



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Date du Jury : Décembre 2000

**IMPULSER ET DEVELOPPER UNE DEMARCHE
DE DECONCENTRATION DE GESTION
BUDGETAIRE :
ETAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES DE
L'EXPÉRIENCE DU CENTRE HOSPITALIER
D'AVIGNON**

Sidonie LASCOLS

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	5
INTRODUCTION	6
1 - L' « ÈRE DE LA GESTION PARTAGÉE »	9
1.1 LES ENJEUX D'UNE POLITIQUE DE DÉCONCENTRATION DE GESTION.	9
1.1.1 FAIRE FACE À UNE CRISE DE CRÉDIBILITÉ...	9
1.1.2 ... PAR UNE PLUS GRANDE IMPLICATION DES INDIVIDUS.	11
1.1.3 L'ENCADREMENT DE LA DÉCONCENTRATION DE GESTION DANS LES EPS: UNE OPTIQUE REVISITÉE.	14
1.2 UNE APPROCHE PRAGMATIQUE DE LA DÉLÉGATION DE GESTION : LE DISPOSITIF AU CENTRE HOSPITALIER D'AVIGNON .	19
1.2.1 OBJECTIFS DE LA DÉCONCENTRATION DE GESTION BUDGÉTAIRE AU CENTRE HOSPITALIER D'AVIGNON.	19
1.2.2 UNE DÉMARCHE CONTRACTUELLE, PARTICIPATIVE ET ADAPTABLE À LA RÉALITÉ HOSPITALIÈRE.	20
1.2.2.1 <i>Une démarche négociée.</i>	21
1.2.2.2 <i>Le contenu de la déconcentration.</i>	21
1.2.2.3 <i>Une démarche adaptable.</i>	23
1.2.2.4 <i>Réalisation et dépassement de l'objectif.</i>	24
1.3 FACTEURS MOTEURS ET FREINS DE LA DÉMARCHE : LES ENSEIGNEMENTS DE L'EXPÉRIENCE D'AVIGNON	28
1.3.1 LES FACTEURS MOTEURS ET LES PRÉALABLES INDISPENSABLES.	28
1.3.1.1 <i>Un découpage de l'établissement cohérent.</i>	28
1.3.1.2 <i>Le système d'information hospitalier.</i>	30
1.3.1.3 <i>De l'importance des tableaux de bord.</i>	33
1.3.1.4 <i>Une réelle souplesse.</i>	35
1.3.2 DES FREINS ET RÉTICENCES QUI PEUVENT ÊTRE DÉPASSÉS.	37
1.3.2.1 <i>Les obstacles tenant au principe et au champ de la délégation de gestion.</i>	37
1.3.2.2 <i>Les obstacles révélés par le fonctionnement de la démarche.</i>	39
2 - UNE DYNAMIQUE A PRESERVER : ELARGISSEMENT OU APPROFONDISSEMENT DE LA DECONCENTRATION DE GESTION BUDGETAIRE ?	42
2.1 L'ELARGISSEMENT AUX SERVICES MEDICO-TECHNIQUES : LA COMPTABILITÉ ANALYTIQUE COMME DEVELOPPEMENT INDISPENSABLE DE LA DÉCONCENTRATION DE GESTION BUDGÉTAIRE.	43
2.1.1 AFFINER LA DÉMARCHE EN L'ÉTENDANT AUX SERVICES MÉDICO-TECHNIQUES ET LOGISTIQUES.	43

2.1.1.1	<i>Enjeux de l'élargissement</i>	44
2.1.1.2	<i>Méthodologie</i>	45
2.1.2	LA COMPARAISON À DES « COÛTS STANDARDS » : CIBLER LES GAINS DE PRODUCTIVITÉ POTENTIELS.	48
2.2	L'INDISPENSABLE MÉDICALISATION DE LA DÉCONCENTRATION DE GESTION BUDGÉTAIRE.	54
2.2.1	PALLIER LES DYSFONCTIONNEMENTS NÉS DE LA BASE HISTORIQUE.	54
2.2.1.1	<i>Objectifs et enjeux d'une reproduction du mode d'allocation externe en interne.</i>	54
2.2.1.2	<i>Une utilisation encadrée.</i>	56
2.2.1.3	<i>La prudence nécessaire dans la construction d'un « budget théorique » par centre de responsabilité.</i>	57
2.2.2	UNE PRUDENCE NÉCESSAIRE DANS L'ANALYSE DES ÉCARTS	63
2.2.2.1	<i>Une prudence tenant aux postulats méthodologiques</i>	63
2.2.2.2	<i>Une réelle modalité d'enrichissement de la démarche.</i>	64
2.3	LA NÉCESSAIRE SENSIBILISATION DES ACTEURS DE PROXIMITÉ OU LES BEAUX JOURS DE L'INTÉRESSEMENT.	68
2.3.1	UNE MODALITÉ DE PLUS EN PLUS EXPLOITÉE PAR LES EPS DANS LE CADRE D'UNE DECONCENTRATION DE GESTION.	68
2.3.1.1	<i>Une réalité multi-formes.</i>	68
2.3.1.2	<i>Les politiques d'intéressement dans les établissements publics de santé.</i>	71
2.3.2	CLARIFIER LES RÈGLES DU JEU.	72
2.3.2.1	<i>Garantir le caractère collectif de l'intéressement.</i>	72
2.3.2.2	<i>Encadrer le montant de l'intéressement?</i>	72
2.3.2.3	<i>Attribuer l'intéressement équitablement</i>	73
2.3.2.4	<i>Définir les règles d'utilisation</i>	74
CONCLUSION		76
GLOSSAIRE		77
BIBLIOGRAPHIE		78
ANNEXES		84
ANNEXE 1 : CONTRAT DE GESTION EMPLOYÉ AU CENTRE HOSPITALIER D'AVIGNON		85
ANNEXE 2 : EXEMPLE DE TABLEAU DE BORD EMPLOYÉ POUR LE SUIVI DES CONTRATS DE GESTION AU CENTRE HOSPITALIER D'AVIGNON		93

ANNEXE 3 : TABLEAU DE BORD DU CENTRE HOSPITALIER D'AVIGNON	95
---	-----------

ANNEXE 4 : EXEMPLE DE TABLEAU DE BORD MÉDICALISÉ.	100
--	------------

REMERCIEMENTS

La liste des personnes que je tiens à remercier est longue : toutes ont contribué à faire de ce mémoire une occasion de découverte approfondie de l'hôpital et du métier que je m'appête à exercer.

Mes remerciements vont tout d'abord à Monsieur Bernard MONIER et à l'équipe du Centre Hospitalier d'Avignon : Monsieur Laurent WILMANN, Directeur des finances, et Monsieur Jean Luc PESCE, Directeur de la Qualité et du contrôle de gestion pour leurs éclairages et leurs corrections ainsi que Madame Solange LICHIERE et Monsieur Bruno ROMAN RUIZ, du service de contrôle de gestion, pour leurs explications et leur aide. Que Monsieur Claude SOUTIF, chef du Département d'Information Médicale trouve également ici mes remerciements pour le temps qu'il m'a consacré. Enfin, que tous les praticiens et soignants qui se sont prêtés au jeu des questions/réponses trouvent ici ma particulière reconnaissance.

Je tiens également à remercier toutes les personnes que j'ai été amenée à rencontrer dans le cadre de ce mémoire pour leur disponibilité et leurs éclairages sur ce sujet : les membres du service du contrôle de gestion du CHU de Rennes, et notamment Madame Laurence PAQUEREAU, Monsieur Yvan PERARD, Directeur du Centre Hospitalier de Niort, Monsieur Patrick EXPERT, Directeur du Système d'Information et de l'Analyse de gestion du Centre Hospitalier de Blois, Madame Dominique BOUE, Directrice des Finances au Centre Hospitalier Universitaire de Tours, Monsieur GARRIGUES, Chef du Département d'information Médicale du Centre Hospitalier d'Aix en Provence et Monsieur FINKEL, Statisticien au Centre Hospitalier d'Aix en Provence.

Enfin, ces remerciements seraient incomplets si j'omettais Monsieur Patrick MEDEE, Directeur du Centre Hospitalier de Guéret, qui est à l'origine de la démarche de déconcentration de gestion à Avignon et Monsieur Philippe PEYRET, Professeur au département M.A.T.I.S.S. à l'E.N.S.P., mon directeur de mémoire, dont les conseils, les corrections et les orientations m'ont aidée à étudier un sujet dont les dimensions techniques et politiques sont toujours étroitement mêlées.

INTRODUCTION

Plus que jamais la santé devient aujourd'hui un bien marchand : elle fait l'objet d'appels d'offres en Grande Bretagne, de processus de « certification » aux Etats-Unis et au Canada, de classement en fonction de la performance prêtée aux services de soins en France...Les contraintes se multiplient sur un marché qui reste pourtant original à bien des égards : une offre qui crée sa propre demande, une asymétrie d'informations particulièrement importante, une relation particulière entre le médecin et son patient, autant de particularismes qui pèsent sur la gestion du système. Il n'en reste pas moins que la croissance exponentielle des dépenses du système de soins français oblige à s'interroger sur le prix que l'on entend accorder à la santé et, par conséquent, sur son coût. Les mécanismes de régulation, tenant à la définition d'objectifs nationaux de dépenses, répercutent ses contraintes au niveau des établissements de santé qui sont, dès lors, tenus de s'interroger sur leur efficience et de mesurer leur performance.

Cette mesure de la performance ne peut s'effectuer que par une maîtrise conjointe de la qualité et des coûts. Or, si la première est engagée avec la mise en œuvre de la démarche d'accréditation des établissements de santé, la seconde soulève des difficultés particulières : elle s'inscrit en effet dans un domaine où la crainte d'une maîtrise comptable des dépenses de santé fait peser sur toute politique d'analyse des coûts suspicion presque naturelle de la part des acteurs médicaux et soignants. L'enjeu, dès lors, est d'importance : il s'agit de faire adhérer les praticiens et les soignants à une démarche qui permette à l'hôpital de répondre au paradoxe contenu dans l'indispensable évolution des pratiques de soins dans un contexte budgétairement contraint.

La déconcentration de gestion peut être l'une des voies de réponse à ce paradoxe. Une telle démarche consiste à rapprocher la décision du terrain afin de renforcer sa pertinence et de mieux assurer sa cohérence par rapport aux différentes contraintes qui pèsent sur l'environnement. Elle rejoint donc le concept de "direction participative par objectifs", développé par Sloan dans les années vingt et introduit en France par Gelinier. La déconcentration de gestion suppose en effet les trois conditions de la direction participative par objectifs : une délégation d'objectifs et de responsabilité sélective, une

délégation de pouvoirs, corollaire de la première, et une plus grande participation des acteurs de proximité.

Dans cette perspective, le Centre Hospitalier d'Avignon a développé une politique de déconcentration de gestion qui vise, en rapprochant le suivi budgétaire des prescripteurs, la maîtrise des dépenses hospitalières. L'approche retenue à Avignon, résolument budgétaire, fait le pari que la maîtrise des dépenses constitue un outil majeur de la démarche qualité par le questionnement qu'elle engendre sur l'organisation de la prise en charge des patients et la pertinence des soins.

Quatre ans après sa mise en place, cette politique a acquis un rythme de croisière et les praticiens sont de plus en plus impliqués dans une démarche qui leur procure une souplesse supplémentaire dans leur exercice quotidien. Pourtant, ils remettent aujourd'hui en question certains des postulats sur lesquels elle s'appuie. Dans cette perspective, une évaluation de la politique de déconcentration de la gestion budgétaire du Centre Hospitalier d'Avignon permet de répondre à une question : comment impulser et préserver la dynamique d'une déconcentration de gestion budgétaire ?

Une telle évolution dans la façon de penser l'hôpital se heurte à des obstacles tenant à la difficulté d'impulser le changement sur lesquels Annie Bartoli insistait : des freins stratégiques, liés à la multiplicité des acteurs qui interviennent dans le processus de décision qui engendre elle même une tendance à la routine, des freins structurels, tenant à la complexité de l'hôpital public, des freins culturels qui tiennent, quant à eux, à la crainte de voir introduire à l'hôpital des concepts du secteur privé, des freins comportementaux enfin, car les acteurs se sentent impuissants à changer l'organisation¹.

L'approche retenue dans ce mémoire est d'orientation presque exclusivement budgétaire dans la mesure où le parti a été pris, au Centre Hospitalier d'Avignon, de considérer que la principale difficulté résidait dans l'acquisition de l'état d'esprit de la démarche. Une fois cette étape majeure réalisée, il sera relativement aisé de déconcentrer d'autres responsabilités, notamment celles qui touchent à la gestion des ressources humaines. En d'autres termes, une telle démarche doit viser dans un premier temps les dépenses contrôlables par les services de soins avant de s'étendre éventuellement à des domaines moins maîtrisables par ces derniers.

¹ BARTOLI Annie, Le management des organisations publiques, DUNOD, Paris, 1997, 300 pages.

La démarche de déconcentration de gestion budgétaire au Centre Hospitalier d'Avignon s'inscrit dans un environnement propice à l'expérimentation de nouveaux modes de gestion et est porteuse de nombreux changements dans la manière de penser les relations à l'hôpital (Ière partie). Cependant, elle se heurte aujourd'hui à certains obstacles qui montrent que sa dynamique doit être soutenue dans une perspective d'élargissement autant que d'approfondissement (II ème partie).

1 - L' « ÈRE DE LA GESTION PARTAGÉE »

Les revendications grandissantes des patients en matière de soins (qualité, sécurité, accessibilité...) et les contraintes de plus en plus importantes qui pèsent sur le budget des établissements de santé amènent aujourd'hui les gestionnaires à s'interroger sur l'efficacité du système de santé. Ce questionnement les invite à expérimenter de nouveaux types de gestion. A ce titre, la déconcentration de gestion occupe une place particulière : les enjeux qu'elle soulève sont en effet porteurs de nombreux changements dans l'organisation de l'hôpital (A). La démarche mise en œuvre au Centre Hospitalier d'Avignon repose sur ce principe de gestion par subsidiarité (B) et son évaluation permet de mettre en exergue les facteurs moteurs et les freins auxquels une telle politique doit faire face (C).

