire, à partir de faits chiffrés pour lesquels la justification est le fruit d'une idéologie. Michel Foucault (1926-1984) écrit : « Le problème soulevé est donc celui de la mise en rapport d'une demande infinie avec un système fini… Il va falloir décider que telle maladie, tel type de souffrance ne bénéficie plus d'aucune couverture, que la vie même dans certains cas, ne relèvera plus d'aucune protection… C'est à cet endroit qu'une certaine rationalité devient elle-même un scandale. »[5] Alors la France fait le choix d'investir dans le système

[1] A. Sauvy
[2] H. de Balzac, « La dernière incarnation de Vautrin ».
[3] C. Benamouzig, « La santé au miroir de l'économie », PUF, 2005, p. 129.
[4] A. Berezniak et G. Duru, Abrégé d'économie de la santé, Masson, 2008, 200 pages.
[5] M. Foucault, « Un système fini face à une demande infinie », Entretien avec Bono, R. in Sécurité Sociale : l'enjeu, Paris, Syros, 1983, p. 39-63.

de santé performant que nous connaissons aujourd'hui mais, le système est bien fini, comme le décrit Michel Foucault et il a fallu s'adapter à l'évolution même de la société dans laquelle l'hôpital s'insère.

« Le culte de la performance prend son essor au cours des années 80 à travers trois déplacements. Les champions sportifs sont des symboles d'excellence sociale alors qu'ils étaient signe de l'arriération populaire. La consommation est un vecteur de réalisation personnelle alors qu'elle connotait auparavant l'aliénation et la passivité. Le chef d'entreprise est devenu un modèle de conduite alors qu'il était l'emblème de la domination du patron sur l'ouvrier. »[6] Alain Ehrenberg parle de ce contexte et lui attribue la dépression et l'addiction qu'il décrit dans un ouvrage postérieur (« La fatigue d'être soi »[7]). L'hôpital n'échappe pas à cette logique : on doit être de plus en plus performant à tous les niveaux de façon concomitante : pour les soins distribués et pour le financement collectif de ces soins. Dans son édition du 6 juin 2003, un hebdomadaire national annonçait « Le palmarès 2003 » des hôpitaux. Chaque année, l'opinion publique est tenue au courant de la « performance hospitalière » par différents journaux dont les critères d'évaluations devraient être basés sur l'activité, la notoriété, la part d'activité ambulatoire, la technicité, l'indice de gravité des cas traités, les durées de séjour. Si la réalisation de ces palmarès est discutable et encore plus si on considère les critères d'évaluation choisis et leur mode de calcul, il s'agit d'un phénomène qui entre tout à fait dans le contexte de la société et l'évolution des modes de financement de l'hôpital y trouve la même origine.

« En 1975, la croissance des dépenses de soins confrontée aux effets économiques du premier choc pétrolier avait induit de fortes oppositions entre les médecins qui, au nom de l'éthique médicale, réclamaient la possibilité de ne mettre aucune limite à leurs prescriptions et les économistes qui, au nom de l'intérêt général, demandaient une modération de la croissance des dépenses (…). Les professionnels ont toujours essayé de soigner de leur mieux les malades mais sans se préoccuper des résultats en termes financiers. »[8] En effet, la prise en compte du coût financier de l'hôpital est devenue de plus en plus aigüe et les différents modes de financement de la structure hospitalière se sont succédés en s'adaptant à cette évolution sociale. En 1983, le budget global, ou budget prospectif répondait aux attentes de la société de l'époque mais rapidement, les experts se sont accordés à penser qu'il était nécessaire de faire évoluer ce système de financement par lequel un établissement pouvait être incité, « en l'absence

[6] A. Ehrenberg : Le culte de la performance, 1991, Hachette littérature.
[7] A. Ehrenberg : La fatigue d'être soi, 1998, Odile Jacob, 414 pages.
[8] C. Béraud, « Les transformations du système de soins au cours des vingt dernières années : point de vue d'un acteur », in Sciences sociales et santé, vol.20 n°4, décembre 2002, p.37.

d'adéquation entre financement et activité de l'hôpital, à sélectionner les malades, ou à diminuer l'intensité des soins en produisant de la sous-qualité »[9]. Le problème du budget global, c'est qu'il était impossible pour le financeur de connaître la nature des prestations qu'il payait et la réalité de l'efficience recherchée. En 1982, en France, on a mis en place un système issu de travaux de Robert Fetter, nord-américain, qui permettait de connaître l'activité réalisée par la codification des prestations fournies. Il s'agit de la mise en place du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) pour lequel il a fallu attendre 1996 pour qu'il conditionne les dotations budgétaires des établissements et 2004 pour qu'il soit à l'origine de l'application d'un paiement des établissements prospectif au cas, la tarification à l'activité (T2A).

« Désormais, tous les établissements, quel que soit leur statut juridique, sont rémunérés par l'assurance maladie en fonction de l'activité réalisée, celle-ci étant décrite en Groupes Homogènes de Malades (GHM). Les GHM sont issus de la classification mise en place dans le cadre du PMSI introduit en France au début des années 80 afin de regrouper les séjours hospitaliers en croisant logique médicale (type de maladie, organe traité) et logique économique (moyens mobilisés pour réaliser la prise en charge). A chaque séjour hospitalier, regroupé en GHM, correspond ainsi un tarif, ou un Groupe Homogène de Séjour (GHS), auquel peuvent s'ajouter différents suppléments, l'ensemble étant fixé par arrêté ministériel. »[10] La T2A s'applique à 100% depuis le 1ier Janvier 2008 aux seules activités de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO) et d'Hospitalisation à Domicile (HAD). Les autres financements de l'hôpital sont des enveloppes forfaitaires pour les activités non T2A, et les Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC), par exemple. Les difficultés d'adaptation des budgets hospitaliers entre le mode de financement précédent et la T2A sont corrigées, en fonction des résultats de l'établissement, par un coefficient de convergence intrasectorielle et les différences entre secteur hospitalier public et secteur privé à but lucratif ont amené à prévoir également pour les années à venir une convergence intersectorielle des tarifs.

La comptabilité analytique hospitalière (CAH) est intervenue au début des années 90, et a permis de réaliser ce qu'on pouvait appeler à l'époque du contrôle budgétaire. La mise en place de ce nouveau mode de financement pour l'hôpital a amené les gestionnaires à constituer des équipes de contrôle de gestion, à créer des outils de gestion et des services chargés d'analyser les coûts et l'origine des recettes afin de proposer une adaptation de ces derniers aux tarifs fixés par arrêtés ministériels, de façon

[9] P-L. Bras, G. de Pouvourville, D. Tabuteau : Traité d'Economie et de Gestion de la Santé, Presses Sciences Po., 2009, p. 272.
[10] V. Vioujas., « Le report de la convergence intersectorielle public-privé, retour sur la guerre des tarifs », in Revue De Droit Sanitaire et Social, n°6/2009, p. 1076.

à améliorer l'efficience et la performance économique des établissements. Le contrôle de gestion apparait comme une aide au pilotage des établissements et à la décision des gestionnaires, c'est pourquoi certains experts défendent un rattachement de ce dernier à la direction générale et non aux affaires financières. Les Comptes de Résultat Analytiques (CREA) sont des « objets comptables hybrides »[11] qui font apparaître en recette de la structure analysée des éléments issus de la comptabilité générale (titre 1, 2 et 3) et en dépense des charges directes et indirectes, retraitées selon le modèle de comptabilité analytique retenu dans la construction de l'Etude Nationale des Coûts à méthodologie Commune (ENCC). La CAH est basée sur l'ENCC des séjours hospitaliers MCO, étude destinée à l'origine à construire l'échelle des points d'Indice Synthétique d'Activité (ISA) qui est aujourd'hui, l'origine de la tarification des GHS. Le Tableau Coût Case Mix (TCCM) est un outil d'évaluation analytique qui permet de comparer les charges d'exploitation MCO d'un établissement de santé avec un établissement virtuel qui a strictement la même activité, au GHM près, mais dont les coûts de production sont calculés à partir des coûts unitaires identifiés dans l'ENCC. Enfin, en complément de ces outils les établissements réalisent d'autres tableaux de bord de pilotage spécifiques à l'établissement et qui permettent d'établir un langage de gestion commun aux acteurs intéressés par cette gestion.

Dans ce nouvel environnement hospitalier, les médecins sont des acteurs primordiaux puisque les principaux producteurs de l'entreprise et donc déclencheurs des demandes de financement de soins, ce qui est encore plus apparent avec le système de la T2A. Les questions qui ont présidé à la réalisation de cette étude sont les suivantes :

- **Quel impact a eu la T2A sur l'exercice médical, d'un point de vue thérapeutique et d'un point de vue stratégique ?**
- **Quel rôle pour le contrôle de gestion et les outils de gestion mis à la disposition des médecins dans ce contexte ?**
- **Quel est l'enjeu de leur participation à la gestion hospitalière ?**

Cette étude a été réalisée en partenariat avec le Centre de Gestion Scientifique de l'Ecole Nationale Supérieure des Mines de Paris, dont les enseignants ont participé notamment à la mise en place du PMSI, à l'élaboration et au suivi de l'échelle nationale des coûts et donc des tarifs. L'auteur de l'étude a pu bénéficier des conseils expérimentés d'un enseignant chercheur pour diriger les recherches et avancer dans ses conclusions.

[11] MEAH, Nouvelle Gouvernance et comptabilité analytique par pôle, éditions berger-Levrault et presses EHESP, p.26.

La méthodologie s'est appuyée sur un stage d'une durée de 6 mois à temps plein dans un Centre Hospitalier (CH) et a été fondée sur les expériences recueillies lors de l'observation du lieu de stage en réalisant des missions dévolues à un élève directeur d'hôpital, en l'occurrence : élaboration et négociation des contrats de pôle, intérim de la direction des ressources humaines et des affaires médicales, convention de partenariat entre services financiers et comptables de la trésorerie, dossiers d'autorisation en cancérologie, médecines et chirurgies.

Une recherche documentaire a été nécessaire pour connaître les éléments de la littérature sur le sujet qu'il était opportun de confronter aux premières hypothèses.

Il est ensuite apparu indispensable d'échanger avec les médecins du lieu de stage et de réaliser des entretiens semi-directifs avec un questionnaire à questions constantes (11 questions)[12]. 19 médecins ont été rencontrés : le Président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), 4 chefs de pôle et 14 praticiens hospitaliers. Ils représentent 12 spécialités médicales : anesthésie, réanimation, pneumologie, urgences, gynécologie-obstétrique, pédiatrie, chirurgie orthopédique, viscérale et urologique, médecine interne, gériatrie et département de l'information médicale. Ces entretiens ont été menés dans les bureaux des médecins le plus souvent, pendant une durée moyenne d'une heure chacun, sur une période comprise entre le 26 juillet et le 3 septembre 2010.

Depuis le mois de mai 2010 jusqu'au mois de septembre, des échanges et travaux ont été réalisés en binôme avec le contrôleur de gestion sur cette étude, à raison de quatre à six heures par mois.

Le stage s'est déroulé au **CH de Grasse**, dans les Alpes Maritimes. L'établissement comporte, en 2010, 463 lits dont 252 de MCO (152 lits de médecine, 72 lits de chirurgie et 28 lits d'obstétrique). 1009,61 Equivalents Temps Plein (ETP) non médicaux sont employés de cet établissement ainsi que 120,8 ETP médecins.

En 2009, les urgences assurent 37 572 passages et la maternité voit naître 1954 enfants. Il y a eu cette année 18 703 entrées suivies d'hospitalisations complètes pour 154 183 journées d'hospitalisation. L'hôpital de Grasse est composé de 6 pôles médicaux : Femme-Mère-Enfant, Médecines, Chirurgies, Vieillissement-Santé mentale-

[12] Annexe 1 : Grille d'entretiens semi-directif personnels médicaux ; Annexe 2 : analyse des réponses grille d'entretiens semi-directifs personnel médicaux.

Urgences, Anesthésie-Réanimation-Cardiologie-Pneumologie, Santé publique. Les prestations support sont réparties sur l'ensemble des pôles médicaux : le laboratoire est intégré au pôle anesthésie, l'imagerie aux urgences, le bloc opératoire aux chirurgies. Il existe, 28 services cliniques médicaux et chirurgicaux, un centre d'addictologie, une unité mobile de soins palliatifs partagée avec les hôpitaux de Cannes et d'Antibes, une filière gériatrique complète, une prise en charge psychiatrique globale, un plateau technique performant (réanimation, bloc opératoire, IRM, scanner, urgences et SMUR) et une palette de consultations externes très étendue et diversifiée.

Un Service Mobile d'Urgences et de Réanimation intervient sur le territoire de Grasse pour les urgences pré-hospitalières après avoir été alerté par le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU : 15) implanté au CHU de Nice, ou par le Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS). Le Centre Hospitalier a signé fin 2009 une convention avec l'Association de la Maison Médicale de Grasse, composée de médecins généralistes libéraux, pour la mise en place d'une consultation de médecine libérale généraliste au sein de l'établissement pendant les périodes de permanence des soins. Depuis, une Maison Médicale de Garde est adossée au Centre Hospitalier et intégrée sur le site. Enfin, l'hôpital prend en charge l'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) de la Maison d'Arrêt de Grasse.

L'hôpital se trouve sur un territoire de santé partagé avec une seule autre structure publique, le Centre Hospitalier de Cannes. A Grasse, deux structures sont autorisées à exercer la chirurgie : le CH de Grasse et une clinique privée à but lucratif. En 2003, la population totale de ce territoire était de 262 790 habitants, dont 209 641 adultes. L'établissement grassois est bien implanté dans un environnement géographique pour couvrir les besoins de la population du territoire.

Il y a un intérêt particulier à travailler sur ce sujet à l'hôpital de Grasse car il s'agit d'un établissement de taille moyenne, avec une proximité possible entre les équipes de direction et les médecins permettant d'effectuer l'observation souhaitée tout en conservant une activité et un regard de gestionnaire. Il ne saurait être question dans cette étude de trouver des réponses précises aux questions qui ont motivé la recherche mais simplement d'ouvrir le débat sur le sujet dans un contexte d'évolution quasi permanent de réformes hospitalières.

Ainsi, dans un premier temps, il apparait que la T2A pourrait avoir une influence sur l'exercice professionnel médical, aussi bien spontanément par rapport à la confrontation entre la culture médicale, le mécanisme de la T2A et le contexte hospitalier, qu'après lecture et analyse de la recherche documentaire (1).

Dans un second temps, l'étude de terrain permet de confirmer l'impact de la T2A sur l'exercice médical, la particularité de l'utilisation des outils de gestion par les médecins et la collaboration nécessaire entre gestionnaires et professionnels de santé (2).

Enfin, l'impact de la T2A sur l'exercice médical étant avéré, cette étude se poursuit en proposant la mise en place d'une organisation et d'une stratégie pour l'hôpital de Grasse en prenant en considération les impératifs propres à la réalisation des missions de service public hospitalier dans un contexte très encadré par les textes qui mettent en évidence certaines limites (3).

1 La T2A devrait modifier l'exercice professionnel médical

La réflexion qui a présidé à la mise en perspective de cette hypothèse de base a été la suivante. La T2A a été présentée aux hôpitaux pour améliorer leur financement. Quelles ont été les conséquences inattendues sur l'exercice médical des médecins hospitaliers ?

1.1 La T2A a un impact sur l'exercice professionnel médical

Les raisons des modifications de l'exercice médical et les méthodes d'actions de la T2A sur ces dernières sont à rapprocher de l'évolution historique du financement des hôpitaux. L'instauration de la T2A est l'aboutissement logique de la médicalisation de l'information relative à l'activité, elle vise à lier étroitement le financement des hôpitaux et les pratiques médicales. Dans ce contexte, « la compréhension de l'évolution des comportements des médecins est essentielle. »[13]

1.1.1 L'évolution du financement des hôpitaux et de leur gouvernance ne peut se faire sans les médecins

En effet, une réflexion sur l 'économie de la santé a amené les autorités à faire évoluer son mode de financement de l'hôpital. Depuis le prix de journée jusqu'à la tarification à l'activité, les objectifs de cette évolution apparaissent en termes d'efficience et d'optimisation des moyens mis à disposition des médecins.

L'introduction de la tarification à l'activité permet le paiement rétrospectif à l'acte réalisé en fonction d'une étude sur les coûts par plusieurs établissements[14]. Aboutissement d'une série de réformes convergentes, la T2A lie désormais intimement pratiques médicales et ressources hospitalières.

A l'hôpital, la production de soins se présente sous différentes formes : séjours d'hospitalisation, consultations externes, examens, chirurgie ambulatoire, entre autres. Les médecins sont les ordonnateurs des soins, des dépenses et des recettes qui leur sont liées. Les décisions thérapeutiques et l'exercice médical hospitalier influent sur les dépenses de santé de différentes façons : décision d'opérer, pose de prothèses, décision de différer une sortie d'hospitalisation, et donc augmentation de la Durée Moyenne de

[13] J-C Moisdon et M. Pépin, « Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé », in Dossiers Santé et Solidarité n°16/2010, DREES, p.2.

[14] Echelle Nationale des Coûts à Méthodologie Commune

Séjour (DMS), réalisation d'un ou plusieurs actes en consultation, prescription de médicaments, codage des actes, etc. De nombreuses critiques ont été formulées à l'encontre du trop grand nombre d'examens prescrits plusieurs fois, de la « multiplication » des actes onéreux jugés inutiles, par exemple. Dans la structure de l'hôpital public d'aujourd'hui, avec le travail autonome des médecins, chacun de son côté, chacun dans sa spécialité sans forcément avoir recours à la concertation, on réalise bien l'importance de l'implication du prescripteur dans le processus.

Le changement de mode d'allocation des ressources hospitalières avait pour objectif d'inciter les établissements et les praticiens à une meilleure efficience alliant pertinence et qualité des soins d'une part et maîtrise des dépenses hospitalières d'autre part. La politique de santé publique, qui vise à « protéger, à promouvoir et restaurer l'état de santé de l'ensemble de la population en s'attachant à corriger les inégalités »[15], doit, tout en respectant les moyens que lui alloue la collectivité, atteindre ses objectifs grâce à des compétences médicales et un système de santé performant et organisé.

L'évolution de la gouvernance hospitalière s'inscrit également dans cette perspective. L'ordonnance 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des Etablissements de Santé avait conféré aux médecins des responsabilités plus importantes dans le processus décisionnel, « en cohérence avec les conséquences financières de leurs pratiques professionnelles ».

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST), et les décrets qui s'y rapportent, réaffirment le rôle des médecins, en collaboration avec le directeur de l'hôpital pour toutes les décisions importantes concernant l'établissement et notamment celles qui concernent le financement. En effet, le Directoire est composé de membres du personnel de l'établissement dont une majorité de membres du personnel médical. Dans 15 domaines, le directeur ne peut décider qu'après concertation avec le Directoire et notamment, la conclusion du contrat d'objectifs et de moyens avec l'ARS, la définition d'une politique d'intéressement, la détermination du programme d'investissement, la fixation de l'EPRD, l'arrêt du compte financier, la détermination de l'organisation interne de l'établissement, la signature des contrats de pôle et la présentation à l'ARS du plan de redressement. Le

[15] F. Bourdillon, G. Brücker et D. Tabuteau, Traité de Santé Publique, Médecine-Sciences Flammarion, 2ième édition, 2007, p. 59.

Président de la CME voit son rôle réaffirmé et revalorisé dans ce nouveau dispositif, de la même manière que les médecins chefs de pôle[16].

La gouvernance hospitalière va dans le sens d'une responsabilisation plus grande des médecins dans l'institution, afin d'accompagner la réforme de l'allocation des ressources de l'hôpital qui lie étroitement pratiques médicales et paiement des actes.

Cependant, si la loi HPST permet une responsabilisation plus grande du corps médical dans la gestion financière des hôpitaux par rapport à la période qui l'a précédée, en revanche, son association à la gouvernance a été diminuée avec la disparition de la parité médecins/direction dans les instances. Cette partie de la réforme a été critiquée par les organisations professionnelles médicales.

La loi HPST concentre le pouvoir entre les mains d'un plus petit nombre de décideurs médicaux qui n'ont pas forcément été nommés par le ministre chargé de la santé.

Un autre paramètre entre en ligne de compte, c'est celui qui fait intervenir la culture qui fédère l'esprit médical et l'histoire qui a présidé à sa construction.

1.1.2 L'histoire et la sociologie doivent permettre de compléter l'analyse des conséquences de la réforme sur les pratiques médicales

Depuis la création de l'Etat-providence, les politiques sociales se sont transformées en politiques « d'individualisation du développement social »[17] et se sont de plus en plus individualisées[18]. Touché par les crises économiques qui ont frappé le monde occidental, l'hôpital a dû s'adapter à un double mouvement d'augmentation globale des dépenses liée notamment à l'accroissement de la technicité et aux progrès thérapeutiques et de contingentement des ressources dont l'aboutissement est le financement à l'activité.

La difficulté réside dans la prise en compte de chaque patient, de son importance en tant qu'individu unique, alors que le financement est socialisé et que les décisions prises

[16] Décret n° 2009-1765 du 30 décembre 2009 relatif au directeur et aux membres du directoire des établissements publics de santé ; Décret n° 2009-17 62 du 30 décembre 2009 relatif au président de commission médicale d'établissement, vice-président de directoire des établissements publics de santé.
[17] V. de Briant, « Les politiques sociales : évolution, évaluation », in M. de Montalembert (dir.), « La protection sociale en France », les notices de la documentation française, 4ième édition, 2004, p. 19.
[18] Loi n°2008-1249 du 1 ier décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion, loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, par exemple.

par chaque médecin impliquent la société entière. Dans ce contexte, les médecins ne peuvent faire abstraction des conséquences économiques de leurs décisions individuelles.

Cette approche n'est pas consubstantielle à l'exercice médical tel qu'il résulte de la tradition et du serment prêté :

« Je ferai tout pour soulager les souffrances », jurent tous les étudiants en médecine avant de devenir médecin, devant le buste d'Hippocrate. « Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent ». « Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. »[19] Depuis l'Antiquité, le « premier souci » du médecin est donc de soigner, sans accorder, apparemment une grande importance au coût de ses soins. Si cette vision des choses est surtout présente à l'hôpital public, dans notre société, il n'en reste pas moins que dans la population générale, subsiste le sentiment que les soins sont gratuits à l'hôpital public et que pour le médecin hospitalier, la noblesse de son art n'a rien à voir avec de basses considérations matérielles et financières. Il s'agit de sauver des vies !

Cette philosophie est assez éloignée d'une approche par l'économie de la santé qui pose la question du coût des années de vie sauvées. Faut-il évaluer le prix que la société attribue implicitement aux vies humaines a posteriori (combien nous ont-elles coûté ?), pour éviter des décès ou a priori, le prix que la société doit consentir pour préserver la vie humaine[20] ?

Pour les médecins, ce qui importe, c'est de donner la vie, de la restaurer, de promouvoir la santé, d'accomplir un art, une mission quasi divine dans une société en perte de spiritualité. Comme les dieux, les médecins ont vu décroître leur prestige et l'infaillibilité qui s'y attachait au fur et à mesure que la rationalité et les techniques se sont substituées à l'art individuel de l'examen clinique assisté de la seule expérience. La T2A réussira-t-elle à concilier l'exercice de l'art médical et les contraintes financières qui pèsent sur les établissements de santé ?

Dans une société où l'idée que « la santé n'a pas de prix » était prédominante, les médecins et la philosophie hippocratique pouvaient cohabiter sans être contraints. A l'heure où les objectifs mis en avant ont changé et où la société fait valoir le coût de la santé, les médecins n'ont pas d'autre choix que de s'adapter, anticiper ou refuser. Avec la T2A, l'hôpital peut-il travailler avec des médecins qui n'intègrent pas ce changement de culture ?

[19] Version réactualisée par le Pr Bernard Hoerni, Bulletin de l'Ordre des Médecins, Avril 1996, n°4.
[20] D. Benamouzig, op. cit. p. 2.

Dès les années 80, les autorités politiques du Québec avaient adopté un slogan sur fond de rationnement des ressources disponibles pour la santé publique : « Faire plus et mieux ensemble », les directeurs et les médecins ajoutaient malicieusement « avec moins ». C'est aussi le dilemme auquel les acteurs sont confrontés dans un contexte d'enveloppe fermée finançant une activité rémunérée à l'acte, ce qui n'est pas un mince paradoxe tant pour les médecins que pour les gestionnaires.

1.2 Quelles conséquences aura cette modalité de financement sur l'exercice médical ?

La réflexion amène à poser quelques hypothèses concernant la modification spontanée de l'exercice médical par la T2A et les réformes associées, et l'influence de la culture médicale sur ces mécanismes de changement.

1.2.1 Le financement à l'activité et les réformes concomitantes vont modifier l'exercice médical

A) Est-ce que la T2A pourrait seule modifier les pratiques professionnelles ?

La T2A est une allocation de ressources pour l'hôpital en fonction de l'activité réalisée pour les patients. Pour les séjours d'hospitalisation, un GHS donne lieu à un tarif précis qui peut être corrigé par des bornes hautes et des bornes basses de tarif, en fonction de la DMS, qui viennent augmenter ou diminuer le tarif forfaitaire prévu.

Les actes réalisés pendant une hospitalisation ne sont pas rémunérés en plus du GHS, ils sont compris dedans. Les actes réalisés lors d'une consultation externe sont comptabilisés à hauteur de deux actes maximum par consultation.

L'instruction DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 qui remplace la circulaire frontière du 31 août 2006[21] a permis de délimiter les prises en charge à comptabiliser en consultation externe ou en hospitalisation de jour. Il est en effet pertinent de savoir que lorsqu'un patient arrive aux urgences par exemple, qu'il y est examiné, surveillé et quand on lui administre un traitement dont l'efficacité est contrôlée puis qu'il sort des urgences, il est possible de comptabiliser cette prise en charge comme une hospitalisation en Unité

[21] Instruction DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 relatives aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charges hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD).

d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) qui est mieux rémunérée que le simple passage aux urgences en externe. Il en est de même pour toutes les consultations externes dans toutes les spécialités.

Certains actes sont mieux rémunérés que d'autres, tout comme certains séjours. Par exemple, la pose d'une attèle est plus rémunératrice que la réalisation d'un plâtre ou la réalisation d'actes en chirurgie ambulatoire par rapport à l'hospitalisation complète.

Si l'établissement est capable de produire des actes à un coût égal ou inférieur au tarif T2A de référence, encore faut-il que ces actes soient saisis après avoir été codés par les médecins qui sont responsables de la pertinence et des délais de cette activité qui ne leur est pourtant pas naturelle. La traçabilité des actes est donc un paramètre absolument indispensable pour lequel il ne faut pas échouer afin de pouvoir financer les activités réalisées. Les médecins sont responsables de la codification correcte, dans les délais impartis, des actes et des hospitalisations dont ils sont les prescripteurs.

Dans ce contexte, la première hypothèse posée est celle que la T2A bouleverse l'exercice médical.

Dans un premier temps, l'effet sur les médecins sensibilisés à la question pourrait agir sur la DMS de façon à optimiser les ressources. Dans un second temps, on peut imaginer que les choix thérapeutiques pour un patient puissent être modifiés en fonction de la tarification de ces choix, en faveur de la plus avantageuse pour l'hôpital.

Une des options serait que le praticien opère davantage sans que ce soit toujours dans le meilleur intérêt du patient, alors qu'avant la période T2A, un bon médecin était celui qui n'opérait pas. Néanmoins, une autre possibilité serait de voir valorisée l'activité à la hauteur de ce qu'elle est réellement et d'inciter les médecins à coder correctement leurs actes, à se renseigner sur le meilleur moyen de le faire.

La prise en compte dans la V11[22] de la sévérité des pathologies des patients dans le calcul des tarifs avec quatre niveaux de sévérité rend plus précis et plus juste le financement des hospitalisations et des actes. Néanmoins, plusieurs éléments sont absolument indispensables de façon à ce que le but initial d'ajustement des tarifs soit atteint. En effet, il faut dans un premier temps que les praticiens prennent l'habitude de coder correctement l'acte et le degré de sévérité. La V11 évite l'effet de sélection des

[22] La V11 et la dernière classification des GHM, qui prend en compte 4 degrés de sévérité pour chaque GHM, permettant d'affiner la codification des pathologies traités. Sa mise en place date de février 2009.

patients les plus « rentables » puisqu'elle permet de valoriser ceux qui le sont moins. La sélection des patients serait éthiquement condamnable car, elle mettrait en péril l'égal accès aux soins des patients prévu dans le code de la Santé Publique, et principe à valeur constitutionnelle[23].

Dans le même ordre d'idée, il serait possible d'émettre comme hypothèse que les **cliniques privées à but lucratif n'ont pas le même comportement que les structures publiques.**

En effet, il est possible d'envisager que les cliniques anciennement soumise aux Objectifs Quantifiés Nationaux (ex-OQN) valorisent mieux leur activité et que les médecins adaptent leurs pratiques à cet environnement différent. Le risque, c'est la « spécialisation » sur quelques GHS qui permet une standardisation de la prise en charge, une baisse des coûts de production, ce que ne peuvent pas faire les hôpitaux publics surtout quand ils assurent une offre de soins généraliste, les urgences, des spécialités plus lourdes et plus coûteuses.

Un autre élément qu'il semblait intéressant d'envisager, était de se rendre compte de l'adaptation des tarifs par rapport aux coûts pour un établissement et dans ce cadre, réaliser des CREA particuliers basés sur une prise en charge et non sur une organisation structurelle (unité fonctionnelle, service, pôle). Il s'agit de la prise en charge du cancer du sein chez une femme ayant subi dans l'année chimiothérapie et chirurgie dans le cas de cette étude.

Le parti pris a été celui de l'étude d'une prise en charge qui incluait plusieurs structures, plusieurs pôles pour un même patient et qui permettrait de réaliser que **l'hôpital n'était pas rémunéré à la hauteur de ses dépenses**.

On constate ainsi que le mécanisme même de la T2A, associé au fait que le médecin seul est effecteur de la prise en charge, pourrait induire spontanément des modifications de l'exercice médical. **L'impact peut se présenter par l'optimisation de la DMS, l'amélioration du codage des actes, la spécialisation des services, des pôles et des hôpitaux ou encore la mise en place d'orientations stratégiques pour le pôle ou le service dans le cadre d'une politique stratégique globale d'établissement.**

[23] La Nation « garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, (…). », article 11 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, repris au Préambule de la Constitution du 4 octobre 1958.

Pour ce faire, il est nécessaire de se rendre compte que la T2A n'est pas autonome dans l'environnement législatif et réglementaire et qu'elle n'est qu'une partie de la politique appliquée à l'hôpital.

B) La T2A est comprise dans un ensemble de réformes qui peut engendrer une évolution globale sur l'activité médicale

La mise en place de la T2A à 100% pour le MCO date du 1ier janvier 2008. Cette réforme fait partie du plan hôpital 2007 qui incluait quatre parties indissociables : la réforme du financement (T2A), la réforme de la gouvernance hospitalière (ordonnances de mai 2005), la réforme de la procédure budgétaire (EPRD) et la promotion de l'investissement dans le parc hospitalier. De la même manière que l'exercice médical est étroitement lié à la T2A, il est impossible de ne pas y associer a minima l'impact de la réforme de la procédure budgétaire et de la gouvernance hospitalière. Cet ensemble de réformes intervient dans une politique globale d'amélioration de la performance hospitalière à laquelle les médecins participent inévitablement.

La réforme qui met en place l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD)[24] est en lien direct avec la T2A. L'EPRD est aujourd'hui l'outil budgétaire des établissements de santé construit sur des notions financières utilisées de manière prospective. La différence avec l'ancienne procédure réside dans la nécessité de l'équilibre, en principe, dans l'interdiction des reports de charges, et dans le lien entre capacité d'investissement et santé du budget de fonctionnement. Aujourd'hui, les gestionnaires commencent à raisonner sur les prévisions de recettes, issues des prévisions d'activité, qui conditionnent le niveau des dépenses, et les investissements envisageables. La prévision d'activité fonde ainsi la préparation budgétaire. Cet outil budgétaire associé à la T2A permet l'insertion de cette logique de performance au sein de l'hôpital. Par l'importance attribuée par les textes à l'EPRD et le rôle de plus en plus important des médecins dans la gestion hospitalière, il est absolument impossible de réaliser cette analyse en prenant en compte la T2A seule et en laissant de côté l'impact de la nouvelle gouvernance dans ce processus d'efficience. Laquelle de ces réformes fondamentales de l'hôpital est responsable de la modification de l'exercice médical ?

L'hypothèse envisagée est que l'association de ces changements qui s'inscrit dans une politique globale d'amélioration de l'efficience de l'hôpital public est à l'origine des évolutions de la pratique médicale.

[24] Décret 2005-421 du 4 mai 2005, portant diverses dispositions relatives au fonctionnement des établissements publics de santé et modifiant le code de la Santé Publique.

En effet, la nouvelle gouvernance de 2005 qui a mis les médecins au cœur du processus décisionnel de l'établissement et qui a créé les pôles et la contractualisation, est en lien étroit avec la T2A. En réalité, ce qui découle encore de ces réformes associées, c'est l'indispensable mise en place du contrôle de gestion dans tous les établissements. Ces derniers ont bouleversé l'organisation dans les services financiers, ont recruté, le plus souvent, des contrôleurs de gestion et ont fait évoluer la structure en créant des tableaux de bord de suivi, des CREA, des TCCM.

L'association de tous ces éléments fait évoluer la pratique médicale. D'abord l'implication des médecins dans la gestion les a conduit à s'organiser entre eux pour réaliser les objectifs qui leur étaient assignés, notamment par l'intermédiaire des contrats de pôle, mais aussi grâce aux outils de gestion qui leur sont normalement présentés, a minima à l'occasion de la rédaction des contrats de pôle et qui seront utilisés pour celle des futurs projets de pôle, si on ajoute l'impact de la loi HPST.

Dans cette hiérarchie médicale, l'hypothèse qui est posée est que **la probabilité de la réussite de la mise en œuvre des différentes réformes dépend de la participation des médecins qui elle-même dépend de leur degré d'implication dans le processus de gouvernance.**

Il est supposé que le niveau de modification de l'exercice est proportionnel au degré d'implication dans cette hiérarchie. En effet, un médecin qui ne participe à aucune instance, qui réalise son activité médicale sans avoir de lien avec la direction pourrait se sentir moins impliqué qu'un médecin siégeant au Conseil de surveillance, qu'un Chef de pôle ou encore que le président de la CME, dont le rôle est de véhiculer ce changement culturel et de le promouvoir, dans l'esprit qui a présidé à la création de ces textes.

Plusieurs paramètres sont donc intéressants à étudier en parallèle de l'action de la T2A sur l'exercice médical : l'impact de la nouvelle gouvernance sur leur activité, mais aussi et surtout, l'utilisation, l'exploitation des outils de gestion par les médecins et les décisions qu'ils prennent dans l'exercice de leur art à la lumière de ce nouveau savoir.

Après avoir posé que le mécanisme même de la T2A et toutes les réformes qui ont accompagné ce changement de financement de l'hôpital pouvaient être à l'origine de bouleversements et de modification de l'exercice médical, il est possible d'y associer les particularités de la culture médicale ainsi que les relations qu'entretiennent médecins et directeurs pour atteindre leurs objectifs.

1.2.2 La culture médicale et les relations entre administration et médecins permettent de mettre en perspective d'autres hypothèses de modification dans un contexte plus stratégique pour l'établissement

La culture médicale est à prendre en compte dans l'analyse des modifications de l'exercice médical induites par la T2A et ses corolaires.

A) La culture médicale est à prendre en compte pour comprendre le sens des modifications à prévoir sur l'exercice médical

De l'analyse des particularités sociologiques et historiques de la profession de médecin hospitalier, trois hypothèses principales pourraient découler.

Dans un premier temps, le médecin hospitalier accomplit un art médical dont la mission est de soigner, sans se préoccuper des conséquences financières de ses décisions.
On peut donc supposer que pour certains médecins, **le changement d'allocation de ressources n'ait aucun impact sur leur façon de soigner** les patients et n'influence pas leurs décisions thérapeutiques.