1.1 LES ENJEUX D'UNE POLITIQUE DE DÉCONCENTRATION DE GESTION.

La déconcentration de gestion est en effet un concept "dans l'air du temps" . Elle permet aux établissements publics de santé de répondre aux nouveaux impératifs de gestion en impliquant l'ensemble des acteurs dans le processus de décision. Elle est, à ce titre, largement soutenue par les pouvoirs publics et donne lieu à des expériences très différentes.

1.1.1 Faire face à une crise de crédibilité...

Le constat semble être clair et sans appel : la gestion hospitalière se résume encore trop souvent à une gestion de type administratif et ne correspond plus aux besoins de la population qui se déclinent, quant à eux, en terme de qualité, de personnalisation et de sécurité des soins, ce qui suppose adaptabilité et souplesse de gestion. Dans la mesure où ces revendications s'expriment dans un contexte de restrictions budgétaires, ou du

moins dans une perspective de maîtrise des dépenses de santé, l'Hôpital se trouve aujourd'hui contraint d'inventer de nouveaux modes de gestion.

Or, les établissements se trouvent encore souvent dans un des trois types de gestion que Paul Henri Gauthier et Alain Grenon jugeaient déjà dépassés en 1979² :

- *la gestion administrative* dans laquelle la réglementation prime. Ce type de système utilise des outils de gestion, comme le budget ou la comptabilité analytique³, mais seulement dans une perspective de respect de la réglementation au lieu d'être l'expression d'une politique.

- *la gestion centralisée* dans laquelle les objectifs sont définis au niveau central sans être véritablement diffusés au niveau des unités opérationnelles.

- *la gestion déconcentrée* dans laquelle est allouée au centre de responsabilité une enveloppe budgétaire qu'il doit respecter sans pour autant atteindre des objectifs ou des résultats prédéfinis.

L'hôpital se caractérise en outre par la juxtaposition de plusieurs hiérarchies qui ne relèvent pas de la même autorité ce qui rend difficile le dialogue en cas de confrontation et impossibles les arbitrages en cas de conflit. Ainsi, la hiérarchie médicale dépend du Ministre de la santé et la hiérarchie administrative du chef d'établissement, lui-même responsable de sa gestion devant le Conseil d'Administration. La hiérarchie soignante, quant à elle, est placée sous la responsabilité de l'Infirmier général, hiérarchiquement subordonné au chef d'établissement. On peut même observer une « hiérarchie syndicale », qui dispose de moyens importants pour mettre en échec le pouvoir du directeur, et une hiérarchie politique représentée par la tutelle. Ainsi, Jean-Marie Clément pouvait-il écrire que, dans un établissement public de santé, «*Les responsabilités sont également divisées au point qu'il est difficile de savoir qui dispose réellement du pouvoir de décider et en contrepartie doit être appelé en responsabilité en cas d'échec*⁴». Certes, la recherche d'une coordination entre ces différents pouvoirs est un souci constant du législateur. Il faut toutefois avouer qu'elle n'est que peu suivie d'effets dans la pratique et que le manque de souplesse reste une des principales caractéristiques de la gestion hospitalière. Il en découle une tendance presque naturelle de l'hôpital à l'éclatement, au cloisonnement, préjudiciable à une gestion stratégique qui devient indispensable aujourd'hui.

² GAUTHIER Paul Henri et GRENON Alain, Le contrôle de gestion, Berger Levrault, 1979, Paris, 192 pages.

³ Entendue dans le sens de la feuille de répartition et du calcul du prix de journée, à l'époque.

⁴ CLEMENT Jean Marie, Les pouvoirs à l'hôpital, Editions Berger-Levrault, 1995, 149 pages.

De plus, la forte contrainte budgétaire qui pèse actuellement sur les établissements publics de santé pousse les gestionnaires à effectuer des choix en interne dans la mesure où ils ne peuvent plus espérer une reconduction automatique des moyens de fonctionnement des services. Plus largement, si l'on considère les impacts des modes de tarifications sur l'offre de soins, on peut observer que si la tarification au prix de journée avait un effet inflationniste, le budget global un effet d'incitation au statu quo, une éventuelle tarification à la pathologie oblige à une réflexion sur les coûts dans une vision résolument prospective.

Longtemps en effet, les économies d'échelle ont été la voie privilégiée pour répondre à la contrainte budgétaire. Or, passé un certain niveau d'activité, les rendements sont décroissants et les possibilités d'économies s'amenuisent. Surtout, une telle stratégie n'est valable que dans le cadre de produits standardisés, ce qui n'est pas le cas des produits hospitaliers. Comme le souligne Etienne Minvielle, chercheur au Groupe IMAGE, « *l'hôpital doit gérer la singularité à grande échelle*⁵ » et ce, d'autant plus que la personnalisation de la prise en charge constitue un domaine essentiel de la qualité des soins. Les gestionnaires sont donc aujourd'hui confrontés à la nécessaire amélioration de la productivité de leurs établissements, en dépit des craintes que ce mot inspire.

C'est dans ce cadre que la modernisation des structures hospitalières apparaît aujourd'hui de plus en plus indispensable. Elle passe par une amélioration de la performance qui repose, quant à elle, pour une large part, sur l'implication des individus.

1.1.2 ... Par une plus grande implication des individus.

Les défis que rencontrent aujourd'hui le secteur public ne sont pas nouveaux et les entreprises ont du y faire face dans les années soixante-dix. C'est donc naturellement vers les solutions qu'elles ont développées que les structures publiques recherchent aujourd'hui les moyens de sortie de cette crise.

Dans ce domaine, la théorie du management participatif, développé par Douglas Mac Grégor dans les années soixante, donne un nouvel éclairage, exploité par la plupart des décideurs publics. Il postule ainsi que les individus ont besoin du travail pour s'accomplir personnellement et qu'ils désirent exercer des responsabilités. A un « *management*

⁵ Etienne MINVIELLE, Gérer la singularité à grande échelle, Gestions Hospitalières, n°373, février 1998, page 129.

autoritaire », il convient ainsi de substituer un « *management participatif* »⁶ fondé sur un enrichissement des tâches, un partage des objectifs et une participation au processus de décision.

Si l'approche de Mac Grégor reste difficile à mettre en œuvre, ses enseignements sont considérables. Dans cette perspective, la performance d'une organisation dépend du degré d'investissement des individus dans la structure et du sentiment d'adhésion aux objectifs de l'institution. Une telle approche doit être nuancée : Maslow, qui reprend l'approche de Mac Grégor à travers sa désormais célèbre pyramide des besoins, montre que les individus ne s'investissent que dans la mesure où l'organisation leur procure la sécurité d'une structure et la direction qu'elle doit prendre.⁷

R. Moss Kanter, quant à elle, montre que la responsabilisation est la clé de l'implication des individus. Elle développe, dans cette perspective, la notion d'« *empowerment* » qui correspond à un transfert, vers chaque individu, d'un pouvoir de décision aussi grand que possible. Elle fonde ainsi la performance d'une structure sur la délégation qu'elle met en œuvre et qui suppose à la fois une formation des acteurs de proximité, une circulation de l'information fluide, ce qui doit conduire à un bouleversement dans l'organisation du travail⁸.

De même, la sociologie des organisations a montré que la préservation du dynamisme des entreprises reposait sur un renversement de leur organisation pyramidale. L'idée est, là aussi, de donner le premier rôle aux unités opérationnelles. Cette autonomisation des unités de production doit s'accompagner d'une réduction du nombre des échelons hiérarchiques pour renforcer l'implication de chaque individu. L'objectif est alors de modifier le rôle des acteurs d'une structure : les anciens décideurs deviennent des experts dont le rôle est de conseiller les exécutants, à qui les décisions appartiennent, dans le cadre de la signature d'un contrat d'objectif. Ce contrat, signés entre les unités opérationnelles et les dirigeants, doit comporter les objectifs à atteindre, les indicateurs de suivi et les possibilités d'intéressement et de sanctions en cas de réalisation, ou non, des objectifs définis en amont.

⁶ MAC GREGOR Douglas, La dimension humaine de l'entreprise, MIT Press, 1960, dans lequel il développe sa fameuse théorie en Y.

⁷ MASLOW Abraham, Vers une psychologie de l'être, 1970, cité, notamment, par LETEURTRE Hervé et alii, Traité de gestion hospitalière, Berger Levrault, Paris, 1998, 926 pages

⁸ MOSSKANTER L'entreprise en éveil : maîtriser les stratégies du management post industriel, Interéditions, 1992.

Cette logique est aujourd'hui à l'honneur dès que l'on parle de modernisation du mode de gestion de l'hôpital public. Michel Crémadez et François Grateau dans Le management stratégique hospitalier⁹, montrent en effet que les établissements publics de santé sont confrontés en interne à une scission entre le centre opérationnel (les unités de soins) mu par des objectifs qualitatifs et personnalisés et le sommet hiérarchique qui raisonne en termes d'objectifs globaux, définis au niveau de l'établissement.

La solution présentée par ces auteurs propose de dépasser le clivage entre ceux qui conçoivent la stratégie et ceux qui la mettent en œuvre. Cette solution possède trois facettes : une clarification des fonctions de chacun des acteurs, le passage à une culture de résultat, d'objectifs à atteindre, et une contractualisation. La sociologie des organisations invite en fait à substituer au modèle taylorien un modèle en réseau, caractérisé par des unités très autonomes, fédérées au niveau du sommet stratégique. Ainsi renforce-t-on la réactivité des acteurs de proximité et la cohérence des décisions au regard de leurs exigences. L'enjeu majeur de la déconcentration, ou de la gestion par subsidiarité, partout où elle a été mise en place et quels que soient les objectifs qui lui étaient assignés, était de répondre à ces demandes de réactivité et de souplesse exprimées par les professionnels de soins autant que renforcer l'adhésion des acteurs.

Ainsi, la pertinence de la décision est renforcée : dans la mesure où les acteurs maîtrisent davantage la décision, ils s'engagent dans un processus de responsabilisation. Jean-Olivier Arnaud et Gérard Barsacq écrivaient ainsi que “ *la déconcentration de gestion participe à cette redynamisation puisqu'elle accélère la prise de décision, la rend plus adaptée au terrain et garantit qu'elle sera réellement appliquée*¹⁰”.

Ainsi la déconcentration de gestion, à laquelle ne peut être réduit le management participatif mais qui en constitue une condition préalable, appliquée au champ budgétaire, peut être un puissant moteur pour maîtriser les dépenses de fonctionnement. En effet, devenus gestionnaires, les services sont incités à optimiser l'emploi de leur budget.

Cette rationalisation passe autant par une action sur le volume de leurs dépenses que sur les prix. La première les invite à modifier leur comportement, leurs habitudes de travail tandis que la seconde les incite, pour maîtriser leur environnement immédiat, à développer des relations contractuelles avec les autres services, diminuant les effets

⁹ CREMADEZ Michel et GRATEAU François, Le management stratégique, Interéditions, Paris, 1992, 318 pages.

¹⁰ ARNAUD Jean Olivier et BARSACQ Gérard, La dynamisation des ressources humaines à l'hôpital, Entreprise Moderne d'Édition, Paris, 1996, 130 pages.

pervers d'un trop fort cloisonnement et rendant leurs relations plus objectives¹¹. En définitive, il s'agit plus de dépenser mieux que de dépenser moins.

La déconcentration de gestion peut donc être pensée non plus uniquement en termes d'économies budgétaires, mais comme une réponse à la nécessaire réforme de l'hôpital qui pâtit aujourd'hui d'une spécialisation des tâches trop importante et d'une division du travail plus administrative que stratégique. Elle permet de répondre à la fois au besoin de responsabilisation des acteurs de soins et à la contrainte budgétaire. On attend en effet d'elle une meilleure adéquation des moyens aux besoins et un allègement des lourdeurs institutionnelle. Elle œuvre, enfin, vers un des défis majeurs de l'hôpital : celui de l'amélioration de la prise en charge du patient par le questionnement qu'elle provoque au moment de la prise de décision des acteurs de proximité.

1.1.3 L'encadrement de la déconcentration de gestion dans les EPS: une optique revisitée.

L'idée de déconcentration de gestion n'est pas une idée nouvelle : elle est toujours apparue comme une modalité traditionnelle de la réforme des institutions publiques. Le rapport Arthuis en 1987 puis les lois de modernisation de l'administration ou de réforme de l'Etat en 1989 et 1992 préconisaient en effet une gestion « au plus près du terrain ». En ce qui concerne les établissements publics de santé, elle apparaît dès le décret du 11 août 1983 relatif notamment à la définition juridique du centre de responsabilité.

La loi du 3 janvier 1984¹² qui institue les départements médicaux reprend cette philosophie. Pourtant, il faut noter le peu d'effet de ces incitations à la réforme des établissements.

La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière¹³ puis les ordonnances du 24 avril 1996¹⁴ relancent cette politique de gestion en précisant la forme qu'elle peut prendre, la contractualisation interne. Elle est désormais codifiée dans l'article L. 714.26.1 du Code de la Santé Publique : « *Les établissements publics de santé peuvent mettre en place des procédures de contractualisation interne (...) Les centres de responsabilités bénéficient de délégation de gestion de la part du directeur. Ces délégations de gestion font l'objet d'un*

¹¹ Voir infra

¹² Loi n° 84-5 du 3 janvier 1984 relative à l'organisation des établissements publics de santé.

¹³ Loi n°91-748 du 31 Juillet 1991 portant réforme hospitalière.

contrat négocié par le responsable du centre de responsabilité avec le directeur. Ce contrat définit également les objectifs, les moyens et les indicateurs de suivi des centres de responsabilité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion ainsi que les conséquences, en cas d'inexécution du contrat ».