Ce qui est bon pour le patient doit être réalisé, peu importe le coût pour l'hôpital.
Il existe une différence sémantique à préciser entre « décision » thérapeutique et « choix » thérapeutique. Si la première hypothèse posée est celle que les médecins n'ont pas modifié leurs décisions thérapeutiques avec la T2A, cela ne signifie pas qu'ils ne fassent pas des choix différents aujourd'hui. Faire un choix différent n'a pas d'impact sur le traitement du malade, il s'agit d'un choix organisationnel (spécialiser un service, définir des orientations pour un pôle, garder un malade plus ou moins longtemps dans une unité donnée, etc.). Ici, le pari qui est fait par l'auteur de l'étude, c'est que les décisions qui impliquent la santé du malade ne seraient pas différentes avec une autre mode de financement de l'hôpital que la T2A, et ce grâce à la formation des médecins, à l'enseignement et aux valeurs qu'il véhicule pour lesquelles ils sont recrutés dans cette profession aujourd'hui. En effet, aujourd'hui, si un patient doit rester plusieurs jours en observation à l'hôpital pour des raisons médicalement justifiées, on peut raisonnablement penser que, parce que c'est peu rentable, le médecin ne décidera pas de faire sortir le patient et ainsi, de le mettre en danger.

Dans un deuxième temps, par l'effet de cette longue tradition citée précédemment, on pourrait penser que **les médecins n'utilisent pas, ne connaissent pas et ne veulent pas s'intéresser aux outils de gestion, aux tableaux de bord, et à l'analyse financière de leur activité**.

A cette hypothèse il y a deux raisons. La première c'est qu'il est envisageable qu'un médecin penserait qu'il est là pour soigner et non pour gérer l'hôpital, que sa mission, c'est plus sauver et préserver la vie que compter. La deuxième est liée au caractère « tout puissant » du médecin dans la société qui vivrait le contrôle de gestion comme une inquisition bureaucratique et un jugement quantitatif de son activité pour laquelle il attribue plus d'importance à la qualité qu'à la valorisation économique quantitative. L'activité médicale étant, depuis la T2A, identifiée comme la source principale de financement de l'hôpital, le contrôle de gestion permet de mettre en évidence les carences et les baisses d'activité pour lesquelles les médecins pourraient être amenés à se justifier.

La troisième hypothèse découle des précédentes. Il est possible de penser que **les jeunes médecins issus de la « génération T2A » auront un comportement différent de celui de l'ancienne génération**.

Si les valeurs enseignées aux étudiants sont sans doute les mêmes, le fait d'être « élevés » dans un hôpital qui doit tendre vers l'efficience médicale et financière leur permettra de se familiariser avec les outils de gestion, de mieux les utiliser et les valoriser.

Mais les médecins ne sont pas seuls à l'hôpital et la qualité de leur collaboration avec la direction permettra de mettre en évidence d'autres hypothèses de changement.

B) Les relations entre directeurs et médecins : les enjeux de pouvoir induits par la T2A et la logique de performance ont un impact sur l'exercice professionnel médical

La relation entre médecins et directeurs est devenue une condition indispensable à la bonne gestion de l'hôpital depuis la mise en place de la nouvelle gouvernance dans le but d'améliorer la performance hospitalière. La mise en place des contrats de pôle, du dialogue de gestion, de la hiérarchie médicale impliquée dans les décisions stratégiques

et financières ont contribué à intéresser un certain nombre de médecins à la gestion et ont modifié les rapports de pouvoirs entre les deux corps.

Avant la T2A et la nouvelle gouvernance, il existait un clivage beaucoup plus apparent qu'à ce jour entre directeurs et médecins. Une sorte de conflit latent opposaient ceux « qui ne comprenaient rien au langage et à l'organisation médicale » à ceux qui ne « comprenaient rien à la gestion », « ceux qui sauvaient des vies, qui accomplissaient des missions nobles » et « ceux qui étaient là pour faire obstacle à ces nobles projets par leur incompréhension des enjeux ». Il y avait les médecins, et les autres. Aujourd'hui, c'est un petit peu différent. En les obligeant à travailler ensemble, on leur a permis de se connaître mieux et de réaliser les contraintes à l'exercice de chacun, l'importance de travail en commun pour atteindre le même objectif : offrir un outil performant de soins au bassin de population concerné. Il est possible d'attribuer cette réussite en cours à la mise en place de la réforme de la gouvernance hospitalière de mai 2005.

Un autre paramètre a pu jouer, quand on donne un peu de son savoir, on lâche un peu de son pouvoir. Le mérite de la nouvelle gouvernance, est de permettre aux médecins et aux gestionnaires de se parler officiellement à parité et d'apprendre à travailler ensemble pour l'intérêt commun. La « nouvelle » nouvelle gouvernance[25] de la loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) pose la question en d'autres termes. Est-il possible que les médecins participent plus encore à la gestion hospitalière ?

Les spécificités de la profession médicale pourraient nous laisser dans un premier temps, penser que le cœur du métier étant le soin, **les médecins ne sont pas intéressés par la gestion à l'hôpital**.

S'il est évident qu'individuellement chaque personnalité est différente face à ce sujet et qu'il est possible de trouver des médecins qui viendront prouver le contraire, notamment ceux qui ont des fonctions dans les instances, ce qui est mis en avant ici, c'est que la communauté médicale dans son ensemble pourrait rencontrer des difficultés à se fédérer dans ce but.

Y a-t-il suffisamment de médecins intéressés par la question, pour l'instant, pour autoriser ce changement ? Auront-ils le choix de faire différemment ? Dans un deuxième temps, si cette situation évoluait, il faudrait que les médecins suivent une formation identique à celle des directeurs, comme celle enseignée à l'institut du management par

[25] V. Vioujas, « La « nouvelle » nouvelle gouvernance hospitalière après la loi HPST, une autonomie de plus en plus contrôlée », in Revue Générale de Droit Médical, n°33/2009, p.69-96.

exemple : finances, gestion des ressources humaines, achat public, management, communication. La formation des futurs chefs de pôle, telle qu'elle est prévue dans les textes récents[26] réaffirme cette évidence. De plus la loi HPST renforce les pouvoirs du directeur, chef d'établissement, les rapports de plus en plus politiques entre le Directeur Général de l'ARS, le directeur relaie auprès des producteurs de soins que sont les médecins les résultats de la contractualisation avec le DGARS.

L'hypothèse avancée est que le médecin ne le souhaite pas vraiment et que cela pourrait ne pas être dans l'intérêt de l'institution hospitalière mais que ces nouvelles questions interviennent dans sa façon d'appréhender son exercice professionnel.

L'ensemble des hypothèses énoncées doivent être confrontées aux articles rédigés sur la question avant d'étudier le cas particulier du Centre Hospitalier de Grasse. En effet, de nombreux professionnels ont pu donner un éclairage à cette étude pour d'autres établissements ou de façon générale sur les hypothèses portant sur l'attitude des médecins et les changements apportés par les réformes qui ont accompagné la T2A.

1.3 L'analyse de la littérature permet d'apporter des éléments de réponse aux hypothèses posées

L'impact de la T2A sur l'exercice médical a été étudié dans un contexte plus global d'impact de ce mode de financement sur les organisations à l'hôpital. Il est possible, à travers la littérature de scinder en deux parties la modification de l'exercice médical. En effet, ce dernier peut être modifié dans le cœur de métier, dans les actions quotidiennes des médecins mais aussi dans l'évolution du métier de médecin au sein de la structure hospitalière.

1.3.1 La T2A a un impact sur l'exercice professionnel médical, selon les experts

La T2A et les réformes hospitalières ont un impact hétérogène sur l'exercice professionnel des médecins et sur l'organisation de la structure hospitalière en général.

A ce jour, il n'y a pas eu d'étude qui ait porté exactement sur l'impact de la T2A sur la façon de soigner des médecins. Par contre, l'étude sur les changements

[26] Décret 2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité cliniques ou médico-techniques dans les établissements publics de santé.

organisationnels occasionnés par ce mode de financement de l'hôpital impactant l'exercice médical notamment apporte un éclairage.

Jean-Claude Moisdon, Directeur de Recherche à l'école Nationale Supérieure des Mines de Paris, ancien Directeur du Centre de Gestion scientifique de cette école, et Michel Pépin, Essor consultants (cabinet indépendant spécialisé dans l'accompagnement de projets sur l'organisation du travail et des conditions de travail), ont réalisé une étude et produit une synthèse pour la Direction de la Recherche et des Etudes Economiques et Sociales (DREES) : **« Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé. »**[27]

Cette étude qualitative a été réalisée sur huit établissements. Si dans l'ensemble cette étude met en évidence de nombreux changements imputables à la T2A dans les établissements de santé, elle donne un éclairage sur l'exercice médical aussi. En effet, les auteurs parlent de l'imbrication de plusieurs complexités (l'hôpital lui-même et sa pluralité d'intervenants, la T2A, les outils de gestion) qui n'amènent que peu de médecins à s'intéresser aux outils de gestion, qui selon eux, en fonction de leur formation antérieure ou de leur motivation, deviennent des « utilisateurs avertis ». En effet, ils réalisent que la T2A occasionne des changements d'organisation dans leur environnement mais ont une difficulté à « discerner leur intérêt à agir ».

« Pour bon nombre de médecins, l'association des deux termes « médico » et « économique » reste donc largement du « théorique » ou de l' « incantation » », selon les auteurs de la synthèse. Ce constat permet d'aller dans le sens des hypothèses qui misaient sur la non-modification des décisions thérapeutiques par la T2A et les réformes corolaires, la non-utilisation des outils de gestion par la plupart des médecins et, au final, on peut en déduire qu'il y a un faible impact de la T2A sur l'amélioration de la performance financière des établissements de santé par l'action de médecins qui seraient impliqués dans le contrôle de gestion.

Jean-Claude Moisdon et Michel Pépin soulignent « les difficultés d'une adaptation rationnelle des acteurs de soins à la T2A ». Selon eux, les modifications du financement devraient amener « les acteurs à rechercher une optimisation rationnelle des organisations et des modes de fonctionnement, afin de tirer le meilleur parti du nouveau cadre qui leur est imposé. » En fait, ils mettent en évidence que pour les acteurs soignants du système, cela ne fonctionne pas et qu'il y a une incapacité de leur part à

[27] J-C. Moisdon et M. Pépin, « Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé », in Dossiers Solidarité et Santé n°16/2010, DREES.

définir des stratégies de changement. Les médecins ne s'intéressent pas prioritairement au lien entre leur activité et le coût qu'elle occasionne pour la société qui la finance.

La **Mission d'Expertise et d'Audit Hospitalier (MEAH)**[28], à la suite d'un semblable constat, préconisait d'ailleurs de travailler en priorité sur « la gestion des opérations », plus concrète pour les professionnels médicaux et moins axée, dans un premier temps sur des aspects économiques.

En réalité, dans le **dossier Santé et Solidarité**, il est affirmé que les structures privées auraient un comportement différent face à l'adaptation des médecins au changement d'allocation de ressources, surtout quand ces derniers sont actionnaires. Médecins et directeurs se rencontreraient plus souvent dans ces établissements de façon à améliorer l'efficience, même si les outils de gestion semblent moins utilisés à cause de leur « imprécision, instabilité, faiblesse du diagnostic associé ». Les discussions porteraient notamment sur l'optimisation de la DMS. Ces réunions ne sont pas réalisées dans le secteur public et les outils de gestion sont plus utilisés, même si des reproches semblables à ceux du privé sont rapportés. Pour ce qui concerne précisément les outils de gestion, l'étude rapporte que certains établissements ont décidé de fournir des tableaux plus simples pour permettre le dialogue de gestion et ne diffusent plus les CREA et TCCM pour cette raison et pour éviter les phénomènes de concurrence entre médecins ou entre pôle et tenter de supprimer un des biais de la T2A.

Donc, d'après cet article, l'exercice professionnel médical est peu modifié, les outils de gestion sont globalement peu utilisés par ces professionnels, car pas assez accessibles, mais la T2A a modifié les organisations dans un contexte global de réforme de l'hôpital public et pour passer à la « phase 2 » et transformer la T2A en outil d'efficience pour les établissements, il faut mobiliser les médecins et la compléter par « la dimension organisationnelle ».

Dans l'introduction de l'article de la synthèse de l'étude de la **DREES**, les auteurs le précisent. « Isoler les effets de la T2A de ceux engendrés par les autres facteurs s'est avéré complexe, voire impossible ». Pour eux, la T2A est comprise dans un ensemble de réformes telles que la nouvelle gouvernance et la création de l'EPRD.

La nouvelle gouvernance a permis de « redéfinir les hiérarchies et d'établir de nouvelles responsabilités »[29]. La participation des médecins aux décisions, par cette nouvelle gouvernance qui doit se préoccuper notamment de la T2A, aurait donc un impact

[28] Dr M. Cauterman, N. Biron et J-C. Moisdon, « Pilotage opérationnel des pôles : l'étape d'après », MEAH, rapport de phase 1, janvier 2008 et rapport final, janvier 2009.
[29] M-D. Gheorghiu, D. Guillemot et F. Moatty, « Changements organisationnels et mise en place de la tarification à l'activité dans les établissements hospitaliers français : entretiens avec des membres de direction des hôpitaux », DREES, Centre d'Etudes de l'Emploi, 2010.

sur l'activité médicale selon **le travail de la DREES** sur les changements organisationnels. Le but de ces changements est aussi d'amener plus de performance économique à l'hôpital.

Dans le **rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de février 2010**, il apparait « un décalage certain entre les efforts considérables d'acculturation de la communauté médicale aux enjeux de gestion, de découpage des pôles et de construction des outils de gestion (…) et la portée opérationnelle réelle de la subsidiarité[30]. »[31] Les médecins ont donc été amenés à s'adapter à l'évolution de l'hôpital public, des réformes de gouvernance, d'organisation et de T2A, même s'il est pointé que ces changements ne seraient pas suffisants pour atteindre les buts initialement fixés. Là encore, il est précisé que de nombreux pôles ne connaissent pas, ne maîtrisent pas les tableaux de bords nécessaires à la gestion financière de l'établissement. Et là est l'incohérence, selon les rapporteurs : les médecins ont fait des efforts pour s'acculturer à la T2A et à la gestion par pôle mais la constitution des pôles et leur fonctionnement est encore trop aléatoire pour porter ses fruits. La profession médicale change avec l'hôpital, évolue avec lui et les membres de l'IGAS notent un réel investissement des médecins qui leur permet de « découvrir un autre métier et des dimensions jusque-là inconnues de l'hôpital (gestion médico-économique, ressources humaines, vie institutionnelle, etc.) ».

Gérard De Pouvourville précise, dans le Traité d'Economie et de Gestion de la Santé[32], que la tarification à l'activité, de la manière dont elle est construite (RSS, etc.), incite les établissements à augmenter leur activité pour augmenter leurs recettes. Mais si le système de la T2A s'inspire du système de financement américain Medicare (Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, 2003), il n'a pas le même impact sur les professionnels car la base est différente. Le payeur est un système d'assurance maladie universel et il est en situation de monopole. Ainsi, le comportement des acteurs hospitaliers, et notamment celui des médecins, à l'origine du déclenchement du paiement, est adapté à ce système et soumis à moins de contraintes que si le système était mis en concurrence. En effet, il indique que « les médecins hospitaliers ont longtemps considéré que l'analyse de leurs pratiques était de leur ressort et étaient opposés à toute forme de collecte de données permettant à un acteur externe de réaliser des contrôles ». Ce qui

[30] Principe de subsidiarité : ce principe constitue la clé de deux aspects fondamentaux de la gouvernance : le partenariat entre acteurs et l'articulation entre les différentes échelles de gouvernance. Il permet de repenser la responsabilité des acteurs. (« La Démocratie en miettes », Pierre Calame, 2003.)

[31] H. Zeggar, G. Vallet et O. Tercerie, « Bilan de l'organisation en pôles d'activités et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé », Rapport IGAS n° RM2010-010P, février 2010.

[32] G. de Pouvourville, « Le Financement des Hôpitaux », in Traité d'Economie et de Gestion de la Santé, po. cit. p. 3.

corrobore l'hypothèse selon laquelle l'exercice médical doit être culturellement considéré différemment. Il explique qu'au cours du temps, le paiement prospectif s'est imposé comme une incitation économique à l'efficience des hôpitaux. Le système de santé français est donc particulier dans le sens où il veut coupler le système américain avec « l'offre hospitalière française qui doit relever aussi de principes d'ordre public et d'équité dans l'accès aux soins, ce qui justifie le maintien de mécanismes de contrôle de l'accès au marché ». C'est exactement le dilemme qui est imposé à tous les acteurs de l'hôpital, et pas seulement aux médecins. Ces derniers en sont bien conscients et tout ce qui a présidé à la construction des professionnels qu'ils sont aujourd'hui permet de mettre en évidence ce paradoxe et constitue un obstacle ou un moteur dans la modification de leur exercice professionnel par la T2A.

Alors, ils vont devoir participer plus activement aux décisions qui impliquent la structure dans sa globalité, ce qui leur confère un pouvoir important qui jouera aussi un rôle dans ce contexte.

1.3.2 Les enjeux de pouvoirs et le nouveau positionnement du médecin au sein de la structure hospitalière doivent avoir un impact sur l'évolution du métier, et sur la performance hospitalière

Guy Vallet, Hayet Zeggar et Orianne Tercerie, dans le **rapport IGAS** de février 2010 sur les pôles, après avoir fait le constat que le changement d'organisation avait eu un impact sur les médecins mais que ce dernier n'avait pas eu encore l'effet souhaité, précisent que le « passage à la deuxième étape polaire suppose, à la fois, de clarifier les processus de décision à l'hôpital, de maintenir les grands équilibres sociaux et économiques par la réaffirmation de l'unité institutionnelle, et d'amener les équipes de direction à modifier en profondeur la vision de leur métier, leur positionnement et leur organisation ». En effet, si les pôles ont parfois donné l'impression d'un éclatement des acteurs, des pouvoirs et donc des objectifs, il est nécessaire de réaffirmer l'unité institutionnelle pour permettre l'atteinte des objectifs et la mise en place d'une stratégie globale de l'établissement dans ce domaine. De plus, ce que disent les auteurs, c'est que le rôle du médecin hospitalier dans ce contexte peut, va et doit devenir plus important au détriment de celui du directeur d'hôpital qui ne fournirait qu'une prestation « support aux producteurs de soins que sont les pôles médicaux et médico-techniques ». Ils ajoutent que les directeurs qui ont des réticences à « voir leur cœur de métier redéployé dans les pôles » constituent un obstacle à la réalisation de l'objectif d'efficience économique

attribué à l'hôpital public. Le rapport propose d'ailleurs, en conclusion, plus un accompagnement des équipes de direction au changement que des médecins.

Ce rapport enrichit notamment la réflexion par la confirmation que les chefs de pôles ont des profils et des motivations très variables qui ne sont pas toujours en cohérence avec ce qui a présidé à la création de cette nouvelle fonction.

Donc dans cette étude, il est apparent que la logique de performance qui a été imposée à l'hôpital, et qui implique autant nouvelle gouvernance que T2A, a amené non seulement le médecin à évoluer dans ses pratiques mais aussi et surtout à se positionner différemment au sein de la structure, à convaincre que son rôle en tant que décideur était le corolaire de la performance hospitalière.

Le document de travail de la **DREES sur les « Changements organisationnels et mise en place de la tarification à l'activité dans les établissements hospitaliers français »** apporte aussi des éléments à ce constat. D'abord, le document insiste sur la différence de culture entre les médecins et les administratifs et la difficulté à les faire travailler ensemble pour atteindre un objectif commun. De plus, un autre élément pèse dans la balance : les administratifs son nommés et les dirigeants médicaux sont élus par leurs pairs ce qui potentialise leur légitimité. De plus, par la loi HPST[33] et ses décrets, « le directeur est en mesure de décider en véritable chef d'entreprise, mais l'avis du président de la CME lui est indispensable, d'où le renforcement d'une coopération qui peut être conflictuelle ». Cette étude, qui est essentiellement basée sur des entretiens semi-directifs avec une trentaine de directeurs, met en avant les spécificités du métier de directeur d'hôpital, l'hétérogénéité des parcours et des cultures entre jeunes directeurs et directeurs expérimentés et leur collaboration avec le corps médical qui est à l'image de ces différences.

Ainsi deux mondes sont opposés. « Si les médecins « affichent l'éthique comme valeur refuge », les gestionnaires s'appuient sur les valeurs de l'économie et de l'intérêt collectif. » L'étude préconise encore d'amener les équipes de direction à repenser leur positionnement au sein de l'institution et à partager le pouvoir avec les producteurs de soins qui seraient prêts à l'optimiser. Il existe, selon les auteurs, un intérêt d'ordre « culturel » que les médecins puissent au quotidien observer les résultats de leur activité grâce aux outils de gestions de la T2A et qu'ils puissent, à la lumière de ces nouvelles connaissances prendre des décisions médicales les meilleures pour le patient et pour la structure. Néanmoins, le risque est de potentialiser la « balkanisation » de l'hôpital qui

[33] Décret n°2009-1762 du 30 décembre 2009 relatif au président de CME, vice président de directoire des établissements publics de santé.

avait été reprochée aux pôles car il existe de nombreux biais mis en évidence, comme la concurrence entre pôles, ou encore l'appropriation des outils de gestion des médecins qui jugeraient « nécessaire de récupérer une partie des gains obtenus afin de motiver le personnel pour transformer l'hôpital en une institution économiquement performante ». En fait, la lecture de cette étude nous amène à réfléchir sur le niveau de délégation de gestion à octroyer aux pôles, quel est le rôle d'un médecin chef de pôle et jusqu'où peut-il aller pour l'amélioration de la performance économique hospitalière ? La question sera intéressante à étudier pour le CH de Grasse.

Jean-Claude Moisdon et Michel Pépin, eux, dans la synthèse de leur étude sur **« Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé »**, ont mis au point une grille d'analyse thématique des effets internes de la T2A pour les établissements qu'ils ont audités. Ce qui nous intéresse ici, c'est dans un premier temps l'item sur l'analyse de la prise en charge et du parcours du patient qui a été développée plus haut par la modification de l'exercice médical, mais aussi, l'impact sur la « stratégie de l'établissement ».

Il est alors constaté que le rôle de la direction financière, du contrôle de gestion et du DIM dans la dynamique stratégique qui implique les médecins a été renforcé. La T2A a donc perturbé l'organisation d'ensemble de l'établissement au profit d'une collaboration plus étroite avec le corps médical. Donc, le dialogue de gestion médico-économique s'est développé dans le sens d'un partage des informations de façon à parvenir à améliorer la situation financière de l'établissement, grâce notamment à la contractualisation et à l'intéressement collectif fondé sur les résultats économiques des pôles et des services. Avec la T2A et les contrats de pôles, la responsabilisation des acteurs de soins s'est accentuée et le partenariat entre équipe de direction et médecins s'est renforcé, même si cette coordination est jugée par les auteurs de l'étude difficile à cause des spécificités de chaque corps, des « conflits de logique, des enjeux de pouvoirs, zones de flous sur le pouvoir d'arbitrage ».

Ce que les acteurs de terrain relatent dans cette étude, c'est également un jugement sur l'intérêt ou non de la mise en place de la T2A pour l'établissement public. Les règles évoluant de façon fréquente, les médecins sont confortés dans leur prudence et émettent parfois « des doutes quant à la possibilité d'être gagnant avec la T2A ». Ils expliquent que de toute façon, ce qui compte, c'est l'équilibre financier du système de santé et que s'ils améliorent leurs performances, les tarifs vont baisser et qu'ils ne pourront pas en récupérer les bénéfices pour l'hôpital. Le médecin émet un avis sur la

politique impulsée par le gouvernement et agit dans sa pratique professionnelle en accord avec l'éthique qui le caractérise.

Dans ces différents articles et études, il est émis de nombreuses recommandations organisationnelles qui passent notamment par la formation des directeurs et/ou des médecins en vue de les faire collaborer, parfois de les faire abandonner et déléguer des fonctions de façon à ce que les modifications organisationnelles et qualitatives qu'ont induit le changement d'allocation de ressources hospitalières et les réformes associées, s'orientent dans le bon sens, au profit de l'efficience économique et de la qualité de la prise en charge des patients à l'hôpital public.

SYNTHESE DU CHAPITRE 1

Les médecins ont un rôle primordial à jouer dans la mise en place et l'efficacité de la tarification à l'activité à l'hôpital public dans une société qui a évolué et qui doit s'accorder avec la particularité de la tradition culturelle médicale française.

Plusieurs hypothèses ont été avancées dans cette étude :

- **le mécanisme lui-même de la T2A pourrait induire des changements qu'il est impossible d'isoler de ceux des réformes qui ont accompagné la T2A, et notamment de celles produites par la gouvernance de l'hôpital public,**
- **les médecins ne changent pas leurs décisions thérapeutiques mais la T2A pourrait avoir une influence sur leurs choix,**
- **il serait raisonnable de penser qu'ils ne s'intéressent pas aux outils de gestion, que cet intérêt est variable en fonction de leur génération et que les enjeux de pouvoirs induits par les réformes récentes ont un rôle à jouer dans ce contexte.**
- **Enfin, on pourrait envisager que l'impact sur l'exercice professionnel est différent dans les structures privées.**

L'analyse de la littérature apporte un éclairage à ces hypothèses. Elle renseigne sur le fait que :

- **la T2A a eu un impact sur les organisations des hôpitaux et donc aussi sur l'exercice médical sans les intéresser aux outils de gestion,**
- **il existe des différences de gestion entre secteur public et secteur privé,**
- **il est nécessaire d'apporter aux médecins une réflexion plus opérationnelle sur le sujet,**
- **l'intérêt porté par les médecins à l'évolution de leur métier, même si l'organisation des pôles et de la nouvelle gouvernance encore non aboutie est un obstacle,**
- **il existe bien une différence de culture entre directeurs et médecins, les nouvelles attributions des rôles et des pouvoirs constituent un enjeu important pour l'atteinte des objectifs assignés à la T2A.**
- **Les nombreuses propositions sont formulées dans les différents rapports et elles portent essentiellement sur des mesures organisationnelles.**

L’analyse des données au Centre Hospitalier de Grasse permet, à la suite de ces différentes réflexions, de recenser les évolutions de la pratique médicale dans cet hôpital en particulier et de mettre en évidence plusieurs réponses aux hypothèses qui avaient été formulées dans le chapitre précédent. L’étude de terrain fait apparaître des éléments nouveaux qui n’ont pas été retrouvés dans la littérature, notamment en rapport avec l’utilisation des outils de gestion et avec l’étude réalisée sur la prise en charge du cancer du sein au CH de Grasse.

2 Au CH de Grasse, l'observation des pratiques et les entretiens médicaux révèlent bien une importante modification dans l'exercice des médecins

Le résultat des entretiens et de l'observation du terrain de stage ont permis d'affirmer qu'il y avait une différence entre impact thérapeutique des décisions médicales et impact direct sur l'exercice de la profession dans sa globalité.

2.1 Si l'impact de la T2A sur les décisions thérapeutiques est quasiment nul, il existe dans tous les domaines de l'exercice médical

Comme le relatent les entretiens réalisés avec les médecins, 90% d'entre eux indiquent que leurs décisions thérapeutiques n'ont pas changé et qu'ils auraient pris les mêmes quel que soit le financement de l'hôpital[34]. Ils expriment leur éthique professionnelle par cette réponse quasi spontanée et qui est dans chaque cas presque leur premier propos. Pourtant, ils ont parfois du mal à le définir mais il est indéniable que souvent, leurs choix sont différents. Les médecins du CH de Grasse ont orienté leur réflexion selon trois axes principaux : ce qu'on a vulgairement nommé « le blues des médecins », les différences public-privé et l'hétérogénéité des comportements médicaux en fonction de l'âge, de la place dans la hiérarchie médicale et de leur spécialité.

2.1.1 Le blues des médecins

Les médecins expriment de différentes façons une certaine nostalgie de la période qui a précédé la T2A. D'abord, il y a plusieurs « blues ». Celui qui revient le plus souvent, c'est celui du médecin qui est là pour soigner et non pour compter.

Culturellement, le médecin a une haute et noble opinion de son exercice et de sa mission hospitalière plus particulièrement. A Grasse, cela est très présent. Quand on creuse un peu, ils en parlent et ils expliquent cette nostalgie par plusieurs éléments.

Ce qui revient le plus fréquemment, c'est l'argument de la surcharge d'actes administratifs à accomplir qui diminue le temps passé auprès du patient. Cette surcharge s'illustre par le codage des actes, l'informatisation du dossier patient, le temps passé en instances pour les praticiens qui y assistent, le temps passé à l'analyse des données de

[34] Annexe 2 : analyse des réponses grille d'entretiens semi-directifs personnel médical.

leur propre activité qui leur est régulièrement envoyée par le DIM. Ils ont des mots pour le dire qu'il est important de relayer ici.

Ils expriment une surcharge de travail liée au codage :

- « Cela ne m'intéresse pas de faire du travail administratif en plus du travail médical ». Dr M.G.
- « La T2A a engendré une pression supplémentaire dans le travail par la demande d'optimisation et de rendement. » Dr T.C.
- « La part de travail administratif imposée aux médecins est très lourde. » Dr E.M., Dr F.M., Dr P.N.
- « La T2A est une charge de travail supplémentaire, une tâche de plus. » Dr D.P., Dr A.P., Dr R.J.
- « Le temps passé à faire des saisies informatiques est plus important qu'avant. » Dr L.F.
- « Une activité administrative supplémentaire obligatoire. » Dr T.M., Dr T.B.
- « On n'a pas toujours le temps de coder immédiatement et après, on oublie. (…) Et le codage est parfois trop compliqué. Il m'arrive de chercher le code pendant 45 minutes puis d'abandonner. » Dr T.M.
- « Une charge de travail importante sans rien en échange. » Dr M.S.
- « On nous demande de faire plus en étant moins nombreux. » Dr. D.P.

L'autre « blues » est déclenché par la nouvelle gouvernance.

La surcharge en actes administratifs exprimée entraîne des conséquences qui peuvent être assimilées à un « blues » des médecins imputable à la T2A et aux réformes associées :

- « On n'a rien en échange. (…) Cela change progressivement le rapport avec le patient. » Dr M.S, cité ci-dessus.
- « Elle a entraîné, par association avec la nouvelle gouvernance la faiblesse de la CME et la solitude des médecins. (…) Il manque des retours d'information sur ce qui se passe à la direction, il y a un déficit de management, on ne parle pas de l'hôpital, on s'en plaint au malade. » Dr M.S.
- « Je n'ai pas eu d'information du chef de pôle, je ne savais pas qu'il y avait un contrat. » Dr L.L.
- « Il est difficile de passer plus de temps devant l'ordinateur que devant le malade. (…) Les médecins veulent toujours soigner. (…) Il n'y a pas de valorisation du temps de travail de chef de pôle.» Dr P.N.
- « Il faut faire attention de ne pas démotiver les médecins pour ne pas qu'ils démissionnent. » Dr P.O.

- « On a le sentiment que le malade y perd. » Dr G.M.
- « Philosophiquement, il est difficile de voir que ce que l'on fait n'est pas rémunérateur pour l'hôpital et n'est pas valorisé à la hauteur de ce qu'on croit. (…) J'ai la nostalgie des services et du travail médical exclusif, sans gestion (…) Il s'agit aujourd'hui d'une main mise du pouvoir administratif sur le pouvoir médical. » Dr A.P.
- « Cela a un impact sur les soins, puisqu'il y a une diminution du temps passé auprès du malade, même inconsciemment. » Dr L.F.
- « Il est difficile de recruter un médecin à l'hôpital quand on oppose montant du salaire et augmentation des contraintes administratives. » Dr D.P.
- « La T2A m'a donné le « blues » et j'ai en plus le blues de l'anesthésiste, dont l'activité n'est pas valorisée dans le secteur public. (…) On a moins de temps avec les patients, il y a une diminution des relations humaines, une pression importante des chirurgiens et le temps relationnel n'est pas valorisé par la T2A.» Dr E.M.
- « On a l'impression d'être mis sous tutelle et sous capot par la direction. On le vit comme une véritable agression. (…) On reste un peu sur notre faim et on a peur de ne pas être reconnus pour ce qu'on fait. (…) On a l'impression que les médecins ne sont pas écoutés.» Dr T.C.
- « Pour moi, ce qui compte, c'est le temps médical passé auprès du patient. (…) On ne demande pas aux administratifs de soigner. (…) Il ne faut pas sacrifier le temps passé auprès du malade. » Dr M.G.

Ce qui ressort, c'est donc que ces médecins sont assez mal à l'aise avec l'organisation hospitalière qui s'est mise en place avec la nouvelle gouvernance et la T2A et ils ont l'impression que leur cœur de métier, soigner les patients, a été touché par ce nouveau mode de financement et les mécanismes associés. Ils se défendent de cette « agression » en se sentant obligé de distinguer leur métier de celui du directeur et d'en expliquer les différences :

- « Je suis avant tout soignant et pas comptable. » Dr M.G., Dr C.F., Dr T.M., Dr F.F.M.
- « La gestion ne doit pas influencer le travail médical. » Dr T.C.
- « Ce n'est pas mon métier de coder. (…) Je fais du bénévolat de gestion. (…) Les médecins ne sont pas d'excellents gestionnaires. (…) On n'a aucune justification sur ce que coûte l'administration. L'administration coûte et ne rapporte rien, mais pose des conditions à la productivité médicale. On doit justifier un poste de médecin mais on devrait justifier les postes d'administratifs. » Dr E.M.
- « On a des difficultés à bien gérer notre activité de chef de pôle et notre activité médicale. (…) Si je décroche de mon activité médicale, je perdrai ma légitimité

auprès de mes confrères et ce sera contre-productif en matière de gestion. Il ne suffit pas d'avoir un diplôme de médecin, il faut exercer la médecine. » Dr L.F.

- « Mon travail consiste à soigner les patients. » Dr A.P., Dr N.I.
- « Les médecins privilégieront toujours la médecine avant le reste. (…) On veut bien aider mais on doit se consacrer à la médecine. (…) Il manque des critères de qualité de prestation médicale. (…) La T2A donne de mauvais résultats sur le plan médical et c'est pour ces raisons qu'elle passe mal auprès des médecins. » Dr R.J.
- « Un médecin est là pour soigner avant tout. » Dr F.F.M.
- « Il manque des critères qualité à la T2A. (…) Ce que je veux, c'est continuer à soigner les patients. » Dr G.M.
- « Faire des économies et gérer le personnel, ce n'est pas pour ça que j'ai choisi ce métier. » Dr P.O.
- « Les médecins ne sont pas formés pour être directeurs et ne sont pas intéressés par la gestion d'un hôpital. (…) Ils veulent toujours soigner. La gestion ne les intéresse que pour financer le service et les activités mais l'intérêt reste médical. De plus, il n'y a pas de valorisation du temps de travail de chef de pôle. (…) Ce qui fait la légitimité d'un DIM, c'est qu'il travaille encore, qu'il voit encore des patients. C'est ce qui lui permet de faire passer les informations à ses confrères. » Dr P.N.
- « On ne peut pas demander à un médecin de continuer son activité et de faire de la politique. Je veux faire ce pour quoi je suis payé : opérer et faire de l'activité. » Dr L.L.
- « La gestion financière, ce n'est pas du rôle d'un médecin. (…) Je ne souhaite pas intervenir davantage dans la gestion de l'hôpital. » Dr T.B.

Pourtant, au travers de ces entretiens, on constate qu'ils sont prêts à agir en faveur d'un compromis et qu'ils ont compris qu'adapter leur travail à la T2A et à l'organisation de l'hôpital pouvait avoir des avantages pour leur activité et la pérennité de l'hôpital public à Grasse :

- « J'essaie de mieux valoriser mon travail. » Dr N.I.
- « On est tous dans le même bateau à l'hôpital et on a tous intérêt à ce que cela fonctionne mieux. (…) La T2A, c'est plutôt positif.» Dr T.B.
- « On fait des efforts. » Dr M.S.A.
- « On n'est pas là pour faire du profit mais du rendement et ce n'est pas pareil. Une salle de bloc qui ne tourne pas, ça coûte 600 euros par heure à l'hôpital. » Dr L.L.
- « On se rend compte que souvent, en codant et en faisant le dossier médical informatisé, on gagne du temps. » Dr P.N.

- « Avant la T2A, le codage embêtait les médecins et ils trouvaient cela inutile. Aujourd'hui, cela les embête toujours mais ils ont compris à quoi cela servait. (…) Les médecins peuvent faire des efforts. (…) Ils ont compris qu'ils étaient les acteurs économiques de l'entreprise hospitalière, donc ils sont motivés pour coder les actes. » Dr P.O.
- « Les médecins seront obligés de s'adapter, même si de temps en temps, c'est difficile. » Dr G.M.
- « Depuis que les médecins et les infirmiers voient le but de la T2A, le message passe mieux. (…) Je ne pense pas que la T2A mette en péril les valeurs de service public. Un patrimoine privé doit être géré, un patrimoine public aussi. » Dr F.F.M.
- « Une activité administrative supplémentaire obligatoire et nécessaire. (…) » Dr T.M.
- « On veut bien aider. (…) La T2A c'est le moins mauvais des systèmes et il doit évoluer. » Dr R.J.
- « Tous les médecins ne sont pas obligés de s'intéresser à la gestion, il suffit que certains d'entre eux s'en chargent. » Dr D.P. (Chef de pôle)
- « Il est nécessaire que les médecins s'approprient les outils de gestion de façon à pouvoir les utiliser à leur avantage, c'est une question de crédibilité. » Dr T.C.
- « Le codage, c'est très important. » Dr M.G.
- 84% des médecins interrogés disent trouver les outils de gestion intéressants[35].
- Tous les médecins interrogés ont montré de l'intérêt à l'étude, ont livré sincèrement leurs avis, leurs sentiments et ont semblé intéressés par les résultats.