Les ordonnances du 24 avril 1996 poursuivent cette logique. Dans le rapport de présentation au président de la république, les rédacteurs de l'ordonnance pouvaient ainsi écrire *« c'est au sein des établissements de santé que la responsabilité doit d'abord s'exprimer. En effet, tous les personnels médicaux, paramédicaux, techniques et administratifs doivent, ensemble, pleinement participer à l'organisation et la gestion de l'hôpital. Pour allier la qualité des soins à une bonne organisation, la participation active des médecins et des équipes paramédicales de l'hôpital est indispensable ».*

La circulaire du 21 avril 1997 invite ainsi l'ensemble des établissements à développer la gestion par la subsidiarité : il convient *« d'engager ou de poursuivre une réflexion sur les méthodes de gestion et leur organisation du travail, à mettre en place ou à adapter leur organisation en centres de responsabilité et à élaborer les premiers contrats de délégation de gestion¹⁵ ».* Au delà d'une approche par les budgets de services essentiellement budgétaire, elle invite, par la contractualisation interne, à *« une méthode de gestion qualitative et participative ».*

Pour autant, la déconcentration de gestion ne saurait correspondre à un dessaisissement des missions de la direction : la circulaire du 21 avril 1997 précise en effet que *« l'expression « délégation de gestion » ne déroge pas aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur et, en particulier ne correspond pas à une délégation de compétence des directeurs des établissements publics de santé ».* Ce qui revient également à dire que le directeur peut toujours imposer sa position sur les matières déléguées.

Le décret du 18 avril 1997¹⁶, introduit dans l'article D. 714-12-4 du Code de la Santé publique, prévoit que cette délégation peut aller jusqu'à la délégation de signature : *« l'une des formes que peut prendre la contractualisation interne est la possibilité, pour le directeur d'établissement, de donner une délégation de signature aux praticiens responsables de centres de responsabilité dans les conditions prévues par le contrat de*

¹⁴ Ordonnances n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

¹⁵ Circulaire DH/EOP/AF/3 n° 97-304 du 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne dans les E.P.S

¹⁶ Décret n° 97-374 du 18 avril 1997 relatif à la délégation de signatures des directeurs des établissements publics de santé.

délégation de gestion. ». Cette délégation de signature peut être assortie de conditions ou de réserves.

Cependant, cette possibilité, qui marque un des degrés les plus importants dans la politique de délégation de gestion, reste peu appliquée dans la pratique. Si on peut considérer qu'elle a l'avantage de mettre le délégataire dans une situation de subordination hiérarchique par rapport au délégant, cet avantage devient très hypothétique dans la mesure où les articles L. 712-14 et D 714-12-1 prévoient que le directeur exerce son autorité hiérarchique dans la mesure où il respecte " *les obligations déontologiques et professionnelles qui s'imposent aux professionnels de soins, les responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et l'indépendance des praticiens dans l'exercice de leur art* ". Si l'on ajoute à cela que la délégation de signature ne correspond pas à une délégation de la responsabilité qui s'y attache, on ne peut être étonné de la réticence d'application de cette mesure.

Le cadre réglementaire ainsi fixé est relativement peu contraignant, la Direction des Hôpitaux ayant voulu être l'initiatrice d'une politique proche du terrain, tenant compte des spécificités de chaque établissement. Dans ce cadre souple, adaptable se sont développées, depuis la moitié des années 1990, des solutions de mise en œuvre multiples dont l'hétérogénéité est probablement le fait le plus marquant. Le tableau ci-après en présente quelques unes et souligne, sans prétendre à l'exhaustivité, la diversité des approches du concept de déconcentration de gestion.

LA DIVERSITE DES SOLUTIONS RETENUES : Exemples de déconcentration de gestion

	CH ARGENTEUIL	CHU NANTES	CHU ANGERS	CHU RENNES
Objectifs de la délégation	Optimisation des coûts de gestion Qualité Maîtrise des prescriptions d'actes techniques	Simplification administrative Souplesse et adaptabilité Amélioration de l'organisation interne	Déclinaison du contrat d'objectifs et de moyens	Rétablissement de la situation financière
Titulaire de la délégation (niveau)	Centre de responsabilité	Pôle : regroupement de service autour d'une pathologie, d'un organe ou d'un flux de patient. Il est représenté par un médecin non chef de service, un cadre infirmier, un cadre administratif et un agent délégué à la gestion du personnel.	Service	Centre de responsabilité (service)
Forme	Contrat	Contrat	Contrat	Contrat
Objectifs et Champ	<p>OBJECTIFS QUANTITATIFS <u>Dépenses d'exploitation</u> : groupe 1 : personnel médical et non médical (remplacement, gardes et astreintes, heures supplémentaires et la formation, allocation perte d'emploi) groupe 2 : médicaments, produits dérivés du sang, produits sanguins, et petits matériels médicaux, fournitures de radiologie groupe 3 : dépenses d'entretien et de réparation, maintenance, fournitures hôtelières, petit matériel et outillage.</p> <p><u>Dépenses d'investissements</u> : prévues dans le cadre du CR mais soumis à l'arbitrage de la Direction</p> <p>OBJECTIFS QUALITATIFS: définis annuellement, ils portent sur le Service médical rendu, les relations entre services, les coûts de la non-qualité.</p>	<p>APPLICATION DU PRINCIPE DE SUBSIDIARITE AU SENS LARGE Groupe 1 : mensualités de remplacement, la moitié du budget de la formation continue et délégation de la gestion administrative (congs, notations, éléments variables de la paie...) Groupe 2 sauf gaz médicaux en vrac. Groupe 3 : toutes les dépenses maîtrisables et individualisables (exclusion des charges de structure donc) Moyens physiques (lits) : fermeture de lits (...) à l'exclusion des actions ayant une incidence sur la carte sanitaire</p>	<p>OBJECTIFS : REALISATION DU C.O.M. <u>Objectifs propres aux services</u> : déconcentration des moyens contre réalisations des objectifs définis. <u>Objectifs transversaux</u> (lutte contre la douleur, contre les infections nosocomiales, réseau, ...) : id.</p>	<p>Les CR doivent réaliser 1% d'économies sur leur budget que cela soit sur les : Dépenses de groupe 1 : calcul en coût harmonisé (pas de fongibilité sur ce groupe). Exclusion de l'activité libérale et les dépenses relatives aux internes, FFI et étudiants. Dépenses de groupe 2 sauf maintenance de matériel médical Dépenses de groupe 3 sauf linge et repas car le CHU ne dispose pas d'unité d'œuvre pertinente. Certaines charges induites : actes de laboratoire et de radiologie. Pas de délégation des dépenses de groupe IV car volonté de préserver la cohérence de la politique d'investissement.</p>
Durée	Durée maximale de 5 ans	Annuelle	Calquée sur durée du C.O.M.	Annuelle

	Enveloppe budgétaire arrêtée annuellement avant le 15 février. Modifications possibles sur accord des parties ou en cas de modifications de l'environnement externe.			
Obligations réciproques	<u>Direction</u> : communication des tableaux de bord, relais entre CR et directions fonctionnelles, <u>CR</u> : respect du budget prévu, définition d'un calendrier précis de réalisation des objectifs arrêtés, maîtriser le volume des actes de plateau techniques.	<u>Direction</u> : Conseil et expertise, production d'informations. <u>Pôle</u> : Respect des compétences et des budgets délégués.	<u>Direction</u> : moyens financiers et organisationnels (enquêtes, audits) <u>Service</u> : réalisation des objectifs du C.O.M.	<u>Direction</u> : aucune explicite <u>CR</u> : respect du budget délégué
Evaluation Indicateurs de suivis	L'évaluation est fondée sur des indicateurs de suivi définis en accord avec les deux parties. Elle est annuelle et peut donner lieu à une révision du contrat.	L'évaluation prend la forme de réunions régulières où sont analysés les différents tableaux de bord (personnel, activité, consommation)	L'évaluation est réalisée annuellement, en fonction des indicateurs définis en amont.	Tableaux de bord médicalisés
Autres caractéristiques	Pas de délégation de signature Mise en place d'un comité de suivi chargé de l'évaluation de la démarche	Fongibilité des crédits délégués. Contrat entre pôles : avec le pôle logistique pour la procédure d'achat par exemple. Existence d'un Guide méthodologique de la déconcentration de gestion.	Pas de délégation de gestion : seulement déconcentration des objectifs. Un référent/service, responsable du suivi.	Fongibilité des crédits totale sauf sur groupe 1 en raison des contraintes réglementaires. Elaboration de référentiels pour aider à la gestion notamment sur les marchés publics. Prise en compte des recettes subsidiaires (correction du résultat du service) Modification possibles dans des cas limitativement énumérés
Intéressement	Oui	Oui	Oui	Oui

1.2 UNE APPROCHE PRAGMATIQUE DE LA DÉLÉGATION DE GESTION : LE DISPOSITIF AU CENTRE HOSPITALIER D'AVIGNON .

Dans cette perspective, le Centre Hospitalier d'Avignon a développé une approche résolument pragmatique de la déconcentration de gestion, centrée sur le domaine budgétaire, qui répondait à des objectifs spécifiques compte tenu de l'environnement avignonnais.

1.2.1 Objectifs de la déconcentration de gestion budgétaire au Centre Hospitalier d'Avignon.

1997 est l'année qui voit, au Centre Hospitalier d'Avignon, l'introduction effective de la délégation contractuelle de gestion. Elle a été volontairement progressive, pragmatique et fondée sur le volontariat : ainsi, en 1997, quatre services étaient concernés, dix en 1998 et dix huit en 1999.

Cette démarche répondait à quatre objectifs principaux, clairement affichés par la direction :

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- L'amélioration du dialogue et la concertation entre communauté soignante et direction.- La recherche d'une plus grande souplesse de gestion pour les services- La valorisation des actions de recherche d'économies et le partage d'objectifs communs.- La maîtrise du volume des dépenses, notamment des charges induites par le recours au plateau technique. |
|--|

L'enjeu était ainsi de disposer d'une plus grande connaissance de l'activité d'un centre de responsabilité capable de permettre une meilleure pertinence des décisions des responsables.

Dans un premier temps, la démarche n'a concerné que les services médicaux et médico-techniques dans la mesure où l'établissement ne dispose pas d'un suivi analytique pour l'ensemble des centres de responsabilité. Le tableau ci-dessous donne la liste des services concernés ainsi que les masses financières qui leur sont déléguées :

LES CENTRES DE RESPONSABILITÉ PARTICIPANT À LA DÉMARCHE EN 2000

	Budget Déconcentré	
	2 000	
	<i>en francs</i>	<i>en euros</i>
Cardiologie	12 294 082	1 871 245
chirurgie générale et digestive	1 767 629	269 046
chirurgie orthopédie et traumatologie	3 498 994	532 571
chirurgie thoracique	781 517	118 952
chirurgie vasculaire	1 554 340	236 581
Endocrinologie	1 065 261	162 140
gastro-entérologie	2 196 393	334 306
hématologie – maladies infectieuses	6 138 317	934 295
hématologie - hôpital de jour	5 371 205	817 535
Néphrologie – hémodialyse	695 965	105 931
Hémodialyse	6 548 995	996 803
Ophthalmologie	1 279 539	194 755
Pédiatrie	1 467 203	223 319
Pneumologie	3 210 792	488 705
Anatomopathologie	373 990	56 924
laboratoires de biochimie	5 930 398	902 648
laboratoires d'hémato-bactériologie	4 535 351	690 312
urgences adultes	2 120 764	322 795
urgences enfants (accueil)	237 143	36 095
long séjour	1 459 648	222 169
Réanimation	6 529 667	993 861
Total	69 059 193	10 510 988

En définitive, pour la Direction, contrainte d'améliorer la productivité des services, l'objectif était de donner aux acteurs de proximité les moyens de s'auto-réguler et de contrôler effectivement leurs dépenses.

Quant aux responsables de centres de responsabilité, la principale motivation d'adhésion à la démarche était de se dégager des contraintes budgétaires dans leurs demandes de fournitures, en particulier médicales. Ils entendaient, par la liberté que la démarche leur donnait, réaliser eux-mêmes les choix médicaux et pouvoir mieux s'adapter aux évolutions techniques des fournitures, voire développer de nouvelles techniques médicales.

1.2.2 Une démarche contractuelle, participative et adaptable à la réalité hospitalière.

Cette déconcentration de gestion s'appuie sur la construction de budgets de service et prend la forme de contrats de gestion. Ceux-ci définissent les objectifs, les moyens et les indicateurs de suivi des différents centres de responsabilités, les modalités de leur

intéressement aux résultats de leur gestion ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat¹⁷.

1.2.2.1 Une démarche négociée.

Cette délégation fait l'objet d'une négociation annuelle entre la direction et le service signataire représenté par le chef de service, négociation ouverte associant la Commission Médicale d'Etablissement (C.M.E), représentée par son président qui apporte éventuellement sa contribution, notamment dans l'appréciation de l'activité. Est ainsi garantie la cohérence du projet médical dans la mesure où un service ne peut utiliser ses économies au financement des activités non validées par la communauté hospitalière.

Le fait que cette démarche soit fondée sur le volontariat des services implique que cette négociation ne puisse être la confrontation acharnée de deux parties défendant leurs propres intérêts mais un lieu de diffusion de l'information, d'expression des demandes propres du service, de recherche des moyens de générer des économies, des modalités d'utilisation des crédits d'intéressement ... Il s'agit de partager une information validée par les deux parties, de promouvoir des objectifs communs en déclinant le projet de l'établissement au niveau du centre de responsabilité et d'assurer une meilleure connaissance de la procédure budgétaire par les services consommateurs.

1.2.2.2 Le contenu de la déconcentration.

Lors des entretiens budgétaires, l'enveloppe allouée au service signataire est définie à partir de la prévision concertée, d'une part, d'une base historique et, d'autre part, de l'activité future du service. L'enveloppe est déterminée de la façon suivante :

- Soit les dépenses du services sont jugées adaptées compte tenu de l'activité du service et le budget n correspond au budget n-1 augmenté du taux d'évolution tel qu'il ressort de la moyenne des deux derniers exercices.
- Soit le service va devoir faire face à des modifications de structure ou d'activité, et le budget n les prend en compte, soit à la baisse, soit en augmentation. Ainsi, si le service A bénéficie d'une augmentation de sa capacité, son budget se verra appliqué,

¹⁷ voir annexe n° 1 "le contrat de gestion au Centre Hospitalier d'Avignon", page 83.

en plus du taux de reconduction du Centre Hospitalier d'Avignon, un taux correspondant à cette augmentation de lits.