Ainsi, ces entretiens montrent que les médecins ressentent ce « blues » qui est le résultat de l'éloignement du patient qu'ils expriment en parallèle de l'augmentation de la tâche administrative qui leur incombe dans le contexte de la T2A et dont ils semblent vouloir se décharger auprès des directeurs, à première vue. Néanmoins, ils avouent, pour la plupart, une volonté de participation et la reconnaissance de la nécessité de s'y intéresser, peut-être d'une autre manière.

Cette étude a permis aux médecins du CH de Grasse de donner leur avis et leur sentiment sur le bien fondé de la T2A et sur les comparaisons à faire entre secteur privé lucratif et secteur public dans ce contexte.

[35] Annexe 2 : Analyse des réponses grille d'entretiens semi-directifs personnels médicaux.

2.1.2 Les médecins dans le secteur privé lucratif ont un comportement différent de leurs homologues du secteur public, par rapport à la T2A

Au CH de Grasse, les 19 médecins qui se sont prêtés aux entretiens ont spontanément parlé de la différence entre secteur privé lucratif et secteur public quand on a évoqué la T2A et leur comportement face à ce mode de financement, quand eux-mêmes connaissaient. Les médecins auditionnés ne font pas ou peu de secteur privé à l'hôpital (4 praticiens seulement, et uniquement pour les consultations):

- « Mon collègue est bien rôdé pour l'activité de codage des actes car il était dans le privé avant et son salaire en dépendait. » Dr M.G. Dans ce cas, il s'agit de cliniques privées dont les médecins sont actionnaires.
- « Dans le secteur privé, un cas anesthésique est valorisé. A l'hôpital public, il n'y a ni valorisation psychologique ni financière de l'activité. (…) On ne doit pas transformer l'hôpital public en clinique privée à but lucratif en oubliant que les missions de service public sont difficilement valorisables. Le secteur privé n'a pas la même façon de penser, ni la même réactivité, ni les mêmes buts. On ne demande pas à un paquebot lourd auquel on a laissé l'ancre d'avancer à la même vitesse qu'un hors bord. (…) La seule chose qu'on demande aux médecins du privé, c'est de travailler beaucoup et un administratif s'occupe du codage. » Dr E.M.
- « En libéral, les médecins gagnent plus d'argent. (…) Cette histoire, c'est la fin de l'hôpital public qui utilise de plus en plus un mode de fonctionnement calqué sur les entreprises : tarification, production, intéressement, … (…) C'est un système qui se rapproche de celui du privé et on n'a pas les moyens de rémunérer les médecins à la hauteur des contraintes qu'on leur impose. » Dr D.P.
- « Dans la clinique X, le CREA est plus équilibré pour deux raisons : les ressources qui proviennent des patients sont plus importantes et les activités sont codées par une infirmière qui a été embauchée à cet effet. (…) Le seul moyen de rivaliser avec la clinique, c'est de mieux payer les médecins. » Dr A.P.
- « Le pire, ce sera la convergence public-privé. La T2A profite plus au secteur privé qui fait des choix stratégiques : ce qui est lucratif, simple et mono-pathologique. La complication, par rapport à l'hôpital public est un rapport de 1 à 10. Au passage à la T2A, ils étaient déjà payés à l'acte, alors, c'est moins choquant. Et on ne parle pas de la rémunération de l'enseignement et de la recherche ! » Dr R.J.
- « Les finalités du public et du privé ne sont pas les mêmes. Avec la T2A, on assiste aujourd'hui à une hémorragie des activités rentables vers le privé. » Dr H.S.

- « Lorsque je travaillais dans le secteur privé, j'étais plus attentif à la rentabilité de mon activité et l'actionnaire majoritaire me faisait des comptes rendus économiques mensuels. » Dr C.F.
- « Il n'y a que très peu de services de réanimation dans le secteur privé. » Dr T.M.
- « La T2A influence surtout le travail des médecins dans le privé et les cliniques. A l'hôpital, en pneumologie, on n'a pas les mêmes patients : les insuffisants respiratoires et les personnes âgées ne sont pas suffisamment rentables pour être pris en charge en clinique, qui ne font que très peu de médecine. » Dr N.I.
- « Ce qui serait bien, ce serait de faire comme dans le privé, d'employer quelqu'un pour coder l'activité à la place des médecins. On gagnerait du temps, et l'hôpital de l'argent. » Dr P.O.
- « Dans le privé, les personnels sont préparés à la cotation des actes, et ce sont souvent des personnels non médicaux qui s'en chargent. » Dr T.M.
- « En clinique, on fait une coupe franche dans les dépenses, et notamment sur la plus grosse part du budget : le personnel, on diminuerait le nombre d'examens de laboratoire, d'examens en hospitalisation, etc. Ce n'est pas la culture à l'hôpital. Ce qui n'est pas logique, c'est qu'on rentre dans une spirale de rentabilité qui donne l'impression que l'hôpital va de plus en plus ressembler au privé qui n'a pas les mêmes missions ni les mêmes patients. J'espère qu'on n'en viendra pas à choisir les patients pour leur rentabilité et à prendre des décisions sur la vie des gens pour des raisons strictement financières. » Dr P.N.
- « Je travaille à l'hôpital de Grasse comme je le faisais dans le privé. C'est-à-dire que je code 10 fois mieux que ceux qui n'ont fait que du public. (…) Ce qui différencie mon activité de celle du privé, c'est qu'en privé, je posais plus de prothèses parce que ça rapporte plus. (…) Je ne peux pas faire plus de 6 interventions par jour car le personnel paramédical m'interpelle en me disant qu'on n'est pas dans le privé ici. (…) Mais je suis bien dans le public car il y a moins de charges qu'une gestion de cabinet et (…) je prévois de faire des Enseignements Post Universitaires en fin d'année. » Dr L.L.
- « Les hôpitaux ont des patients plus lourds qu'en clinique qui utilise beaucoup mieux les outils informatiques. » Dr T.B.
- « On est les parents pauvres mais on est indispensables. » Dr T.C.

De ces réflexions apportées par les praticiens, on peut en déduire plusieurs éléments de réponse. Dans un premier temps, il apparait qu'ils insistent sur les différences de missions, de buts et de patient entre les deux secteurs et qu'ils insinuent que ces différences ne sont pas suffisamment valorisées par les tarifs. Il existe selon eux une différence structurelle entre les deux secteurs qui ne serait pas à l'avantage du public,

dans un contexte où on les mettrait en concurrence en termes d'efficience et de performance économique. Certaines spécialités qui relèvent des missions de service public ne seraient pas rentables et n'existeraient pratiquement que dans le secteur public (Réanimation, Urgences, Pédiatrie, Médecines,…), de même que certains patients ne pourraient être pris en charge qu'à l'hôpital (avec des maladies rares, des poly pathologies, les personnes âgées).

Quand on tente de connaître l'impact de la T2A sur leur exercice professionnel, les médecins donnent l'impression qu'ils ont à se justifier de leur propre performance en matière de productivité à proprement parler ou encore sur leur efficacité dans le codage des actes et leur aptitude à rapporter un financement au moins équivalent à ce qu'ils coûtent à l'hôpital public.

A plusieurs reprises on entend qu'on est plus productif dans le privé lucratif. Dans ce secteur, on opérerait plus, on poserait plus de prothèses, on ferait plus d'actes et d'examens en externe et moins en hospitalisation. Selon les médecins, ces évolutions ne seraient pas bénéfiques pour le patient et c'est la raison qu'ils invoquent pour expliquer le fait qu'ils agissent différemment dans leur propre exercice.

Ils affichent ensuite une différence qui leur incombe entre le secteur public et le secteur privé : le codage des actes. Ils s'accordent à dire, dans la plupart des cas que dans le secteur privé ce dernier est mieux effectué et qu'il permet de valoriser mieux l'activité effectivement réalisée pour plusieurs raisons : la rémunération des médecins en dépend quand ils sont actionnaires, quelqu'un d'autre qu'eux (un agent paramédical la plupart du temps) réalise la cotation à leur place, il leur est présenté régulièrement leur activité et ce qu'ils rapportent. Une des façons de se rapprocher de l'efficience attribuée au privé lucratif serait donc que la rémunération des médecins soit meilleure. Certains avouent être pour la part variable d'intéressement à l'activité pour tous : 12 praticiens sur 19, à l'heure où les 7 autres qui sont en général ceux qui considèrent que leur activité est mal valorisée à l'hôpital public, sont radicalement contre, et les raisons évoquées portent sur le registre philosophique ou éthique.

Ce que certains proposent également, c'est de confier, comme dans le secteur privé lucratif le codage des actes à une autre personne que le médecin, une personne qui ne serait là que pour ça. 10 médecins sur 19 sont pour et 6 sont explicitement contre. Ces derniers sont tous des chirurgiens qui considèrent que leur activité est rentable à l'hôpital public si elle est bien codée, les premiers étant représentés essentiellement par ceux qui considèrent que leur activité n'est pas rentable à l'hôpital public.

Après cette analyse des différences entre les deux secteurs par les médecins eux-mêmes, on constate donc qu'à l'hôpital public, il y aurait deux types de médecins :

- ceux dont l'activité est considérée comme rentable (chirurgiens essentiellement) qui mettent en avant l'importance de leur activité pour la pérennité de l'hôpital, qui demandent un intéressement à l'activité pour valoriser et encourager les bons résultats obtenus et qui ne souhaitent pas voir le codage leur échapper parce qu'il les intéresse ou ils le maîtrisent,
- et ceux dont l'activité est moins rentable pour la structure, soit structurellement (par les patients qu'elle recrute), soit parce qu'il s'agit d'une activité support ou particulièrement coûteuse, mais absolument nécessaire à l'existence même de ceux qui se disent rentables, et qui sont donc absolument contre la part variable d'intéressement à l'activité. Ceux-ci sont pour la délégation du codage, qui ne les intéresse que très moyennement.

La particularité de la T2A dont les mécanismes trouvent effectivement leur origine dans le secteur privé commercial, c'est qu'elle a permis aux médecins de s'exprimer, malgré les oppositions politiques qui pourraient les séparer sur la question, d'une seule voix en fonction de leur spécialité médicale et de la place « économique » de celle-ci dans l'institution hospitalière.

Enfin, si les médecins de l'hôpital de Grasse nous apportent la précision qu'il existe une différence d'appréhension de la T2A en fonction de la spécialité médicale, on peut aussi déduire de ces entretiens qu'il y a d'autres spécificités médicales, plus individuelles qui rentrent en ligne de compte. Tous les médecins ne sont effectivement pas touchés de la même manière par le changement d'allocation de ressources.

2.1.3 Les comportements médicaux sont hétérogènes en fonction de l'âge des médecins, de leur place dans la hiérarchie médicale, et il existe une différence effective entre décisions et choix thérapeutiques

En effet, l'analyse des entretiens médicaux corroborée par l'observation et l'expérience acquise dans l'établissement permettent de dégager un premier point, les médecins subissent l'impact de la T2A différemment s'ils sont jeunes ou s'ils sont expérimentés dans la structure et dans le métier :

- « Les anciens médecins vivent la T2A comme une contrainte violente, alors que les nouveaux médecins ont appris à s'approprier les outils et à les manier. » Dr F.F.M. (>50 ans)
- « Les jeunes chirurgiens dynamiques ont établi des protocoles et le personnel est donc plus motivé. D'autres jeunes ont été recrutés et des activités nouvelles ont été développées. » Dr M.G. (<50 ans)
- « Il y a des bénéfices secondaires à la T2A et aux outils de gestion : cela donne un pouvoir décisionnaire plus important aux médecins sur les équipements. » Dr C.F. (<50 ans)
- « Je n'ai connu que la T2A ou le paiement à l'acte dans le privé. (…) Une salle de bloc qui ne tourne pas, ça coûte 600 euros par heure. » Dr L.L. (<50 ans)
- « Les médecins ont compris qu'ils étaient les acteurs économiques de l'entreprise hospitalière. » Dr P.O. (<50 ans)
- « Pour moi, c'est tout gratuit ! » Dr F.M. (>50 ans)
- « Les jeunes sont plus compliants, ils sont tombés dedans quand ils étaient petits. On les a en plus menacés de ne pas les prendre s'ils ne faisaient pas suffisamment d'activité. » Dr R.J. (>50 ans)
- « J'ai la nostalgie du travail médical exclusif. » Dr A.P. (>50 ans)
- « Les outils de gestion, je les maîtrise, parce que ça m'intéresse. » Dr D.P. (<50 ans)
- « Les nouveaux chirurgiens ont bien compris le fonctionnement du système, ils manient bien l'outil T2A. Ils font plus d'actes pour que ça rapporte plus. (…) Les jeunes multiplient souvent les petits actes, remplissent les services et ne laissent plus de place pour les urgences parfois et cela peut aussi être préjudiciable en terme d'activité financière pour l'hôpital. Envoyer un col du fémur de 40 ans à la clinique parce qu'on n'a plus de place, c'est dommage, car une fois que le circuit est en place, les gens retournent à la clinique et le font savoir. » Dr L.F. (=50 ans)
- « Je n'ai pas le blues de la T2A. On devra s'adapter, même si c'est parfois difficile. » Dr G.M. (<50 ans)

- L'étude montre que 9 praticiens sur 19 expriment des réticences à s'adapter aux mécanismes de la T2A et que dans ces 9 cas, 7 praticiens ont plus de 50 ans et les deux qui ont moins de 50 ans ont une spécialité vécue comme non rentable, donc rentrent dans les critères du chapitre précédent.
- Inversement, les 10 praticiens qui disent s'adapter à la T2A ont, pour 8 d'entre eux un âge inférieur à 50 ans et pour l'un des deux autres, il exerce une spécialité vécue comme rentable à l'hôpital public.

Ainsi, une des réponses aux hypothèses posées pourrait être que l'âge du médecin intervient dans l'adaptabilité de son exercice par rapport aux réformes et notamment à la T2A, ce qui vient également conforter l'hypothèse suivante qui consistait à prévoir que la nouvelle gouvernance aurait un impact et donc que la place du médecin dans cette hiérarchie n'est pas anodine.

Les entretiens rendent compte de l'intérêt pour les outils de gestion proportionnel au degré d'implication dans la gestion hospitalière par la nouvelle gouvernance :

- Les 3 seuls praticiens ayant avoué utiliser les outils de gestion sont chefs de pôle.
- 42% des praticiens n'en ont jamais entendu parler[36].
- « Je suis chef de pôle parce que j'aime bien gérer, être en position d'appliquer les mesures dictées par mes convictions. (…) Les outils de gestion, je les maîtrise et cela m'intéresse. » Dr D.P.
- « Les CREA, je ne connais pas et je ne veux même pas les regarder. » Dr N.I. (Praticien Hospitalier temps plein non impliqué dans la gestion)
- « En tant que chef de pôle, j'essaie de traduire en langage médical les outils de la T2A pour mes confrères. » Dr L.F.
- « En tant que président de la CME, je regarde les CREA et les tableaux de bord, les pôles excédentaires et ceux qui sont déficitaires. » Mr le Président de la CME.
- « Si j'ai des informations sur ce qui se passe en instance, c'est parce que mon chef de service est président de la CME. » Dr F.F.M.
- « Les tableaux de bord, je les regarde tous les mois. » Dr E.M. (médecin Chef de pôle)

Cette thèse vient confirmer les observations faites tout au long du stage et notamment lors de la négociation et de l'élaboration des contrats de pôle. A cette occasion, il a été flagrant que les chefs de pôle étaient rompus à la lecture et à l'utilisation des outils pour le dialogue de gestion, alors qu'on se rend compte lors des entretiens que les médecins

[36] Annexe 2 : Analyse des réponses grille d'entretiens semi-directifs personnels médicaux.

« simples PH » des services ne connaissent parfois ni les tableaux, ni les contrats de pôle !

Il est donc apparent que le niveau dans la hiérarchie médicale joue un rôle dans l'utilisation et même la simple connaissance des outils de gestion, mais il est complètement déconnecté de l'effet de la T2A sur la pratique médicale. Ce n'est pas parce qu'un médecin ne connaît pas ou n'utilise pas les outils de gestion que la T2A n'a eu aucun impact sur sa pratique. Finalement, les 19 médecins auditionnés nous ont permis de réaliser qu'il existe aussi dans les faits une différence entre décision thérapeutique et choix qui découlent de cette décision. Quand le médecin reçoit son patient, qu'il l'examine, il oublie la tarification à l'activité, il ne pense qu'à trouver le bon diagnostic et donc proposer le bon traitement au patient. Par contre, une fois que cela est posé, la T2A vient parfois modifier les choix de la façon de traiter le patient et de mettre en application le traitement choisi. Si elle a un impact sur l'amélioration du codage des actes et de la valorisation de l'activité médicale elle en a aussi un qui porte sur les choix médicaux motivés par une logique économique :

- « On fait moins de bilans et d'examens inutiles en hospitalisation, et on s'intéresse au coût des médicaments prescrits. » Dr F.M.
- « Avant, le bon chirurgien, c'était celui qui n'opérait pas, avec la T2A, aujourd'hui, c'est le contraire. (…) La T2A a engendré un changement des mentalités. » Dr R.J.
- « La T2A a contribué à modifier l'état d'esprit dans lequel on soigne, qui s'intéresse aujourd'hui à la rentabilité économique plus qu'avant. » Dr A.P.
- « Cela n'a pas influencé les décisions médicales mais par contre, cela a changé l'organisation des soins dans l'hôpital et dans les urgences. (…) La T2A a eu un impact positif sur l'organisation des urgences, par l'amélioration de l'organisation des soins dans les services. (…) Il y a un impact sur le personnel, sur les intérimaires, les embauches, et sur le temps que doivent passer les patients dans le service, etc. » Dr L.F.
- « On fait une réunion tous les 3 mois avec la pharmacie par rapport aux médicaments prescrits en réanimation, et le coût de ces médicaments par rapport à leur service médical rendu. » Dr T.M.
- « On s'est rendu compte qu'il y avait des activités rentables à promouvoir telles que la chirurgie ambulatoire, la cœlioscopie ou les hystéroscopies qui diminuent la DMS. Dans ce sens, cela a influencé nos décisions, même si on travaille toujours pour le bénéfice du patient. » Dr T.B.
- « Un plâtre est moins bien payé qu'un élastoplaste, ou qu'une attèle alors qu'il coûte plus cher à l'hôpital (bandes de plâtre, un médecin, une infirmière mobilisés et risque encouru supérieur), donc on change nos choix dans ce sens. (…) Les

médecins qui pensent qu'en augmentant la DMS pour ne pas perdre d'argent sur les bornes basses se trompent car ils perdent certes sur le GHS mais comme ils font rentrer un patient à la place, ils y gagnent au bout du compte. Un hôpital qui tourne plus vite n'a jamais été perdant. » Dr P.N.

- « Je n'ai plus le même profil de recrutement. A l'époque de la dotation globale, le gros de ma patientèle était de l'intra-hospitalier provenant de la gériatrie où je réalisais une multitude d'actes pour le même patient. Aujourd'hui, (…) on a plus de patients en externe, plus rentables. Il y a moins d'actes en gériatrie mais il y en a toujours. On ne fait plus que ce qui est absolument nécessaire. » Dr C.F.
- « La T2A influence mes DMS car si je ne garde pas les patients assez longtemps, je perds de l'argent. » Dr L.L.
- « Ce qu'on appelait avant la « surveillance en milieu chirurgical » n'existe plus car ne rapporte rien. Maintenant on ne prend pas le patient dans le service si on n'est pas sûr de l'opérer. (…) Même si le patient est jeune et qu'il va bien au bout de 48h, il ne sort pas sinon je perds de l'argent. » Dr M.S.A.
- « Ce qui avait été envisagé, c'est de garder les enfants plus de deux jours pour ne pas perdre d'argent, mais cela ne s'est jamais fait dans l'intérêt des patients. (…) Les médecins peuvent dire aux patients de payer leur consultation à la sortie, comme en libéral. » Dr P.O.
- « La T2A n'a aucun impact sur mes DMS. Si un patient nécessite de rester, il reste même si ce n'est pas valorisé. » Dr D.P.
- « La T2A a influencé mes choix : hôpital de jour ou consultation, (…) hospitalisation de nuit ou pas, (…) par contre il nous avait été demandé de ne pas faire plus de deux actes par consultation et je n'ai jamais pu le faire car je n'ai jamais eu le cœur de faire revenir un patient pour une autre consultation pour réaliser un troisième acte nécessaire. » Dr G.M.
- « On a augmenté les consultations biberon, pour augmenter le nombre de consultations, pour fidéliser les familles et pour le suivi post-natal du bébé. » Dr T.C.
- « Avec la T2A, on travaille plus vite. » Dr L.F.
- « Je ne crains pas cette évolution, si la T2A a pu occasionner des biais tels que la multiplication des actes, ce biais ne persistera pas si les médecins s'approprient les outils de gestion, car ils gardent leur culture médicale liée au service public. » Dr F.F.M.

Pour ce qui est en rapport avec les aptitudes individuelles médicales qui sont étroitement liées à la tradition et la culture qui encadre cette profession, les médecins sont apparemment plus impliqués dans la promotion de la performance économique

hospitalière quand ils sont issus des **jeunes générations**. Ils ne sont pas choqués par la logique de performance, ce qui prouve l'évolution de cette tradition.

Il est ensuite apparu au Centre Hospitalier de Grasse que le **positionnement dans la hiérarchie médicale** favorisait par obligation l'utilisation des outils de gestion mais qu'elle **ne conditionnait nullement la conduite du changement ni le changement** lui-même dans la pratique médicale. **Tous les médecins de l'établissement sont susceptibles de s'adapter professionnellement à la T2A, quelle que soit leur position dans la hiérarchie.**

Enfin, ce que montre cette étude, c'est que les médecins ne modifient pas leurs décisions thérapeutiques mais qu'ils **font souvent des choix stratégiques différents d'avant la T2A dans le but d'améliorer les ressources de l'établissement**. Néanmoins, il est flagrant qu'**à aucun moment les choix ne sont faits à l'encontre de l'intérêt du patient**. S'il apparaît plus profitable pour le patient d'effectuer un choix non rentable ou coûteux pour l'établissement, il sera quand même procédé à ce choix. Les médecins du CH de Grasse ne sont pas prêts à sacrifier leurs patients pour des motifs économiques, même si, quand ils le peuvent, ils disent toujours tenter de tendre vers l'efficience optimale.

Par contre, il y a deux hypothèses importantes sur lesquelles il est nécessaire de s'attarder davantage. La première est que l'hôpital n'est pas rémunéré à la hauteur de ses charges et la deuxième que les outils de gestion apportés à l'hôpital après la T2A pour justement vérifier cette hypothèse peuvent avoir un impact sur l'activité médicale.

2.2 Les outils de gestion peuvent modifier l'exercice médical et sont exploités de façon très hétérogènes en fonction de leur présentation et des médecins eux-mêmes

Les outils de gestion qui existent à l'hôpital de Grasse sont les CREA par pôle, par service et par UF, les tableaux de bord de pilotage[37] et les tableaux d'activité fournis aux médecins par le DIM. Ces tableaux ont été réalisés au recrutement du contrôleur de gestion en 2007, soit peu de temps avant la mise en place effective de la T2A 100% pour les activités de MCO et HAD. La T2A a donc introduit l'utilisation de ces outils au CH de Grasse dans un but précis : évaluer l'efficience des activités et faire en sorte que les coûts

[37] Annexe 3 : Outils de Gestion du CH de Grasse (CREA, tableaux de bord, etc.)

soient adaptés aux tarifs définis chaque année par le ministère. Cette mise en place a également induit la question : l'hôpital est-il rémunéré à la hauteur de ce qu'il coûte ?

2.2.1 Apparemment, le CH de Grasse coûte plus cher que ce qu'il rapporte dans certaines activités

La mécanique mise en place par le contrôleur de gestion est bien huilée. Il réalise des tableaux de bord d'activité[38] qu'il envoie aux médecins de façon trimestrielle. Ces tableaux se présentent sous forme de résultats pour le mois en cours, comparé aux mois identiques des deux années précédentes, en cumul sur l'année ou pas pour le nombre des consultations externes réalisées, le nombre de journées d'hospitalisation, le nombre d'actes, de laboratoires, le nombre de lits, de personnel affecté. Ces tableaux sont également disponibles en ligne sur intranet et dynamiques car il est possible de les obtenir pour le pôle entier, un service ou une UF.

De la même manière, des CREA sont réalisés. Ils ne sont par contre pas envoyés aux praticiens. Les CREA de l'année précédente sont présentés au chef de pôle au moment de l'élaboration des contrats, ou à la demande et ils concernent surtout la totalité du pôle, même s'ils sont aussi dynamiques et peuvent être obtenus pour des structures plus restreintes et des sections temporelles plus étroites.

Si on considère par exemple les CREA par pôle, on se rend compte que certains pôles sont déficitaires. L'exemple qu'il a été choisi d'étudier est celui du pôle Femme-Mère-Enfant (FME)[39] qui associe services de pédiatrie, gynécologie et obstétrique pour tout ce qui concerne hospitalisations et consultations externes, les prestations de chirurgie ambulatoire ne sont pas comprises et sont intégrées dans le découpage du pôle Chirurgies.

Il apparait que sur ce CREA, le pôle est déficitaire en 2009 de plus de 1,5 millions d'euros, et ce sur les trois dernières années aussi. Lors de l'élaboration des contrats de pôle ce constat a amené à rechercher les causes de ce déficit. Pour ce qui concerne le service de pédiatrie, il s'agit d'un déficit évident d'activité par rapport aux ressources mises à disposition (hospitalisation, consultations, etc.). Pour le service de gynécologie, il apparait que 80% des praticiens rémunérés par la structure pour cette activité réalisent la quasi-totalité de leur temps de travail des consultations en secteur public et n'opèrent que peu. Le tarif de la consultation publique étant faible, le traitement des médecins et leur nombre étant important, ce pôle est inévitablement déficitaire, quand on écoute les gestionnaires et les médecins du CH de Grasse. Si le pôle FME a été choisi, c'est aussi et

[38] Annexe 3 : Outils de gestion du CH de Grasse
[39] Annexe 6 : Le Pôle Femme-Mère-Enfant

surtout car il s'agit d'une activité « phare » pour le CH de Grasse et qu'il exerce un recrutement qui dépasse largement le bassin de population qu'il devrait desservir. La demande de consultations est extrêmement importante et la nécessité de répondre à cette demande relève non seulement de l'impossibilité réglementaire de s'y soustraire mais également d'une stratégie d'établissement qui vise à amener une patientèle plus importante au CH de Grasse. Ces deux éléments mettent en avant la nécessité de réaliser des activités nécessaires à la population, mais qui ne peuvent structurellement être rentables. Donc l'hypothèse selon laquelle **l'hôpital de Grasse n'est pas rémunéré à la hauteur de ce qu'il coûte** est vérifiée par les chiffres ici. Et la question à laquelle nous n'avons pas de réponse, c'est celle de la manière d'y remédier. Doit-on découper les pôles différemment ? Doit-on associer dans le pôle une clé de répartition qui permettrait d'intégrer la quotepart des ressources liées aux actes réalisés en chirurgie ambulatoire pour le compte de ce pôle ? Doit-on réaliser des économies de personnel médical, inciter les médecins à modifier leurs activités ? Cela mériterait plus ample réflexion et individualisation des réponses en fonction des pôles, car le pôle FME n'est pas le seul dans ce cas.

En parallèle, les médecins ont leur avis sur la question :

- « La pédiatrie et la néonatologie ne seront jamais rentables comme un service de chirurgie ou de gastro-entérologie. Nous sommes les parents pauvres mais nous sommes indispensables. (…) On n'est pas là pour ne rien faire, on doit justifier notre salaire. (…) On ne doit pas oublier qu'un hôpital doit prendre en charge des missions de service public. (…) Ce qui manque, ce sont des critères qualité dans la valorisation des soins, pour que les tarifs soient plus appropriés. » Dr T.C.
- « Quand on doit faire un « test de marche » à un patient, qui mobilise une IDE pendant le test et qui n'est pas du tout côté… » Dr G.M.
- « On se rend compte qu'on n'a pas une marge de manœuvre énorme. (…) La T2A reflète assez mal la réalité de la prise en charge. Quand on est obligé de garder un patient parce qu'il n'y a pas de structures d'aval pour l'accueillir, ce n'est pas valorisé, et pourtant on travaille pour le patient et ça coûte de l'argent à l'hôpital. (…) Le vrai CREA, c'est celui de l'hôpital entier, il y a trop d'activités transversales. (…) La compétition est stupide car de toute façon, c'est toujours la sécurité sociale qui paye et on nous baissera les tarifs si on fait trop d'activité. C'est assez démotivant. » Dr D.P.
- « La pédiatrie, c'est naturellement déficitaire à cause du peu de valorisation des consultations et des charges de structure qui sont importantes. (…) Les tableaux de bord sont mal vécus car ils sont déprimants et peu motivants pour le praticien qui travaille beaucoup et constate le déficit. » Dr P.O.

- « Pour le codage, il faut connaître les ficelles, parfois on gagne 100 euros de plus par intervention et ce n'est pas négligeable. (…) La T2A, c'est mieux pour ceux qui font de l'activité, donc c'est bien pour la chirurgie orthopédique. » Gr M.G.
- « Avec la T2A, le DIM est devenu la pierre angulaire du financement de l'hôpital. (…) Si les CREA par pathologie sont déficitaires, cela peut-être à cause d'un sous-codage mais à mon avis c'est plutôt à cause d'une inadaptation des tarifs. (…) Avant la T2A, il y avait des injustices et aujourd'hui il y en a aussi. » Dr P.N.
- « La spécificité de la réanimation, c'est que les prescriptions évoluent dans une même journée. En effet, coder une glycémie toutes les 4 heures est une chose, mais si le patient se déstabilise ce sera une glycémie toutes les heures. Comment coder ces évolutions sur un dossier ? En réanimation, rien n'est statique. (…) La T2A propose des objectifs de rentabilité, c'est intéressant mais ce n'est pas en cohérence avec mon activité. Ce que je crains, c'est qu'à terme, on diminue les moyens pour les activités non rentables. (…) L'organisation en pôle permet de financer ces activités par d'autres qui le sont plus, comme la pneumologie dans son pôle par exemple. » Dr T.M.
- « Je n'ai pas d'inquiétude sur les résultats du service, les réunions avec le DIM me prouvent qu'on travaille bien. Je pense qu'on pourrait rapporter plus à l'hôpital si on me donnait les moyens de réaliser une activité supplémentaire comme la réadaptation à l'effort ou l'éducation thérapeutique pour laquelle j'ai suivi une formation de 60 heures cette année. Il me faudrait un temps de kiné en plus, (…). » Dr N.I.
- « Il est difficile de voir que ce que l'on fait n'est pas rémunérateur pour l'hôpital. (…) Certains éléments de prise en charge ne sont pas valorisés à la hauteur de ce qu'ils coûtent. Il s'agit par exemple du dispositif d'annonce, du temps d'assistante sociale, de la réfection des pansements par le chirurgien lorsqu'elles reviennent après la sortie, etc. La satisfaction des patientes grâce à la prise en charge n'est pas valorisée. Ensuite la cotation n'est pas adéquate pour les actes considérés. Par exemple le lambeau et la mastectomie sont côtés mais la prise en charge du sein opposé ne l'est pas car est considéré comme de l'esthétique alors que nous considérons que c'est essentiel pour le bien-être de la patiente. (…) En privé, les CREA sont plus équilibrés car les ressources provenant du patient sont plus importantes et les activités sont codées par une IDE (…). » Dr A.P.
- « Le problème de la T2A, c'est l'absence de corrélation entre les tarifs et les critères de qualité. Un très bon médecin qui trouve le diagnostic immédiatement sans examen rapporte moins à l'établissement qu'un mauvais médecin qui ne trouvant pas le diagnostic prescrit de multiples examens inutiles. La T2A est mal adaptée à la pratique médicale (et…) il y a une absence de légitimité due à la

carence en critères de qualité (nombre de ré-hospitalisations par exemple). (…) Je trouve que ce n'est pas motivant pour les pôles excédentaires de financer le déficit des autres. » Dr R.J.

- « La T2A doit encore faire évoluer les pratiques car il y a beaucoup de pertes. » Dr F.M.
- « Les CREA d'anesthésie m'apportent de la colère. La fixation des tarifs est scandaleuse pour l'anesthésie. Avec ce système, l'anesthésie n'est plus uns discipline à part entière, ce n'est qu'une annexe rattachée à la chirurgie. Avec la T2A, les anesthésistes sont devenus, à l'hôpital public des gens qui coûtent (car ils ne rapportent rien) ou qui dépendent. Pour le CREA de pôle, je suis frustrée de ne pas pouvoir jouer sur les dépenses déjà prédéfinies par une clé de répartition. Donc ce n'est pas motivant. (…) On a moins de temps avec les patients, il y a une diminution des relations humaines (…). En fait, c'est parce que ce temps relationnel n'est pas valorisé par la T2A. Et comme on ne fait plus que ce qui rapporte de l'argent, …(…) Et l'administration ? Elle coûte et ne rapporte rien, de la même manière, et on ne lui demande rien. » Dr E.M.

Les médecins du CH de Grasse confirment la thèse que les tarifs paraissent parfois, en fonction de la spécialité, ou de la pathologie, déconnectés du quotidien et imparfaits par rapport à la réalité de ce que coûtent des soins de qualité, au sens où l'entendent ces praticiens. S'il est évident que le déficit d'un pôle ne provient jamais uniquement des ressources apportées par la T2A mais sont le fruit d'une complexe adéquation entre rationalisation des dépenses et optimisation de toutes les recettes, il apparaît quand même une inadaptation des tarifs qui n'aident pas les pôles structurellement déficitaires.

Le deuxième point intéressant c'est qu'ils mettent en avant que la fixation des tarifs désavantage certaines spécialités par rapport à d'autres ou encore certaines attitudes médicalement justifiées, celles qui sont considérées comme « non rentables » et que la politique de santé publique et le construit social et donc législatif français nous font fort heureusement, juger indispensables.

Il serait ainsi dans certains cas acceptable d'être déficitaire pour ces raisons et la recherche d'efficience ne peut se faire au détriment de la vie humaine. On touche du doigt qu'après tous les ajustements nécessaires à la meilleure gestion, il y aurait toujours un déficit incompressible à l'hôpital public dans ces spécialités et activités que devront pallier les autres. Les données financières le montrent et les acteurs de terrain le confirment. Les propositions qui sont faites sont sur le registre de la promotion d'activité quand elle est possible, moins souvent de la rationalisation des dépenses et souvent, elles concernent la

constitution des pôles, tout en rappelant que c'est l'équilibre de l'établissement qu'il est indispensable de préserver, même si cela peut être jugé démotivant pour les pôles ou les activités excédentaires.

Au travers des entretiens et de l'observation en stage, on constate pourtant que les outils de gestion peuvent avoir un impact sur l'exercice professionnel médical, en améliorant inévitablement l'efficience économique au bout du compte.

2.2.2 L'utilisation des outils de gestion par les médecins pourrait améliorer les performances de l'établissement

Si l'hypothèse posée à la base était que les outils de gestion n'intéressaient pas les médecins qui ne souhaitent pas intervenir dans la gestion, il apparait évident que s'ils les utilisaient, ils pourraient prendre des décisions de gestion qui feraient évoluer la pratique médicale. En effet, on a vu que les médecins étaient sensibilisés par le fait que leur activité pourrait ne pas être valorisée à hauteur de l'investissement qu'elle entraîne. Dans ce contexte, on peut raisonnablement envisager que les médecins qui seraient formés à l'utilisation des CREA souhaiteraient accentuer leurs efforts, avec la marge de manœuvre qui est la leur, sur les carences du pôle ou de la structure étudiée par le tableau.

Les entretiens nous apportent encore de nombreuses réponses à ces questions :

- « Je vois le contrôleur de gestion tous les ans avec les CREA et je regarde les tableaux de bord tous les mois. Mais j'ai besoin de me faire expliquer la répartition des dépenses. (…) Les CREA m'intéressent en tant que chef de pôle mais ma spécialité ne se prête pas à un CREA à la pathologie. (…) Les décisions que j'ai prises suite à la lecture des CREA sont exprimées dans le contrat de pôle, comme demander au laboratoire de faire plus d'actes externes. Tels qu'ils sont réalisés, je ne trouve pas les CREA motivants pour l'anesthésie, et donc peu intéressants, mais je n'ai pas le choix pour le pôle. (…) J'ai une bonne notion du coût des médicaments et en tant que chef de pôle, j'avais demandé au médecin chef du laboratoire d'afficher le coût des médicaments sur les ordonnances mais il n'a pas voulu le faire parce qu'il avait peur que son activité diminue. J'aurais pu lui imposer… » Dr E.M.
- « Je suis très intéressé par les CREA mais j'ai besoin d'explications pour le lire. » Dr F.M.
- « En tant que président de la CME, je regarde les CREA et les tableaux de bord, les pôles excédentaires et déficitaires. (…) Je défendrai toujours un médecin qui

est bon et qui ne code pas, pour moi, ce n'est pas la priorité même si c'est important. » Mr le PCME

- « Je ne souhaite pas avoir de formation pour utiliser les outils de gestion. Je veux travailler en partenariat avec les équipes de direction, je compte sur eux. » DR A.P.
- « Le CREA, cela ne me parle pas. Je ne vais pas les voir tout seul car je ne les comprends pas. En tant que chef de pôle, je suis obligé de m'y intéresser une fois par an mais j'aimerai avoir des entretiens plus réguliers avec l'équipe du contrôle de gestion pour pouvoir confronter arguments médicaux et financiers. » Dr L.F.
- « Pour moi, le contrat de pôle n'a aucun intérêt, il y est écrit ce que, de toute façon, on a le devoir de faire par les textes, pour ce qui concerne la qualité. (Le Dr N.I. n'évoque à aucun moment les objectifs financiers et d'activité du contrat) (…) Les CREA et les tableaux, je ne connais pas, je ne veux même pas les regarder. » Dr N.I.
- « Je n'avais jamais entendu parler des CREA, mais j'avais déjà vu les tableaux de bord qui parlent d'activité concrète et non d'euros. Cela m'intéresse à condition qu'on garde à l'esprit que les missions de service public de l'hôpital ont le droit de ne pas être rentables. (…) Le médecin doit apporter une plus value médicale à la gestion administrative. » Dr T.M.
- « Je ne connaissais pas les CREA mais je les trouve très instructifs, (…) et je ne connaissais pas la possibilité de consulter ces tableaux sur l'intranet. (…) Je comprends maintenant les décisions du chef de pôle de faire sortir les patientes avant midi pour économiser les repas. » Dr T.B.
- « Les outils de gestion tels qu'ils sont faits ne permettent pas aux médecins d'évaluer leur activité, ils le vivent comme un « fliquage ». Dr P.N.
- « Les outils de gestion, je les ai déjà vus quelque part mais je ne me suis pas attardé dessus. La seule chose que cela m'apporte, c'est que ça influe sur la DMS de mes patients. (…) Par contre, je suis très intéressé par des réunions régulières avec le service du contrôle de gestion pour qu'on m'explique et qu'on me présente les CREA, avec une réflexion sur les moyens d'améliorer les performances. (…) En contrepartie, cela me permettrait de demander du matériel neuf, que j'ai vu en congrès par exemple. Les outils de gestion permettraient d'améliorer l'activité et d'argumenter pour obtenir des moyens de travailler mieux. » Dr M.G.
- « Les CREA, je n'en avais jamais vus. Je trouve cela intéressant. Je suis par contre allé moi-même sur intranet voir les tableaux de bord pour me rendre compte de la santé financière de cet établissement. » Dr C.F.
- « Pour lire le CREA, j'ai besoin d'intermédiaires, je ne suis d'ailleurs jamais allé voir un tableau de bord. Ca m'intéresse pourtant. Les données financières que je

connais (600 euros par heure pour une salle de bloc non occupée) m'incitent à agir pour améliorer la performance. » Dr L.L.

- « Depuis qu'on a changé de DIM, on est sensibilisé sur certains dossiers, sur ce que l'on aurait dû coder pour que cela rapporte plus à l'établissement. (…) Je reçois tous les trois mois un tableau du contrôleur de gestion mais je n'y comprends rien. » Dr M.S.A.
- « Les CREA et les tableaux de bord, cela ne m'intéresse pas car ils n'impliquent aucune réponse possible pour moi, en tant que médecin. Je pense que je ne peux rien faire pour le déficit. Les tableaux et les courbes qui décrivent l'activité et qui la comparent à l'année dernière, je les trouve intéressants mais j'aurais besoin d'un directeur pour me l'expliquer. Tout seul, c'est difficile de s'intéresser à cela. Le CREA, c'est trop financier, ça parle en euros. Les tableaux de bord, ça parle de ce que je fais, c'est mieux. En analysant ces données, on pourrait faire certains efforts dans certains domaines. » Dr P.O.
- « Les CREA, je ne savais pas que cela existait. J'aurais besoin d'explications. Les réunions DIM sont aidantes, car moi, je n'ai pas été formée pour cela. (…) Ce serait bien d'avoir aussi une présentation des services financiers au moins une fois par an et pas qu'aux chefs de pôle. (…) Les outils de gestion permettent de prendre des décisions, essentiellement médicales, par rapport à ce que ça coûte ou ce que cela rapporte à l'hôpital. Les réunions DAF/DIM/Médecin sont intéressantes car elles permettraient aux médecins d'harmoniser leurs pratiques à ce sujet. » Dr G.M.
- « Je trouve les outils de gestion intéressants à connaître, à titre comparatif, pour pouvoir s'améliorer par la suite. (…) Il faut que les médecins s'approprient ces outils et qu'ils mettent en place des actions grâce à ce que révèlent les tableaux de bord. (…) Je voudrais qu'on m'explique précisément les outils de gestion et les buts du contrôle de gestion pour (…) leur donner une signification. » Dr T.C.
- « Je me renseigne sur ce que rapportent mais patients à l'établissement, mais je n'avais pas pensé à m'intéresser à ce qu'ils coûtent. Les CREA, je ne connaissais pas mais je trouve cela bien, je pense que cela doit modifier les pratiques professionnelles. (…) J'ai besoin de rencontrer l'équipe des finances et du contrôle de gestion au moins une fois tous les six mois avec présentation des CREA, pour pouvoir prendre des décisions et être plus rentable pour la structure. (…) Par contre, je ne souhaite pas être autonome et avoir une formation sur la question, j'ai besoin de l'aide d'un directeur. » Dr F.F.M.

On constate ici que l'hypothèse qui prévoyait le désintérêt des médecins pour les outils de gestion ne peut être validée. **Les médecins semblent au contraire très intéressés par les outils de gestion**. Par contre, quand ils indiquent ne pas l'être, c'est parce qu'ils estiment que ces derniers ne sont **pas adaptés à leur pratique** ou encore que ces outils ne parlent pas le même langage qu'eux. Dans les deux cas, une intervention des gestionnaires est nécessaire. Les médecins disent presque tous spontanément qu'ils sont persuadés qu'en maîtrisant ces outils, ils pourraient obtenir des bénéfices secondaires pour l'établissement et donc pour eux-mêmes. Quand ils disent qu'ils ne sont pas intéressés, ils montrent souvent par la suite qu'avec une information ou un « coaching » par les services financiers, ils pourraient y trouver un intérêt. Et il est raisonnable de penser qu'à partir du moment où ils s'y intéressent, il y aura un impact sur leurs décisions de gestion, même inconsciemment.

Ce qui ressort des entretiens, c'est que les médecins sont prêts à faire des efforts pour se familiariser avec les outils de gestion, et que pour cela, **il faut les accompagner par des réunions avec les services gestionnaires et des affaires financières**.

Lors de l'élaboration des contrats de pôle, il a été constaté que les médecins chefs de pôle maîtrisaient les outils de gestion qui leurs sont présentés, et certains encore plus que d'autres, par intérêt personnel disent-ils pour la question, et souvent après avoir anticipé le dialogue de gestion par des pré-réunions avec le contrôleur de gestion pour obtenir des explications plus précises. Ainsi, ils rentrent également dans cette logique de communication avec les services administratifs pour optimiser leurs demandes.

Par contre, il est flagrant qu'au CH de Grasse, les chefs de pôle ne communiquent pas les informations aux médecins qui composent leur équipe (9 médecins avouent ne pas connaître le contenu et parfois même l'existence du contrat de pôle pour lequel les médecins chefs de pôles ont étudié les outils de gestion). Il apparait donc difficile pour ces dernier d'atteindre des objectifs qu'ils ne connaissent pas et dont ils ne savent pas dans quelle stratégie globale ils s'inscrivent.

Si on remonte à la direction, l'élaboration des propositions de contrats s'est révélée très rapide, sans réflexion sur l'intégration d'une stratégie d'ensemble pour l'hôpital de Grasse[40]. Il a été ressenti effectivement quasi instinctivement certaines priorités pour l'établissement, en fonction des interlocuteurs et des spécialités médicales mais aucune réunion entre membres de la direction n'a présidé à l'élaboration des propositions de contrat. Nous avons repris les contrats de l'année précédente avec le contrôleur de gestion, et les avons adaptés aux évolutions de l'activité de chacun. La direction de la

[40] Annexe 8 : Exemple d'un contrat de pôle

qualité a été consultée pour ajouter des objectifs liés à la certification prévue en septembre 2011. Il n'y a pas eu de politique particulière qui aurait pu être le signe de l'inclusion des contrats de pôle dans une stratégie pour faire atteindre à l'établissement un but précis. Le contexte de l'hôpital de Grasse intervient et la faiblesse de l'équipe de direction ne jouait pas en la faveur de l'élaboration de ladite politique. Certains pôles sont déficitaires et d'autres excédentaires. La politique de l'établissement a par contre toujours été de ne pas pénaliser les pôles déficitaire par l'absence d'intéressement pour le pôle, pour les raisons qui ont été évoquées tout à l'heure.

Ce retard dans la prise en compte d'une stratégie à ce sujet, qui devrait présider à toute formation des médecins à l'utilisation des outils de gestion, s'illustre notamment dans la difficulté de signer un contrat de pôle avec le pôle de Chirurgies. Le médecin chef d'un pôle très excédentaire pour l'année 2009 ne souhaitait pas signer de contrat pour plusieurs raisons. La première qu'il a invoquée, c'est qu'il ne sait pas à quoi cela lui sert. Il précise que les objectifs financiers et d'activité sont toujours atteints pour lui, qu'on demande aux personnels d'en faire toujours d'avantage et que l'intéressement collectif proposé n'est pas assez attractif. En l'absence de fédération des acteurs autours d'un but précis, il est apparent que la « solidarité » est difficile à obtenir. Le deuxième élément qui arrive dans le débat, c'est l'intéressement individuel, la part variable à l'activité, puisque l'intéressement collectif n'est plus crédible. En effet, le Dr B.P. précise qu'avant les contrats de pôle, c'était à l'hôpital de gérer et de financer l'intérim nécessaire pour faire tourner le service et que, dans ce contexte, il a le sentiment d'y perdre pour son service. Il assure également, comme plusieurs de ses confrères, que si l'établissement finançait un intéressement individuel pour les chirurgiens, il augmenterait davantage sa performance économique.

Ainsi, si on a pu constater l'importance de l'utilisation des outils de gestion, l'observation sur le terrain permet également d'affirmer que cette utilisation doit être accompagnée d'une stratégie d'établissement en vue d'atteindre des objectifs précis.

Une fois que ce préalable est posé, les médecins apportent encore deux éléments importants à prendre en compte pour l'utilisation des outils de gestion par les praticiens hospitaliers afin d'atteindre ces objectifs. Il semblerait qu'ils aient trouvé une présentation de ces outils qui leur conviendrait davantage et un moyen de les utiliser avec ces « nouveaux collaborateurs » que sont les directeurs.

2.2.3 Les médecins du CH de Grasse optent pour un CREA par pathologie et une coopération étroite entre médecins et administratifs afin d'optimiser les ressources hospitalières et de rationnaliser les dépenses

La réflexion sur l'inadaptation potentielle des tarifs a amené l'auteur de l'étude à réfléchir sur le coût réel de la prise en charge d'un patient pour une pathologie et un traitement donné. Il a donc été réalisé, avec l'aide du contrôleur de gestion, un CREA tout particulier pour la prise en charge du cancer du sein chez la femme en 2009 au CH de Grasse qui a subi un traitement chirurgical et un traitement chimiothérapique au cours de cette période[41]. Cette étude a été réalisée sur **l'échantillon de 44 patientes** ayant toutes subi en 2009 chirurgie et chimiothérapie pour un cancer du sein.

Si la réalisation d'un tel tableau ne peut être interprétée de façon à tirer des conclusions sur l'efficience de la prise en charge de cette « pathologie », certains éléments sont à remarquer.

Dans un premier temps, les recettes sont bien inférieures aux dépenses. Ces dernières sont de l'ordre de 802 365 euros contre seulement 622 067 euros de recettes. Ainsi, la contribution financière pour l'établissement de façon à prendre en charge cette activité est de l'ordre de 180 300 euros, ce qui vient corroborer une thèse que cette activité pourrait ne pas être rentable.

Pour ce qui concerne la partie des dépenses, comme toujours, les dépenses directes sont importantes (environ les deux tiers des dépenses) et le montant des dépenses indirectes assez faible. Par contre, il est intéressant de noter que, du côté des ressources, les recettes T2A ne couvrent que les dépenses directes dont la moitié est neutralisée par le montant des molécules onéreuses qui sont une partie importante à cause de la chimiothérapie. Enfin, ce qui n'est que très peu valorisé, c'est la MIGAC. D'un montant de 26 000 euros pour la totalité des cancers gynécologiques, elle pourrait être réévaluée à la baisse en ne tenant compte que des cancers du sein et de ces 44 patientes si possible. Il apparait que 26 000 euros c'est effectivement très peu pour rémunérer le temps IDE qui gère la consultation d'annonce et tout ce temps relationnel que relatait le Dr A.P. dans son entretien.

Pourtant, même si les résultats ne sont pas toujours conformes à leurs attentes, les médecins affirment à **69%** (13 praticiens sur 19) qu'ils seraient motivés par ce type de CREA pour travailler en commun dans le but de pérenniser leur activité et d'assurer des ressources satisfaisantes à l'établissement.

[41] Annexe 4 : CREA par pathologie et par prise en charge, l'exemple du cancer du sein.

Leur discours :

- Suite à l'exemple de CREA du cancer du sein : « C'est la première fois que je trouve un intérêt à un outil administratif comme le CREA car il s'intéresse à la prise en charge d'une pathologie. (…) Obtenir de tels outils me permettrait de réfléchir à l'optimisation des ressources et de prendre des décisions de gestion qui vont dans le sens de la pérennisation de l'activité à l'hôpital public. La première analyse que je dégage de ce que vous me montrez, c'est que certains éléments de prise en charge ne sont pas valorisés à la hauteur de ce qu'ils coûtent. (…) La cotation n'est pas adaptée. (…) Si on me faisait des CREA à la pathologie, cela me donnerait plus envie de m'investir de la gestion de ses structures. » Dr A.P.
- « La totalité des consultations de chirurgie, cela ne me parle pas. Je voudrais qu'on me fasse un CREA qui retrace ma propre activité : mes consultations, mes interventions, comme ça j'aurai la motivation et les leviers pour agir à mon niveau. Me dire que la totalité des consultations du pôle chirurgie ont diminué de 1%, je n'en ai rien à faire car je ne sais pas si ce sont des consultations d'ophtalmologie, ou de chirurgie viscérale. (…) En médecine, le groupe n'existe pas. Les médecins sont individualistes et les faire réfléchir ensemble est peine perdue. C'est la pratique du « colloque singulier », le médecin avec son patient ou le médecin avec le directeur. Si on changeait les CREA et qu'on les individualisait, j'essaierais de développer des activités, je pourrais faire +20% l'année prochaine. Tout le monde pourrait faire +20% mais il manque la motivation par la prise en compte des activités individuelles. » Dr M.S.A.
- « Ce qui m'intéresse, c'est le chiffre d'affaire par praticien, ce que je rapporte à l'établissement. » Dr L.L.
- « Je serai très intéressé par un CREA par pathologie, pour l'hystérectomie, par exemple. J'aurais alors la possibilité de m'améliorer et d'activer des leviers qui sont les miens pour être plus rentable pour l'hôpital. » Dr T.B.
- « Je pense que les CREA par pathologie sont plus attractifs pour les médecins. » Dr F.M.
- « Pour pouvoir agir, il faudrait voir un CREA par pathologie pour avoir une vision de ce que je fais précisément, pour cadrer et optimiser les moyens dans le service et prendre les décisions nécessaires, établir des protocoles de soins adaptés et cohérents. » Dr T.M.
- « Les médecins sont très intéressés par les CREA par pathologies. (…) Cela pourra leur permettre de mettre en place des actions pour améliorer le résultat financier. » Dr P.N.
- « Ce qui serait bien, ce serait d'avoir un suivi au quotidien, notamment sur la DMS, ce qui permettrait une réactivité plus importante, etc. » Dr D.P.

- « Je veux qu'on m'explique les buts du contrôle de gestion pour mon activité en particulier. Dans ce contexte, je m'y intéresserais davantage et je pense que j'apporterais une plus value plus importante. » Dr T.C.
- « Avoir un CREA sur mon activité serait plus pertinent pour pouvoir prendre des décisions en face et améliorer ce qu'il faut. » Dr F.F.M.

Quand les médecins expriment des réticences, ils expliquent que c'est parce que leur activité est trop hétérogène et ne s'y prête pas, comme l'activité de médecine par exemple, ou alors c'est parce que dans le contexte des pôles, ils estiment que les CREA par pôle ou par service sont absolument indispensables :

- « La pathologie, c'est moins porteur que le service. Si le pôle est trop grand parfois par sa propre hétérogénéité, le service semble être une structure d'étude intéressante. » Dr F.F.M.
- « Un CREA est juste à l'échelle d'un établissement, et pas d'un service, alors d'une pathologie… Le vrai CREA, c'est celui de l'hôpital. » Dr D.P.
- « La meilleure structure, pour moi, c'est le service car c'est sur cette structure que je peux intervenir. » Dr M.G.
- « Les CREA, c'est mieux de les faire par pôle que par activité. Je ne ferai pas plus d'activité avec un CREA par pathologie, par contre je pourrai tenter de mieux la valoriser. » Dr C.F.
- « Les CREA par pôle c'est intéressant, par pathologie et par service aussi. Il faudrait les deux dimensions : de groupe (par pôle) puisque ce sont les structures de gouvernance pertinentes qui permettent de discuter et par pathologie ou par service pour identifier les comportements individuels à modifier. » Dr G.M.

Les médecins affirment donc, pour la plupart s'intéresser aux outils de gestion. Pourtant, ils ne le font pas suffisamment et ils indiquent **s'intéresser davantage aux CREA s'ils sont réalisés par pathologie**.

La première raison flagrante est que réaliser un CREA par pathologie est plus conforme à leur culture. On utilise leur langage car on parle plus de patients, de prises en charges individuelles et de thérapeutiques mises en place. Les CREA par pôle convainquent les médecins plus portés sur la gestion alors que les CREA par pathologies arrivent à toucher un panel plus important de médecins et notamment les réfractaires à toute forme de gestion financière.

La deuxième raison, c'est qu'avec une structure plus restreinte comme le service ou la pathologie, les marges de manœuvre sont plus importantes et ils le disent très bien, avec

un CREA par pathologie pour une activité qu'ils connaissent, ils maîtrisent les leviers pour corriger les éventuels écarts et optimiser les ressources.

Enfin, la synthèse que l'on peut faire nous amène à en déduire effectivement que si les CREA par pôle et par service sont absolument indispensables pour gérer le CH de Grasse dans sa configuration actuelle, il est au moins autant nécessaire de réaliser des CREA par pathologie pour les médecins qui le souhaitent et pour arriver à impliquer l'ensemble de la communauté médicale dans la gestion. A Grasse, les CREA par pôle et par service existent et sont réactualisés régulièrement, les CREA par pathologie n'ont par contre jamais été réalisés.

Mais il faut faire attention à ne pas prendre en compte que les impacts de l'activité médicale sur le résultat des pôles et des établissements. Si le médecin, producteur de soin, est indispensable à l'existence même de l'hôpital, le résultat de ces entretiens et l'observation réalisés permettent de rappeler que le médecin n'est pas seul et que dans ce contexte, le directeur a un rôle important à jouer. En effet, quand on analyse un CREA déficitaire, on tente d'agir sur l'augmentation des recettes comment l'insinuent presque tous les médecins interviewés, mais il ne faut pas oublier qu'il existe aussi des efforts de gestion à réaliser dans le sens de la rationalisation des dépenses. Et dans ce contexte, l'aide d'une équipe de gestionnaires formée est indispensable pour guider l'attitude des médecins et de l'ensemble des acteurs de la structure hospitalière.

Il apparait alors qu'un partenariat poussé soit nécessaire pour la gestion de l'efficience hospitalière entre directeurs et médecins.

2.3 Les contrats de pôle, les outils de gestion et l'étude menée au CH de Grasse révèlent l'importance d'une collaboration efficace entre directeurs et médecins

La T2A a changé le comportement des médecins et ce changement s'illustre par le dialogue de gestion, la réflexion qui est la leur et l'intérêt pour les outils de gestion qu'ils expriment. Il apparait qu'au CH de Grasse, il n'y a pas encore de projet stratégique global concernant l'activité qui serait relaté dans les contrats de pôle et dans lesquels les outils de gestion interviendraient. Mais les médecins ne sont pas seuls à agir dans le contexte de la T2A, les directeurs ont aussi subi un impact.

Il y a quand même eu des changements dans la structure qu'on pourrait imputer à l'apparition de la tarification à l'activité, même si comme le dit si bien le DR P.N., « le passage à la T2A s'est fait progressivement, et ce qui est plus récent, c'est le lien avec la facturation ».

Les **directeurs chefs d'établissement** qui ont précédé l'actuel ont tout de même été contraints de modifier l'hôpital en vue d'optimiser la performance économique de l'établissement. Il est possible de prendre trois exemples frappants pour illustrer ce propos.

Il était important pour l'hôpital de Grasse de **valoriser les activités pour lesquelles il a été reconnu** par les patients comme excellent.

Dans un premier temps, il s'agit de l'activité de **gynécologie et d'obstétrique**. Le CH de Grasse accueille chaque année près de 2000 femmes qui accouchent pour un nombre de **lit MCO de 260**. A titre comparatif, le CH de Cannes situé sur le même territoire de santé dispose de 428 lits de MCO et n'effectue que 700 accouchements par an. Il s'agit d'une spécialité reconnue dans les départements voisins pour être de qualité et c'est la raison pour laquelle il était important au CH de Grasse de la mettre en valeur. Cette démarche permet non seulement de pérenniser cette activité mais on peut considérer qu'elle apporte une patientèle supplémentaire au CH de Grasse, donc une activité plus importante et collatérale qui n'aurait pas existé sans l'attraction du pôle FME.

Dans ce contexte, une première décision a été prise. Il s'agit d'investir dans des travaux de rénovation et d'agrandissement pour le **pavillon FME**, en faisant de ce projet une des priorités de l'établissement. Ces travaux d'un montant de près de 8 millions d'euros[42] représentent effectivement un effort particulier pour un établissement de cette taille et qui a réussi l'exploit de maintenir sa politique d'investissement malgré un plan de retour à l'équilibre approuvé par la tutelle en 2009. Ces efforts rentrent bien dans le cadre des décisions prises pour valoriser l'activité d'obstétrique notamment (uniquement des chambres à un lit), dans un environnement T2A et de politique d'amélioration de l'efficience économique des établissements.

Toujours pour l'activité de gynécologie, l'hôpital de Grasse a obtenu l'année dernière, contrairement à l'établissement cannois voisin, l'autorisation de traiter les **cancers** gynécologiques et sénologiques par chirurgie et chimiothérapie. Le nombre de cas traités dépassait largement les seuils fixés par la tutelle et, c'est une des raisons, en plus des conditions techniques de sécurité et de qualité, qui ont conduit la tutelle à accorder cette autorisation. Le CH de Grasse, à cette occasion a montré son attachement

[42] Annexe 10 : Coût Opération Bâtiment FME

à conserver cette spécialité, en concurrence sur la question avec le seul autre hôpital public du territoire et a mis les moyens humains nécessaires pour y parvenir. L'hôpital a mis en place des Revues de Morbi-Mortalité (RMM), en termes de qualité, a perfectionné ses prises en charge et notamment le dispositif d'annonce du cancer ainsi que les formations qui y sont associées. La direction a toujours valorisé ces activités, qui pourtant, quand on analyse les CREA par pathologie, sont assez peu rentables. C'est ici la stratégie d'ensemble qui est appliquée dans le sens de l'augmentation globale des séjours et de la crédibilité et de la légitimité de l'établissement sur le territoire de santé.

Un autre exemple qui peut être cité est celui des **chirurgies**. Jusqu'à la fin de l'année 2008, le nombre de chirurgiens actifs était restreint. Certains d'entre eux étaient partis et on ne trouvait pas de remplaçants et un autre était en Compte Epargne Temps pendant 6 mois qui précèdent son départ en retraite au 1ier janvier 2009. Il a alors été pris la décision en fin d'année 2008 de recruter deux jeunes chirurgiens orthopédiques. Ces derniers ont apporté un grand dynamisme à l'établissement, et issus de la « génération T2A », l'un deux venant du secteur privé, ils avaient pour objectif de faire remonter l'activité du CH de Grasse. Ils ont très bien réussi, puisqu'ils ont permis au pôle d'être largement excédentaire en 2009, ce qui était loin d'être le cas les années précédentes. Cette impulsion de la direction a eu les effets potentialisateurs attendus grâce à l'intervention des chirurgiens eux-mêmes qui se sont organisés entre eux pour spécialiser le service. Ils ont chacun décidé de prendre en charge une partie du corps : l'un le haut et l'autre le bas. Ainsi ils assurent à l'établissement qu'ils vont fournir une prestation de qualité, selon les critères qui affirment qu'un bon chirurgien est celui qui réalise souvent la même opération, et en plus, le corollaire est de l'augmenter inévitablement. Il existe encore plusieurs effets bénéfiques à cette décision. Les jeunes chirurgiens sont motivés pour faire de la communication à l'extérieur de l'établissement et souhaitent bénéficier de l'intéressement collectif du pôle pour promouvoir le site internet, améliorer les conditions d'attente des patients avant la consultation, ou encore réaliser des Enseignements Post-Universitaires (EPU). Tous ces éléments permettront sans doute au service de chirurgie orthopédique du CH de Grasse de récupérer bientôt sa capacité validante et d'accueillir à nouveau des internes dans cette spécialité, ce qui aurait un effet positif sur l'activité totale de l'établissement et sur son dynamisme.

Pour ce qui concerne encore la chirurgie, le chef d'établissement avait fait le choix il y a deux ans de promouvoir une activité qui n'existait presque pas au CH de Grasse et pour laquelle le bassin de population grassois aurait eu des besoins. Il s'agit de la spécialité d'urologie. Le CH disposait d'un praticien à temps partiel et n'opérait pas de cancers. Au moment des autorisations en cancérologie, le directeur savait qu'il n'était pas

possible d'obtenir une telle autorisation dans cette spécialité, donc il a décidé d'investir dans un matériel qu'il savait utile et rare sur le territoire : un lithotriteur[43]. Aujourd'hui, l'activité d'urologie est totalement valorisée au CH de Grasse, elle permet de pourvoir un poste de PH à temps plein et l'appareil est sollicité pour réaliser une convention d'utilisation par les cliniques privées du territoire. Le choix stratégique de la direction du CH de Grasse s'est encore une fois révélé positif économiquement, en utilisant les outils de la T2A.

Au CH de Grasse, le chef d'établissement a changé récemment et l'observation s'est déroulée pendant ce changement et cette prise de poste alors qu'aucun directeur financier n'assure d'intérim actuellement. A son arrivée, il a effectivement pris connaissance des dossiers en cours dans tous les domaines mais pour ce qui concerne l'activité de l'établissement, il s'est renseigné auprès du contrôleur de gestion, il a demandé à voir et à ce qu'on lui explique les tableaux et les outils en place au CH de Grasse. Suite à cette première analyse, il a souhaité obtenir un tableau différent[44]. Ce tableau est présenté de la manière dont il avait l'habitude de les voir dans son établissement précédent, mais il est surtout transversal et affiche la totalité des structures de l'établissement dans le même tableau, ce qui lui permet d'avoir une vision d'ensemble. A l'heure actuelle, la carence en directeur des affaires financières[45] ne permet pas de présager de ce qu'il va se passer par la suite pour cet établissement mais la demande de vision globale du chef d'établissement apparaît cohérente, même si elle ne permet pas de dégager des leviers précis pour répondre aux difficultés éventuelles.

Ces exemples illustrent l'importance du rôle du chef d'établissement dans l'application de la politique de santé publique sur un territoire de santé afin de répondre au mieux aux besoins de la population tout en optimisant les moyens qui sont mis à sa disposition par la tutelle. Il impulse et coordonne les actions dont les médecins sont les producteurs afin d'atteindre les objectifs précités.

Ces deux acteurs très différents par leur formation, leur culture, leur origine doivent absolument travailler dans ce sens et la plupart des médecins en sont conscients :

- « Le médecin aura toujours besoin de l'administratif pour qu'il lui dise ce qu'il faut faire pour réduire le déficit ou dégager des excédents par rapport à son activité médicale, dans une relation en binôme. » Dr P.N.

[43] « Appareillage ayant pour but de pulvériser les calculs urinaires ou lithiasiques par voie externe à l'aide d'ondes de choc ou piézo-électriques. » Dictionnaire des termes de médecine, Garnier Delamare, 24ième édition, Maloine, 1095 pages.
[44] Annexe 5 : Tableau de bord demandé par le nouveau chef d'établissement, août 2010.
[45] Annexe 9 : Organigramme de direction du CH de Grasse

- « C'est agréable de sentir qu'on est producteur de l'entreprise. En plus, le sentiment de partage du pouvoir entre directeurs et médecins est important. Cela améliore le dialogue et c'est profitable pour l'hôpital. » Dr P.O.
- « Pour moi, le « boss », c'est le DGARS qui contracte avec le directeur, qui ne fait que répercuter les consignes aux chefs de pôles qui se doivent de les faire appliquer. » Dr C.F.
- « Pour administrer un hôpital, il faut des qualités humaines et travailler en bonne intelligence avec les médecins. (…) Il doit y avoir un partage de connaissances, c'est aussi le rôle du président de la CME, quand il est bien choisi et qu'il est efficace. Le conseil exécutif était bien pour cela. J'espère qu'avec le directoire, ce sera pareil. » Dr E.M.
- « Il y a à l'hôpital un travail administratif qu'un médecin ne peut pas faire à moins d'avoir fait une autre école pour se former. Et là, il n'est plus médecin. (…) Le rôle du directeur c'est d'impulser cette politique après avoir pris les conseils du chef de pôle et les informations du DIM. » Dr L.F.
- « Quand je suis arrivé au CH de Grasse, j'ai fait un contrat moral avec le chef d'établissement pour faire de l'activité. C'est ce que je fais. (…) Un médecin qui devient gestionnaire n'est plus médecin. Il y a un fossé entre les deux. » Dr M.G.
- « Les médecins ne sont pas tous obligés de s'intéresser à la gestion. Il suffit que quelques uns s'en chargent. » Dr D.P.
- « Un partenariat entre directeurs et médecins est indispensable avec un partage des connaissances dans les deux sens. » Dr F.F.M.
- « Le médecin se doit d'imprimer ses idées mais ne peut pas gérer seul. De la même manière, si l'administration gérait seule, ce serait catastrophique. Un médecin apporte une vision particulière qui doit enrichir la vision stratégique du directeur. Je trouve que le pouvoir qui est attribué aux chefs de pôle est excessif. Ce n'est pas assez démocratique à mon goût. Il y aura toujours besoin d'un directeur objectif et neutre pour gérer un hôpital entier. » Dr T.M.
- « La gestion financière, pour moi, ce n'est pas un rôle de médecin. » Dr T.B.
- « Le directeur doit jouer un rôle essentiel dans la gestion à l'hôpital que je ne souhaite pas prendre. Le risque des pôles et de la perte du pouvoir de la CME, c'est de détériorer les relations entre directeurs et médecin, ce qui serait préjudiciable pour l'hôpital. » Dr A.P.

Dans cette étude, seulement deux médecins ont souhaité s'exprimer dans le sens du pouvoir de gestion attribué aux seuls médecins :

- « Un directeur médecin, ce serait l'idéal. Les chefs de pôle doivent diriger l'hôpital, c'est sain. Le CNG, sous tutelle du politique, fait la pluie et le beau temps et sa directrice n'est même pas médecin. Il y a une absence de légitimité. » Dr T.C.
- « Je trouverai mieux qu'un médecin soit directeur d'hôpital. Si on demandait aux médecins s'ils acceptent d'être à 50% médecin et 50% directeurs, ils diraient sans doute oui, avec une formation. Pour moi, un directeur ne sert à rien car, quand il n'est pas là, je ne m'en rends pas compte. (…) Un directeur n'est qu'un chef d'entreprise qui possède des recruteurs que sont les médecins et qui font tourner sa boîte. » Dr M.S.A.

Ces deux médecins ont aussi montré au cours de l'entretien qu'ils ne connaissaient pas et qu'ils ne s'intéressaient pas à la gestion. Pour parfaire l'idée qu'ils se font de la gestion à l'hôpital, il serait effectivement nécessaire qu'ils suivent une formation.

SYNTHESE DU CHAPITRE 2

Pour ce qui concerne **l'ensemble des hypothèses avancées dans le premier chapitre et des découvertes étant intervenues en cours d'étude**, nous avons pu constater que :

- **Le mécanisme de la T2A bouleverse bien l'exercice médical (optimisation du codage des actes, augmentation de la charge de travail administrative, etc.).**
- **Les médecins des cliniques privées à but lucratif n'ont apparemment pas le même comportement que les médecins hospitaliers (meilleur codage des actes, activité différente, voire plus importante dans certains domaines rentables, etc.).**
- **Ils ont la nostalgie de l'époque qui a précédé la T2A, surtout quand ils sont issus d'une génération qui a fait ses études à cette époque et les jeunes médecins maitrisent mieux l'outil T2A.**
- **Les médecins ne modifient pas leurs décisions thérapeutiques mais ils modifient leurs comportements et leurs choix organisationnels pour améliorer les ressources de l'établissement.**
- **Les médecins qui modifient leur exercice le font de cette manière : tentative d'optimisation de la DMS, réorganisation des services, utilisation de thérapeutiques mieux valorisées à service médical rendu identique, spécialisation des services (service d'orthopédie : spécialisation main et pied, service d'urologie, etc.), toujours en préservant l'intérêt du patient.**
- **Les réformes et surtout la nouvelle gouvernance ont eu un impact sur l'exercice médical corrélé à la T2A.**
- **Les médecins ne sont majoritairement pas intéressés par la gestion. Ils font la distinction entre soigner et gérer et ils ont choisi leur camp.**
- **La position dans la hiérarchie médicale conditionne actuellement l'utilisation des outils de gestion mais nullement la conduite du changement induite par la T2A et tous les médecins sont susceptibles de s'y intéresser sous certaines conditions.**
- **L'hôpital n'est pas toujours rémunéré à la hauteur de ce qu'il coûte, certaines activités et spécialités ne peuvent pas être rentables par le système T2A, malgré les efforts de gestion qui pourraient être réalisés et d'optimisation des ressources. Des activités pallient les carences des autres à l'hôpital de Grasse.**

- **L'existence et l'utilisation des outils de gestion ont un impact sur l'exercice médical.**
- **Tous les médecins ne s'intéressent pas aux outils de gestion car, ils ne sont pas toujours adaptés à leur pratique, ils ne les comprennent pas et ils ont l'impression de ne pas avoir de marge de manœuvre. Un CREA par pathologie et des réunions fréquentes avec les services financiers et le DIM sont plébiscités.**
- **La T2A a eu inévitablement un impact sur les directeurs chefs d'établissement responsables d'appliquer la politique impulsée par la tutelle qui s'est traduit par la spécialisation de l'hôpital et des service et des priorités d'investissement de façon à promouvoir les activités qui pouvaient l'être. La gestion de l'hôpital public passe par une étroite collaboration entre directeurs et médecins.**

.