Dans la mesure où le but est d'améliorer la productivité des services, la démarche ne concerne que les dépenses isolables dans le système d'information et directement contrôlables par le responsable du service. L'idée est de se contenter d'une approche analytique en coûts directs variables à défaut d'une comptabilité analytique en coûts complets.

Ces dépenses recouvrent donc l'ensemble des dépenses médicales et certaines dépenses hôtelières qui représentent, pour l'activité MCO, respectivement 15 et 5% de l'ensemble des dépenses. Sont par conséquent explicitement exclues de la délégation les charges de personnel, les charges indirectes, les charges d'amortissements, de travaux d'entretiens et de frais financiers, les charges d'assurance.

La démarche vise également à maîtriser les charges induites. Or, comme les dépenses sont imputées aux services producteurs, elles ne peuvent l'être au budget des services consommateurs. C'est la raison pour laquelle, dans le cadre de contrat de gestion, et notamment dans le cadre du calcul de l'intéressement, il est demandé au service clinique signataire de respecter le volume de consommation de plateau technique négocié dans le contrat.

Cette maîtrise des charges induites ne peut être atteinte que si les habitudes de travail et les mentalités évoluent. Ainsi les responsables des centres de responsabilité sont amenés à sensibiliser les personnels à ces nouvelles pratiques et ce, d'autant plus qu'ils sont jugés, non de manière absolue, mais sur leur capacité à remplir ces objectifs. Ainsi, la démarche a engendré la mise en place de protocoles qui visent à l'élimination des actes redondants et inutiles et le développement de contacts plus importants entre les services cliniques et les services médico-techniques. Dans ce cadre, le service de chirurgie orthopédique a été amené à développer ses protocoles d'antibiothérapie, par exemple, tandis que d'autres mettaient en place des protocoles visant à mieux contrôler les examens demandés par les internes...Autant d'exemples qui prouvent que la démarche de déconcentration budgétaire participe directement à l'amélioration de la qualité dans l'établissement.

Les obligations de la direction, dans cette relation contractuelle, concernent la diffusion de l'information par l'intermédiaire de tableaux de bord, mensuels et annuels, dans des délais

précis¹⁸. Si un centre de responsabilité le demande, elle doit lui fournir des informations plus détaillées. A ce titre, il faut noter que la déconcentration de gestion budgétaire amène les directions fonctionnelles à changer de rôle. Ce dernier passe ainsi de la gestion du quotidien à un contrôle de conformité des décisions des centres de responsabilité avec la stratégie globale de l'établissement, déclinée dans le Projet d'Etablissement et le Contrat d'Objectifs et de moyens. Dans certains cas, encore rares, les directions fonctionnelles sont également amenées à donner aux services des conseils de gestion.

1.2.2.3 Une démarche adaptable.

En cours d'année, les prévisions peuvent se révéler inexactes. La démarche avignonnaise a ainsi prévu, d'une part, des réunions budgétaires trimestrielles, abandonnées dans la pratique et, d'autre part, les possibilités de modifications de l'enveloppe allouée, selon des modalités précises. Dans tous les cas de modifications, et quel qu'en soit l'initiateur, l'information est diffusée au service gestionnaire, à la CME et à la Direction.

Ainsi, l'attribution de crédits supplémentaires est-elle possible, dans deux cas : si l'établissement en bénéficie lui-même au titre de l'activité du service et en cas d'événements imprévisibles ou indépendants de la volonté du service, qui tiennent dans des modifications de l'activité, des thérapeutiques ou de la capacité du centre de responsabilité. La dotation est alors attribuée après concertation des responsables du service, de la CME et de la Direction.

A l'inverse, dans le cas d'une diminution importante de l'activité, de la diminution de tarifs non imputables au service, ou de réduction budgétaire au niveau de l'établissement, l'enveloppe peut être revue à la baisse.

Enfin, des modifications peuvent intervenir à l'intérieur même de l'enveloppe. Le service étant maître de la répartition des crédits dans la limite de l'enveloppe déléguée, il peut en modifier la répartition et demander à la direction des virements de crédits d'un poste de dépenses à un autre. Ces modifications restent encadrées : elles nécessitent l'accord préalable de la direction, elles doivent être intégrées à l'enveloppe, et correspondre à des dépenses de même nature afin d'empêcher que des économies non reconductibles gagent

¹⁸ Annexe 2 "Tableau de bord de suivi des contrats de gestion" page 91 et Annexe 3 "Tableau de bord du Centre Hospitalier d'Avignon", page 92.

des dépenses reconductibles. Enfin, elles ne doivent pas dépasser 10% de la ligne budgétaire.

En cas de dépassement de certains crédits, le service gestionnaire peut compenser ces dépassements à l'intérieur de son budget : la fongibilité des enveloppes déléguées permet ainsi une souplesse que les centres de responsabilité ne possédaient pas avant la mise en place des budgets de services.

Enfin, si le budget négocié est dépassé, le centre de responsabilité revient dans le droit commun et doit se soumettre de nouveau au veto éventuel de la pharmacie ou des services économiques et financiers.

1.2.2.4 Réalisation et dépassement de l'objectif.

La réalisation des objectifs du contrat, constatée en fin d'année, donne lieu à un intéressement collectif. Le dépassement de l'objectif, à l'inverse, peut théoriquement donner lieu à une « sanction » correspondant à une moindre augmentation du budget en n+1 ou à une limitation de l'investissement non stratégique du service concerné. Elle n'est pourtant jamais entrée dans la pratique : les dépassements de budgets étant davantage imputables à l'augmentation de l'activité qu'à une moindre vigilance des acteurs de proximité.

Cet intéressement est prélevé sur un fonds alimenté, à hauteur de un million de francs (151 614 euros)¹⁹, par les excédents d'exploitation réalisés.

Le critère fondamental restant le principe du respect des crédits, l'enveloppe d'intéressement du centre de responsabilité sera constituée, sachant qu'un service peut prétendre aux trois parties constitutives, par :

- à hauteur de 30%, par les économies sur le budget alloué
- à hauteur de 40% par le respect du budget déconcentré et la réalisation de gains de productivité,
- à hauteur de 30% par le respect du budget de service et la diminution du recours au plateau technique.

¹⁹ Le montant de un million sera effectivement dépensé lorsque tous les services seront dans la démarche.

De plus, il apparaît important de pondérer cette enveloppe par rapport à l'ensemble des services concernés par la démarche. Le coefficient de pondération a été établi selon la formule :

$$c = (\text{résultats du service/budget du service}) + (\text{résultats du service} / \text{résultat total des services}) / 2$$

Le calcul de l'enveloppe se fait donc mathématiquement par application de ce coefficient selon la formule :

$$\text{enveloppe d'intéressement du service} = \text{part de l'enveloppe} * (c / \text{total des coefficients})$$

Certes, le principe affiché dans l'utilisation des crédits d'intéressement est celui du libre choix du service, exprimé conjointement par le chef de service et le cadre infirmier, mais, dans la pratique, elle est relativement encadrée. Ces crédits doivent avoir pour objectif d'améliorer les conditions de travail et/ou l'efficacité des personnels du service. Pour autant, dans la mesure où ils sont fondés sur des économies qui ne sauraient être pérennes, ils ne peuvent être utilisés à des opérations d'exploitation ni générer des surcoûts d'exploitation (hors le calcul de l'amortissement). En cas de non respect de ce principe, le service doit puiser sur son propre budget pour y faire face. Enfin, l'utilisation des crédits doit être compatible avec les choix technologiques de l'établissement et conformes aux choix stratégiques arrêtés au niveau des différentes instances de l'hôpital.

S'il n'existe pas de plafond au titre de l'intéressement, l'utilisation des crédits d'investissement est toutefois contrainte : le coût unitaire du matériel médical acquis à ce titre ne doit pas, en principe, dépasser 30 000 francs (4 573 euros).

La liberté ainsi donnée au service ne saurait pourtant correspondre à une moindre vigilance sur leur gestion et les engagements de commandes : dans cette perspective, les demandes des services transitent toujours par les services gestionnaires (services économiques, pharmacie, service informatique...) afin que soit assurée la cohérence des choix et que soit garanti le respect des procédures d'achats. Les crédits d'intéressement sont aujourd'hui principalement utilisés par les services à des dépenses hôtelières (fournitures de bureaux, informatique, ...).

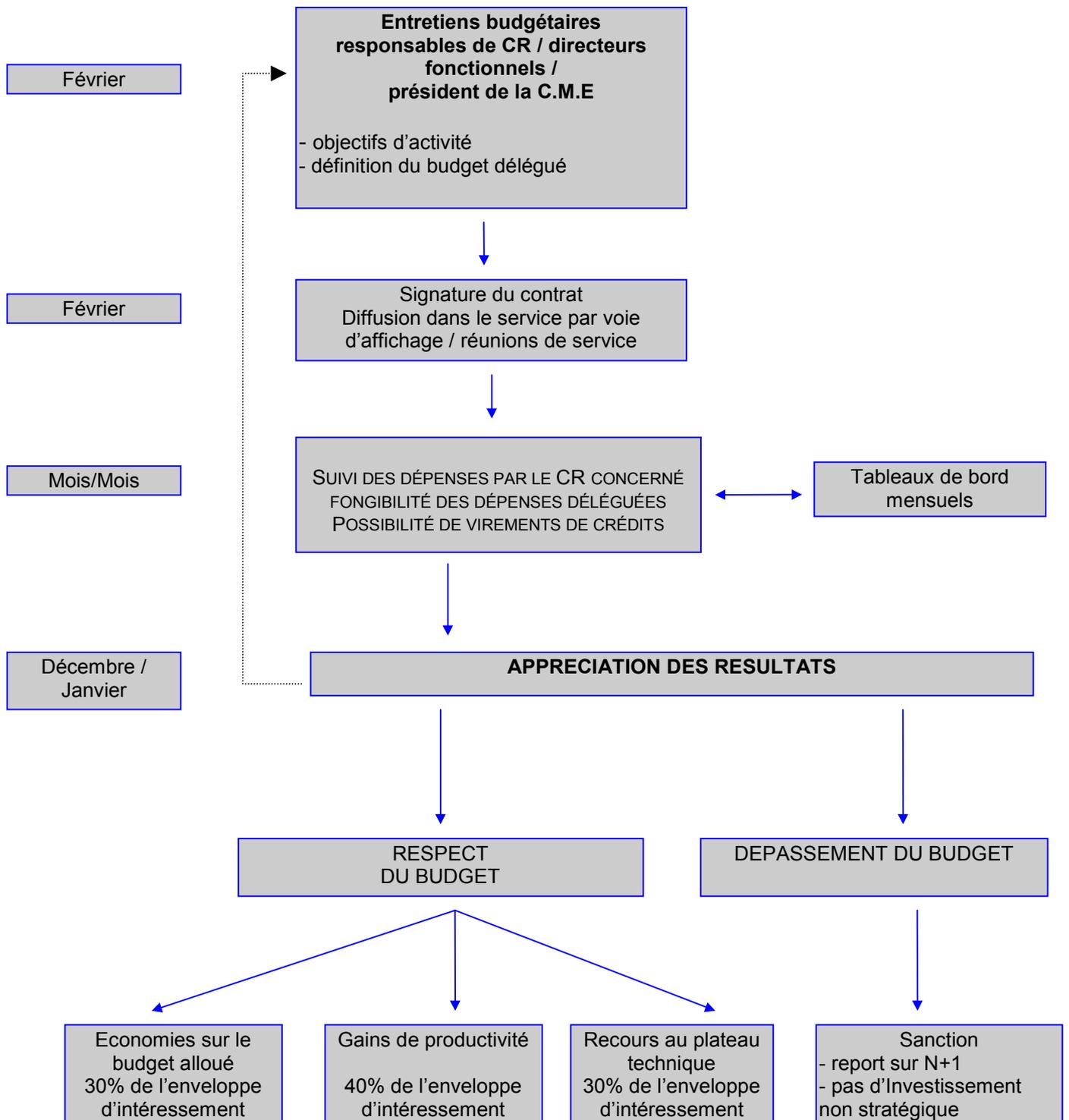
Quatre ans après la mise en place de cette démarche, force est de constater que les possibilités d'utilisation des crédits d'intéressement s'amenuisent. La perspective de la

restructuration du plateau technique permet encore à certains centres de responsabilité de thésauriser pour aménager leur service selon leurs vœux mais, dans les services de soins, la réduction des possibilités d'utilisation engendrent des demandes qui ne peuvent être honorées par la direction. Il devient par conséquent indispensable de modifier l'encadrement de l'utilisation de ces crédits et ce d'autant plus que l'intéressement est souvent le premier motif d'engagement dans la démarche de déconcentration budgétaire²⁰.

Mise en place il ya maintenant quatre ans, l'expérience du Centre Hospitalier d'Avignon, dont le schéma ci-après donne les principes généraux de fonctionnement, peut faire l'objet d'une première évaluation qui permette de mettre en lumière les apports et les risques que comporte une telle démarche.

²⁰ Voir infra.

SYNTHESE DE LA DEMARCHE DE DECONCENTRATION DE GESTION AU CENTRE HOSPITALIER D'AVIGNON



1.3 FACTEURS MOTEURS ET FREINS DE LA DÉMARCHE : LES ENSEIGNEMENTS DE L'EXPÉRIENCE D'AVIGNON

Le regard des acteurs sur cette démarche est aujourd'hui relativement mitigé. Le contexte de l'année 2000 au cours de laquelle le changement de logiciel de gestion du patient et du dossier médical a considérablement perturbé la diffusion de l'information, a révélé certains dysfonctionnements et exacerbé l'expression des attentes des acteurs de proximité. Cependant, elle éclaire de la meilleure manière qui soit, d'une part, les préalables indispensables et les facteurs moteurs de la déconcentration de gestion et, d'autre part, les freins, les réticences et les attentes des parties en présence.

1.3.1 Les facteurs moteurs et les préalables indispensables.

Une démarche de déconcentration budgétaire suppose, avant toute chose, un contexte favorable au développement d'un discours « financier ». Il ne suffit pas que la contrainte budgétaire soit importante pour qu'elle soit acceptée, il faut une culture spécifique qui rende les acteurs, et notamment les praticiens, perméables au discours de rentabilité et d'amélioration de la productivité. A Avignon, les chefs de service qui se sont engagés dans la démarche ont tous affirmé qu'ils suivaient déjà le montant de leurs dépenses par l'intermédiaire des tableaux de bord de gestion.

Il n'en reste pas moins qu'une telle démarche suppose un certain nombre de préalables qui conditionne sa réussite.

1.3.1.1 Un découpage de l'établissement cohérent.

La mise en place d'un suivi budgétaire au niveau des centres de responsabilité consommateurs nécessite avant toute chose le découpage de l'établissement selon des règles qui permettent de identifier les entités que l'on considère et de déterminer les flux et relations qui existent entre elles afin de définir avec précision quelles sont les informations utiles à suivre.

Cette recherche a amené à réviser le découpage fonctionnel de l'établissement selon les quatre fonctions principales définies par le Nouveau Guide de Comptabilité Analytique²¹ : fonction de logistique administrative, fonction clinique, fonction médico-technique et fonction de logistique médicale. Le schéma suivant en montre l'architecture :

Fonction	Centres de responsabilité		Activités majeures
Clinique	Centre d'activité	Unité fonctionnelle	Hospitalisation
		Unité fonctionnelle	
	Centre d'activité	Unité fonctionnelle	Ambulatoire
		Unité fonctionnelle	
Médico-technique	Centre d'activité	Unité fonctionnelle	Explorations fonctionnelles
		Unité fonctionnelle	

L'établissement s'est ainsi restructuré de façon plus rigoureuse. En 1992, il comptait 645 unités fonctionnelles pour 51 centres de responsabilité dont certaines ne correspondaient pas à la réalité contre 582 unités fonctionnelles pour 65 centres de responsabilité en 1997. La règle définie par le Guide de comptabilité hospitalière a présidé au mode de regroupement des unités fonctionnelles en centre d'activité « *un centre d'activité existe si et seulement si il est possible d'identifier clairement les ressources (effectifs, consommation d'actes, dépenses) nécessaires à la réalisation de ses objectifs* ».

Pour autant, tous les problèmes ne sont pas résolus. Certaines unités de soins regroupent des unités fonctionnelles de centres de responsabilité différents, ce qui rend difficile la juxtaposition du suivi de l'activité, dépendant de l'unité de soins, et la fixation du budget au niveau du centre de responsabilité.

Les exigences qui doivent présider à ce classement résident dans la logique de prise en charge du patient. A ce titre, il convient de se demander si le service a une masse critique suffisante dans la perspective d'une déconcentration de gestion budgétaire. La gestion des ressources humaines en pools, autant que la question des hébergés ou encore la multiplication des instances transversales (comité de lutte contre les infections nosocomiales, comité de lutte contre la douleur, ...) plaident en effet pour une gestion à un niveau plus large que le service. Les expériences menées dans d'autres établissements montrent que les économies réalisées ne sont importantes et cohérentes que dans la mesure où elles s'intègrent dans un cadre plus large que le service (clinique à l'Hôpital Jeanne de Flandre, département ou encore fédération et pôle au CHU de Nantes, par exemple) qui correspond à la réalité de la prise en charge du patient. Reste que, si le débat

²¹ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Guide Méthodologique de Comptabilité Hospitalière, BO n°97/2 bis, 1997, 196 pages.

est intéressant dans la mesure où il invite à une réflexion sur l'organisation des services de l'hôpital dans une logique d'activité, les logiques de pouvoir attachées aux chefferies de service empêchent souvent de le résoudre aujourd'hui. Il faut également garder à l'esprit que la déconcentration de gestion budgétaire peut amener les praticiens eux-mêmes à revendiquer des regroupements plus larges : des services fonctionnant de façon très étroite ont tout intérêt, à moyen et long terme, à mettre en commun leurs moyens.

1.3.1.2 Le système d'information hospitalier.

La mise en place de la délégation de gestion budgétaire a révélé un autre facteur fondamental tenant à la performance du système d'information.

Jusqu'alors les personnels soignants et médicaux avaient peu éprouvé le besoin de posséder les informations susceptibles de les aider dans leur prise de décision. La démarche a révélé leurs demandes dans ce domaine, certains en faisant la motivation majeure de leur adhésion à la déconcentration. Ces informations étaient, dans une large mesure, financières mais peu compréhensibles par les responsables de centres de responsabilité.

Pour améliorer la lisibilité des informations diffusées aux services de soins, les dépenses ont par conséquent été regroupées par nature en s'inspirant du plan comptable : ainsi les 433 comptes de charges ont été regroupés en 26 familles, agrégées en 6 rubriques principales : dépenses médicales et pharmaceutiques, dépenses hôtelières, matériel, bâtiment, entretiens et réparation, les frais de gestion, les charges de personnel et les charges financières et d'amortissement.

Ce classement a été mis en place en collaboration avec le personnel médical afin de garantir sa lisibilité et la compréhension des comptes en amont de la démarche de déconcentration de gestion budgétaire : l'élaboration des tableaux de bord et la familiarisation des responsables de centres de responsabilité à cet outil de gestion a été un préalable important à la démarche car il favorise son appropriation par les acteurs médicaux et soignants.

Tout cela a engendré une communication entre les services (prises de contacts avec les services responsables, mise en place d'un circuit de retour de l'information...). Cette démarche a suscité une demande très importante en matière de récupération et de traitement des informations des autres services de l'établissement, illustrant parfaitement le

fait que la démarche répondait à une réelle attente des services de soins. Ainsi, le fait que, par les tableaux de bord, chaque centre de responsabilité ait à sa disposition une image aussi fidèle que possible de sa gestion répond à un réel besoin des services producteurs de soins.

Ces nouvelles revendications ont conduit à un constat d'inadaptation du système d'information : le schéma directeur du système d'information mettait en exergue dès 1996 les dysfonctionnements et les manques tenant tant à la lenteur de circulation des données qu'à leur manque de fiabilité ou à l'absence d'indicateurs pertinents... Ainsi, en ne considérant que les informations budgétaires, les rédacteurs du schéma pouvaient-ils noter que ces informations « *traitées au niveau des différents services administratifs (économat, finances, personnel, analyse de gestion,...) ne sont pas communiquées aux unités*²² ». En ce qui concerne les statistiques d'activité, elles étaient recensées individuellement puis agrégées dans les services de soins, avant d'être transmises au service du contrôle de gestion qui assurait le retraitement avant de les renvoyer aux unités par l'intermédiaire des tableaux de bord de gestion. Ce système, à la fois lourd et producteur d'erreurs importantes, ne pouvait être maintenu dans le cadre de la déconcentration de gestion budgétaire.

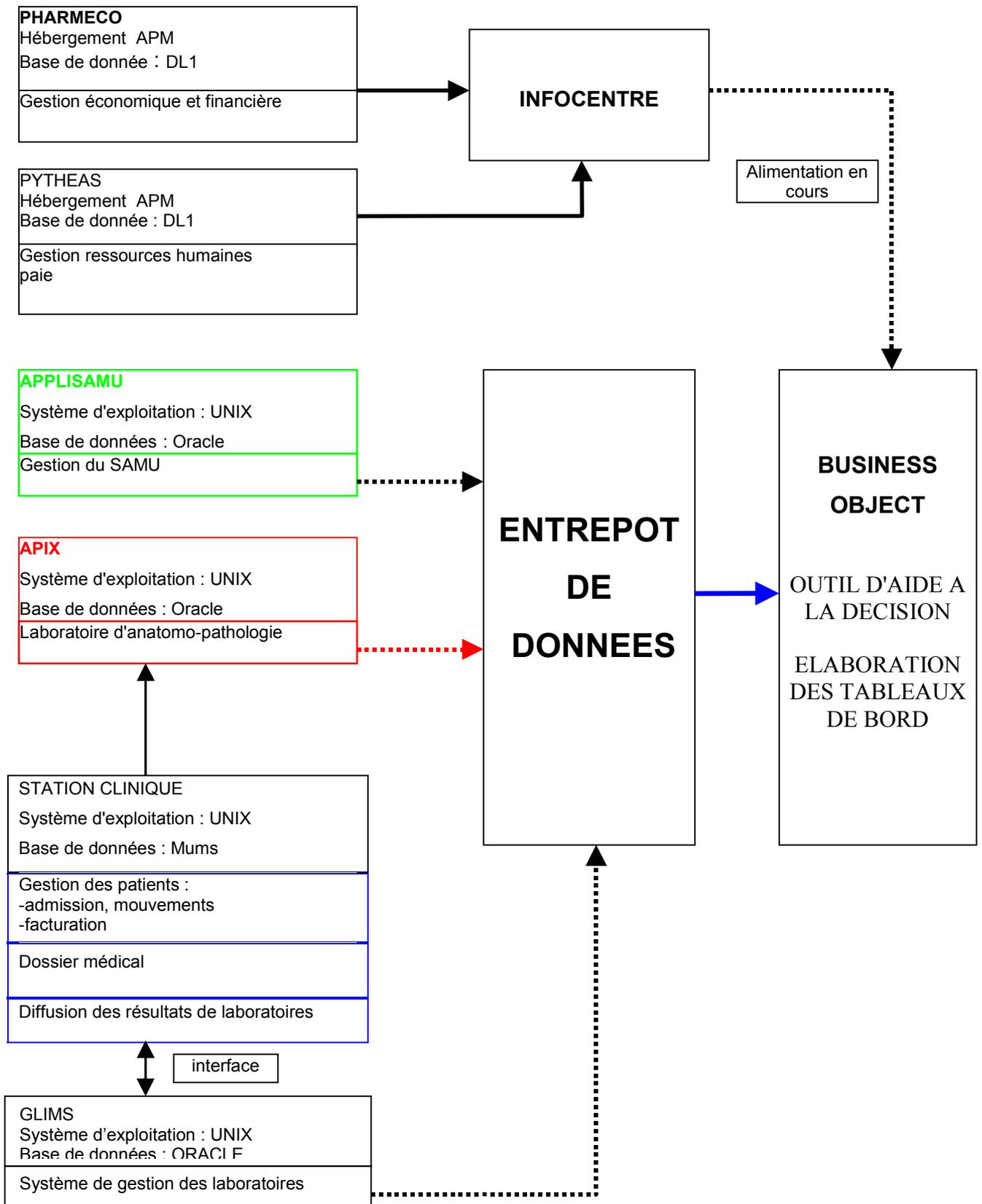
En effet, la démarche repose pour beaucoup sur la fiabilité des informations, leur consolidation et leur diffusion rapide et régulière. Comme le souligne Patrick Expert, « *au moment où la jurisprudence, et surtout l'opinion publique, font peser de plus en plus une logique de résultats sur les établissements publics de santé, il devenait inacceptable de maintenir leurs acteurs dans l'ignorance de leurs moyens et de leurs activités.*²³ ». Dans cette perspective, le système d'information du Centre Hospitalier d'Avignon a donc dû être profondément remanié dans le domaine du suivi budgétaire et de l'analyse de gestion.

La démarche de déconcentration budgétaire suppose également de donner une réponse au traditionnel émiettement des données au sein de l'hôpital et de mêler continuellement les informations « administratives » et les données médicales : elle suppose ainsi, dans la construction du système autant que dans la promotion de la démarche, une étroite collaboration entre le D.I.M et le Directeur du Contrôle de Gestion. Le schéma ci-après montre l'architecture du système d'information du Centre Hospitalier d'Avignon et illustre la nécessité de disposer d'informations issues de sources variées et éclatées.

²² Annexe au Schéma Directeur du Système d'Information 1996-2001, page 53.

²³ GUSCHING Jean Pierre et EXPERT Patrick, *Utilisation du PMSI en gestion interne* in Cahier des Gestions Hospitalières, avril 1997, n°137, page 297.

ARCHITECTURE DU SYSTEME D'INFORMATION AU CENTRE HOSPITALIER D'AVIGNON



1.3.1.3 De l'importance des tableaux de bord.

La réussite d'une politique de déconcentration de la gestion repose sur un autre préalable indispensable : le partage, au sein de la structure, d'une information validée par tous les acteurs. C'est dans cette perspective que prennent toute leur importance les tableaux de bord conçus, selon la définition de Michel Gervais ²⁴ comme :

« *l'instrument qui permet au responsable d'effectuer un contrôle sur les dépenses et les recettes liées à sa zone d'investigation. Il attire son attention sur les points clés, fait apparaître ce qui a un caractère anormal ou ce qui a une incidence importante sur le résultat d'une entreprise. En un mot, il donne au responsable une information qui lui est indispensable pour agir à court terme* ».

Ainsi met-il en perspective les enjeux contenus dans les tableaux de bord : comparer les objectifs, les réalisations et la base historique, dégager des tendances, alerter, prévoir...

Pour remplir ces attentes, le tableau de bord doit répondre à un certain nombre de critères. Il doit être disponible de manière régulière et rapide : une charge sérieusement estimée est parfois préférable à une charge constatée tardivement. Il doit être maniable - la forme des tableaux de bord doit être la plus réduite possible -, clairs, pour être lus et assimilés rapidement. A ce titre, Charles Ducrocq²⁵ note que, plus un responsable dispose de données chiffrées, moins il a d'information. Par conséquent, les tableaux de bord doivent être paramétrables c'est-à-dire ne comporter que des informations pertinentes pour le service auquel ils s'adressent.

Les « *facteurs clés de succès* » qui correspondent aux indicateurs de performance retenus en fonction de la stratégie d'un établissement et doivent évoluer en fonction de cette dernière (Projet d'établissement, contrat d'objectifs et de moyen...) doivent enfin clairement apparaître.

L'idée qui doit présider est de se mettre en position de repérer les dysfonctionnements, de « *détecter les dérives lorsqu'elles se produisent et non pas seulement lorsqu'elles se*

²⁴ GERVAIS Michel, Contrôle de gestion par le système budgétaire, Vuibert, Paris, 1987, page 162.

²⁵ Charles DUCROCQ Le contrôle de gestion des établissements hospitaliers, Berger-Levrault, Paris, 1990, 267 pages.