3 Une stratégie est à mettre en place pour obtenir les résultats souhaités

La réponse aux hypothèses formulées dans le premier chapitre est le résultat de la mise en cohérence de l'analyse de la littérature et des comportements présumés des médecins en fonction des spécificités de leur métier au sein de l'hôpital public avec ce qui a pu être relevé et observé sur le terrain, à Grasse. Ce qui existe à l'hôpital de Grasse est le fruit d'une histoire qui est propre à cet établissement et en comparant les résultats obtenus avec ce qui a été retrouvé dans les propos des experts, il est possible d'en tirer des conclusions plus générales.

3.1 La T2A a un impact sur l'exercice professionnel médical qui doit être associé à une stratégie globale pour un établissement de santé, et plus largement pour une politique de santé publique

Les résultats de l'enquête en terres grassoises permettent de confirmer ce que disent les experts : l'arrivée de **la T2A a bien été à l'origine de bouleversements « culturels » et professionnels pour les médecins**, et finalement pour l'ensemble du monde hospitalier. Depuis le prix de journée jusqu'à la T2A en passant par la dotation globale, les gouvernements successifs ont cherché à trouver le meilleur mode de financement pour l'hôpital public, de façon à lui permettre d'être l'outil de la politique de santé qui était la leur. Les objectifs de la T2A ne sont pas différents. Dans un contexte de crise du financement public, il était tout naturel de se soucier d'optimiser les ressources et de rationaliser les moyens.

La tarification à l'activité « et non à l'acte, (comme l'a rappelé le DR Michèle Brami, Mission T2A, ministère de la santé) répond à la nécessité d'un cadre règlementaire pour faire évoluer l'activité. »[46] La modification des comportements médicaux n'était pas l'objectif de la T2A. Néanmoins, pour que la T2A puisse atteindre ses objectifs qui sont essentiellement des objectifs d'efficience, il fallait que les comportements des prescripteurs et producteurs évoluent. Ce n'était pas prévu, mais c'était prévisible ! Ce qui était prévu, c'est l'évolution de la gouvernance des hôpitaux pour accompagner ce mode de financement, et ce qui est arrivé, c'est que les médecins, même ceux qui n'étaient pas impliqués dans cette gouvernance, ont évolué aussi. On a réalisé aussi par cette étude

[46] A. Vergnenègre, « Prescription de la chimiothérapie orale : comment valoriser cet acte spécifique du cancérologue avec le nouveau mode de financement T2A », in Le nouveau cancérologue, volume 1 N°3, juillet-août-septembre 2008, p. 125.

que, parce que la T2A avait un impact sur les médecins dont la vocation principale est de soigner, il était indispensable d'y associer le directeur en collaboration étroite. Parce que le médecin n'a de maîtrise que sur les ressources et la limitation des dépenses inutiles, il a besoin du directeur pour maîtriser la partie contrôle de gestion, et pour conduire la politique induite par la tutelle et le gouvernement.

Comme pour tout ce qui n'avait pas ou peu été anticipé, il est nécessaire de réaliser des ajustements, de laisser les politiques et les mécanismes s'intégrer au fur à mesure dans les pratiques pour finalement, dans un délai raisonnable, obtenir l'atteinte des objectifs fixés. On se rend compte à Grasse qu'à ce jour, les objectifs fixés ne sont pas encore atteints. L'ébauche de modification des comportements des médecins est porteuse de bénéfices pour les établissements, mais ce n'est pas encore suffisant.

En effet, l'analyse économique de base nous indique que **les résultats chiffrés ne sont pas à la hauteur**. Le CH de Grasse a réalisé un plan de retour à l'équilibre financier l'année dernière et même si les résultats prévus pour 2009 sont au dessus des attentes, l'établissement affiche toujours un déficit de 968 000 euros au Compte de Résultat Prévisionnel Principal (CRPP).

De plus, on l'a constaté, des CREA de pôle sont déficitaires et parfois d'un tiers du montant des dépenses. L'étude l'a montré, il y a effectivement, avec la T2A, des activités ou des spécialités entières qui ne seront jamais rentables si on veut continuer à remplir les missions de service public. Mais ces activités sont sensées être intégrées dans un pôle cohérent qui permettrait de pallier ces carences.

Ces résultats ont ainsi confirmé ce qu'a montré l'étude réalisée par Jean-Claude Moisdon et Michel Pépin, c'est-à-dire qu'il y a aujourd'hui un faible impact de la T2A sur l'amélioration de la performance financière des établissements de santé par l'action de médecins qui seraient impliqués dans le contrôle de gestion. Les auteurs de la synthèse de cette étude terminent leur article en arrivant à ce même constat : pour passer à ce qu'ils appellent la « phase 2 », et transformer la T2A en outil d'efficience pour les établissements, il faut compléter l'action des médecins par la « dimension organisationnelle ». Cette dimension nécessite donc l'action de celui qui a l'habitude d'orchestrer et d'organiser, le directeur chef d'établissement.

Si les différents chefs d'établissement qui se sont succédé à Grasse depuis l'apparition de la T2A ont mis en place des stratégies pour potentialiser le chiffre d'affaires des activités porteuses et spécialiser les services qui le nécessitaient, on constate que la

réflexion d'équipe sur la stratégie à adopter en termes d'offre de soins face aux spécificités des médecins, du territoire et de l'établissement en particulier reste à perfectionner. Il n'y a pas été retrouvé de réflexion d'ensemble pour l'élaboration des contrats de pôle, par exemple, au niveau de l'équipe de direction.

Les deux corps sont en opposition culturelle, c'est très apparent, et **il n'y a pas non plus de réflexion stratégique sur l'activité et la T2A, la façon de l'optimiser, qui fasse intervenir directeurs et médecins**, même avec la présence du conseil exécutif, où finalement, on ne parle pas d'activité médicale ni de T2A sauf quand on aborde de façon très formelle l'EPRD ou le plan de retour à l'équilibre. Il est donc difficile de faire passer un message sur ce sujet ou de mettre en place des actions communes.

Le rapport IGAS de février 2010 sur le bilan de l'organisation en pôles l'avait aussi pointé. Les changements ne sont pas suffisants pour atteindre les buts fixés. Dans ce rapport, les auteurs indiquent bien que de nombreux pôles ne connaissent pas les tableaux de bord ni les outils de gestion. L'hôpital de Grasse n'est donc pas isolé. Pour eux, la deuxième étape nécessite de clarifier les processus de décision à l'hôpital. Ils mettent en avant l'importance de la réaffirmation de l'unité institutionnelle, l'importance du rôle du chef de pôle au détriment du directeur qui ne fournirait qu'une prestation support à l'organisation médicale.

Ce que montrent les entretiens réalisés, c'est que les médecins n'ont pour la plupart aucune idée de ce qui se décide à la direction avec les médecins chefs de pôle et le président de la CME, ils n'ont parfois pas connaissance de l'existence des contrats de pôle et encore moins des outils de gestion. Dans ce contexte, on réalise qu'à ce jour, il est difficile de réaliser les objectifs assignés à la politique qui a présidé à la mise en place de la T2A.

Dans presque tous les cas, cette partie de la thèse de Guy Vallet et des professionnels de l'IGAS n'a pas trouvé d'écho à l'hôpital de Grasse. On l'a vu, les médecins du CH de Grasse expriment comme souhait principal de soigner en l'opposant fortement à l'action de « gérer ». Dans un second temps, les médecins donnent à voir un manque d'intérêt et parfois une méconnaissance du fonctionnement hospitalier actuel et si cette thèse devait s'avérer exacte, il faudrait un délai suffisamment long pour leur permettre de s'acculturer complètement à la gestion et bien sûr de se former. Mais, les praticiens de Grasse le disent souvent, un médecin qui devient gestionnaire perd sa légitimité de médecin auprès de ses confrères.

Enfin, les médecins grassois mettent aussi l'accent sur l'individualisme médical. Ils souhaitent presque tous des explications en colloque singulier, ils sont nombreux à critiquer la gouvernance par pôle, et bien souvent, ils donnent à voir une certaine hostilité à l'égard de quelques uns de leurs confrères, provenant d'un autre pôle ou d'un autre service. Ils s' « agacent » d'avoir à financer le déficit des confrères dont l'activité est moins rentable. Ils affirment eux-mêmes leurs difficultés à envisager l'intérêt pour le pôle et pour la communauté hospitalière :

- « Les chefs de pôle prennent parfois des décisions arbitraires et non rationnelles. (…) Les médecins sont individualistes et corporatistes même au sein de la médecine à travers les spécialités médicales et il y aura toujours besoin d'un directeur objectif et neutre pour gérer un hôpital entier. » Dr T.M.
- « Les médecins ont un tempérament individualiste et les faire travailler en groupe sans leur donner un intérêt individuel parait difficile. » Dr P.O.
- « En médecine, le groupe n'existe pas. Les médecins sont individualistes et les faire réfléchir ensemble est peine perdue. C'est la pratique du colloque singulier qui compte. » Dr M.S.A.

Comment concilier un exercice médical individualiste par nature avec la prise en compte de l'intérêt général au sein d'un établissement tout entier pour l'application d'une politique de santé publique ?

Ce questionnement amené par l'étude a induit la réflexion suivante. Les enjeux de la modification de l'exercice médical par la T2A sont considérables puisque cette dernière est une condition indispensable à l'atteinte des objectifs fixés par la politique T2A. Dans ce contexte, si on prend le parti de suivre les propositions qui se sont spontanément dégagées de l'enquête réalisée à Grasse couplée à l'analyse de la littérature, on prendra comme postulat de base que pour diriger une structure hospitalière publique, il faut un directeur garant de l'intérêt général qui coordonne des actions réalisées par des médecins, en collaboration étroite avec ces derniers et l'expertise médicale qu'ils peuvent apporter comme plus value à chaque prise de décision.

Ainsi, plusieurs propositions d'amélioration de gestion peuvent être faites pour l'hôpital de Grasse de façon à ce que cet établissement puisse mettre à profit la modification de l'exercice professionnel médical avec les forts potentiels qui composent cette communauté de façon à améliorer sa performance économique.

3.2 L'étude réalisée sur le terrain couplée avec les apports des experts permet de dégager des pistes de travail

Les propositions de changement organisationnel pour l'hôpital de Grasse s'articulent autour de 3 axes principaux. Dans un premier temps, elles concernent la mise en place d'une organisation autour d'une équipe de contrôle de gestion renforcée qui permettrait l'encouragement à la formation des médecins et des directeurs. Par la suite, il sera nécessaire d'avoir un positionnement clair et institutionnel concernant la promotion et la codification de l'activité, et enfin l'élaboration d'une stratégie d'établissement pour l'optimisation de la gestion dans un contexte de T2A qui passe par la rentabilisation des outils de gestion.

3.2.1 La mise en place d'une organisation autour d'une équipe de contrôle de gestion renforcée

A l'heure actuelle, l'équipe du contrôle de gestion est constituée d'un contrôleur de gestion et d'une assistante qui consacre 50% de son temps à cette tâche.

Au regard de ce qui a pu être constaté sur le terrain lors de l'observation et des entretiens avec les équipes, un certain nombre d'actions semblent inévitables si l'on souhaite améliorer l'efficience économique par les outils de gestion :

- **La personnalisation des outils de gestion** en fonction de la demande des praticiens : **un CREA par pôle, un CREA par service et un CREA par pathologie** pour les spécialités suivantes : gynécologie-obstétrique (prise en charge du cancer du sein par chirurgie uniquement, car la transversalité dans les outils de gestion est vécue comme une réduction des marges de manœuvre, par exemple, ou encore l'hystérectomie), la chirurgie viscérale et orthopédique, la réanimation (quelques cas). Il apparait par contre que les CREA par pathologie ne sont pas adaptés au pôle de médecines. Il pourrait cependant être envisageable d'en réaliser sur demande des praticiens intéressés, ou encore de réaliser des études qui soient plus adaptées à cette spécialité, comme une étude en temps réel de la DMS, ainsi que le DR D.P. le suggérait. L'existence de tels outils permettrait aux praticiens de mieux comprendre les contraintes financières et de trouver, au sein d'une activité qu'ils maîtrisent, des leviers de gestion ou encore d'être force de proposition et d'apporter des éléments médicaux au contrôle de gestion qui constitueraient une plus value non obtenue d'une autre manière.

- Il serait indispensable d'envoyer aux praticiens, **individuellement, un compte rendu économique mensuel concernant leur propre activité** : ce qu'ils rapportent à l'établissement, ce qu'ils génèrent comme dépenses (matériel utilisé, personnel, traitement et charges de gestion), en langage financier et en adaptant à la spécialité du praticien. Il s'agit d'une pratique qui existe dans les cliniques privées à but lucratif, les directeurs ou l'actionnaire principal se chargeant de réaliser ces tableaux. Cela aurait un triple effet : valoriser les médecins qui réalisent un important chiffre d'affaires et les encourager à optimiser leur activité, les inciter à réaliser des économies de gestion et apporter aux médecins qui travaillent moins des éléments leur permettant d'ajuster leur activité. Cela permettrait d'établir une certaine équité entre praticiens dans le dialogue de gestion.

- **Des réunions trimestrielles avec l'équipe du contrôle de gestion** sont à mettre en place. Du côté de la direction des affaires financières, elles impliqueraient l'équipe du contrôle de gestion. Ces réunions permettraient aux médecins d'obtenir de l'aide dans l'analyse et la compréhension des outils de gestion. Elles réuniraient les médecins par services, et non par pôle, plus seulement le chef de pôle mais l'ensemble des médecins d'une spécialité. Il serait également envisageable de réaliser des entretiens individuels en plus sur demande ou quand le besoin se fait sentir. En effet la demande des praticiens du CH de Grasse n'était pas de réaliser les formations pour apprendre à utiliser eux-mêmes les outils ou apprendre le contrôle de gestion, elle était de travailler en partenariat avec l'équipe de la direction des affaires financières. Le but serait pédagogique dans les deux sens, de façon à réaliser ce partenariat souvent décrit entre gestionnaires et médecins. Les marges de manœuvres financières à dégager pourraient être expliquées aux médecins qui pourraient eux-mêmes exposer leurs propres contraintes de façon à **dégager un consensus et des solutions de compromis dans le but d'améliorer l'efficience économique de la structure tout en acculturant les services gestionnaires à la pratique médicale** et aux impératifs de soins pour accomplir une mission de qualité pour le patient.

- **Un renforcement de l'équipe du contrôle de gestion est indispensable** pour réaliser les objectifs cités précédemment. Un seul contrôleur de gestion avec une assistante de gestion à 50% n'est pas suffisant pour mettre en place les objectifs qui ont été avancés dans les trois points précédents. Il serait nécessaire d'associer **un cadre hospitalier supplémentaire** qui serait entièrement dédié au

contrôle de gestion. Des marges de manœuvres étant existantes au CH de Grasse pour permettre une amélioration de la performance économique de l'établissement par un meilleur contrôle de gestion, le coût d'un poste supplémentaire dans cette équipe, évalué à 70 000 euros annuels, pourrait être rapidement rentabilisé. Il est nécessaire que ce soit un cadre pour permettre la légitimité auprès des médecins, pour obtenir un pouvoir de décision suffisant à dégager des marges de manœuvre, ayant une formation à la culture de santé publique, de façon à bien comprendre les enjeux. Le contrôleur de gestion actuel dispose de la formation suivante : DUT Gestion des entreprises, et 3 ans d'école de commerce Lille (ESC). Il est contrôleur de gestion au CH de Grasse et superviseur ATIH, il supervise 3 établissements parisiens et une clinique. Il serait utile dans cette équipe qu'un cadre qui ait une formation complémentaire puisse apporter sa contribution. De plus, il est également nécessaire qu'il s'agisse d'un cadre parce que la construction des tableaux, l'analyse des CREA et l'explication des tableaux de bord ne sont pas réalisables par une autre catégorie de personnel. Une autre possibilité serait d'utiliser les potentiels internes à la structure et d'intégrer le contrôle de gestion dans la mission d'un directeur adjoint de l'établissement[47].

- **Une Formation par le DIM**. Depuis l'arrivée du nouveau DIM l'année dernière et le renforcement de ce service par un demi-poste de médecin supplémentaire, un important travail est réalisé. Des comptes rendus réguliers en termes de codage sont envoyés aux médecins et des réunions de formation sont régulièrement réalisées. De plus, les médecins sont disponibles pour les questions et les dossiers délicats. Néanmoins, il conviendrait de convaincre l'ensemble de la communauté médicale d'avoir recours à leurs services. Pour ce faire, les réunions de gestion peuvent être utiles et il est possible de les faire participer à certaines occasions, ou au minimum deux fois par an.

- **La Formation des directeurs**. La T2A est récente, puisqu'elle date des années 2000 et le contrôle de gestion a franchi la porte des hôpitaux presque au même moment. Il est donc autant nécessaire de former les directeurs au contrôle de gestion : les chefs d'établissements et les directeurs adjoints qui sont impliqués (Ressources Humaines, Affaires Médicales, etc.).

[47] Annexe 9 : Organigramme de direction du CH de Grasse

- Pour parfaire la réorganisation du contrôle de gestion, il faut lui octroyer **un local particulier**. Traditionnellement, le service du contrôle de gestion se situe à proximité du service des affaires financières, ce qui est le cas à Grasse. Dans la configuration actuelle, il est impossible que le bureau qui y est consacré accueille une personne supplémentaire et encore moins réalise des réunions. Ce qui est proposé c'est de laisser localisé ce service au niveau de la direction des affaires financières mais de réaliser des travaux d'agrandissement et de rénovation du bureau actuel afin de permettre la création d'un bureau supplémentaire et d'une salle pour réaliser les réunions, équipée d'un rétroprojecteur et du matériel nécessaire au travail sur les outils de gestion. Cette salle pourrait également servir de lieu pour la négociation des contrats de pôle, car cela a été une difficulté, lors de la négociation des contrats pour trouver un local disponible et accessible facilement aux soignants qui soit équipé du matériel nécessaire. Le bureau du directeur et le bureau des médecins ne sont pas des endroits propices aux négociations et à plusieurs reprises il a été constaté qu'un endroit « neutre » aurait été plus approprié.

3.2.2 Un positionnement institutionnel clair sur l'optimisation et la codification de l'activité

Ce qui ressort des entretiens, de l'observation et avant tout de la règlementation, c'est que **le codage de l'activité est acte médical**. Il est aujourd'hui impossible d'aller dans le sens des praticiens qui souhaitent le déléguer.

La première des raisons est une raison règlementaire. Il s'agit d'un acte médical avec une pathologie à codifier, des diagnostics associés que seuls les médecins sont à même de réaliser.

La deuxième raison est une raison d'efficacité. Au cours des entretiens, on s'est rendu compte que les médecins qui codaient eux-mêmes leurs actes étaient ceux qui réalisaient le plus d'activité, ou dont l'augmentation de l'activité était considérée comme rentable. « Le codage, c'est très important. Depuis que je suis interne, j'ai appris à coder et cela ne me pose aucun problème. C'est à moi de le faire car il n'y a que moi qui sais ce que j'ai fait. » Dr M.G.

Le Dr M.G. le dit bien, il code mieux que si c'était un agent paramédical qui le faisait pour lui. De plus, il dit qu'étant donné qu'il a appris ça en étant interne, il n'y a pas de problème pour lui, ce qui vient conforter la thèse que les jeunes médecins maitrisent mieux les outils T2A. Il est donc possible qu'avec un effort particulier du

DIM on puisse parvenir à faire passer cette culture du codage efficace de l'activité par les médecins eux-mêmes.

Enfin, il est envisageable d'imaginer qu'après avoir réalisé tous les efforts cités dans le chapitre concernant le renforcement du contrôle de gestion, les médecins réticents pour le codage le seront moins, une fois qu'ils auront été formés et qu'ils comprendront la nécessité de valoriser leur activité.

Ce qui apparaît régulièrement dans les entretiens et qui a occupé une partie de l'observation c'est **la demande d'intéressement sous forme de part variable à l'activité**. Elle provient, de façon prévisible, de ceux qui sont très « productifs », notamment les chirurgiens (gynécologues, viscéraux et orthopédistes). Ce phénomène avait notamment amené le médecin chef de pôle des chirurgies à commencer les négociations du contrat de pôle par un refus de négocier et donc de signer s'il n'obtenait pas de part variable de rémunération à l'activité pour les chirurgiens. Les textes qui datent de 2006 et qui prévoyaient ce mode de rémunération pour les seuls chirurgiens n'ont jamais été appliqués au CH de Grasse ni en région PACA. En effet, il y était prévu de répondre à des critères d'activité très particuliers dont, après étude du DIM, le CH de Grasse ne pouvait se prévaloir. Ce texte prévoyait également qu'une commission d'évaluation devait se créer à l'ARH et la tutelle n'a jamais mis en place cette commission. Dans ce contexte, il était difficile d'octroyer cette part variable aux chirurgiens du CH de Grasse. Il leur a cependant été rappelé que les textes à venir qui règlementeront la loi HPST prévoiront probablement un part variable de rémunération à l'activité pour l'ensemble des praticiens, et pas seulement des chirurgiens. En effet, il apparaissait assez inéquitable d'octroyer ce complément de rémunération aux chirurgiens dans un contexte où il était impossible d'en faire de même avec leurs collègues anesthésistes qui, inévitablement, étaient obligés de faire autant d'activité qu'eux.

Dans la configuration existante, les propos rapportés des médecins favorables à ce système sont les suivants :

- « Le seul moyen d'attirer les médecins à l'hôpital, c'est de les payer mieux. (…) On n'attire pas des abeilles avec du vinaigre. Et, avec la T2A, on ne pourra pas rivaliser avec les cliniques si les conditions de rémunération n'évoluent pas. »Dr A.P.
- « La part variable à l'activité je trouve cela juste. Elle permettrait de récompenser ceux qui ne font pas de footing l'après-midi et qui travaillent. » Dr M.G.

D'un autre côté, les détracteurs (médecins internistes ou anesthésistes…) :

- « La part variable à l'activité c'est un processus de destruction progressive du statut du PH qui augmentera naturellement sa mobilité. L'hôpital deviendra encore plus un tremplin pour aller ailleurs et c'est la fin de l'hôpital public. » Dr D.P.
- « Il n'y a pas pire. La part variable des chirurgiens, c'est inadmissible. Cela participe au sentiment d'injustice des anesthésistes. Globalement, ce n'est pas un bon système, même s'il devait être appliqué à l'ensemble des médecins. L'avantage de la fonction publique, c'est qu'il y a une égalité de traitement. » Dr E.M.

En réalité, ce qui est flagrant c'est qu'il y a un sentiment d'inéquité de part et d'autre. D'un côté, les chirurgiens on le sentiment de travailler pour financer le déficit des autres et de l'autre, ceux qui travaillent aussi mais dont l'activité est moins valorisée par la T2A ont un profond sentiment d'injustice face à cette possibilité. En l'état actuel de la situation il n'est donc ni souhaitable ni envisageable d'octroyer cette rémunération aux chirurgiens et aux autres médecins. Ce qui pourrait amener à réduire le sentiment d'injustice et d'inéquité, c'est le dialogue prévu avec les équipes du contrôle de gestion associé aux comptes rendus économiques mensuels. Si réellement il existe des praticiens qui font du « footing » l'après-midi, ce serait donc l'occasion de s'en rendre compte et de rétablir la situation. De la même manière, et en association avec cette mesure, les praticiens dont l'activité semble plus rentable, les réunions seront l'occasion de leur expliquer les efforts qui sont réalisés et les contraintes de chacun.

3.2.3 L'élaboration d'une stratégie d'établissement pour l'optimisation de la gestion dans un contexte de T2A qui passe par la rentabilisation des outils de gestion

La stratégie, c'est l' « art de coordonner des actions, de manœuvrer habilement pour atteindre un but ». C'est aussi, en mathématiques, « l'ensemble des décisions prises en fonction des hypothèses de comportement des personnes intéressées dans une conjoncture déterminée »[48]. S'il existe à Grasse une stratégie d'établissement qui lui permet de répondre aux besoins de santé publique de la population desservie par l'hôpital, une stratégie évidente de pérennisation des activités phares sur le territoire de santé ou de potentialisation des ressources pour valoriser l'activité médico-chirurgicale, nous avons pu constater qu'il n'y avait qu'une ébauche de stratégie concernant l'impact de l'exercice médical par la T2A sur l'amélioration de l'efficience économique de

[48] Dictionnaire « Le petit Larousse », édition 2008.

l'établissement qui n'était pas suffisante. Nous l'avons observé, il existe une modification des fonctionnements médicaux par la T2A, il s'agit maintenant de faire en sorte qu'elle soit pertinente et cohérente avec les buts fixés par la T2A et les objectifs dictés par l'éthique médicale.

Le point de départ de cette stratégie vient de la politique qui a induit l'apparition de la T2A. Cette dernière a entraîné une modification de l'exercice médical et une tentative d'adaptation de ces médecins hospitaliers de leurs pratiques à la demande implicite de rationalisation des coûts, d'optimisation des moyens et donc d'efficience économique pour l'établissement dans lequel ils exercent leur art. Ce changement dans leur pratique s'est réalisé de façon individuelle et autonome sans réelle coordination, ou stratégie de la part de la direction. Plusieurs propositions peuvent être faites afin de permettre au CH de Grasse de mettre à profit pour l'établissement les modifications d'exercice réelles et potentielles de ses médecins :

- L'équipe de direction, lors des **comités de direction** pourrait mettre à l'ordre du jour le thème de la stratégie d'établissement pour promouvoir l'activité dans lequel s'insère l'action des médecins dans ce contexte. Le directeur des affaires financières, des affaires médicales, le directeur des services logistiques, des travaux, du contrôle de gestion pourraient mettre en place cette stratégie qui permettrait par exemple de décliner les contrats de pôles de façon à atteindre les objectifs qu'ils se seraient fixés. Au moment de l'élaboration des futurs « projets de pôle » prévus par la loi HPST et le décret du 11 juin 2010, des réunions entre chef d'établissement, directeur des affaires financières, du contrôle de gestion et des affaires médicales associés au président de la CME devraient se tenir, de manière à réaliser des propositions cohérentes avec la stratégie de l'établissement.

- La deuxième étape sera celle qui sera discutée en **directoire**, entre directeurs et médecins responsables de structure afin de mettre en cohérence la stratégie proposée par l'équipe de direction et celle souhaitée et médicalement acceptée par les équipes médicales, toujours sans perdre de vue les objectifs assignés par la tutelle à ce sujet. La création **d'une instance supplémentaire** uniquement dédiée à cette question serait bénéfique car il serait possible d'y convier également les services du contrôle de gestion et du DIM. Il s'agit peut-être d'une deuxième étape dans la procédure.

- Ce qui devra se faire par la suite de façon obligatoire, c'est **l'information de l'ensemble de la communauté médicale** des objectifs généraux, puis des objectifs individuels qui leurs sont assignés par l'intermédiaire des contrats de pôle pour lesquels ils auront au préalable été consultés en conseil de pôle. Les entretiens et l'observation sur le terrain ont témoigné de la difficulté de mise en place d'une telle circulation de l'information. Le service du contrôle de gestion pourra être un support à la diffusion de cette information ainsi qu'un relai entre les médecins chefs de pôle et les médecins « de terrain ». Néanmoins, il apparaît cohérent qu'en impulsant une volonté « politique » du chef d'établissement, il y ait une évolution positive de la communication entre médecins à ce sujet.

- Il pourrait aussi être envisagé de **remanier les pôles** de façon à les rendre plus cohérents. Les différentes réflexions des praticiens qui visent à plus de prise en compte des individualités par le souhait du retour à la structure de « service » qu'ils jugent plus pertinente ne sont pas à envisager sérieusement aujourd'hui. Il est effectivement possible de recréer le service en matière d'outils de gestion comme cela est déjà fait, de façon à ce que les médecins aient le sentiment d'avoir plus de leviers d'actions, mais le pôle reste à ce jour la structure imposée par les textes, et appropriée à la gouvernance d' un établissement public de santé. Dans la configuration actuelle, certains pôles paraissent difficilement gérables : anesthésie-réanimation associée à cardiologie et pneumologie, les urgences avec le vieillissement et la psychiatrie, l'éclatement total du plateau technique sur l'ensemble des pôles[49]. Ce mémoire n'a pas la prétention de faire des propositions de cet ordre aux dirigeants de la structure mais il est à parier que si les pôles étaient moins hétérogènes, leur gouvernance serait plus aisée.

- Dans ce contexte, les prochains **projets de pôle** qui devront être réalisés suite au décret du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activités médicales et médico-techniques devront intégrer les outils de gestion et l'implication des médecins dans leur utilisation dans le but d'adapter au mieux leurs pratiques à la T2A. Les projets de pôle se travaillent et se mettent place avec les équipes soignantes et c'est le rôle du médecin chef de pôle et du cadre soignant de pôle d'être moteur de la conduite du changement. L'exemple du CH de Montélimar montre qu'il est possible

[49] Annexe 7 : L'organisation polaire du CH de Grasse.

d'inclure dans les projets et les contrats de pôle les outils de gestion afin de rendre naturelle cette acculturation des médecins au langage de gestion[50].

La stratégie décidée au plus haut devra donc naturellement se décliner sur le terrain et être régulièrement **réévaluée par les décisionnaires et les acteurs**.

Il y a pourtant des éléments pour lesquels nous n'avons pas trouvé de réponse.

3.3 L'étude montre cependant qu'il existe des paramètres sur lesquels il est difficile d'avoir une action ou l'illusion de l'homogénéisation des financements

Les difficultés rencontrées au CH de Grasse sont le fruit d'une adaptation encore non aboutie aux contraintes organisationnelles imposées par les dispositifs législatifs et règlementaires, d'une difficulté d'installation d'un processus récent qui bouleverse les cultures hospitalières. Il n'en reste pas moins qu'il apparait plusieurs éléments pour lesquels, il n'y a pas de marge d'action pour le CH de Grasse :

- **Les différences entre les tarifs et les coûts**. Il existe en effet parfois de grosses différences entre ce que prévoyait l'ENCC et ce qui apparait dans les tarifs arrêtés par le ministère, ou certaines incohérences qui sont soulignées par exemple par les praticiens du CH de Grasse, quand on réalise que la prestation d'anesthésie est comprise dans le GHS dans le secteur public. Le CH de Grasse a souhaité participer à l'ENCC pour le calcul des tarifs d'hospitalisation à domicile (HAD). Pour ce faire, un travail important a été réalisé par le contrôle de gestion et par les équipes soignantes. Néanmoins, l'établissement est en voie d'être exclu de l'étude car les souhaits étaient de réaliser des mesures de temps infirmier à la minute près et que les équipes ne peuvent pas fournir de façon conforme à la méthode demandée. En effet, « à Paris, c'est facile, les équipes d'HAD s'arrêtent tous les 200 mètres dans un quartier pour faire des soins, mais à Grasse, parfois il faut faire 45 minutes de trajet pour faire 15 minutes de soins. Il serait plus juste d'élaborer des tarifs par région et par établissement par rapport aux spécificités de ces derniers. »[51] Ainsi, les établissements comme Grasse ne peuvent servir de référence pour les calculs et pourraient se voir appliquer un tarif pour l'HAD qui ne

[50] M-P. SOULIERS, « Les tableaux de bord des pôles, un préalable indispensable en vue d'une contractualisation cohérente et concertée. La démarche originale d'appropriation de ces outils par des projets de gestion de pôle au Centre Hospitalier de Montélimar », mémoire professionnel, filière Directeur d'Hôpital, EHESP, décembre 2009, 59 pages.
[51] Mr P.R., contrôleur de gestion au CH de Grasse

soit pas conforme à ses dépenses. Pour ce constat, seuls les pouvoirs publics ont une marge de manœuvre et les Centres Hospitaliers avec les médecins qui les composent seront contraints de s'adapter et de s'organiser en fonction. La Cour des Comptes confirme dans son rapport de septembre 2010 sur la situation financière des hôpitaux publics que la structure tarifaire a des effets qui sont parfois négatifs pour certaines spécialités et activités. « Les simulations réalisées par l'ATIH avant son introduction montrent que la nouvelle structure est défavorable au financement des activités de médecine, même après lissage, et favorable à la chirurgie et à l'obstétrique. Les séjours à sévérité lourde seront également mieux financés. Des effets différenciés sont également sensibles entre spécialités. »[52] Le rapport nous informe aussi sur le fait que l'amélioration de l'échelle des coûts est en cours mais rappelle que cette échelle n'est pas la seule à être responsable de la production des tarifs et que la révision des tarifs à la baisse pour rentrer dans une enveloppe de financement fermée a également des effets.

- **Certaines spécialités et activités ne seront jamais rentables.** En effet, l'hôpital public, en France, dispose de missions pour lesquelles la T2A paraît mal adaptée, les médecins sont très imprégnés par cette conviction. « Les hôpitaux soignent toutes les pathologies. Ils réalisent 80 % de leur activité en traitant deux fois plus de pathologies différentes que les cliniques commerciales, et prennent en charge la grande majorité des cas les plus lourds : les 50 groupes de pathologies les moins lourds sont pris en charge à 70 % par les cliniques commerciales. Les 50 groupes de pathologies les plus lourds (dont transplantations, interventions cardio-thoraciques, leucémies aigües) sont pris en charge à 70 % par les hôpitaux publics. Ainsi si l'on applique la nouvelle classification des pathologies, la simulation effectuée par l'ATIH montre que la part de l'activité réalisée par le secteur public augmente clairement avec la sévérité des cas traités. »[53] Dans ce contexte, on réalise bien qu'il existe des activités pour lesquelles la rentabilité ne peut être obtenue par ce système d'allocation de ressources. Le service réanimation, par exemple, les services de médecine qui accueillent le plus souvent des personnes âgées polypathologiques, les services qui réalisent un nombre important de consultations à un tarif public (gynécologie-obstétrique, pédiatrie notamment) en sont des illustrations.

[52] Cour des Comptes/Rapport sur l'application des Lois de Financement de la Sécurité Sociale/ « La situation financière des hôpitaux publics », septembre 2010, p. 276.
[53] Fédération Hospitalière de France (FHF), « Hôpital public, état d'alerte. L'hôpital est aujourd'hui menacé par les conditions de mise en place de la tarification à l'activité », octobre 2008.

- C'est en l'occurrence cette réflexion qui avait conduit le législateur à introduire l'enveloppe des **Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation** (MIGAC) dans le financement. On constate pourtant que **cette enveloppe ne parait pas suffisante au financement de ces missions**. D'abord seulement dans le CREA par pathologie que nous avons réalisé pour le cancer du sein. Le montant de 26 032 euros pour la réalisation du dispositif d'annonce et de la participation des établissements au dispositif du Centre de Coordination en Cancérologie (3 C) parait assez inapproprié à la mission qui consistait à prendre en charge les 44 patientes de l'étude : affectation d'une infirmière pour le dispositif d'annonce à temps partiel, une secrétaire pour les 3C, organisation des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP), des RMM, etc. On se rend compte également de cette difficulté par le fait que, cette année, l'enveloppe MIGAC est gelée et qu'elle ne sera redistribuée en fin d'année que si l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) est respecté. « Ces dépenses ont certes augmenté ces dernières années, mais cela reste largement insuffisant. Certaines activités en sont encore exclues alors qu'elles constituent bien des missions d'intérêt général »[54]. En effet, ce rapport de la FHF qui date de 2008 mettait notamment en évidence la prise en charge de la précarité et de la permanence des soins, aujourd'hui reconnues par le code de la santé publique comme des missions de service public, mais dont la valorisation financière n'est peut être pas à la hauteur de ce qu'elles coûtent. « Les dépenses liées aux seuls patients insolvables ont représenté en 2006 plus de 307 millions d'euros », pour ce qui concerne la seule prise en charge de la précarité. Enfin, le Rapport Annuel sur les Lois de Financement de la Sécurité Sociale (RALFSS)[55] sur la situation financière des hôpitaux publics de la cour des comptes de septembre 2010 précise que le mode de calcul des MIGAC n'est pas en lien avec leurs objectifs initiaux, la plupart du temps : « Un lien apparaît, au cas par cas, entre l'évolution des MIGAC et la situation financière des établissements, alors même qu'une majorité des MIGAC est censée être la rémunération objective de missions impossibles ou difficiles à tarifer dans les GHS. Toutefois, de gros établissements attribuent aux approximations présidant au mode de calcul et d'attribution des MIGAC une part notable de leurs pertes (exemple Lens, Bordeaux, Lons-le-Saunier, Arras, Corbeil). »

[54] FHF, « Hôpital public, état d'alerte. L'hôpital est aujourd'hui menacé par les conditions de mise en place de la tarification à l'activité », octobre 2008.
[55] Cour des Comptes/Rapport sur l'application des Lois de Financement de la Sécurité Sociale/ « La situation financière des hôpitaux publics », septembre 2010, p. 276.