*traduisent dans les comptes*²⁶ » afin de mettre en place des actions correctrices éventuelles le plus près possible du terrain pour améliorer leur efficacité. En ce sens, ils constituent un outil fondamental de la déconcentration de gestion.

Si l'on tente une comparaison entre les tableaux de bord des établissements de santé, une conclusion s'impose : si l'utilisation des indicateurs quantitatifs traditionnels traduisant le volume de l'activité (DMS, Taux d'occupation, Journées, Entrées) et les moyens consommés est systématique, les tableaux de bord comportent relativement peu d'indicateurs médicaux d'une part, de qualité, d'autre part, ce qui montre, s'il en était encore besoin, la difficulté de définition du « produit » hospitalier. Les différences tiennent d'ailleurs plus à la périodicité²⁷, au nombre d'indicateurs retenus, à leur présentation (données brutes, ratio) et à leur niveau de précision qu'à leur contenu.

Ainsi, au Centre Hospitalier d'Avignon, les tableaux de bord²⁸ proposent des comparaisons par rapport aux prévisions et par rapport à l'exercice antérieur avec des données à la fois mensuelles et cumulées depuis le début de l'exercice. Les indicateurs retenus au Centre Hospitalier d'Avignon sont, selon la classification classique :

- ✓ des indicateurs d'activités : fréquentation (nombre d'entrées et de journées, DMS, TO) et production d'actes (nombre d'actes, consultations...)
- ✓ des indicateurs économiques : volume (nombre d'actes) et poids (ICR quand il existe) de consommation du plateau médico-technique, dépenses médicales et pharmaceutiques, dépenses hôtelières.

Cependant, la définition de standards de référence de ces indicateurs reste difficile si bien que l'on peut qualifier ces tableaux de bord d'instrument d'information à court terme. Ils expriment une tendance de la productivité des centres de responsabilité et, dans la mesure où ils sont relativement descriptifs, ne participent pas de l'aide à la décision.

L'expérience du Centre Hospitalier d'Avignon montre que, pour être pertinents, les indicateurs retenus doivent être choisis en fonction des spécificités des services et des préoccupations des acteurs de proximité. De plus, il faut noter qu'ils n'intéressent les médecins que lorsqu'ils varient fortement. De leur aveu unanime, ils ne suivent en effet que les postes de dépenses importantes ou particulièrement volatiles. Ainsi, il convient de ne

²⁶ Henri BOUQUIN, Le contrôle de gestion, PUF, Paris, page 56.

²⁷ Qui ne peut être inférieure au trimestre, en vertu de l'article 27 du décret du 11.08.1983.

²⁸ annexe n°3 "Les Tableaux de bord du Centre Hospitalier d'Avignon", page 94.

porter dans les tableaux de bord que des données variables et pertinentes : rappeler le nombre de lits peut être intéressant, en suivre l'évolution sur l'année n'est valable que si les fermetures annuelles de lits pèsent particulièrement sur l'activité du service. Il est également possible de construire les tableaux de bord de suivi en fonction de la loi de Pareto et de suivre les dépenses qui participent à 80% de l'activité des services. Enfin, les professionnels de soins sont particulièrement demandeurs d'un suivi glissant des objectifs c'est-à-dire définis sur douze mois.

Dans une autre perspective, il faut considérer que l'interprétation des indicateurs contenus dans un tableau de bord est très dépendante de l'environnement et des spécificités du service considéré. A ce titre, les praticiens revendiquent de plus en plus des tableaux de bord individualisés et l'on peut concevoir, à côté d'un socle commun, un suivi de variables propres à chaque service qui permettent de mieux cibler les actions. Le service de réanimation polyvalente du Centre Hospitalier d'Avignon, par exemple, possède une salle de déchocage dont il peut être intéressant de suivre les coûts, parallèlement à ceux du reste du service, afin d'en déterminer l'efficience propre.

1.3.1.4 Une réelle souplesse.

L'ensemble des acteurs reconnaît que l'apport principal de la démarche réside dans le fait qu'ils ont acquis une réelle souplesse dans leur gestion quotidienne. Ils mettent en avant la plus grande réactivité face aux évolutions technologiques et la fin du discours mal accepté par la communauté médicale de la sempiternelle insuffisance de crédits face à leurs demandes. Dans la démarche, les arbitrages étant effectués au niveau du service, ils s'adaptent mieux aux besoins du patient. Ainsi, le service de cardiologie peut-il développer d'autres activités ou le service d'orthopédie avoir recours à des prothèses de manière beaucoup plus souple. Il est à noter que pour que cet apport soit effectif, les ordonnateurs traditionnels de la démarche (directeur des services économiques et pharmacien, notamment) doivent jouer le jeu et ne pas entraver les demandes des services.

La démarche de déconcentration de gestion budgétaire est ainsi subordonnée à certains préalables qui conditionnent sa réussite et son dynamisme. Dans la mesure où elle tend à bouleverser les comportements de travail et l'organisation, elle doit être accompagnée d'un discours de la direction capable de favoriser l'appropriation de la démarche par les professionnels de soins. Ce dernier tient dans une confiance réciproque des acteurs, dans la

promotion de valeurs communes et dans la diffusion d'une information fiable reconnue par tous. Il constitue probablement la condition sine qua non de réussite de la démarche et permet de lever les obstacles auxquels une telle politique doit faire face.

1.3.2 Des freins et réticences qui peuvent être dépassés.

Les freins et les réticences à la mise en place d'une déconcentration de gestion sont nombreux et s'exercent de manière plus ou moins explicites. L'expérience du Centre Hospitalier d'Avignon permet de mettre en évidence, d'une part, des réticences quasi naturelles au changement et l'opposition au principe même de la démarche de délégation de gestion et, d'autre part, des questions et des attentes de la part des acteurs de proximité tenant au fonctionnement et aux conditions de pérennité de la démarche.

1.3.2.1 Les obstacles tenant au principe et au champ de la délégation de gestion.

La crainte probablement la plus répandue en ce qui concerne la politique de déconcentration de gestion, partagée par la majorité des acteurs de l'hôpital sous des formes diverses, réside dans les risques de balkanisation de l'hôpital. D'une part, en effet, les acteurs ont le sentiment que la démarche fait courir un risque d'éclatement à la structure en autant d'entités que de décideurs. C'est dans cette perspective que le choix d'Avignon a été de limiter, dans un premier temps, la délégation de gestion à la gestion budgétaire.

De plus, il a été considéré que certaines compétences ne sauraient être déléguées. Il en va ainsi de la politique du personnel. Des domaines tels que la notation, le recrutement et le pouvoir de nomination au Directeur, l'avancement et le pouvoir disciplinaire sont difficiles à déléguer sans transgresser le principe d'égalité des agents et amoindrir la cohérence de la politique de gestion des ressources humaines. Certains praticiens, encore peu nombreux, revendiquent pourtant aujourd'hui le pouvoir d'intervenir dans la politique de gestion des ressources humaines, notamment dans la politique de recrutement.

Dans cette perspective, il n'est toutefois pas impossible de concevoir un système à deux niveaux dans lequel certaines compétences seraient déléguées aux niveaux des acteurs opérationnels. Les expériences des C.H.U de Rennes et Nantes, par exemple, montrent en effet qu'une telle délégation est possible sous réserve d'être encadrée. Au CHU de Rennes, elle porte sur la gestion des horaires, l'organisation du travail et la mobilité, la gestion des absences et des déplacements, sur les mensualités de remplacements et les vacances, les gels éventuels de postes, la formation, l'évaluation des agents... Ne sont toutefois pas

délégués la gestion des accidents du travail et des congés maladies, le recrutement et le pouvoir de nomination, la titularisation, l'avancement et les décisions affectant la rémunération, le pouvoir disciplinaire et la décision de création ou de suppression de poste. Ainsi, il est possible d'impulser des actions au niveau de l'organisation du travail, des qualifications, de la planification du travail ou encore du développement des compétences. Reste, pourtant, que la déconcentration de gestion est très dépendante de l'adhésion des acteurs de proximité : une déconcentration des responsabilités de gestion des ressources humaines au responsable du centre de responsabilité risque à terme de l'amoinrir.

Parallèlement, et malgré les revendications de certains praticiens, la gestion de la politique d'investissement peut difficilement être déléguée dans la mesure où, d'une part, elle focalise toutes les revendications et les crispations des acteurs et, d'autre part, elle présente un aspect stratégique et éminemment politique, pour la direction autant que pour la communauté soignante. Le rôle d'arbitrage de la direction dans ce domaine est primordial. En effet, dans la mesure où la capacité d'investissement est directement liée à la section d'investissement, notamment par le biais de la dotation aux amortissements, elle ne peut être gérée au niveau des centres de responsabilité. C'est en effet la section d'investissement qui détermine la richesse propre de l'établissement et sa capacité à s'adapter au progrès technique. De plus, la nécessaire cohérence de la politique d'investissement de l'établissement est une raison supplémentaire pour éviter de déléguer ce champ de compétence : la faible surface financière représentée par le centre de responsabilité pourrait diminuer les moyens d'investissement de l'établissement. Enfin, la nécessité de planifier dans le temps les acquisitions et de faire porter la capacité d'investissement sur des domaines définis comme prioritaires dans le projet médical rend difficile la délégation.

Une seconde opposition réside dans le refus pur et simple des médecins de devenir des gestionnaires. Ainsi, certains considèrent que la gestion ne les regarde pas. D'autres sont contre les règles du jeu de la déconcentration dans la mesure où ils voient dans la recherche d'économies un objectif contraire à la déontologie médicale : ils leur paraît difficile, voire impossible, de réaliser des économies tout en assurant la qualité et la sécurité des soins. Les contrats de gestion peuvent, selon eux, être le support à des dérives dangereuses : augmentation du nombre de transfert de malades, refus de pratiquer certains examens, diminution excessive de la DMS...C'est dans cette perspective que le discours développé par la direction, au moment de la mise en place de la démarche, est fondamental. De plus, la pratique a montré que les praticiens eux-mêmes se révèlent être les premiers gardes-fous contre ces hypothétiques effets pervers.

Les syndicats rejoignent peu ou prou cette vision. Ils considèrent en effet que la déconcentration de gestion budgétaire est dangereuse car elle peut amener à une concurrence entre les services, une concurrence entre public/privé et un recours au privé plus fréquent au détriment des services de l'hôpital. Ils rejoignent la position des médecins réticents en considérant l'incompatibilité de la démarche avec la déontologie médicale, voire dénonce une politique « *destinée à asseoir le pouvoir de la direction* ».

1.3.2.2 Les obstacles révélés par le fonctionnement de la démarche.

Outre cette opposition sur la méthode, le fonctionnement de la démarche a révélé des dysfonctionnements qui, sans la remettre en cause, favorisent les critiques et diminuent l'adhésion des acteurs de soins.

Les premiers effets pervers de la démarche découlent de la détermination du budget selon une base historique qui rend difficile l'appréciation des résultats. Ainsi, un service qui a toujours tenté de consommer le moins possible peut être pénalisé dans la mesure où ses économies et gains de productivité seront moins importants qu'un service qui a toujours beaucoup dépensé. L'appréciation du résultat du service est également difficile si l'on considère que tous les gains de productivité qu'il réalise ne lui sont pas imputables (en cas d'effet prix sur le marché par exemple) ou qu'il n'est pas le seul à intervenir dans ces gains : pour ce dernier cas, il faut considérer, par exemple, que de forts gains de productivité peuvent être conjointement réalisés par la pharmacie, par l'intermédiaire d'une renégociation de contrat ou d'un nouvel appel d'offre, et par la diminution du volume des dépenses du service. La question est alors de savoir dans quelle proportion l'effort du service doit être pris en compte.

Dans ce domaine, il est intéressant de noter que certains responsables de centres de responsabilité dénoncent un paradoxe : ils stigmatisent en effet le fait que la direction choisit de répercuter en interne la logique de budget global qu'elle dénonce perpétuellement dans ces relations avec la tutelle et qui ne tient pas compte de la réalité de l'activité du service. L'utilisation de la base historique est en effet vécue comme une façon de reproduire les inégalités entre services : elle pénalise ceux qui ont toujours développé des efforts d'économies et de recherche de gains de productivité. La construction du discours de la direction doit tenir compte de cette difficulté et insister davantage sur la nécessaire réflexion sur l'organisation et les procédures à laquelle invite la déconcentration de gestion plutôt que

sur un discours uniquement budgétaire, discours sur lequel les praticiens ne peuvent être dupes.

La seconde crainte des acteurs de proximité réside dans la peur d'une éventuelle pénalisation si les objectifs ne sont pas atteints alors que les services ne sont pas véritablement maîtres des patients qu'ils reçoivent. En témoigne le cas d'un patient du service d'hématologie qui, pour dix jours d'hospitalisation, a coûté 600 000 francs (90 968 euros) en produits sanguins, et qui explique à lui seul le dépassement du budget observé cette année là. Si cet exemple reste relativement rare, il met en exergue la nécessité de faire sortir ces malades « exceptionnels » de l'appréciation du résultat du service. La difficulté qui demeure reste, dans ce domaine, l'appréciation du caractère exceptionnellement lourd du patient.

Un autre obstacle à surmonter est constitué par la tendance naturelle à faire du médecin la partie contractante de la démarche au détriment du centre de responsabilité. Si certains praticiens assurent une véritable collégialité dans le processus de négociation budgétaire comme dans la diffusion des objectifs et du suivi, d'autres ont tendance à recentraliser le processus de décision à leur profit. L'esprit de la déconcentration de gestion est alors détourné et la responsabilisation des équipes inexistante. C'est dans cette mesure qu'il convient d'associer aux réunions budgétaires les cadres infirmiers sans toutefois exclure le médecin, qui reste le principal prescripteur. On peut ainsi imaginer que les conseils de service donnent un avis sur le contrat de gestion, avis qui ne pourrait toutefois aller jusqu'au veto.