- **Les contrôles T2A sont mal vécus par des équipes en cours d'adaptation à la T2A**. « De l'aveu même des responsables des établissements de santé, le déclenchement et le déroulement des contrôles portant sur la T2A sont encore mal vécus par les équipes, en particulier au sein du DIM. (…) Cette colère ne porte bien évidemment pas sur le principe des contrôles ni contre les organismes d'assurance maladie mais sur la mise en œuvre de ces contrôles et sur l'application stricte des textes dont la compréhension n'apparait pas d'une limpide clarté, exposant en cela les hôpitaux et les cliniques à une insécurité juridique croissante. »[56] Cela pose effectivement le problème de l'insécurité juridique et expose les établissements à des sanctions importantes. Le CH de Grasse sera soumis à son prochain contrôle T2A le 11 octobre prochain et à ce titre, la réunion régionale des Directeurs des Affaires financières qui a eu lieu le mois précédent traitait de ce sujet à l'ordre du jour. On a pu constater qu'un établissement voisin s'était vu sanctionner d'un montant de 300 000 euros pour un indu de 100 000 euros retrouvé sur la section d'analyse des médecins de la sécurité sociale, et certains établissements se retrouvent avec des sanctions d'un rapport encore plus important[57] entre la somme de l'indu et celle de la sanction. Mais cela pose aussi le problème de la démotivation des équipes avec lesquelles il a parfois été réalisé un travail important pour aboutir à une meilleure valorisation de leurs actes. Il est difficile de voir les changements de leur exercice qu'ils considèrent comme une charge supplémentaire en faveur de l'institution remis en cause pour fraude. De plus, le problème de légitimité mis en avant par de nombreux médecins refait surface ici. Les médecins généralistes contrôleurs de la sécurité sociale, qui n'ont pas soigné de patients depuis quelques temps (« il ne suffit pas d'avoir le diplôme de médecin, il faut exercer la médecine. » Dr F.L.), sont amenés à juger les décisions thérapeutiques des médecins spécialistes dans leurs domaine à l'hôpital qui exercent quotidiennement leur art. Il n'est pas évident de mettre en place la conduite du changement dans un contexte où les médecins peuvent voir leurs pratiques contestées de la sorte. Le mieux c'est effectivement de les former en même temps à la meilleure codification, en accord avec les renseignements portés au dossier mais, dans le contexte qui a été décrit précédemment, on comprend que ce n'est pas chose aisée.

- **Une différence est inéluctable entre secteur privé lucratif et secteur public**. Elle a été rapportée par les auteurs des études décrites dans le chapitre 1

[56] D. BITAR-BEAUFILS, O. YAHIA, « Contrôles externes T2A ou l'introuvable sécurité juridique », in Finances Hospitalières, Juillet-Août 2010, p.20-23.
[57] Décret no 2009-982 du 20 août 2009 relatif aux pénalités financières prévues à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale et à diverses mesures intéressant la lutte contre la fraude.

et relatée par les entretiens avec les médecins du CH de Grasse. Il semblerait dans les deux cas que les médecins du secteur public et du secteur privé à but lucratif n'aient pas la même attitude face à la T2A, la codification des actes et l'utilisation des outils de gestion. De plus il apparaît difficile de comparer les coûts entre cliniques privées à but lucratif et hôpital public pour deux raisons essentielles : « les coûts du secteur privé pour l'assurance maladie sont sous-évalués » à cause du fait qu'ils n'intègrent pas les honoraires des médecins et que « les coûts de l'hôpital public intègrent des actes externalisés par les cliniques privées », et les « coûts à la charge du patient sont plus élevés en clinique ». En effet, dans ces secteurs, les suppléments hôteliers et les dépassements d'honoraires à la charge du patient doivent peser dans le CREA et créent une inégalité de fait avec le secteur public. « Selon l'IGAS, en 2005, les praticiens exerçant en clinique ont facturé 470M€ de dépassement, et 66 % des dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés par les assurances complémentaires. Certes il existe également une activité libérale de secteur 2 à l'hôpital, mais elle est exercée par seulement 5 % des médecins publics, et les compléments d'honoraires demandés ne représentent que seulement 12 % du montant total des dépassements effectués en ville »[58]. Il existe donc, en plus de la différence de pratiques entre les deux secteurs, une différence manifeste de financements et d'origines du financement pour lesquels l'hôpital n'a pas de marge de manœuvre. De ce fait, la convergence intersectorielle qui a été introduite par l'article 17 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2005, et prévue pour 2012, conduit les deux secteurs à mener une « guerre des tarifs »[59]. En 2008, le rapport de la FHF sur l'hôpital public pointait les difficultés engendrées, selon elle, pour l'hôpital, par la convergence intersectorielle : « Mais faire converger les tarifs du public et du privé suppose que leurs missions et leurs contraintes de fonctionnement soient les mêmes, ce qui n'est pas le cas. L'alignement des tarifs du public sur ceux du privé entrainerait une baisse de près de 30% des budgets hospitaliers d'ici 2012, ce qui provoquerait un véritable démantèlement du service public et des suppressions massives d'emplois dans les établissements ». II insiste en conclusion : « Arrêter la convergence des tarifs entre hôpitaux publics et cliniques privées tant que les études préconisées par l'IGAS afin de préciser les écarts de coûts n'auront pas été réalisées ». Le report de la convergence prévue par l'article 1 de la loi HPST du 21 juillet 2009[60] a réactivé cette « guerre des tarifs ». Cette dernière renvoie la convergence à

[58] FHF, « Hôpital public, état d'alerte. L'hôpital est aujourd'hui menacé par les conditions de mise en place de la tarification à l'activité », octobre 2008
[59] C. Prieur, « Hôpital-cliniques : la guerre des tarifs aura bien lieu », *Le Monde*, 9 Juillet 2009.
[60] Loi n°2009-879 du 21 Juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

l'année 2018. Si la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) s'est insurgée en allant jusqu'à lancer une pétition nationale et un site internet proposant de comparer les coûts entre les deux secteurs[61] qui prônent la convergence en termes d'économies pour l'assurance maladie (évalué « entre 12 et 13 milliards pour l'ensemble des prestations »), il s'avère que la décision de report qui figure dans la loi HPST est bien le résultat d'une réflexion qui corrobore les conclusions du rapport de la FHF. « A ce jour, il n'est pas possible (…) de calculer l'écart de tarif résiduel, les résultats des études en la matière demeurent très partiels et incomplets. (…) Il semble qu'il s'y ajoute un motif supplémentaire tenant au questionnement sur la soutenabilité du processus pour les établissements publics, et en particulier son impact sur l'emploi ». « De façon un peu ironique, alors que le choix de la convergence procède à l'origine d'une décision politique qui a largement précédé la règle de droit, celle-ci ne venant préciser les modalités du processus que plus tardivement, une fois les textes adoptés, c'est la volonté politique de les mettre en œuvre qui, pour les raisons évoquées plus haut, fait défaut »[62]. Ces divers éléments, s'ils ne sont pas connus avec exactitude par les acteurs médicaux de terrains, sont largement pressentis : « Le pire, ce sera la convergence public-privé. La T2A profite plus au secteur privé, etc. », Mr le Président de la CME. Enfin, le RALFSS de septembre dernier réaffirme cette thèse en relatant les évolutions d'activité du secteur public : l'activité de médecine aurait fortement augmenté car soumise à une très faible concurrence privée (sauf pour la cardiologie) alors que pour la raison inverse, l'activité de chirurgie a stagné[63].

Il existe donc différents points pour lesquels l'hôpital public ne pourra que peu apporter de changement, il pourra tenter de s'adapter au mieux mais il y a des contraintes de gestion incompressibles pour lesquelles seuls des choix politiques et de société permettront d'évoluer ou de les accepter.

[61] www.hostocomparateur.com, par exemple, où il est indiqué qu'un accouchement par voie basse coûte 3073,02 euros à l'hôpital public contre seulement 2774,74 euros en clinique privée.
[62] V. Vioujas, « Le report de la convergence intersectorielle public-privé, retour sur la guerre des tarifs », in Revue De Droit Sanitaire et Social, n°6/2009, p. 1088.
[63] Cour des Comptes/Rapport sur l'application des Lois de Financement de la Sécurité Sociale/ « La situation financière des hôpitaux publics », septembre 2010, p. 282.

SYNTHESE DU CHAPITRE 3

L'impact de la T2A sur l'exercice professionnel médical assorti à la façon des médecins d'utiliser les outils de gestion n'est pas suffisant pour permettre à l'hôpital de Grasse d'améliorer sa performance financière. Les changements ne sont pas suffisamment dirigés pour leur permettre d'atteindre les buts fixés.

Il a été constaté que pour diriger un hôpital public, il fallait un directeur garant de l'intérêt général de la structure en collaboration étroite avec les médecins qui apportent leur plus value médicale à la gestion et une expertise complémentaire dans le processus de décision. Au CH de Grasse, cette collaboration existe mais elle n'est pas valorisée par son insertion dans une politique stratégique d'établissement qui porterait sur la T2A, la recherche d'efficience en accord avec l'éthique médicale.

Grâce à l'analyse de terrain, des propositions d'organisations peuvent alors être faites :

- **la personnalisation des outils de gestion,**
- **l'envoi d'un compte rendu économique mensuel,**
- **la mise en place de réunions trimestrielles avec l'équipe du contrôle de gestion, le renforcement et la localisation plus confortable de cette équipe,**
- **la formation des médecins et des directeurs.**

L'étude propose également d'afficher un positionnement institutionnel clair concernant l'activité : le codage de l'activité est un acte médical et en l'état actuel de la situation, la part variable d'intéressement à l'activité pour les médecins n'est ni souhaitable ni envisageable essentiellement pour maintenir l'équité entre médecins.

Enfin, une stratégie globale d'établissement concernant la T2A pourrait être renforcée avec institutionnalisation de la question (comités de direction, directoire et conseils de pôle, projets de pôle), de façon à pouvoir fixer clairement des objectifs, élaborer une politique en concertation avec la communauté médicale, et faire passer les informations de façon à mettre en application sur le terrain les émanations des décisions stratégiques. Les projets et les contrats de pôle doivent décliner ces objectifs dont les outils de gestion peuvent se faire le relai.

Néanmoins, l'étude a rencontré des obstacles à l'optimisation des ressources et à la rationalisation des dépenses qui n'ont pas pu être surmontés : les différences entre les tarifs et les coûts, le manque de rentabilité de certaines activités à l'hôpital public, l'insuffisance des enveloppes MIGAC, le difficile vécu des contrôles T2A et les inéluctables différences de coûts et de pratiques entre le secteur public et le secteur privé lucratif.

Conclusion

L'exercice professionnel médical a changé à plusieurs titres : dans le cœur de métier et dans l'organisation même du métier, ses perspectives d'insertion dans l'institution hospitalière et son pouvoir politique. Les changements qui se sont révélés dans les années qui ont suivi la mise en place de la T2A représentent un enjeu très important, celui de faire collaborer les médecins, communauté culturellement hippocratique, dans le sens de l'amélioration de la performance hospitalière, dont ils sont les promoteurs.

S'il était nécessaire de concerner les médecins dans l'analyse et le contrôle de gestion, il a été constaté qu'il leur fallait une prise en charge plus individualisée et donc plus adaptée à leur culture. Le binôme médecin/directeur qui avait présidé à la mise en place de la nouvelle gouvernance en 2005 se voit réaffirmé dans ce mémoire et la collaboration des deux structures professionnelles dans leur complémentarité s'est révélée indispensable à la direction cohérente des établissements de santé. Il s'agit d'un bouleversement culturel qui s'est abattu sur l'hôpital et dont l'ensemble des réformes hospitalières de cette époque sont à l'origine.

Il apparaît dans l'étude que les médecins ont interagi avec ces réformes, mais qu'ils conservent leur éthique médicale malgré la tentation qui aurait pu être la leur de la rentabilité à tout prix. Les médecins ne changent pas leurs décisions thérapeutiques. Ils essayent simplement d'adapter leurs choix, une fois cette décision prise, de façon à ce qu'ils pèsent le moins possible économiquement sur la structure. Et si ce n'est pas possible d'être économiquement performant avec un patient, le choix de la rentabilité ne sera pas fait. Mais il existe un autre moyen de rationaliser les coûts, il s'agit d'acculturer les médecins au contrôle de gestion et à l'utilisation des outils prévus à cet effet ou créés spécialement pour eux.

Contre toutes les attentes, la presque totalité de la communauté médicale a semblé prête à s'intéresser à la gestion et aux outils associés à l'hôpital de Grasse. Du plus intéressé à celui qui demande des formations, un partenariat ou des outils adaptés à sa pratique, les médecins grassois ont montré un intérêt et une motivation à agir dans ce contexte si on leur apportait l'aide nécessaire.

L'intérêt des médecins n'est aujourd'hui malheureusement pas suffisant pour améliorer l'efficience économique de l'établissement pour deux raisons, celles qui concernent les marges de manœuvre politiques, organisationnelles et pédagogiques de

l'établissement et celles qui sont de l'ordre de la fixation des tarifs et de la mise en application effective des missions de service public dévolues à l'hôpital.

« A la fin de 2008, les déficits cumulés sur trois ans atteignaient, dans les établissements déficitaires soumis à la T2A, -2 370 M€. (…) Le choix de faire correspondre les ressources des hôpitaux avec le produit valorisé de leur activité (pour la médecine, la chirurgie et l'obstétrique, MCO, dans un premier temps) a conduit à faire apparaître un écart entre charges et produits. A ainsi été révélé dans les comptes des établissements un déficit qui pesait auparavant sur l'assurance maladie, à travers la dotation globale aux hôpitaux. Ce choix, qui peut éventuellement entraîner des coûts de refinancement plus élevés, se justifie par la volonté de contraindre les établissements à se restructurer et à accroître leur productivité. »[64] Ainsi, les déficits qui sont apparus dans les établissements pouvaient avoir des origines anciennes et le but de la T2A était bien de contraindre les établissements à se réorganiser pour tendre vers une meilleure efficience économique. En effet, de nombreux établissements ont à ce jour signé un Contrat de Retour à l'Equilibre Financier (CREF). Il est étonnant de constater ce qui apparemment justifie le CREF. « La DGOS suivait, à la fin de 2009, 238 établissements engagés dans une procédure de retour à l'équilibre financier, dont 165 avaient signé un contrat. Les CREF examinés dans le cadre de l'enquête donnent le sentiment d'avoir été en réalité élaborés pour justifier formellement le versement d'aides souvent importantes. »[65] On réalise alors que la priorité étant de verser une aide aux établissements, la justification en est le CREF et la corrélation avec le passage en mode de financementT2A est manifeste.

Il n'en reste pas moins que malgré la mise en place d'une stratégie centrée sur la valorisation de l'activité et la contrainte imposée implicitement par ce mode d'allocation de ressources, des études l'ont montré, dans la plupart des établissements, la carence ne porte pas tant sur l'évolution de l'activité que sur le codage ou la chaîne de facturation-recouvrement et des actions sont nécessaires auprès des médecins pour obtenir un résultat à ce niveau. « La mise en œuvre de la T2A a rendu cruciale pour l'équilibre financier l'étape de valorisation de l'activité ; elle l'a également soumise à une complexité nouvelle. La tâche n'est pas simple pour les praticiens, théoriquement en charge du codage des actes, au point qu'elle a souvent commencé par être centralisée à la direction de l'information médicale (DIM) et qu'elle reste sujette à contrôles et redressements par celle-ci. Actuellement, la répartition des tâches est hétérogène, parfois au sein même des

[64] Cour des Comptes/Rapport sur l'application des Lois de Financement de la Sécurité Sociale/ « La situation financière des hôpitaux publics », septembre 2010.
[65] Cour des Comptes/Rapport sur l'application des Lois de Financement de la Sécurité Sociale/ « La situation financière des hôpitaux publics », septembre 2010.

établissements. En tout état de cause, elle mérite des actions de formation, des outils de pilotage (…). »[66]

Enfin, les efforts des établissements et notamment des médecins ne devraient pas être amoindris par une baisse des tarifs, comme cela s'est produit l'année dernière, par exemple. Au CH de Grasse, un indicateur qui avait été retenu pour l'élaboration des contrats de pôle était le chiffre d'affaires annuel. La part d'intéressement collectif du pôle a dû être attribuée même à des pôles dont le chiffre d'affaires n'avait pas augmenté car ils ont été pénalisés par la baisse des tarifs sur laquelle ils n'ont, effectivement, aucun contrôle. Le Dr D.P. en a bien conscience : « On nous baissera les tarifs si on fait trop d'activité ». Le RALFSS de septembre 2010 l'avoue également : « (…) sous réserve naturellement que d'éventuelles augmentations de recettes des établissements ne soient pas intégralement reprises par les modifications des tarifs nationaux. De fait, si l'on se situe au niveau agrégé de l'ensemble des établissements, ces progrès sont anticipés et les tarifs ajustés à la baisse pour en compenser l'effet. »[67] Il existe donc un paradoxe dans les injonctions que contient l'actuel système de tarification qui incite effectivement les médecins à plus d'activité pour obtenir un EPRD satisfaisant, alors que par le jeu de l'effet prix/volume les tarifs seront appelés à baisser par réajustement pour se partager une enveloppe fermée.

Les établissements devront donc pour coller aux attentes qui ont présidé à la mise en place de la T2A et l'élaboration des outils de gestion, augmenter leurs recettes, pas tant par l'augmentation de l'activité que par l'amélioration de la chaîne codage-facturation-recouvrement dans laquelle les médecins ont donc un rôle primordial à jouer. Ils devront aussi agir sur la gestion des dépenses, celles de personnel étant les plus importantes (dont les dépenses pèsent entre 60 et 70% des dépenses totales des établissements) et pour lesquelles il sera nécessaire d'agir par une politique de ressources humaines adaptée (gestion de l'absentéisme, optimisation des recrutements, etc.).

Cette étude a montré que le directeur seul ne peut pas réaliser ces ajustements, qu'il a besoin des médecins, de leur implication dans la gestion de l'établissement pour autoriser l'application d'une réelle stratégie permettant de réduire au maximum les pertes et de valoriser les ressources. Les médecins sont prêts à apporter leur aide et l'enjeu de leur collaboration réside dans l'optimisation des marges de manœuvres qui sont offertes aux établissements.

[66] Cour des Comptes/Rapport sur l'application des Lois de Financement de la Sécurité Sociale/ « La situation financière des hôpitaux publics », septembre 2010.
[67] Cour des Comptes/Rapport sur l'application des Lois de Financement de la Sécurité Sociale/ « La situation financière des hôpitaux publics », septembre 2010.

On l'a vu, l'éthique et le comportement des médecins sont le fruit d'une longue tradition qu'il n'est pas souhaitable de changer eu égard aux conséquences qu'elle engendre. Il s'agit de la promotion d'un système de soins basé sur la primauté de la vie humaine et non sur l'efficience économique au détriment de la précédente. C'est une chance pour la France d'hériter d'une tradition médicale si empreinte de valeurs humaines. Néanmoins, il ne faut pas perdre de vue que le système est contraint, qu'il est soumis à concurrence et qu'il pourrait arriver aujourd'hui à une remise en question politique de son utilité basée sur des choix reposant sur des théories d'économie de la santé différentes de celles qui existent aujourd'hui et dont la thèse principale est l'investissement dans le capital humain. Il est donc nécessaire, pour les directeurs et les médecins engagés dans la préservation du service public hospitalier et des missions qui lui sont dévolues depuis l'après-guerre, de mettre en œuvre tous les moyens qui sont en leur possession pour prouver aux décideurs leurs aptitudes de réactivité et d'optimisation des moyens qui sont à leur disposition dans le respect des missions qui leurs sont confiées. Les médecins l'ont compris, ils sont prêts à jouer leur rôle et à faire évoluer cette tradition, même si pour ce faire, il sera obligatoire de prendre du temps, de construire ce futur pour lequel les bases sont posées depuis les années 80 en France.

Selon le rapport de la FHF[68], « les français plébiscitent l'hôpital public ». Un sondage TNS Sofres, publié en mai 2008, 81% des Français sont satisfaits de l'hôpital public. Ce résultat est particulièrement significatif puisque plus de trois Français sur quatre ont dû s'y rendre au cours des douze derniers mois (pour eux ou pour un proche) ».

En effet, comme l'affirme Didier Tabuteau, « la voie du renouveau du service public hospitalier est à notre portée. (…) L'hôpital conserve auprès de la population l'essentiel de son prestige et une image d'excellence. Un sondage réalisé en novembre 2005 en faisait le service public préféré des français. (…) Malgré les accusations d'opacité, les accidents médicaux révélés par la presse, la rudesse de l'accueil dans certains services, les interminables files d'attente aux caisses hospitalières, l'hôpital bénéficie dans toutes les enquêtes d'opinion d'une cote d'amour indéniable. L'afflux aux urgences, les prouesses médicales qu'il réalise, l'attachement du public à ses personnels sont autant d'atouts pour réussir la mue sans laquelle le brontosaure hospitalier ne survivra pas aux séismes climatiques qui s'annoncent sur la santé. »[69]

[68] FHF, « Hôpital public, état d'alerte. L'hôpital est aujourd'hui menacé par les conditions de mise en place de la tarification à l'activité », octobre 2008.
[69] Didier Tabuteau, « Les contes de Ségur- Les coulisses de la politique de santé (1988-2006) », Ophrys santé, 2006, p. 318.

Il est donc important de mettre rapidement en œuvre les mesures organisationnelles en leur possession permettant autant que faire se peut d'améliorer l'efficience hospitalière de façon à perpétuer le plus longtemps possible les raisons qui ont motivé les directeurs actuellement en poste pour exercer ce métier, à savoir offrir à la population d'un territoire un outil de soins performant, durable et accessible à tous.

Ce travail a été très utile à plusieurs égards. Dans un premier temps, l'élaboration des contrats de pôle, l'intérim de direction des affaires médicales et des ressources humaines et la réalisation des entretiens médicaux sur ce sujet précisément permettent de se rendre compte de la nécessité et du grand intérêt que les directeurs ont à se rapprocher des médecins pour gérer « en bonne intelligence » un établissement public de santé. Dans un deuxième temps, la réflexion nécessaire à la rédaction de ce mémoire a été riche en termes d'enseignements pour l'exercice professionnel futur d'un directeur d'hôpital.

Bibliographie

Ouvrages :

- **A. BERESNIAK, G. DURU**, Abrégé d'économie de la santé, éditions MASSON, 6ième édition, 2008, 200 pages

- **D. BENAMOUZIG**, La santé au miroir de l'économie, PUF, 2005, 457 pages

- **P-L. BRAS, G. de POUVOURVILLE, D. TABUTEAU**, Traité d'Economie et de Gestion de la Santé, Presses Sciences Po., 2009, 550 pages

- **F. BOURDILLON, G. BRÜCKER et D. TABUTEAU**, Traité de Santé Publique, Médecine-Sciences Flammarion, 2ième édition, 2007, 745 pages

- **A. EHRENBERG** : La fatigue d'être soi, Odile Jacob, 1998, 414 pages

- **A. EHRENBERG** : Le culte de la performance, Hachette littérature, 1991, 323 pages

- **B. BONNICI** : « L'hôpital, obligation de soins, contraintes budgétaires », La documentation française, 2007, 185 pages

- **D. TABUTEAU**, « Les contes de Ségur- Les coulisses de la politique de santé (1988-2006) », Ophrys santé, 2006, 420 pages

- **M. de MONTALEMBERT** : « La protection sociale en France », les notices de la documentation française, 2004, 190 pages

- **DICTIONNAIRE DES TERMES DE MEDECINE**, Garnier Delamare, Maloine, 24ième édition, 1095 pages

Articles spécialisées :

- **C. BERAUD,** « Les transformations du système de soins au cours des vingt dernières années : point de vue d'un acteur », Sciences sociales et santé, vol.20 n°4, décembre 2002, p.37-73.

- **D. BITAR-BEAUFILS, O. YAHIA**, « Contrôles externes T2A ou l'introuvable sécurité juridique », Finances Hospitalières, Juillet-Août 2010, p.20-23.

- **M. PEPIN** et **J-C. MOISDON**, « Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé », Dossiers Solidarité et Santé, n°16/2010.

- **M-D. GHEORGHIU, D. GUILLEMOT, F. MOATTY**, « Ressources Humaines et Tarification à l'activité, changements organisationnels et mise en place de la T2A dans les établissements hospitaliers français », DRESS, document de travail, 2010, Centre d'Etude pour l'Emploi.

- **Dr M. CAUTERMAN, N. BIRON et J-C. MOISDON**, « Pilotage opérationnel des pôles : l'étape d'après », MEAH, rapport de phase 1, janvier 2008 et rapport final, janvier 2009.

- **A. VERGNENEGRE**, « Prescription de la chimiothérapie orale : comment valoriser cet acte spécifique du cancérologue avec le nouveau mode de financement T2A », Le nouveau cancérologue, volume 1 N°3, juillet-août -septembre 2008, p. 125

Rapports :

- **Cour des Comptes/Rapport sur l'application des Lois de Financement de la Sécurité Sociale/ « La situation financière des hôpitaux publics »**, septembre 2010, « La situation financière des hôpitaux publics », septembre 2010.

- **Rapport de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur le fonctionnement de l'hôpital,** présenté par Mr. Jean Mallot, député, Assemblée Nationale, n° 2556, 26 mai 2006.

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

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

Documentation générale sur la comptabilité analytique et la T2A :

- **Guide méthodologique ENCC**

- **ATIH, Principaux Résultats issus des données de coûts, ENC Ex-DG 2008**

- **MEAH**, Nouvelle Gouvernance et comptabilité analytique par pôle, éditions berger-Levrault et presses EHESP, 2009, 141 pages

- **J. GROLIER, Y. PERAR, P. PEYRET**, Comptabilité analytique hospitalière et T2A, éditions EHESP, 2008, 327 pages

- **J. GROLIER, C-A. DOUSSOT-LAYNAUD, P. PEYRET** EPRD, gestion budgétaire et comptable des Etablissements de santé, presses EHESP, 2009, 544 pages

Doctrine :

- **V. VIOUJAS**, « Le report de la convergence intersectorielle public-privé, retour sur la guerre des tarifs », Revue De Droit Sanitaire et Social, n°6/2009, p. 1075-1088.

- **V. VIOUJAS**, « La « nouvelle » nouvelle gouvernance hospitalière après la loi HPST, une autonomie de plus en plus contrôlée », Revue Générale de Droit Médical, n°33/2009, p.69-96.

Sites internet :

- **www.atih.fr**
- **www.legifrance.fr**
- **www.ehesp.fr**
- **www.hostocomparateur.com**

Mémoire consulté :

- **M-P. SOULIERS**, « Les tableaux de bord des pôles, un préalable indispensable en vue d'une contractualisation cohérente et concertée. La démarche originale d'appropriation de ces outils par des projets de gestion de pôle au Centre Hospitalier de Montélimar », mémoire professionnel, filière Directeur d'Hôpital, EHESP, décembre 2009, 59 pages.

Liste des annexes

Annexe 1 : Grille d'entretiens semi-directifs Personnel Médicaux

Annexe 2 : Analyse des réponses grille d'entretiens semi directifs Personnels Médicaux

Annexe 3 : Outils de gestion du CH de Grasse

Annexe 4 : CREA par pathologie et par prise en charge, l'exemple du cancer du sein

Annexe 5 : Tableau de bord demandé par le nouveau chef d'établissement, août 2010

Annexe 6 : Le Pôle Femme-Mère-Enfant

Annexe 7 : L'organisation polaire du CH de Grasse

Annexe 8 : Exemple d'un contrat de pôle

Annexe 9 : Organigramme de direction du CH de Grasse

Annexe 10 : Coût Opération Bâtiment FME

Annexe 1

GRILLE D'ENTRETIENS SEMI-DIRECIFS PERSONNELS MEDICAUX

Ce travail est réalisé en collaboration avec le Centre de Gestion Scientifique de l'Ecole Nationale Supérieure des Mines de Paris.
La tarification à l'activité a bouleversé les modes de fonctionnement hospitaliers et notamment celui des médecins.
Ces derniers se retrouvent face à la modification de leur métier par la nécessité de prendre en compte dans l'exercice de leur profession au quotidien des outils de gestion administrative et financière pour répondre à des objectifs d'efficience et de performance. C'est dans ce contexte que j'ai décidé d'effectuer un mémoire sur ce sujet.
Ainsi, des entretiens avec les médecins de cet établissement me permettront d'avancer dans ma recherche.

1. Connaissez-vous les outils de gestion permettant de faire du contrôle de gestion à l'hôpital de Grasse? Qu'est-ce qu'un Compte de Résultat Analytique ? TCCM, tableaux de bord de pilotage ?

2. Les utilisez-vous ?

3. Les trouvez-vous intéressants et utiles ?

4. Si oui comment et quand ? Si non, pourquoi ?

5. Ressentez-vous le besoin d'avoir une formation pour les utiliser ?

6. Connaissez-vous l'impact de la T2A sur le travail des médecins dans les structures privées ? Y'en a-t-il un et si oui, lequel ? Est-il différent à l'hôpital public ?

7. Le passage en T2A a-t-il eu un impact sur vos décisions thérapeutiques ?
   Si oui, lequel ?

8. Ressentez-vous votre exercice médical modifié par ce changement d'allocation de ressources pour l'hôpital public?

9. Voyez-vous une différence dans l'utilisation des outils de gestion par le corps médical et l'équipe de direction ?

10. Comment voyez-vous l'évolution de vos pratiques à l'hôpital public dans le cadre des évolutions réglementaires concernant la T2A?

11. Avez-vous des remarques à faire à ce sujet ?

Annexe 2

Analyse des réponses grille d'entretien semi directif personnels médicaux
(Président de la CME, 4 chefs de pôle (sur 6), 2 chefs de service et 12 praticiens hospitaliers
Spécialités : gynécologie-obstétrique, chirurgie orthopédique, viscérale et urologique, urgentistes, internistes, pédiatres, anesthésistes, réanimateurs, gériatres, rhumatologues, pneumologues, DIM)

Question 1, 2, 3 et 4 :
(Connaissez-vous les outils de gestion ? Les trouvez-vous intéressants ? Les utilisez-vous ? Si oui, quand et comment ? Si non, pourquoi ?)

42% des praticiens interrogés (8 sur 19) ne connaissent pas les outils de gestion
Parmi les 58% restants, seulement 27% (3 praticiens, dont la responsabilité est chef de pôle) les utilisent.

Ils trouvent ces instruments intéressants dans 84% des cas.

Quand ils les utilisent, plusieurs raisons sont évoquées :
- dans l'intérêt de la structure (100%)
- par intérêt personnel : un seul praticien chef de pôle.

A chaque fois (100%), ils disent les utiliser au moment du dialogue de gestion et pour vérifier les résultats du pôle. En moyenne une fois par an.

Quand ils ne les utilisent pas :
- trop compliqué (27%)
- pas adapté à sa pratique (36%)
- pas de pouvoir en tant que médecin (une personne)
- pas d'intérêt pour son service (médecin DIM)
- contre politiquement (une personne).

Question n°5 :
(Ressentez-vous le besoin d'avoir une formation pour utiliser les outils de gestion ?)

68% des praticiens répondent oui. Ils précisent parler à minima d'une formation ou d'une explication par les équipes de la direction des finances.
Quand ils disent non, (32% des cas), dans 50% des cas, c'est parce qu'ils estiment être au point sur la question.
Donc, il n'y a réellement que 16% des praticiens interrogés qui ne s'intéressent pas aux outils de gestion.

Question n°6 :
(Connaissez-vous l'impact de la T2A sur le travail des médecins dans les structures privées à but lucratif ? Quel est-il ? Est-il différent à l'hôpital public ?)

Une seule personne n'a pas d'avis. 100% des autres pensent que la T2A a eu un impact sur les médecins dans les structures privées.
L'impact cité est :
- amélioration du codage des actes (58%) et le motif invoqué est que soit une personne est dédiée au codage, soit les médecins le font bien car leur salaire en dépend.
- Accumulation d'actes et de patients rentables au détriment des autres : 47%.

Des praticiens précisent qu'on ne retrouve pas les patients qu'ils soignent dans le secteur privé : 42% (PH de Réanimation, Pneumologie, médecines…).

A la question, est-ce différent à l'hôpital public, seulement 2 praticiens répondent non. 90% des praticiens interrogés pensent donc qu'il y a une différence d'impact de la T2A entre le secteur public et le secteur privé et que l'impact est moindre dans le public.

Questions n°7 et 8 :
(Le passage à la T2A a-t-il modifié vos décisions thérapeutiques ? et a-t-il eu un impact sur votre exercice professionnel au quotidien ?)

A la question sur la modification des décisions thérapeutiques par la T2A, 90% des médecins répondent non. L'éthique médicale passe avant dans tous les cas pour eux.
Quand il est répondu oui, deux précisions sont apportées :

- plus le même profil de recrutement des patients (moins de patients âgés qui restent hospitalisés longtemps)
- choix de traitements différents qui rapportent plus, sans que ce soit délétère pour le patient.

A la question de l'impact sur l'exercice en général, la réponse est oui à 79% en donnant les exemples suivants :

- meilleure valorisation de l'activité, meilleur codage (diagnostic associés, exhaustivité, etc.)
- optimisation de la DMS
- optimisation des plages opératoires
- réorganisation des services
- adaptation à la tarification : circulaire frontière, circuit de prise en charge des patients, nombre d'examens en consultation limité à deux, etc.
- multiplication d'examens, parfois reconnu inutiles
- changement de métier : administratif, plus de travail
- blues des anesthésistes : pas de valorisation de leur activité dans le service public (« les anesthésistes sont des gens qui coûtent ou qui dépendent »).

Quand la réponse est non (21%), c'est que les médecins souhaitent résister à ce changement ou qu'ils ne peuvent s'y plier car trop de contraintes liées au service public hospitalier (pas de structure d'aval pour les sorties de médecine, codage trop compliqué en réanimation, etc.).

Question n°9 :
(Voyez-vous une différence entre l'utilisation des outils de gestion par les médecins et par les administratifs ?)

A cette question presque 100% des praticiens ont répondu oui (un seul a dit non). Le principal motif est de dire que la culture médicale est de soigner et que la culture des gestionnaires est de gérer.

Question n°10 :
(Comment voyez-vous l'évolution de vos pratiques à l'hôpital public dans le contexte des réformes actuelles ?)

- augmentation de l'activité et de sa valorisation : 21%
- il faut un directeur pour gérer, le médecin ne veut que soigner et pas gérer : 42%
- un partenariat, un partage de connaissances : 58%
- des réunions régulières pour comprendre les outils de gestion et les baisses d'activité: 58%
- les directeurs doivent être médecins : 16%
- l'activité va baisser : 1 personne.

Question n°11 :

(Avez-vous des remarques à faire à ce sujet ?)

L'essentiel des remarques :

- La qualité du travail médical n'est pas assez prise en compte dans la T2A
- Les médecins sont individualistes, ils ont la culture du « colloque singulier » et il est difficile de les fédérer pour travailler en groupe
- La T2A ressemble à un « fliquage » du travail des médecins et de leur activité
- Le temps auprès du patient ne doit pas être sacrifié au profit du temps passé à gérer
- Un agent paramédical devrait coder à la place des médecins, comme dans certaines structures privées, ce qui serait plus rentable pour la structure
- Les CREA par pathologies et par prise en charge médicale seraient plus intéressants pour certains médecins mais les CREA par pôle et par service ne doivent pas être abandonnés
- La part variable de rémunération à l'activité du praticien serait un élément d'amélioration de la productivité pour certains (surtout les chirurgiens), et une dangereuse dérive pour d'autres de la T2A
- Ils sont tous intéressés par des réunions avec la direction des finances et le contrôle de gestion pour parler de leur productivité à eux : praticien par praticien
- Les outils de gestion donnent un pouvoir de décision au praticien : ils lui permettent d'avoir des exigences auprès de la direction, ils permettent aussi de prendre des décisions médicales par rapport à ce que ça coûte ou ce que ça rapporte à l'hôpital
- Les médecins doivent s'approprier les outils de gestion pour les utiliser à leur avantage
- Les anesthésistes se plaignent de ne pas voir de valorisation de leur activité dans le secteur public
- Le temps relationnel n'est pas valorisé par la T2A
- L'amalgame ne doit pas être fait entre les structures privées et l'hôpital public : pas les mêmes buts ni les mêmes missions
- Le médecin apporte une vision particulière qui doit enrichir la vision stratégique du directeur
- Il y a un déficit de circulation de l'information entre les médecins qui ont des responsabilités dans la structure et les autres, le chef de pôle doit être un intermédiaire. Il y a un déficit organisationnel dans ce domaine.
- La T2A incite à la multiplication d'actes parfois sans service médical rendu pour le patient et à intervenir plus souvent alors qu'avant on se permettait d'observer pendant quelques temps avant d'opérer
- Il est difficile de recruter des médecins à l'hôpital en partie à cause du traitement jugé trop faible alors que les contraintes administratives augmentent
- Le DIM est devenu la pierre angulaire de l'hôpital
- Ce qui intéresse les médecins, au bout du compte c'est toujours de soigner
- La gestion par pôle a abouti à la faiblesse de la CME et à la solitude des médecins
- La T2A est mal adaptée à la pratique médicale : un très bon médecin qui diagnostique vite une maladie rare sans examen rapporte moins à l'hôpital qu'un mauvais médecin qui ne trouvera pas le diagnostic et qui fait pratiquer plusieurs examens. Avant, le bon chirurgien c'était celui qui n'opérait pas, aujourd'hui, c'est le contraire
- A l'hôpital on n'a pas les mêmes patients qu'en privé, les insuffisants respiratoires et les personnes âgées ne sont pas assez rentables pour être soignés en clinique.
- Il est difficile de voir que son activité n'est pas rémunérée à la hauteur de ce que l'on croit. Ce qui a modifié le plus l'exercice professionnel médical, c'est la nouvelle gouvernance et non la T2A toute seule. La participation des médecins à la gestion, c'est « une mainmise sur le pouvoir médical, il s'agit d'une prise de pouvoir de l'administration ». Avoir en face de soi 30 médecins chefs de service nommés par le ministre ou 5 chefs de pôle désignés est une façon de diluer le pouvoir.

Annexe 3

Outils de gestion du CH de Grasse

CREA - Compte de REsultat Analytique

CH GRASSE

1 - Filtrez d'abord par pôle : **POLE A - FEMME MERE ENFANT**

2 - Puis sélectionnez le service ou l'UF : **TOUT LE POLE**

Données 2009 cumulées au mois 12

DEPENSES	2009	2008	2007	%
Personnel médical	1 581 443	1 686 677	1 581 364	-6%
Personnel non médical	6 358 061	6 326 184	6 098 572	1%
Dépenses de personnel	**7 939 504**	**8 012 860**	**7 679 936**	**-1%**
Fournitures, matériel médical et entretien du matériel	314 104	307 240	203 218	2%
Consommations pharmaceutiques & Gaz médicaux	130 624	134 730	153 113	-3%
DMIO - Dispositifs Médicaux Implantables Onéreux	5 166	4 604	29 058	12%
Molécules Onéreuses	696	18 096	2 050	-96%
Services extérieurs à caractère médical et social	341 644	378 478	376 699	-10%
Dépenses à caractère médical	**792 234**	**843 148**	**764 138**	**-6%**
Consommables & Fournitures hôtelières	52 149	56 406	55 251	-8%
Matières premières & Energies	0	0	0	
Blanchisserie & Habillement	106 351	116 710	107 313	-9%
Restauration & Diététique	218 801	273 672	278 831	-20%
Transports, Courrier & Communications	37 857	46 519	46 548	-19%
Nettoyage, Entretien, Maintenance et Assurance	46 006	42 453	65 787	8%
Autres charges gestion, fiscalité	5 477	7 802	38 499	-30%
Dépenses à caractère hôtelier et général	**466 641**	**543 562**	**592 229**	**-14%**
Charges financières & exceptionnelles	914	5 869	2 860	-84%
Dotations amortissements et provisions	87 713	114 017	0	-23%
Dépenses d'amortissement & financières	**88 627**	**119 886**	**2 860**	**-26%**
TOTAL DEPENSES DIRECTES	**9 287 007**	**9 519 456**	**9 039 163**	**-2%**
Biomédical	21 245	5 874	44 811	
Dépôt de sang	17 625	18 978	20 884	-7%
Pharmacie	51 755	77 269	109 817	-33%
Stérilisation	12 249	16 514	13 231	-26%
Explo. Fonctionnelles (EEG-ECG, Pneumo, Digest.)	41 281	29 822	146 983	38%
Laboratoire	426 316	392 875	369 158	9%
Imagerie médicale	150 038	170 446	135 705	-12%
Anesthésiologie	1 205 871	1 334 179	1 297 017	-10%
Bloc Opératoire	1 003 251	1 278 711	1 368 882	-22%
Bloc Obstétrical	967 385	998 346	967 723	-3%
SMUR	-26 129	-32 688	-22 446	-20%
Accueil des Urgences	90 267	184 153	181 933	-51%
TOTAL DEPENSES INDUITES MEDICO TECHNIQUE	**3 961 155**	**4 474 481**	**4 633 699**	**-11%**
Blanchisserie	11 175	4 502	10 003	148%
Restauration & Diététique	105 112	127 127	139 976	-17%
Transports (coursiers et chauffeurs)	47 633	40 792	54 386	17%
Entretien & nettoyage des locaux, chambre mortuaire	178 285	160 294	144 035	11%
Courrier	21 529	30 270	29 951	-29%
TOTAL DEPENSES INDUITES LOGISTIQUE	**363 733**	**362 985**	**378 351**	**0%**
S.I.M	99 658	95 231	93 728	5%
Hygiène	85 045	101 450	85 974	-16%
Dépenses Pôle Santé Publique	**184 703**	**196 680**	**179 702**	**-6%**
Finances & Qualité	86 217	102 670	-97 241	-16%
Bureau des admissions	350 379	343 043	306 629	2%
Service social, tutelles, PASS	37 956	28 942	47 476	31%
Informatique, standard	230 656	230 795	222 674	0%
Dépenses Pôle Finances, Qualité, Système Info	**705 210**	**705 450**	**479 538**	**0%**
Direction des Soins	33 948	32 800	32 042	4%
DRH & Affaires Médicales	258 131	241 828	301 127	7%
Direction des Services Economiques, 3C	43 638	31 980	85 994	36%
Dépenses Pôle Ressources	**335 717**	**306 608**	**419 162**	**9%**
Travaux, maintenance, services techniques	377 899	476 512	174 954	-21%
Bâtiments, jardins et gestion des déchets	245 828	248 078	657 765	-1%
Sécurité incendie et gardiennage	56 310	64 600	54 861	-13%
Dépenses Pôle Travaux & Services Techniques	**680 038**	**789 191**	**887 580**	**-14%**
Direction Générale & Aumônerie	-178 823	-36 615	34 916	
TOTAL DEPENSES INDIRECTES	**1 726 844**	**1 961 314**	**2 000 898**	**-12%**
TOTAL DEPENSES	**15 338 739**	**16 318 236**	**16 052 111**	**-6%**

RECETTES	2009	2008	2007	%
Valorisation des GHS	11 200 467	11 931 542	12 036 830	-6%
dont :				
Valorisation Séjours moins de 2 nuits	*1 829 266*	*835 172*	*1 118 346*	*119%*
Valorisation Séjours plus de 2 nuits	*9 371 201*	*11 096 369*	*10 918 484*	*-16%*
Suppléments néonatalogie	316 295	544 980	479 052	-42%
Suppléments réanimation	0	0	0	
Suppléments soins intensifs	298 197	38 620	0	
Suppléments surveillance continue	0	0	0	
Valorisation des séjours (A)	**11 814 958**	**12 615 142**	**12 515 882**	**-6%**
Actes externes CCAM et NGAP	922 177	810 751	687 334	14%
IVG	76 609	98 603	104 987	-22%
Forfaits techniques	0	0	0	
Passage urgences (ATU)	15 727	23 013	0	-32%
HAD	0	0	0	
Recettes T2A autres (B)	**1 014 513**	**932 367**	**792 321**	**9%**
DMI T2A	33 878	31 201	40 653	9%
Molécules onéreuses	7 921	28 346	1 915	-72%
Recettes financées en sus de la T2A (C)	**41 799**	**59 546**	**42 568**	**-30%**
Total recettes T2A (A)+(B)+(C)	**12 871 270**	**13 607 055**	**13 350 771**	**-5%**
MIGAC	391 877	410 248	393 698	-4%
DAF & Dotation Etablissement	0	0	0	
Forfait Annuel Urgences (FAU)	0	0	0	
Forfait Hébergement	0	0	0	
Dotation Soins	0	0	0	
Forfait Dépendance	0	0	0	
Total recettes autres financements	**391 877**	**410 248**	**393 698**	**-4%**
Titre 1 - Produits versés par l'assurance maladie	**13 263 147**	**13 917 303**	**13 744 469**	**-5%**
Tickets modérateurs	696 293	733 431	594 829	-5%
Forfaits journaliers	151 776	157 216	154 008	-3%
Autres prestations	257 592	217 006	192 383	19%
Titre 2 - Autres produits de l'activité hospitalière	**1 105 662**	**1 107 653**	**941 219**	**0%**
Produits financiers & exceptionnels	39 341	39 147	15 368	0%
Reprises sur dotations et provisions	0	0	0	
Remboursements rémunérations	28 323	103 275	4 210	-73%
Vente de produits & autres produits	99 140	70 793	66 543	40%
Titre 3 - Autres produits & Recettes subsidiaires	**166 805**	**213 215**	**86 121**	**-22%**
Prestations d'hébergement	24 885	99 511	-283 665	-75%
Prestations de consultations interservices	4 839	0	0	
Recettes de prise en charge aux urgences	0	0	0	
Recettes des prestations interpôles	**29 723**	**99 511**	**-283 665**	**-70%**
TOTAL RECETTES	**14 565 336**	**15 337 682**	**14 488 143**	**-5%**
CONTRIBUTION FINANCIERE	**-773 402**	**-980 554**	**-1 563 968**	**-21%**

CREA - Compte de REsultat Analytique

CH GRASSE

1 - Filtrez d'abord par pôle : **POLE A - FEMME MERE ENFANT**

2 - Puis sélectionnez le service ou l'UF : **1760 - GYNECOLOGIE**

Données 2009 cumulées au mois 12

DEPENSES	2009	2008	2007	%
Personnel médical	619 890	543 089	526 241	14%
Personnel non médical	1 368 819	1 449 158	1 274 981	-6%
Dépenses de personnel	**1 988 709**	**1 992 246**	**1 801 222**	**0%**
Fournitures, matériel médical et entretien du matériel	167 299	150 235	64 204	11%
Consommations pharmaceutiques & Gaz médicaux	44 427	49 647	53 507	-11%
DMIO - Dispositifs Médicaux Implantables Onéreux	5 166	4 604	29 058	12%
Molécules Onéreuses	0	0	0	
Services extérieurs à caractère médical et social	182 128	184 427	171 471	-1%
Dépenses à caractère médical	**399 020**	**388 914**	**318 240**	**3%**
Consommables & Fournitures hôtelières	29 914	29 881	26 254	0%
Matières premières & Energies	0	0	0	
Blanchisserie & Habillement	20 987	23 013	21 338	-9%
Restauration & Diététique	46 406	62 666	64 698	-26%
Transports, Courrier & Communications	14 061	10 903	9 147	29%
Nettoyage, Entretien, Maintenance et Assurance	11 134	6 136	44 180	81%
Autres charges gestion, fiscalité	1 320	3 233	8 803	-59%
Dépenses à caractère hôtelier et général	**123 821**	**135 832**	**174 419**	**-9%**
Charges financières & exceptionnelles	100	2 179	0	-95%
Dotations amortissements et provisions	19 032	45 415	0	-58%
Dépenses d'amortissement & financières	**19 132**	**47 594**	**0**	**-60%**
TOTAL DEPENSES DIRECTES	**2 530 682**	**2 564 586**	**2 293 881**	**-1%**
Biomédical	14 748	292	4 258	
Dépôt de sang	6 928	5 718	6 763	21%
Pharmacie	19 898	23 582	38 377	-16%
Stérilisation	10 753	14 497	11 605	-26%
Explo. Fonctionnelles (EEG-ECG, Pneumo, Digest.)	1 753	241	2 208	
Laboratoire	111 160	93 436	59 777	19%
Imagerie médicale	50 050	52 810	46 319	-5%
Anesthésiologie	518 226	598 770	600 626	-13%
Bloc Opératoire	831 657	1 055 692	1 137 949	-21%
Bloc Obstétrical	22 108	193 772	24 249	-89%
SMUR	0	0	-2 494	
Accueil des Urgences	6 343	22 230	12 463	-71%
TOTAL DEPENSES INDUITES MEDICO TECHNIQUE	**1 593 624**	**2 061 040**	**1 942 101**	**-23%**
Blanchisserie	2 201	887	1 970	148%
Restauration & Diététique	23 119	30 336	33 655	-24%
Transports (coursiers et chauffeurs)	15 322	5 256	4 419	192%
Entretien & nettoyage des locaux, chambre mortuaire	83 495	75 131	67 781	11%
Courrier	7 176	10 090	9 984	-29%
TOTAL DEPENSES INDUITES LOGISTIQUE	**131 314**	**121 699**	**117 809**	**8%**
S.I.M	18 068	17 442	17 348	4%
Hygiène	48 383	60 158	46 079	-20%
Dépenses Pôle Santé Publique	**66 451**	**77 601**	**63 427**	**-14%**
Finances & Qualité	23 494	27 660	-24 782	-15%
Bureau des admissions	199 336	203 419	164 342	-2%
Service social, tutelles, PASS	21 594	17 162	25 445	26%
Informatique, standard	136 501	116 701	103 619	17%
Dépenses Pôle Finances, Qualité, Système Info	**380 925**	**364 943**	**268 624**	**4%**
Direction des Soins	8 497	7 509	6 259	13%
DRH & Affaires Médicales	64 657	60 148	70 979	7%
Direction des Services Economiques, 3C	8 546	-6 350	32 913	
Dépenses Pôle Ressources	**81 701**	**61 307**	**110 151**	**33%**
Travaux, maintenance, services techniques	102 977	128 375	44 587	-20%
Bâtiments, jardins et gestion des déchets	66 988	66 833	167 631	0%
Sécurité incendie et gardiennage	15 345	17 404	13 981	-12%
Dépenses Pôle Travaux & Services Techniques	**185 310**	**212 612**	**226 200**	**-13%**
Direction Générale & Aumônerie	-48 679	-9 812	9 100	
TOTAL DEPENSES INDIRECTES	**665 707**	**706 649**	**677 501**	**-6%**
TOTAL DEPENSES	**4 921 326**	**5 453 974**	**5 031 293**	**-10%**

RECETTES	2009	2008	2007	%
Valorisation des GHS	2 328 570	2 152 481	2 500 088	8%
dont :				
Valorisation Séjours moins de 2 nuits	*506 347*	*182 077*	*238 300*	*178%*
Valorisation Séjours plus de 2 nuits	*1 822 223*	*1 970 404*	*2 261 788*	*-8%*
Suppléments néonatalogie	0	0	0	
Suppléments réanimation	0	0	0	
Suppléments soins intensifs	0	0	0	
Suppléments surveillance continue	0	0	0	
Valorisation des séjours (A)	**2 328 570**	**2 152 481**	**2 500 088**	**8%**
Actes externes CCAM et NGAP	595 268	542 197	406 689	10%
IVG	76 609	98 603	104 987	-22%
Forfaits techniques	0	0	0	
Passage urgences (ATU)	9 130	13 421	0	-32%
HAD	0	0	0	
Recettes T2A autres (B)	**681 006**	**654 221**	**511 676**	**4%**
DMI T2A	33 179	31 201	40 653	6%
Molécules onéreuses	446	185	0	142%
Recettes financées en sus de la T2A (C)	**33 625**	**31 385**	**40 653**	**7%**
Total recettes T2A (A)+(B)+(C)	**3 043 200**	**2 838 088**	**3 052 418**	**7%**
MIGAC	10 900	22 532	35 395	-52%
DAF & Dotation Etablissement	0	0	0	
Forfait Annuel Urgences (FAU)	0	0	0	
Forfait Hébergement	0	0	0	
Dotation Soins	0	0	0	
Forfait Dépendance	0	0	0	
Total recettes autres financements	**10 900**	**22 532**	**35 395**	**-52%**
Titre 1 - Produits versés par l'assurance maladie	**3 054 100**	**2 860 620**	**3 087 813**	**7%**
Tickets modérateurs	200 580	191 102	90 183	5%
Forfaits journaliers	72 368	75 296	77 048	-4%
Autres prestations	50 470	42 709	44 804	18%
Titre 2 - Autres produits de l'activité hospitalière	**323 419**	**309 107**	**212 035**	**5%**
Produits financiers & exceptionnels	18 591	22 380	4 451	-17%
Reprises sur dotations et provisions	0	0	0	
Remboursements rémunérations	5 097	26 128	0	-80%
Vente de produits & autres produits	7 700	17	728	
Titre 3 - Autres produits & Recettes subsidiaires	**31 389**	**48 525**	**5 179**	**-35%**
Prestations d'hébergement	80 620	256 545	179 990	-69%
Prestations de consultations interservices	7 366	0	0	
Recettes de prise en charge aux urgences	0	0	0	
Recettes des prestations interpôles	**87 986**	**256 545**	**179 990**	**-66%**
TOTAL RECETTES	**3 496 894**	**3 474 796**	**3 485 018**	**1%**
CONTRIBUTION FINANCIERE	**-1 424 432**	**-1 979 178**	**-1 546 275**	**-28%**

TABLEAU DE BORD DE PILOTAGE

CH GRASSE - ANNEE 2009

Filtrez d'abord par pôle : Pole A - Femme Mère Enfant

Puis sélectionnez le service ou l'UF : 1660 - PEDIATRIE

Sélectionnez le mois d'analyse : Décembre

Données d'activité	Décembre 2009	Décembre 2008	Evol. %	Cumul à Décembre 2009	Cumul à Décembre 2008	Evol. %
Lits & Places ouverts dans Hexagone	22	22	0	22	22	-2%
Entrées hors mutations	145	168	-14%	1769	1810	-2%
dont % d'entrées par les urgences	*56%*	*53%*	*5%*	*56%*	*52%*	*7%*
Entrées par mutation	20	29	-31%	278	317	-12%
Nombre total de séjours	**165**	**197**	**-16%**	**2047**	**2127**	**-4%**
Journées	435	638	-32%	5562	5871	-5%
DMS (Durée Moyenne de Séjour)	2,64	3,24	-19%	2,72	2,76	-2%
Taux d'occupation (patients dans un lit du service)	63%	91%	-31%	68%	72%	-5%
Nombre de consultations externes / passages	**825**	**918**	**-10%**	**8 885**	**7 803**	**14%**
Nombre de décès	0	0	-	0	1	-100%

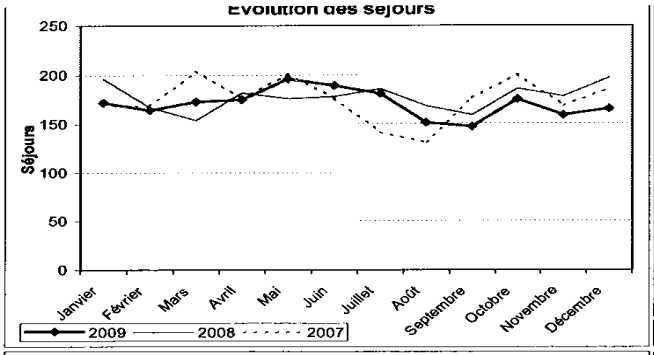
Données financières & facturation	Décembre 2009	Décembre 2008	Evol %	Cumul à Décembre 2009	Cumul à Décembre 2008	Evol %
Délai moyen de codage des RUM en jours	21,5	16,2	32%	27,4	24,8	11%
% de RUM codés entre 0 et 10 jours	12%	0%	-	22%	20%	11%
Moyenne de Diag. Associés Significatifs codés / Séjour	1,1	0,6	71%	1,0	0,7	33%
Recettes T2A générées	325 655 €	354 546 €	-8%	3 220 092 €	3 243 777 €	-1%
Délai moyen de codage des actes CCAM ext. en jours	0,3	1,3	-81%	0,6	4,5	-87%
% d'actes CCAM externes codés le jour même	93%	97%	-4%	95%	89%	6%
Délai moyen de codage des actes NGAP ext. en jours	0,0	1,0	-100%	0,5	1,2	-60%
% d'actes NGAP externes codés le jour même	0%	29%	-100%	25%	30%	-16%
% de dossiers payants externes	33%	51%	-36%	28%	47%	-40%
% de payants externes encaissés en régie	**34%**	**38%**	**-10%**	**45%**	**37%**	**20%**
Montant externe non encaissé en régie	4 634 €	4 388 €	6%	38 241 €	26 551 €	44%
Consommations médico-techniques						
B de labo consommés	75 705	77 055	-2%	741 083	752 778	-2%
ICR Imagerie	0	3 962	-100%	10 794	46 220	
ICR Bloc central	0	3 210	-100%	12 506	51 034	
ICR Anesthésie	0	1 039	-100%	4 647	16 727	
ICR Bloc Obstétrical	0	0	-	0	238	
Biomédical	- €	0	-	- €	28837,68	-100%

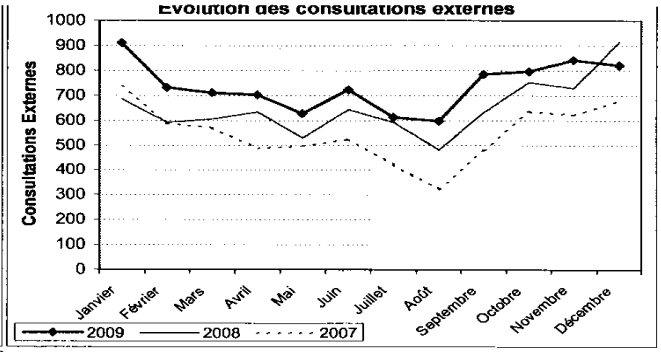
Données de ressources humaines	Décembre	Décembre	Evol.	Cumul à	Cumul à	Evol.
Effectif ETP rémunéré :	37,5	40,7	-8%	37,3	40,7	-8%
Effectif ETP absent :	4,6	5,3	-14%	6,0	2,6	134%
Taux d'absentéisme :	12,3%	13,1%	-7%	16,1%	6,3%	156%
Personnel Administratif & Technique						
Effectif ETP rémunéré :	4,6	6,3	-26%	4,9	6,4	-24%
Effectif ETP absent :	0,0	0,0	-	0,0	0,0	200%

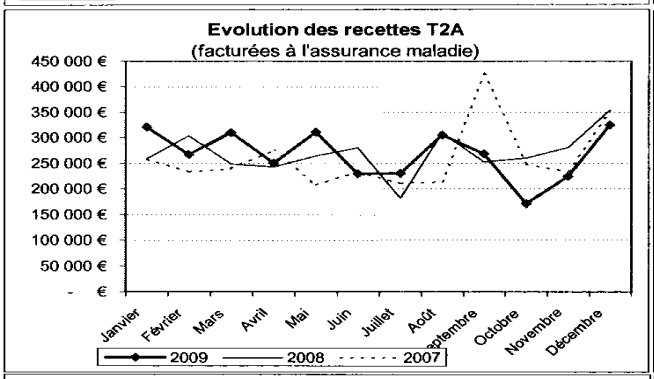
	9,1	13,4	-32%	116,8	123,3	-5%
	16,6	7,5	121%	107,3	73,6	46%
	181,7%	56,0%	225%	91,9%	59,7%	54%
	0,7%	0,0%	-	1,5%	2,0%	-23%

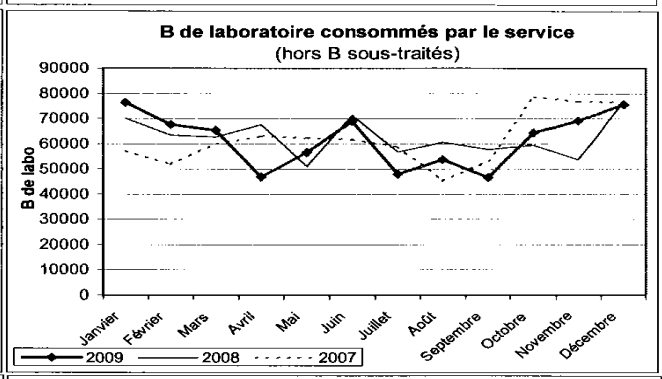
Evolution des séjours

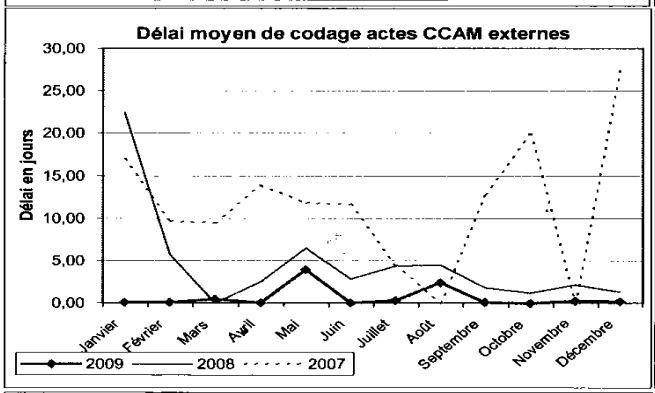
Evolution des consultations externes

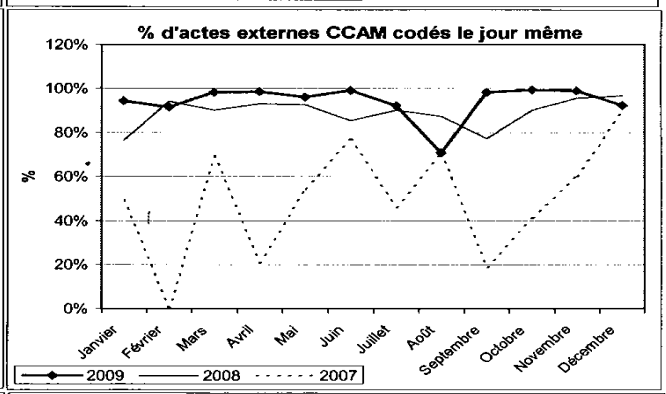

Evolution des séjours
Séjours
250
200
150
100
50
0
Janvier
Février
Mars
Avril
Mai
Juin
Juillet
Août
Septembre
Octobre
Novembre
Décembre
2009
2008
2007

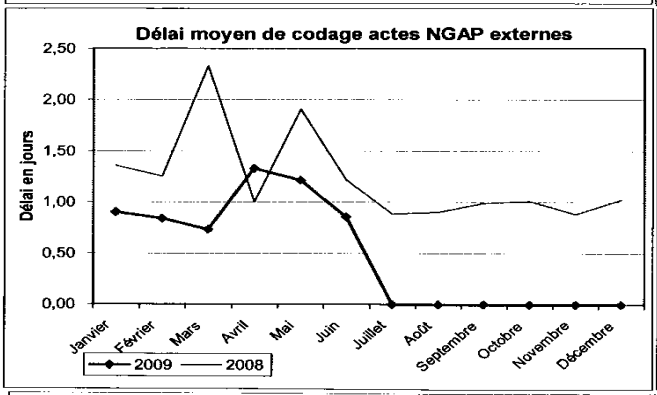

Evolution des consultations externes
Consultations Externes
1000
900
800
700
600
500
400
300
200
100
0
Janvier
Février
Mars
Avril
Mai
Juin
Juillet
Août
Septembre
Octobre
Novembre
Décembre
2009
2008
2007

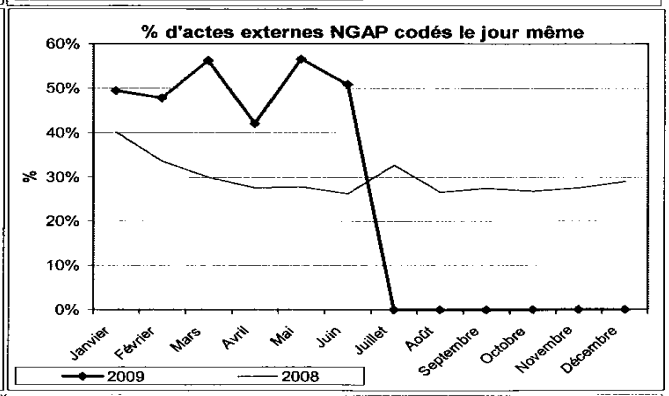

Evolution des recettes T2A
(facturées à l'assurance maladie)
450 000 €
400 000 €
350 000 €
300 000 €
250 000 €
200 000 €
150 000 €
100 000 €
50 000 €
- €
Janvier
Février
Mars
Avril
Mai
Juin
Juillet
Août
Septembre
Octobre
Novembre
Décembre
2009
2008
2007

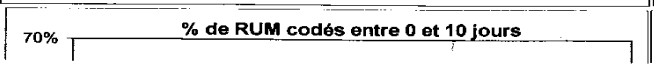

B de laboratoire consommés par le service
(hors B sous-traités)
B de labo
90000
80000
70000
60000
50000
40000
30000
20000
10000
0
Janvier
Février
Mars
Avril
Mai
Juin
Juillet
Août
Septembre
Octobre
Novembre
Décembre
2009
2008
2007


Délai moyen de codage actes CCAM externes
Délai en jours
30,00
25,00
20,00
15,00
10,00
5,00
0,00
Janvier
Février
Mars
Avril
Mai
Juin
Juillet
Août
Septembre
Octobre
Novembre
Décembre
2009
2008
2007

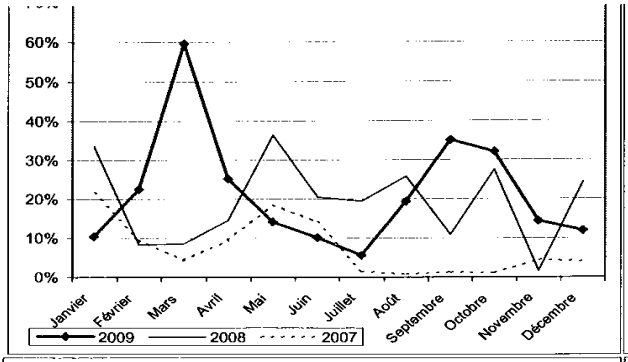

% d'actes externes CCAM codés le jour même
%
120%
100%
80%
60%
40%
20%
0%
Janvier
Février
Mars
Avril
Mai
Juin
Juillet
Août
Septembre
Octobre
Novembre
Décembre
2009
2008
2007

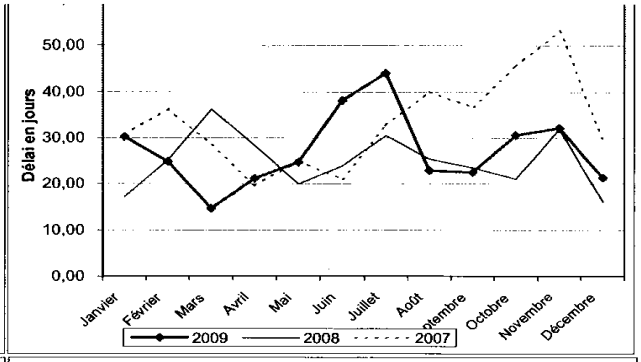

Délai moyen de codage actes NGAP externes
Délai en jours
2,50
2,00
1,50
1,00
0,50
0,00
Janvier
Février
Mars
Avril
Mai
Juin
Juillet
Août
Septembre
Octobre
Novembre
Décembre
2009
2008

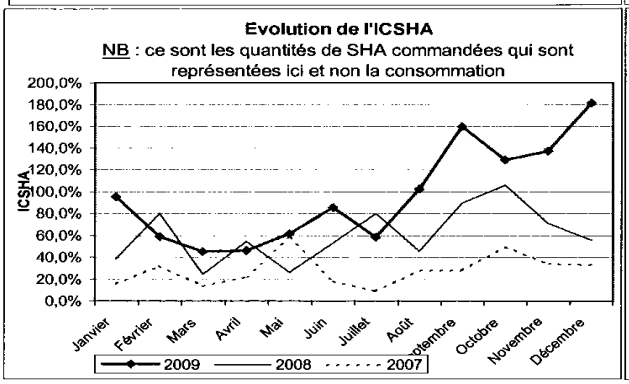

% d'actes externes NGAP codés le jour même
%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
Janvier
Février
Mars
Avril
Mai
Juin
Juillet
Août
Septembre
Octobre
Novembre
Décembre
2009
2008

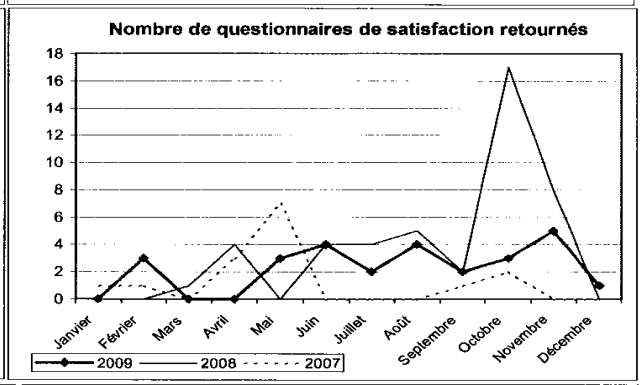

70%
% de RUM codés entre 0 et 10 jours

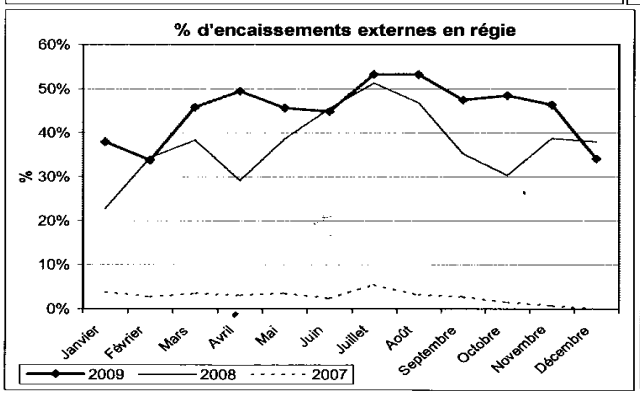
60,00
Délai moyen de codage des RUM

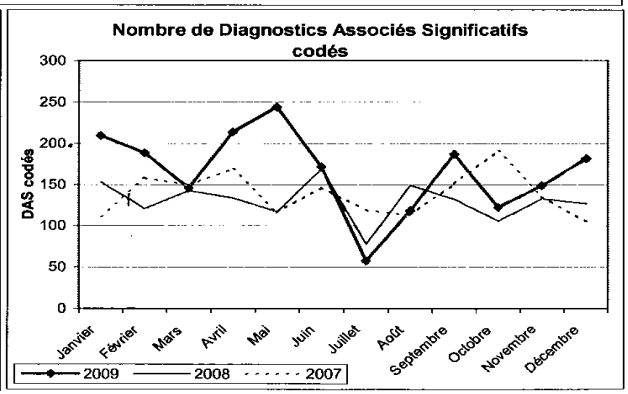

60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
Janvier
Février
Mars
Avril
Mai
Juin
Juillet
Août
Septembre
Octobre
Novembre
Décembre
2009
2008
2007


Délai en jours
50,00
40,00
30,00
20,00
10,00
0,00
Janvier
Février
Mars
Avril
Mai
Juin
Juillet
Août
Octobre
Novembre
Décembre
2009
2008
2007


Evolution de l'ICSHA
NB : ce sont les quantités de SHA commandées qui sont représentées ici et non la consommation
ICSHA
200,0%
180,0%
160,0%
140,0%
120,0%
100,0%
80,0%
60,0%
40,0%
20,0%
0,0%
Janvier
Février
Mars
Avril
Mai
Juin
Juillet
Août
Octobre
Novembre
Décembre
2009
2008
2007


Nombre de questionnaires de satisfaction retournés
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Janvier
Février
Mars
Avril
Mai
Juin
Juillet
Août
Septembre
Octobre
Novembre
Décembre
2009
2008
2007


% d'encaissements externes en régie
%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
Janvier
Février
Mars
Avril
Mai
Juin
Juillet
Août
Septembre
Octobre
Novembre
Décembre
2009
2008
2007


Nombre de Diagnostics Associés Significatifs codés
DAS codés
300
250
200
150
100
50
0
Janvier
Février
Mars
Avril
Mai
Juin
Juillet
Août
Septembre
Octobre
Novembre
Décembre
2009
2008
2007

Annexe 4

CREA par pathologie et par prise en charge, l'exemple du cancer du sein

Compte de Résultat Analytique

Etude de l'activité de Prise en Charge du Cancer du Sein
Centre Hospitalier de Grasse