Enfin, la pratique de la déconcentration de gestion budgétaire a révélé une difficulté qui tient à la capacité de la direction à répondre aux demandes d'évolutions exprimées par les acteurs de proximité, rendus responsables. Ainsi, la recherche de gains de productivité amènent parfois les services à faire des demandes auxquelles la direction ne peut répondre, compte tenu tant des contraintes réglementaires que de la politique générale de l'établissement. Il peut également arriver que les ordonnateurs ne remplissent pas leurs obligations « contractuelles » et interviennent sur l'opportunité ou la faisabilité d'un virement de crédit entre deux lignes budgétaires, voire sur l'utilisation des crédits d'intéressement. Les responsables de centres de responsabilité ont alors la sensation de signer un contrat de dupes, se soumettant à des obligations alors que la direction ne respecte pas les siennes. A terme, le danger est d'assister à un désengagement des acteurs de terrain et à l'échec de la démarche.

La démarche de déconcentration de gestion budgétaire au Centre Hospitalier d'Avignon est ainsi au milieu du gué : si les responsables de centres de responsabilité et les acteurs de proximité en reconnaissent sans peine les apports, ils prennent aujourd'hui conscience des limites qu'elle présente, ce qui peut, à terme, en freiner considérablement les développements. Dans cette mesure, il est indispensable de préserver la dynamique de la démarche en lui donnant de nouvelles perspectives, tant dans le sens de l'élargissement que de l'approfondissement, qui pallient les dysfonctionnements et répondent aux critiques dont elle fait l'objet.

2 - UNE DYNAMIQUE A PRESERVER : ELARGISSEMENT OU APPROFONDISSEMENT DE LA DECONCENTRATION DE GESTION BUDGETAIRE ?

La circulaire du 22 août 1995 invitait les établissements de santé à développer la médicalisation de la gestion. Ainsi, Madame Hubert préconisait-elle que « *sur le plan interne, le PMSI doit enrichir les outils de gestion que constituent, par exemple, les projets d'établissements ou les systèmes de gestion par centre de responsabilité. Il appelle en complément un développement rapide de la comptabilité analytique qui doit permettre aux établissements de mieux identifier les coûts des activités et les responsabilités propres de chacun des acteurs de l'hôpital dans le processus de formation des coûts.* ».

La pratique du Centre Hospitalier d'Avignon montre que l'appréciation des résultats du service constitue l'obstacle le plus important et que doit être privilégiée une approche multicritères capables d'objectiver les relations entre la communauté médicale et soignante et la direction. L'enjeu est ainsi de disposer de plusieurs indicateurs susceptibles d'améliorer l'analyse de la performance. Dans cette perspective, la déconcentration de gestion budgétaire doit tout d'abord être élargie aux services médico-techniques et logistiques (A) tout en étant approfondie, au niveau des services cliniques, par une approche médicalisée (B). Enfin, les développements porteront sur la politique d'intéressement qui reste la garante d'une réelle implication des acteurs (C).

2.1 L'ELARGISSEMENT AUX SERVICES MEDICO-TECHNIQUES : LA COMPTABILITÉ ANALYTIQUE COMME DEVELOPPEMENT INDISPENSABLE DE LA DÉCONCENTRATION DE GESTION BUDGÉTAIRE.

La démarche du Centre Hospitalier d'Avignon est axée sur l'évaluation des dépenses contrôlables par les services cliniques et médico-techniques. Elle ne prend pas en compte la valeur des consommations de service en interne et ne fait que préconiser la diminution du volume du recours au plateau technique. C'est dans cette perspective que le développement de la comptabilité analytique qui permet, d'une part, une plus grande finesse du suivi budgétaire et, d'autre part, un calcul des coûts complets, constitue un développement à la fois souhaitable et prévisible de la démarche actuelle. Il s'agit de passer d'une logique budgétaire à une logique plus globalement économique, en élargissant le champ de la déconcentration.

2.1.1 Affiner la démarche en l'étendant aux services médico-techniques et logistiques.

La démarche de déconcentration de gestion avignonnaise peut utilement tirer partie de la mise en place, embryonnaire aujourd'hui au Centre Hospitalier d'Avignon, de la comptabilité analytique. Cette dernière fournit, en effet, des paramètres de contrôle visant à analyser la rentabilité des activités, permet des comparaisons entre des unités d'œuvre identiques et la confrontation de la performance d'un service avec ses prévisions d'activité tout autant que la surveillance d'éventuelles dérives des coûts, notamment dans les domaines jusqu'alors exclus ou peu pris en compte de la démarche : les services médico-techniques et logistiques.

En effet, la démarche de déconcentration budgétaire à Avignon est relativement limitée en matière de suivi des dépenses hôtelières et l'absence de valorisation des prestations des services médico-techniques l'empêche de prendre toute son ampleur. La direction comme le responsable du centre de responsabilité ne peuvent déterminer si l'éventuelle dérive

observée sur ce type de postes est imputable au service consommateur (en volume), au service producteur (en valeur), ou encore à l'environnement extérieur. C'est dans cette mesure que la comptabilité analytique reste le complément indispensable à la déconcentration de gestion budgétaire telle qu'elle existe au Centre Hospitalier d'Avignon.

2.1.1.1 Enjeux de l'élargissement

La diffusion de la valorisation des unités d'œuvre de ces services médico-techniques et logistiques aux services cliniques, dans les tableaux de bord mensuels, peut engendrer un nouveau type de relations du type client/fournisseur entre les services, porteur de nombreux changements dans les mentalités et dans l'organisation²⁹. Cette modification des relations participe en effet directement d'une démarche qualité entre les services prescripteurs et les services prestataires et tend à réguler les demandes des services cliniques. Par exemple, si un service ne connaît pas le coût d'une demande hors norme, urgente, il n'est aucunement enclin à la réduire.

Un exemple peut être tiré de la situation avignonnaise. Le service clinique A demande régulièrement au laboratoire B des examens à 16 h 50 alors que le laboratoire ferme à 17h00. Un laborantine est alors contrainte de rester au delà de son planning et récupère ses heures de travail en fin de semaine : le coût marginal de l'examen du service clinique A est donc très important. Dans une relation de client-fournisseur où cet acte serait facturé plus cher que les autres, le service A aurait tout intérêt à changer son mode de fonctionnement ou à négocier avec le laboratoire pour que ce dernier change ses horaires d'ouverture. L'économie, pour la structure, est nette dans un cas comme dans l'autre, sans aucune répercussion sur la qualité des soins.

Dans cette perspective, une attention particulière doit être portée sur le choix des unités d'œuvre : elles dépendent en effet fortement de l'objectif assigné à la démarche de déconcentration de gestion. Ainsi, si l'on considère, pour la valorisation du recours au bloc opératoire, la demi-heure d'utilisation plutôt que la production du K opératoire, les chirurgiens et les anesthésistes sont amenés à une plus grande rigueur dans les interventions programmées et l'heure d'arrivée au bloc opératoire³⁰.

²⁹ Voir, à ce titre, l'analyse théorique qu'en fait R.J SCHONBERGER, Building a chair of customers, The free press, New York, 1990.

³⁰ L'exemple est tiré de l'expérience du Centre Hospitalier de Blois.

Ainsi, dans la mesure où la philosophie de la démarche de déconcentration de gestion invite les services cliniques à maîtriser leur environnement immédiat, l'élargissement de la démarche de déconcentration de gestion budgétaire peut permettre, à terme, une contractualisation de type horizontale, c'est à dire entre services³¹ : les centres de responsabilité sont en effet incités à rationaliser leurs relations, à les prévoir, à s'engager sur un volume de prestations ou sur la nature de ces prestations : les services cliniques peuvent ainsi être amenés à nouer des liens avec les services prestataires pour déterminer comment sont traitées leurs prescriptions et si elles ne peuvent être affinées.

L'élargissement de la démarche de budgets de services aux unités médico-techniques et logistiques met en lumière un paradoxe qui peut la freiner considérablement : l'objectif de la démarche étant de diminuer le recours au plateau technique des services cliniques, on observera de manière mécanique une augmentation du coût de l'unité d'œuvre médico-technique et logistique. Dans cette perspective, les services cliniques n'ont plus intérêt à diminuer leur volume qui sera compensé par un effet prix sur les années suivantes. Ainsi, pour maintenir le coût de l'unité d'œuvre, il revient aux services prestataires de diminuer parallèlement leurs dépenses et donc de prévoir de manière très fine quelle sera leur activité. Ils sont ainsi invités à contractualiser avec leurs services clients.

De plus, la recherche de gains de productivité et d'économies s'effectue en effet dans un cadre ciblé et plus large que la seule réflexion sur le volume d'actes consommés. A terme, la valorisation variable en fonction de la prestation demandée constitue un levier puissant pour engager une réflexion sur l'organisation des soins.

2.1.1.2 Méthodologie

Une telle perspective repose sur une méthodologie précise : le tome 1 du Nouveau Guide de Comptabilité Analytique³², sur lequel s'appuie les développements suivants, définit les règles qui doivent présider au découpage et à l'affectation des charges pour que soit possible l'analyse globale des coûts de l'établissement. Ensuite, en fonction des objectifs, l'établissement peut mettre en œuvre sa comptabilité analytique en vue d'analyser ses coûts/activité (Tome 2) ou ses coûts/séjour et GHM qui permettront de déterminer les coûts par centres de responsabilité (Tome 3).

³¹ BRAS Jean-Christophe, *La double dimension de la contractualisation interne* in Gestions Hospitalières, avril 1999, pages 253 à 255.

³² Op. Cit.

Pour calculer le coût des unités d'œuvre des services médico-techniques et logistiques, il convient de prendre en compte, d'une part, toutes les charges directes que l'activité concernée nécessite et, d'autre part, l'ensemble des coûts des activités qu'elle consomme. Cette intégration des charges indirectes peut se faire par affectation à un centre de coût producteur (sections d'analyse médico-techniques) reversé au sein des différentes sections d'analyse selon deux modalités : soit en fonction de leur consommation réelle soit selon une clé de répartition définie en amont. Le choix entre ces deux possibilités sera le plus souvent fonction de la capacité du système d'information à suivre une charge : plus ce suivi sera fin, plus l'affectation selon la consommation réelle sera possible.

METHODE DE RETRAITEMENT COMPTABLE

- ✓ répartition des charges directes au sein des sections d'analyse
- ✓ ventilation des charges indirectes (des sections auxiliaires) sur les sections d'analyse principales
- ✓ détermination du coût de l'unité d'œuvre pour les sections d'analyse des fonctions de logistique administrative, de logistique médicale et médico-technique.

Le Centre Hospitalier d'Avignon entre peu à peu dans cette logique. A la logique d'affectation par nature qui prévaut dans la comptabilité générale, il développe aujourd'hui une comptabilité analytique qui préfère l'affectation par destination. En partant du compte administratif consolidé et en affectant les charges selon les sections qui consomment, il va être possible d'identifier le coût de chaque unité d'œuvre.

La détermination de la valeur de ces unités d'œuvre permet ainsi de valoriser le recours au plateau technique des différents centres de responsabilité et donc d'ajouter à une analyse sur le volume d'actes consommés, une analyse sur leur valeur, engendrant à terme une interprétation plus fine des résultats du centre de responsabilité.

Dans cette perspective, une première difficulté réside dans le choix des unités d'œuvre pour la valorisation de l'activité des services prestataires (médico-techniques et logistiques). Si le Guide en donne une liste, il n'impose aucun modèle. A ce titre, l'expérience du Centre Hospitalier de Blois est riche d'enseignements : en changeant l'unité d'œuvre pour la détermination du coût du bloc opératoire et en passant du traditionnel K chirurgical à l'heure d'utilisation du bloc, unité a priori plus juste, un service bénéficiait d'un allègement du coût du bloc de 44% ! C'est pour cette raison que le CH de Blois préconise l'application d'une marge d'incertitude de plus ou moins 5%.

La contrainte majeure pour développer cette démarche réside dans les performances du système d'information qui doit permettre une affectation du coût direct aux sections d'analyse en temps quasi-réel. De plus, il est impossible de valoriser les consommations de plateau médico-technique des services cliniques à l'aide d'une comptabilité analytique mensuelle puisqu'elle s'appuie sur le compte administratif consolidé disponible en février de l'année N+1³³. Cependant, on peut envisager de valoriser ces consommations au coût standard issu de la comptabilité analytique de N-1.

³³ la construction de la comptabilité analytique tardive n'est pas seulement imputable au système d'information mais également à des contraintes réglementaires : la journée complémentaire, par exemple.

2.1.2 La comparaison à des « coûts standards » : cibler les gains de productivité potentiels.

L'introduction de l'approche analytique dans la démarche de déconcentration budgétaire permet en outre d'affiner l'analyse des résultats du centre de responsabilité médico-techniques ou logistiques par référence à des « coûts moyens » extérieurs à l'établissement. Le premier avantage est donc de pouvoir cibler à qui, du service clinique ou du service prestataire, l'objectif de gains de productivité peut être demandé. Une réflexion approfondie sur les modalités d'organisation et de prise en charge peut ensuite être engagée : sur la substitution d'actes, la diminution des actes redondants et inutiles par exemple, autant d'éléments qui participent directement à la démarche qualité de l'établissement.

C'est également la raison pour laquelle, une telle démarche ne peut se passer d'une comparaison avec l'extérieur et notamment, un rapprochement avec les coûts moyens déterminés dans le cadre de l'Echelle Nationale des Coûts : cette dernière donne, en fonction du casemix de l'établissement, des coûts moyens par unités d'œuvre.

Cependant, pour que la comparaison soit possible, la méthodologie de construction de l'ENC doit être rigoureusement adoptée :

- ✓ Ventilation des charges du compte administratif
- ✓ Prise en compte des produits déductibles et des charges non incorporables
- ✓ Traitements des consommations médicales aux services ayant hébergé des patients
- ✓ Traitement de la logistique médicale (pharmacie, stérilisation, DIM, ...)
- ✓ Ventilation des dépenses de blanchisserie et de restauration
- ✓ Ventilation des dépenses des services médico-techniques sur les services prescripteurs
- ✓ Ventilation des charges de structure

La ventilation des charges doit ainsi reprendre la typologie des charges retenues dans l'ENC fondée sur une logique de coût complet :

- ✓ *Charges contrôlables*, directement placées sous la responsabilité du centre de responsabilité qui peut agir à court et moyen terme.

- ✓ *Charges hors contrôle* sur lesquelles le centre de responsabilité ne peut intervenir .