Type dépense	TOTAL	JOURNALIER	RECETTES	TOTAL	JOURNALIER
Personnel médical	35 706,26 €	57,04 €	Valorisation des GHS	317 681,09 €	507,48 €
Personnel non médical	170 896,09 €	273,00 €	*dont :*		
Dépenses de personnel	**206 602,17 €**	**330,04 €**	*Valorisation Séjours moins de 2 nuits*	*122 453,13 €*	*195,61 €*
Fournitures, matériel médical et entretien du matériel	25 958,84 €	41,47 €	*Valorisation Séjours plus de 2 nuits*	*195 227,96 €*	*311,87 €*
Consommations pharmaceutiques & Gaz médicaux	10 722,18 €	17,13 €			
DMIO - Dispositifs Médicaux Implantables Onéreux	329,27 €	0,53 €	Suppléments néonatalogie		
Molécules Onéreuses	271 544,07 €	433,78 €	Suppléments réanimation		
Services extérieurs à caractère médical et social	15 569,53 €	24,87 €	Suppléments soins intensifs		
Dépenses à caractère médical	**291 146,16 €**	**465,09 €**	Suppléments surveillance continue		
Consommables & Fournitures hôtelières	891,35 €	1,42 €	**Valorisation des séjours (A)**	**317 681,09 €**	**507,48 €**
Matières premières & Energies	- €	- €			
Blanchisserie & Habillement	8 382,68 €	13,39 €	Actes externes CCAM et NGAP		
Restauration & Diététique	6 346,64 €	10,14 €	IVG		
Transports, Courrier & Communications	1 603,42 €	2,56 €	Forfaits techniques		
Nettoyage, Entretien, Maintenance et Assurance	1 064,43 €	1,70 €	Passage urgences (ATU)		
Autres charges gestion, fiscalité	174,23 €	0,28 €	HAD		
Dépenses à caractère hôtelier et général	**18 462,80 €**	**29,49 €**	**Recettes T2A autres (B)**		
Charges financières & exceptionnelles	10,44 €	0,02 €			
Dotations amortissements et provisions	2 236,46 €	3,57 €	DMI T2A	329,27 €	0,53 €
Dépenses d'amortissement & financières	**2 246,90 €**	**3,59 €**	Molécules onéreuses	271 544,07 €	433,78 €
TOTAL DEPENSES DIRECTES	**518 458,01 €**	**828,21 €**	**Recettes financées en sus de la T2A (C)**	**271 873,34 €**	**434,30 €**
Biomédical	20,19 €	0,03 €	**Total recettes T2A (A)+(B)+(C)**	**589 554,43 €**	**941,78 €**
Dépôt de sang	3 598,85 €	5,75 €			
Pharmacie	73 551,33 €	117,49 €			
Stérilisation	113,61 €	0,18 €	DAF & Dotation Etablissement		
Explo. Fonctionnelles (EEG-ECG, Pneumo, Digest.)	696,21 €	1,11 €	Forfait Annuel Urgences (FAU)		
Laboratoire	8 524,59 €	13,62 €	Forfait Hébergement		
Imagerie médicale	4 943,64 €	7,90 €	Dotation Soins		
Anesthésiologie	45 279,33 €	72,33 €	Forfait Dépendance		
Bloc Opératoire	72 713,09 €	116,16 €	**Total recettes autres financements**	**26 032,48 €**	
Bloc Obstétrical	341,34 €	0,55 €			
SMUR	- 398,19 €	- 0,64 €	**Titre 1 - Produits versés par l'assurance maladie**	**615 586,91 €**	**983,37 €**
Accueil des Urgences	878,17 €	1,40 €			
TOTAL DEPENSES INDUITES MEDICO TECHNIQUE	**210 262,10 €**	**335,88 €**	Tickets modérateurs		
Blanchisserie	881,06 €	1,41 €	Forfaits journaliers	6 480,00 €	10,35 €
Restauration & Diététique	3 142,51 €	5,02 €	Autres prestations		
Transports (coursiers et chauffeurs)	1 258,49 €	2,01 €	**Titre 2 - Autres produits de l'activité hospitalière**	**6 480,00 €**	**10,35 €**
Entretien & nettoyage des locaux, chambre mortuaire	319,06 €	0,51 €			
Courrier	1 121,54 €	1,79 €	Produits financiers & exceptionnels		
TOTAL DEPENSES INDUITES LOGISTIQUE	**6 722,48 €**	**10,74 €**	Reprises sur dotations et provisions		
S.I.M	4 800,45 €	7,67 €	Remboursements rémunérations		
Hygiène	796,16 €	1,27 €	Vente de produits & autres produits		
Dépenses Pôle Santé Publique	**5 596,61 €**	**8,94 €**	**Titre 3 - Autres produits & Recettes subsidiaires**	**- €**	**- €**
Finances & Qualité	4 813,09 €	7,69 €			
Bureau des admissions	3 279,86 €	5,24 €	Prestations d'hébergement		
Service social, tutelles, PASS	355,33 €	0,57 €	Prestations de consultations interservices		
Informatique, standard	14 824,33 €	23,68 €	Recettes de prise en charge aux urgences		
Dépenses Pôle Finances, Qualité, Système Info	**23 272,54 €**	**37,18 €**	**Recettes des prestations interpôles**		
Direction des Soins	1 075,24 €	1,72 €			
DRH & Affaires Médicales	6 717,08 €	10,73 €	**TOTAL RECETTES**	**622 066,91 €**	**993,72 €**
Direction des Services Economiques, 3C	1 571,12 €	2,51 €			
Dépenses Pôle Ressources	**9 363,36 €**	**14,96 €**			
Travaux, maintenance, services techniques	21 096,19 €	33,70 €			
Bâtiments, jardins et gestion des déchets	13 723,37 €	21,92 €			
Sécurité incendie et gardiennage	3 143,46 €	5,02 €			
Dépenses Pôle Travaux & Services Techniques	**37 963,20 €**	**60,64 €**			
Direction Générale & Aumônerie	- 9 273,22 €	- 14,81 €			
TOTAL DEPENSES INDIRECTES	**66 922,21 €**	**106,90 €**			
	- €	- €			
TOTAL DEPENSES	**802 364,85 €**	**1 281,73 €**	**CONTRIBUTION FINANCIERE**	**- 180 297,94 €**	**- 288,02 €**

Annexe 5

Tableau de bord demandé par le nouveau chef d'établissement, août 2010

TABLEAU DE BORD GLOBAL DES HOSPITALISATIONS - CH GRASSE

CHG GRASSE

Au mois de Août — Cumulé 2010

	Nombre de lits	ENTREES 2010				Entrées 2009	Ecart 10/09	Ecart %	JOURNEES 2010	JOURNEES 2009	Ecart 10/09	Ecart %	DMS 2010	DMS 2009	Tx Occup. 2010	Nombre de places	SEANCES HJ 2010	SEANCES HJ 2009	Ecart 10/09	Ecart %
		Directes	Mutations	Urgences	TOTALES															
POLE A																				
UF 1661 - PED. ENFANTS / ADO	6	232	10	478	720	846	-126	-14,9%	1 536	2 060	-524	-25,4%	2,13	2,43	105,3%					
UF 1662 - PEDIATRIE JOUR																2	41	49	-8	-16,3%
UF 1663 - PED - NOURRISSONS	4	97	1	200	298	235	63	26,8%	678	465	213	45,8%	2,28	1,98	69,8%					
UF 1664 - PED NEONATOLOGIE	7	17	87	15	119	218	-99	-45,4%	704	940	-236	-25,1%	5,92	4,31	41,4%					
UF 1665 - NEONAT. SI	3	2	20	0	22	53	-31	-58,5%	184	511	-327	-64,0%	8,36	9,64	25,2%					
UF 1751 - OBSTETRIQUE	28	806	3	523	1 332	1 418	-86	-6,1%	5 952	6 572	-620	-9,4%	4,47	4,63	87,5%					
UF 1752 - OBSTETRIQUE JOUR																2	5	6	-1	-16,7%
UF 1761 - GYNECOLOGIE	16	557	34	93	684	702	-18	-2,6%	2 527	2 654	-127	-4,8%	3,69	3,78	65,0%					
UF 1762 - GYNECOLOGIE - JOUR																1	25	40	-15	-37,5%
UF 1763 - IVG																	217	221	-4	-1,8%
TOTAL POLE A	64	1 711	155	1 309	3 175	3 472	-297	-8,6%	11 581	13 202	-1 621	-12,3%	3,65	3,80	74,5%	5	288	316	-28	-8,9%
POLE B																				
UF 1701 - CHIRURGIE A	28	655	234	494	1 383	1 447	-64	-4,4%	5 471	5 453	18	0,3%	3,96	3,77	80,4%					
UF 1702 - CHIRURGIE B	28	388	90	500	978	913	65	7,1%	4 496	4 436	60	1,4%	4,60	4,86	66,1%					
UF 1721 - ORL		56	12	71	139	148	-9	-6,1%	465	496	-31	-6,3%	3,35	3,35						
UF 1731 - OPHTALMOLOGIE		9	0	0	9	20	-11	-55,0%	11	30	-19	-63,3%	1,22	1,50						
UF 1741 - STOMATOLOGIE		24	2	17	43	50	-7	-14,0%	114	133	-19	-14,3%	2,65	2,66						
UF 4008 - CHIR AMBULATOIRE																6	1 018	952	66	6,9%
TOTAL POLE B	56	1 132	338	1 082	2 552	2 578	-26	-1,0%	10 557	10 548	9	0,1%	4,14	4,09	77,6%	6	1 018	952	66	6,9%
POLE C																				
UF 1631 - GASTROENTEROLOGIE	20	239	168	253	660	627	33	5,3%	4 683	4 696	-13	-0,3%	7,10	7,49	96,4%					
UF 1632 - GASTRO - JOUR																2	193	198	-5	-2,5%
UF 1642 - MEDECINE ONCOLOGIE																12	992	939	53	5,6%
UF 1643 - MEDECINE INTERNE	24	202	167	267	636	721	-85	-11,8%	5 270	5 271	-1	0,0%	8,29	7,31	90,4%					
UF 1651 - HAD	15	55	29	0	84	84	0	0,0%	2 525	2 688	-163	-6,1%	30,06	32,00	69,3%					
TOTAL POLE C	59	496	364	520	1 380	1 432	-52	-3,6%	12 478	12 655	-177	-1,4%	9,04	8,84	87,0%	14	1 185	1 137	48	4,2%
POLE D							0				0									
UF 1621 - CARDIOLOGIE	14	207	148	243	598	805	-207	-25,7%	3 079	4 690	-1 611	-34,3%	5,15	5,83	90,5%					
UF 1622 - CARDIOLOGIE JOUR																2	5	23	-18	-78,3%
UF 1671 - PNEUMOLOGIE	30	477	256	442	1 175	1 117	58	5,2%	8 635	6 782	-147	-2,2%	5,65	6,07	91,0%					
UF 1673 - PNEUMOLOGIE JOUR																9	236	228	8	3,5%
UF 1681 - REANIMATION	8	51	107	69	227	201	26	12,9%	1 583	1 283	300	23,4%	6,97	6,38	81,4%					
UF 1683 - SURVEILLANCE CONTINUE	4	70	168	44	282	272	10	3,7%	769	692	77	11,1%	2,73	2,54	79,1%					
TOTAL POLE D	56	805	679	798	2 282	2 395	-113	-4,7%	12 066	13 447	-1 381	-10,3%	5,29	5,81	88,7%	11	241	251	-10	-4,0%
POLE E																				
UF 1553 - ZSTCD	15	562	0	741	1 303	1 171	132	11,3%	1 324	1 418	-94	-6,6%	1,02	1,21	36,3%					
UF 1555 - OPU	12	137	265	256	658	687	-29	-4,2%	2 882	2 889	-7	-0,2%	4,38	4,21	98,8%					
UF 1921 - PSYCHIATRIE	31	197	18	0	215	203	12	5,9%	7 695	7 697	-2	0,0%	35,79	37,92	102,2%					
UF 1923 - PSYCHIATRIE JOUR																10	30	33	-3	-9,1%
UF 1924 - PSYCHIATRIE NUIT																2	1	1	0	0,0%
UF 1931 - MOYEN SEJOUR - SSR	30	34	157	5	196	165	31	18,8%	6 958	6 962	-4	-0,1%	35,50	42,19	95,4%					
UF 1941 - EHPAD	85	6	7	0	13	15	-2	-13,3%	19 194	20 030	-836	-4,2%	1476,46	1335,33	92,9%					
UF 1951 - LONG SEJOUR - USLD	65	8	7	0	15	12	3	25,0%	14 558	15 103	-545	-3,6%	970,53	1258,58	92,2%					
UF 1982 - COURT SEJOUR GERIATRIQUE	10	55	66	109	230		230		1 773		1 773		7,71		73,0%					
TOTAL POLE E	248	999	520	1 111	2 630	2 253	377	16,7%	54 384	54 099	285	0,5%	20,68	24,01	90,2%	12	31	34	-3	-8,8%
TOTAL GENERAL	483	5 143	2 056	4 820	12 019	12 130	-111	-0,9%	101 066	103 951	-2 885	-2,8%	8,41	8,57	86,1%	48	2 763	2 690	73	2,7%

TOTAL MEDECINE	157	2348	1463	3117	6928	6953	-25	-0,4%	31100	31697	-597	-1,9%	4,49	4,56	81,5%	27	1467	1437	30	2,1%
TOTAL CHIRURGIE	72	1689	372	1175	3236	3280	-44	-1,3%	13084	13202	-118	-0,9%	4,04	4,03	74,8%	7	1260	1213	47	3,9%
TOTAL OBSTETRIQUE	28	806	3	523	1332	1418	-86	-6,1%	5952	6572	-620	-9,4%	4,47	4,63	87,5%	2	5	6	-1	-16,7%
TOTAL HOSPITALISATION MCO	257	4843	1838	4815	11496	11651	-155	-1,3%	50136	51471	-1335	-2,6%	4,36	4,42	80,3%	36	2732	2656	76	2,9%
HAD	15	55	29	0	84	84	0	0,0%	2525	2688	-163	-6,1%	30,06	32,00	69,3%					
TOTAL PSYCHIATRIE	31	197	18	0	215	203	12	5,9%	7695	7697	-2	0,0%	35,79	37,92	102,2%	12	31	34	-3	-8,8%
EHPAD - USLD - SSR	180	48	171	5	224	192	32	16,7%	40710	42095	-1385	-3,3%	181,74	219,24	93,1%					
TOTAL ETABLISSEMENT	483	5143	2056	4820	12019	12130	-111	-0,9%	101066	103951	-2885	-2,8%	8,41	8,57	86,1%	48	2763	2690	73	2,7%

Annexe 6

Le Pôle Femme-Mère-Enfant

Capacité d'accueil pour l'année 2009

Services : Gynécologie, Obstétrique, Pédiatrie et Néonatologie

Nombre de lits en hospitalisation complète	64
Nombre de lits en hospitalisation de semaine	0
Nombre de place en hospitalisation de jour	5
Capacité d'accueil total	69

Nombre d'entrées en hospitalisation complète	5103
Nombre de naissances en 2009	1954
Nombre de journées	19126
Durée moyenne de séjour	4.38 jours

Ressources humaines affectées à l'unité

Effectifs médicaux

PH	11
Internes	5
P. Attachés	8

Effectifs non médicaux

Sages Femmes : 30

AS/AP : 46

IDE : 12

Puéricultrices : 20

ASH : 18

Cadre : 3

Secrétaires médicales : 9

Kiné : 1

Psychologues : 2

Educatrice de Jeunes Enfants : 1

Annexe 7

L'organisation polaire du CH de Grasse

FEMME MERE ENFANT	CHIRURGIES	MEDECINES	Anesthésie, Biologie, Cœur, Poumon, Réanimation	Urgences, Imagerie, Vieillissement, Santé Mentale	SANTE PUBLIQUE
Responsable de Pôle : M. le Dr AP	**Responsable de Pôle :** M. le Dr BP	**Responsable de Pôle :** M. le Dr DP	**Responsable de Pôle :** Mme le Dr EM	**Responsable de Pôle :** M. le Dr LF	**Responsable de Pôle :** Mme le Dr NN
Cadre Supérieur :	**Cadre Supérieur :**	**Cadre Supérieur :**	**Cadre Supérieur :**	**Cadre Supérieur :**	**Cadre Supérieur :**
Assistant de Gestion :	**Assistant de Gestion :**	**Assistant de Gestion :**	**Assistant de Gestion :**	**Assistant de Gestion :**	**Assistant de Gestion :**
GYNECOLOGIE	**CHIRURGIE A (VISC.,VASC.)**	**MÉDECINE B (GASTRO)**	**REANIMATION**	**URGENCES UHCD SMUR**	**SIM**
OBSTETRIQUE	**CHIRURGIE B (ORTHO., TRAUMATO)**	**MEDECINE C ET D (INTERNE ET ONCOLOGIE)**	**ANESTHESIE ET CONSULTATIONS**	**PSYCHIATRIE INTRA-EXTRA**	**HYGIENE**
PEDIATRIE-NEONAT	**SPECIALITES (ORL,OPHTAL,STO.)**	**PHARMACIE**	**MEDECINE A (CARDIOLOGIE)**	**GÉRIATRIE : SSR (30), USLD (65), EHPAD (85)**	**GESTION DES RISQUES INFECTIEUX ET DES VIGILANCES SANITAIRES**
	CHIRURGIE AMBULATOIRE	**UCSA**	**PNEUMOLOGIE**	**RADIOLOGIE**	**SANTE PUBLIQUE**
	CONSULTATIONS EXTERNES CHIRURGICALES	**HAD**	**LABORATOIRE**	**COURT SÉJOUR GERIATRIE**	**UMSP**
	BLOC OPERATOIRE				**GIE SCANNER - IRM**
CSST M. le Dr H.	**STERILISATION**				* IDE référent

POLES CLINIQUES

Mylène Fernandez-Ezavin - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique -2010

Annexe 8

Exemple d'un contrat de pôle

28/06/10

CONTRAT DE POLE

VU le Code de la Santé Publique, et notamment les articles L. 6143-7 et L. 6146-1 ;

VU les délibérations n° 06/10/06 et n° 07/04/01 du Conseil d'administration des 24 Octobre 2006 et 26 Avril 2007 définissant l'organisation du Centre Hospitalier de GRASSE en pôles d'activités cliniques et médico-techniques ;

VU la délibération n° 08/07/01 du Conseil d'administration du 10 Juillet 2008 relative aux principes généraux de la politique de contractualisation et d'intéressement ;

VU le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'établissement et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation ;

VU le projet d'établissement adopté par le Conseil d'administration le 21 Janvier 2010, et en particulier le projet médical ;

Après consultation du Président de la CME ;

ENTRE le Centre Hospitalier de GRASSE, représenté par Monsieur VV, Directeur par intérim,
ET Monsieur le Docteur AP, responsable du pôle Femme – Mère – Enfant ;

IL EST CONVENU CE QUI SUIT

Article 1 – Finalités du contrat

La démarche de contractualisation introduite à l'article L. 6145-16 CSP par l'ordonnance du 2 Mai 2005 vise à la fois à permettre l'amélioration de la qualité du service rendu aux patients, en favorisant le décloisonnement et la gestion de proximité de certaines ressources et à garantir une gestion optimale des moyens financiers dans un contexte d'enveloppe contrainte.

Le présent contrat s'inscrit par ailleurs dans le cadre général défini par le Conseil d'administration du Centre Hospitalier de GRASSE lors de sa séance du 10 Juillet 2008.

Article 2 - Détermination des objectifs

A la délibération précitée, le pôle s'engage sur 3 ensembles d'objectifs :

- Objectifs financiers et de développement d'activité ;
- Objectifs institutionnels et spécifiques au pôle ;
- Objectifs dans le domaine de la qualité.

Le document figurant en ***annexe n° 1*** détaille précisément les objectifs retenus pour ces 3 ensembles pour la période couverte par le présent contrat.

Au-delà des objectifs retenus dans le domaine de la qualité, le pôle s'engage à contribuer à la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients :

- En poursuivant la politique d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) initiée lors de la certification V2, dans le cadre des orientations retenues par la sous-commission de la CME en charge de ce dossier ;
- En participant aux actions entreprises afin de produire le rapport de suivi demandé par la Haute Autorité de Santé dans le cadre de la certification, portant sur l'amélioration de la prise en charge de la douleur ;
- En contribuant à la réalisation du programme d'amélioration de la qualité et du programme de gestion des risques ;
- En se conformant aux engagements pris par l'établissement dans le cadre du contrat de bon usage des médicaments signé avec l'ARH en 2006.

Article 3 – Situation et moyens du pôle

Le document présenté en ***annexe n°2*** décrit les moyens humains affectés au pôle au 1er Janvier 2010.

Ces moyens sont gérés par le responsable de pôle dans le cadre de ses prérogatives telles que définies à l'article L. 6146-6 CSP.

Article 4 – Délégation de gestion

Le responsable de pôle bénéficie d'une délégation de gestion pour la mise en œuvre des objectifs définis au contrat. Le champ de la délégation de gestion, identique entre les pôles, est inchangé par rapport à celui figurant en annexe n°3 du cont rat de pôle 2009.

Article 5 – Modalités de suivi du contrat

Pour assurer le suivi du contrat et, de façon plus générale, le pilotage du pôle, le responsable de pôle dispose de tableaux de bord mensuels et d'un compte de résultat analytique établi par quadrimestre.

Les premiers tableaux de bord diffusés pourront être enrichis et développés au cours de la période de contractualisation.

Des réunions de gestion seront par ailleurs organisées 3 fois par an entre le pôle, le Directeur et le Président de la CME pour examiner la situation du pôle, suivre la réalisation des différents objectifs et préparer les contrats de l'exercice suivant.

Article 6 – Intéressement

Le pôle est intéressé à la réalisation des objectifs fixés au contrat.

Cet intéressement respecte les dispositions réglementaires (en particulier celles de l'article L. 6145-16 CSP) et les principes fixés dans la délibération du Conseil d'administration du 24 Juin 2008.

A cet égard, il est rappelé qu'il s'agit d'un intéressement pécuniaire et collectif, librement utilisé par le pôle dans le cadre des dispositions mentionnées à l'alinéa précédent.

L'intéressement est calculé au cours du 1er trimestre 2011, en fonction de la réalisation des objectifs prévus au présent contrat pour l'année 2010.

Le document figurant en ***annexe n°1***, qui précise les objectifs en question, décrit également les modalités d'intéressement retenues.

Article 7 – Conséquences en cas d'inexécution

Les résultats obtenus et les raisons de la non-réalisation éventuelle des objectifs fixés sont examinés lors de chaque rencontre de dialogue de gestion.

En cas d'inexécution injustifiée du contrat, les moyens dévolus au pôle ainsi que le contenu et les modalités de délégation de gestion pourront être réexaminés dans le prochain contrat.

Article 8 - Entrée en vigueur et durée du contrat

Le présent contrat couvre la période du 1er Janvier au 31 Décembre 2010.

Conformément aux dispositions de l'article 2 du décret n° 2010-656 du 11 Juin 2010, un nouveau contrat sera établi au cours du second semestre 2010 en conformité avec les nouvelles modalités prévues à l'article R. 6146-8 issu du même décret. Ce contrat entrera en vigueur le 1er Janvier 2011.

GRASSE, le 28 JUIN 2010

Le Directeur par intérim,
Mr VV

Le Responsable de Pôle,
Dr A.P.

ANNEXE 1 – OBJECTIFS DU POLE ET MODALITES D'INTERESSEMENT

1- Objectifs financiers et d'activité

- **Développement de l'activité et des recettes du pôle**

- Objectif de développement des consultations externes de pédiatrie = +15% grâce notamment aux recrutements en pédiatrie et ainsi au rétablissement des consultations « biberon », entre autres.

En cas de réalisation de l'objectif, une enveloppe forfaitaire d'intéressement de 1000 euros est attribuée au pôle.

Si l'objectif est partiellement atteint (maintien par rapport à 2009), l'enveloppe forfaitaire d'intéressement sera de 500 euros.

- Objectif de développement de l'hospitalisation en pédiatrie= +5%

En cas de réalisation de l'objectif, une enveloppe forfaitaire d'intéressement de 1000 euros sera attribuée au pôle.

- Maintien des consultations de gynécologie-obstétrique et Obstétrique : amélioration des résultats de 2009, notamment grâce à l'arrivée de nouveaux praticiens, l'amélioration de la prise de rendez-vous téléphoniques et l'optimisation des plages de consultations et d'opération au bloc.

En cas de réalisation des deux objectifs simultanément, une enveloppe forfaitaire d'intéressement de 3000 euros est attribuée au pôle.

- Maintien du nombre des consultations de sages-femmes par rapport à 2009

En cas de réalisation de cet objectif, une enveloppe forfaitaire d'intéressement de 1000 euros sera attribuée et une réflexion sur l'embauche d'un temps de sage-femme supplémentaire serait engagée.

2- Objectifs institutionnels

- **Améliorer le délai de codage des RUM**

L'objectif du pôle est de parvenir à une production au plus tard 10 jours après la sortie.

Cet objectif fait l'objet d'une enveloppe d'intéressement forfaitaire de 3 000 euros.

Pour la Pédiatrie :

- Si au moins 60% des RUM sont produits dans ce délai, 1000 euros sont acquis au pôle.

Pour l'Obstétrique :

- Si au moins 80% des RUM sont produits dans ce délai, 1000 euros sont acquis au pôle.

Pour la Gynécologie :

- Si au moins 60% des RUM sont produits dans ce délai, 1000 euros sont acquis au pôle.

- **Coder les actes externes en temps réel**

L'objectif est parvenir à un codage le jour même pour 70% ou plus des actes externes pour la gynécologie et de se maintenir au delà de 90% pour la pédiatrie et l'Obstétrique.

Cet objectif fait l'objet d'une enveloppe d'intéressement forfaitaire de 4 000 euros.

- Si l'objectif est atteint, l'enveloppe est acquise au pôle.
- Le pôle conserve le bénéfice de la moitié de cette enveloppe, soit 2 000 euros, si au moins 80% des actes externes sont codés dans ce délai pour les deux derniers et 60% pour la gynécologie.

- **Améliorer la qualité du codage**

L'objectif est d'améliorer la qualité du codage et la valorisation des séjours qui en résulte. Pour ce faire, les indicateurs retenus sont le nombre moyen de DAS codés par séjour et le CA moyen du séjour.

En cas de hausse simultanée de ces 2 indicateurs, une enveloppe forfaitaire de 2 000 euros est attribuée au pôle.

3- <u>Objectifs qualité</u>

- **Objectif de consommation hydro-alcoolique (PHA)**

Comme en 2009, tous les contrats de pôle prévoient, un engagement à la réalisation de l'objectif de **consommation de produits hydro-alcooliques** (PHA) fixé en fonction du nombre de journées d'hospitalisation.

Si le pôle atteint 80% de l'objectif fixé, une enveloppe forfaitaire d'intéressement de 2 000 euros lui sera attribuée. Entre 70 et 79% de réalisation de l'objectif de consommation, l'enveloppe d'intéressement sera de 1 000 euros.

- **Objectifs issus du projet IPAQH, initié par la HAS**

Présence dans le dossier médical du courrier de fin d'hospitalisation ou du compte-rendu d'hospitalisation comprenant :

* Identité du médecin destinataire ;
* Références aux dates de séjour (entrée / sortie) ;
* Synthèse du séjour (contenu médical de la prise en charge) ;
* Trace écrite du traitement de sortie.

Délai d'envoi de ce courrier de fin d'hospitalisation inférieur à 10 jours après la sortie de l'hôpital.

- **Prise en charge du traitement de la douleur** :

Au moins une évaluation tracée au dossier pour les patients non algiques et au moins 2 évaluations tracées pour les patients algiques.

Chacun de ces deux objectifs sera apprécié à partir d'un audit ciblé de dossiers organisé début 2011 par le service qualité en lien avec le responsable de pôle, ou dans le cadre de l'enquête IPAQH si celle-ci reprend les mêmes items.

Pour chacun de ces 2 objectifs, une enveloppe forfaitaire d'intéressement est attribuée au pôle :

Conformité d'au moins 80% des dossiers audités	2 000 euros
Conformité de 60% à 79% des dossiers audités	1 000 euros

- **Amélioration du taux de retour du questionnaire de satisfaction**

En cas d'atteinte du taux de retour du questionnaire de satisfaction de 15% calculé sur l'ensemble des services du pôle, une enveloppe forfaitaire d'intéressement de 2 000 euros est attribuée.

- **Prescriptions médicamenteuses**

- Amélioration de la trace écrite des prescriptions médicamenteuses dans le dossier du patient (dossiers audités)
- Augmentation du nombre des signalements des erreurs médicamenteuses

Intéressement 1000 euros pour la réalisation simultanée des deux objectifs, 500 euros pour un des deux.

- **Mise en place des RMM obligatoire et réalisation d'une EPP**

4 RMM par an et 4 EPP= 4000 Euros

500 euros par réalisation

- **Amélioration de la satisfaction des patientes dans les services de gynécologie et d'obstétrique par rapport à 2009**

En cas d'atteinte de cet objectif, une enveloppe forfaitaire d'intéressement de 1000 euros sera attribuée au pôle.

- **Augmentation du nombre des cours de préparation à l'accouchement et des consultations de rééducation périnéale**

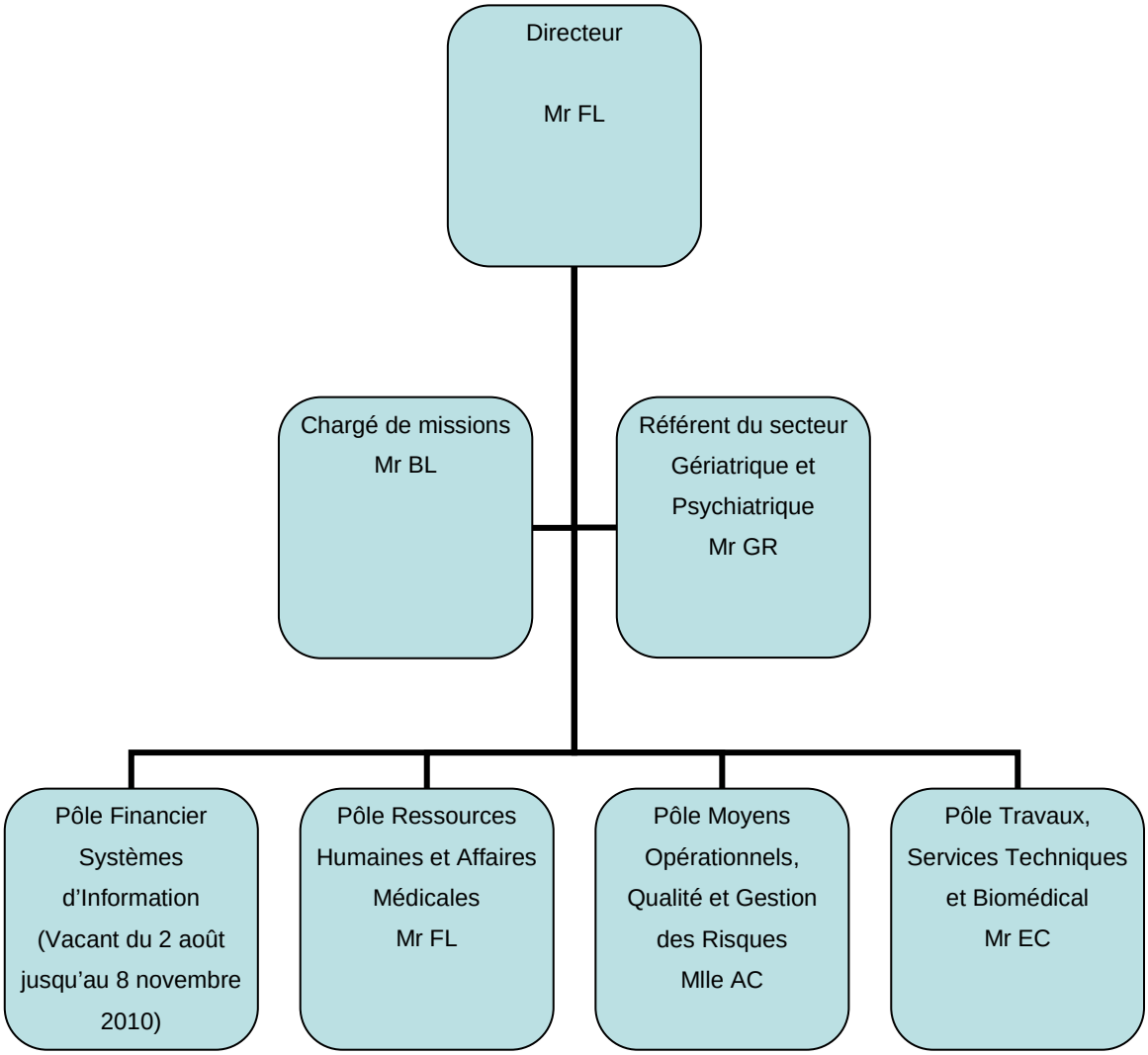
En cas d'atteinte de cet objectif, une enveloppe forfaitaire d'intéressement de 1000 euros sera attribuée au pôle.

ANNEXE 2

Moyens humains affectés au pôle au 1er Janvier 2010.

Annexe 9

Organigramme de direction du CH de Grasse



Annexe 10

Coût Opération Bâtiment FME

N°MARCHE ou BC	OBJET	FOURNISSEUR	MONTANT TTC
090177	Mission Assistant maître d'ouvrage	SAMOP	166 961,60
	Indemnisation candidat non-retenu	CADOLTO	47 840,00
	Raccordement réseau EU	TRESOR PUBLIC	60 509,68
100156	Mission CT : Phase Concept°Réalisation	APAVE	8 706 ,88
100157	Mission SPS : Phase Concept°Réalisation	SPS SUD-E ST	2 277,18
100158	Mission SSI : Phase Concept°Réalisation	DEI BONHO MME	9 568,00
10006783	Constat huissier pour pose PC	SCP BARBONI	150,00
10008721	Diagnostic Amiante avant travaux	APAVE	932,88
100159	Mission Conception réalisation : Mandataire	COUGNAUD	85 963,98
100159	Co-traitant 1 : Architecte	WECK Architecte	245 048,44
100159	Co-traitant 2 : BET Fluide	SECA Ingénierie	155 509,90
100159	Co-traitant 3 : BET Structure	INGENIERIE 84	18 041,66
	Mission Conception réalisation : Travaux	**Selon AE**	
	GROS ŒUVRE-STRUCTURE- FACADES		2 253 184,86
	MENUISERIES EXTERIEURES PROTECTIONS SOLAIRES		124 005,94
	COUVERTURE ETANCHEITE		76 713,43
	MURS ET CLOISONNEMENTS INTERIEURS		258 134,32
	MENUISERIES INTERIEURES		92 223,20
	REVETEMENT SOL & MURS		188 927,93
	FAUX PLAFONDS		55 261,25
	APPAREIL ELEVATEUR		92 343,59
	PLOMBERIE - EQUIPEMENTS SANITAIRES		150 355,06
	CHAUFFAGE- VENTIL - CLIM - DESENFUMAGE		759 622,91
	ELEC COURANT FORT		383 138,60
	ELEC COURANT FAIBLE		298 174,76
	FLUIDES MEDICAUX		118 824,99
	EQUIPEMENT MOBILIER		41 202,20
	AMENAGEMENT EXTERIEUR		150 337,20
	OPTION 3 : PAILLASSES		105 693,15
	LOCAL ARCHIVES		81 328,07
	Travaux éffectués en interne (signalétique, sécurité, bois …)	Estimation	16 146,00
	Taxe locale équipement, dép. espaces verts, financemement CAUE (?)	TRESOR PUBLIC Estimation	?
	Taxes fouilles archéologiques	TRESOR PUBLIC Estimation	2 773,00
	Assurance DO-TRC-RC MO	Consultation en cours : base offre SMABTP	57 577,14
	Révision des prix M. Œuvre + travaux	Base 2,5%	143 350,89
	Aléas Travaux	Base 3% du montant global	156 884,14
100156	Mission CT : Phase Réhabilitation (2011)	APAVE	8 013,20
100157	Mission SPS : Phase Réhabilitation (2011)	SPS SUD-EST	2 511,60
100158	Mission SSI : Phase Réhabilitation (2011)	DEI BONHOMME	9 568,00
	Maîtrise d'œuvre : Phase Réhabilitation	Consultation en cours : Base offre COPLAN	182 000,00
	Travaux : Phase réhabilitation	Base consultation M Oe.	956 800,00
	Révision des prix M. Œuvre + travaux	Base 2,5%	28 470,00
	Aléas Travaux	Base 3% du montant global	28 704,00
	Travaux éffectués en interne (bois …)	Estimation	17 940,00
	Diagnostic Amiante avant travaux	Estimation	960,87
	Assurance DO-TRC-RC MO	Estimation 2% coût travaux	19 136,00
…/…	…/…	…/…	**7 661 816,51 €**