Cette distinction peut varier d'un établissement à un autre et des négociations entre le responsable du centre de responsabilité et la direction doivent avoir lieu pour déterminer avec précision quelles sont les charges qui peuvent être placées "sous la responsabilité" des centres de responsabilité. Cette distinction est, en outre, incontournable car les actions correctrices en cas de dérive d'une charge dépendent fortement de la nature de cette charge : une dérive sur les charges de logistique générale ne peut être imputable aux centres de responsabilité cliniques, par exemple, et l'action de correction prendra la forme de renégociations de contrats, d'amélioration de l'organisation ...

Une autre difficulté réside dans les modalités de répartition des charges hors contrôle car les clés de répartition ne sont encore qu'imparfaites : le service ne peut par conséquent avoir la maîtrise du volume de ces charges ou de leur coût unitaire. Certains établissements ont mis en œuvre des clés de répartition, dont la principale caractéristique est de tenir compte de la réalité des flux à l'intérieur de l'hôpital. La répartition, dans notre simulation pour le Centre Hospitalier d'Avignon, se fait au prorata des médicaments consommés pour les dépenses de pharmacie³⁴, des RUM produits pour les dépenses du DIM...

Ces ventilations successives permettent de déterminer le coût des sections d'analyses cliniques (M.C.O), coût que l'on peut rapprocher de ceux d'un hôpital fictif construit à partir des coûts moyens de l'ENC, et qui aurait un casemix rigoureusement identique à celui du Centre Hospitalier d'Avignon, pour en analyser les écarts : le tableau de la page suivante présente les résultats obtenus dans le cadre de la simulation pour le Centre Hospitalier d'Avignon.

De plus, à ce suivi interne, on peut ajouter un suivi sur une référence externe dans la mesure où le Groupe d'Amélioration de la Comptabilité Analytique Hospitalière (Groupe ACAH) fournit des résultats moyens sur certaines unités d'œuvre médico-techniques et logistiques.

L'analyse de ce tableau montre que le Centre Hospitalier d'Avignon se situe dans la moyenne des établissements de santé puisque l'écart sur le coût complet est de 1%. Cependant, une lecture plus fine du tableau oblige à considérer que la situation n'est pas aussi favorable.

D'une part en effet, pour produire le même nombre de GHM, le Centre Hospitalier d'Avignon a recours à plus de consommables médicaux que l'hôpital fictif.

D'autre part, si l'on se penche sur les dépenses du bloc opératoire, on observe, a priori, une situation favorable pour le Centre Hospitalier d'Avignon, qui consommerait moins que l'hôpital fictif. Pourtant, il faut également observer qu'il produit également moins d'actes (-21% par rapport à la moyenne de l'ENC) et que, par conséquent, le coût de l'ICR est plus élevé que dans la base nationale. Un tel constat invite au questionnement : le bloc dispose-t-il de trop de ressources? Existe-t-il des transferts de malades dans d'autres hôpitaux...?

La situation de l'imagerie est, quant à elle, favorable à Avignon en terme globaux autant qu'en terme de coût de l'I.C.R d'imagerie, même si le nombre d'I.C.R est plus faible que dans la base nationale, ce qui traduit une adéquation des besoins et des ressources pour ce secteur plus importante que pour le bloc, par exemple.

Enfin, si l'on considère les explorations fonctionnelles, on observe la situation inverse de celle du bloc opératoire : si le coût global des explorations est supérieur au Centre Hospitalier d'Avignon, la production d'I.C.R, largement supérieure, engendre un coût unitaire plus faible que dans l'hôpital fictif. Même dans cette situation, globalement favorable à Avignon, le questionnement s'impose : l'orientation que traduisent les chiffres est-elle planifiée, attendue, fortuite...?

Cette analyse démontre ainsi que c'est plus le questionnement que la démarche implique qui est intéressant que l'approche uniquement budgétaire. La comptabilité analytique offre ainsi un premier zoom, qui nécessite ensuite une analyse plus fine et la recherche des causes des écarts.

³⁴ ce qui est, on l'admet, contestable dans la mesure où la pharmacie peut délivrer en deux minutes des produits chers et en quatre heures des produits peu chers. Cependant, en l'absence d'indicateurs plus fins, on utilisera la valorisation financière de la consommation des produits pharmaceutiques pour la répartition des charges de pharmacie.

**COMPARAISON ENTRE LE C.H.A ET L'ETABLISSEMENT FICTIF DE MEME CASE-MIX ,
AUX COUTS DE REFERENCE DE LA BASE NATIONALE .**

En francs	HOPITAL		BASE NATIONALE		DIFFERENCE
	Dépenses et coûts unitaires	Valeurs pour 100 pts ISA	Dépenses et coûts unitaires	Valeurs pour 100 pts ISA	
Indicateurs d'activité					
Nombre de points du case-mix	50 620 442		50 620 442		
Nombre de journées	191 021		201 234		
Nombre de séjours	36 058		36 058		
Rémunérations					
Personnel médical	39 166 319	77,37	35 103 686	69,35	12%
Personnel soignant	139 402 727	275,39	135 657 646	267,99	3%
Personnel autres	39 136 679	77,31	45 868 955	90,61	-15%
TOTAL SALAIRES	217 705 726	430,07	216 630 287	427,95	0%
CONSOMMABLES MEDICAUX	47 117 805	93,08	38 294 400	75,65	23%
AMORT. - MAINT. & LOGISTIQUE MEDICALE	15 810 241	31,23	16 455 832	32,51	-4%
Laboratoire	32 201 646	63,61	32 723 002	64,64	-2%
B de laboratoire	28 829 143	56,95	26 269 011	51,89	10%
<i>Coût du B</i>	<i>1,12</i>	<i>1,12</i>	<i>1,25</i>	<i>1,25</i>	<i>-10%</i>
Bloc	51 841 352	102,41	54 160 915	106,99	-4%
ICR de bloc	549 129	1,08	692 995	1,37	-21%
<i>Coût de l'ICR de bloc</i>	<i>94,41</i>	<i>94,41</i>	<i>78,15</i>	<i>78,15</i>	<i>21%</i>
Imagerie	15 537 626	30,69	20 687 177	40,87	-25%
ICR d'imagerie	363 906	0,72	429 298	0,85	-15%
<i>Coût de l'ICR d'imagerie</i>	<i>42,70</i>	<i>42,70</i>	<i>48,19</i>	<i>48,19</i>	<i>-11%</i>
Explorations fonctionnelles	13 464 410	26,60	11 119 949	21,97	21%
ICR d'explorations fonctionnelles	598 673	1,18	436 879	0,86	37%
<i>Coût de l'ICR d'explo fonctionnelles</i>	<i>22,49</i>	<i>22,49</i>	<i>25,45</i>	<i>25,45</i>	<i>-12%</i>
Autres actes (urgences + SMUR)	18 675 620	36,89	11 416 360	22,55	64%
Actes à l'extérieur	4 925 531	9,73	3 430 659	6,78	44%
TOTAL ACTES	136 646 187	269,94	133 538 062	263,80	2%
Restauration	22 028 366	43,52	16 792 024	33,17	31%
Blanchisserie	5 594 208	11,05	6 965 311	13,76	-20%
Gestion générale et autre logistique	94 608 914	186,90	103 175 046	203,82	-8%
TOTAL LOGISTIQUE	122 231 489	241,47	126 932 381	250,75	-4%
COUT (sans structure)=total étape 7	539 511 448	1 065,80	532 739 134	1 052,42	1%
STRUCTURE	13 301 261	26,28	26 230 618	51,82	-49%
COUT COMPLET = total étape 8	552 812 709	1 092,07	558 971 244	1 104,24	-1%
Restauration par j.	115,32		83,45		38%
Blanchisserie par j.	29,29		34,61		-15%
Gestion générale et autre logistique	495,28		512,71		-3%
DMS	5,30		5,58		-5%

**COMPARAISON ENTRE LE C.H.A ET L'ETABLISSEMENT FICTIF DE MEME CASE-MIX ,
AUX COUTS DE REFERENCE DE LA BASE NATIONALE .**

EN EUROS	HOPITAL		BASE NATIONALE		DIFFERENCE
	Dépenses et coûts unitaires	Valeurs pour 100 pts ISA	Dépenses et coûts unitaires	Valeurs pour 100 pts ISA	
Indicateurs d'activité					
Nombre de points du case-mix	50 620 442		50 620 442		
Nombre de journées	191 021		201 234		
Nombre de séjours	36 058		36 058		
Rémunérations					
Personnel médical	5 970 867	11,80	5 351 522	10,57	12%
Personnel soignant	21 251 809	41,98	20 680 875	40,85	3%
Personnel autres	5 966 348	11,79	6 992 677	13,81	-15%
TOTAL SALAIRES	33 189 024	65,56	33 025 074	65,24	0%
CONSOMMABLES MEDICAUX	7 183 063	14,19	5 837 944	11,53	23%
AMORT. - MAINT. & LOGISTIQUE MED	2 410 256	4,76	2 508 675	4,96	-4%
Laboratoire	4 909 109	9,70	4 988 589	9,85	-2%
B de laboratoire	28 829 143	8,68	26 269 011	7,91	10%
<i>Coût du B</i>	0,17	0,17	0,19	0,19	-10%
Bloc	7 903 163	15,61	8 256 778	16,31	-4%
ICR de bloc	549 129	0,17	692 995	0,21	-21%
<i>Coût de l'ICR de bloc</i>	14,39	14,39	11,91	11,91	21%
Imagerie	2 368 696	4,68	3 153 740	6,23	-25%
ICR d'imagerie	363 906	0,11	429 298	0,13	-15%
<i>Coût de l'ICR d'imagerie</i>	6,51	6,51	7,35	7,35	-11%
Explorations fonctionnelles	2 052 636	4,05	1 695 225	3,35	21%
ICR d'explorations fonctionnelles	598 673	0,18	436 879	0,13	37%
<i>Coût de l'ICR d'explo fonctionnelles</i>	3,43	3,43	3,88	3,88	-12%
Autres actes (urgences + SMUR)	2 847 080	5,62	1 740 413	3,44	64%
Actes à l'extérieur	750 892	1,48	523 001	1,03	44%
TOTAL ACTES	20 831 577	41,15	20 357 746	40,22	2%
Restauration	3 358 203	6,63	2 559 928	5,06	31%
Blanchisserie	852 832	1,68	1 061 855	2,10	-20%
Gestion générale et autre logistique	14 423 036	28,49	15 728 934	31,07	-8%
TOTAL LOGISTIQUE	18 634 070	36,81	19 350 717	38,23	-4%
<i>COUT (sans structure)=total étape 7</i>	<i>82 247 990</i>	<i>162,48</i>	<i>81 215 557</i>	<i>160,44</i>	<i>1%</i>
STRUCTURE	2 027 764	4,01	3 998 832	7,90	-49%
<i>COUT COMPLET = total étape 8</i>	<i>84 275 754</i>	<i>166,49</i>	<i>85 214 617</i>	<i>168,34</i>	<i>-1%</i>
Restauration par j.	17,58		12,72		38%
Blanchisserie par j.	4,46		5,28		-15%
Gestion générale et autre logistique	75,50		78,16		-3%
DMS	5,30		5,58		-5%

Ce raisonnement, tenu ici au niveau de l'établissement et des sections d'analyse cliniques, est théoriquement transposable au niveau du centre de responsabilité à la condition que le système d'information permette l'affectation des charges par unité médicale : c'est tout l'enjeu de la prescription des produits pharmaceutiques nominative tout comme le raisonnement sur la charge de soins infirmiers (SIPS) ou encore de la prescription connectée qui est en train d'être mise en place au Centre Hospitalier d'Avignon.

L'analyse de ces coûts ne doit cependant pas être mécanique : un faible coût unitaire des services médico-techniques et logistiques peut être synonyme, non de productivité mais de surconsommation par les services cliniques (et par conséquent de surproduction pour les services médico-techniques et logistiques). Il n'en reste pas moins que la comptabilité analytique et la comparaison avec l'extérieur donnent des indicateurs intéressants dans le cadre d'un suivi de gestion déconcentré.

A cet élargissement de la démarche aux services médico-techniques et logistiques doit également correspondre un approfondissement de l'analyse pour les services cliniques, rendu possible par la médicalisation de l'approche de la déconcentration, pour tenter de pallier les dysfonctionnements mis en lumière par les quatre ans d'expérience avignonnaise.

2.2 L'INDISPENSABLE MÉDICALISATION DE LA DÉCONCENTRATION DE GESTION BUDGÉTAIRE.

Un des principaux obstacles de la démarche tient en effet dans le manque de crédibilité de la détermination du budget prévisionnel du centre de responsabilité. Ce manque de crédibilité tient autant à l'insuffisance des indicateurs d'activité traditionnels qu'à celle de la base historique sur laquelle s'appuie la construction du budget « cible » du centre de responsabilité. Il est indispensable d'améliorer ceux-ci et de disposer d'éléments qui permettent de rendre la démarche, sinon plus équitable, du moins plus objective. L'utilisation en interne du PMSI est une piste à explorer afin d'affiner et d'asseoir davantage la démarche de déconcentration budgétaire.

2.2.1 Pallier les dysfonctionnements nés de la base historique.

L'idée qui préside à l'utilisation en interne du PMSI est donc de disposer d'un faisceau d'indices susceptible d'apporter des éléments de réponse au paradoxe contenu dans l'augmentation de l'activité médicale et la diminution de moyens (ou leur très faible augmentation) accordés à l'établissement pour y répondre. Il s'agit donc d'être capable de déterminer une base budgétaire plus objective que la référence historique, compte tenu, non seulement de l'activité des centres de responsabilité mais également des contraintes budgétaires de l'établissement.

2.2.1.1 Objectifs et enjeux d'une reproduction du mode d'allocation externe en interne.

Souvent en effet, le corps médical et soignant dénoncent la logique exclusivement financière de la démarche de déconcentration : s'ils en comprennent la nécessité, ils lui reprochent de ne pas savoir tenir compte des impératifs médicaux et soignants qui s'imposent à eux. Or, le

seul outil dont on dispose actuellement pour tenter de rapprocher les logiques administrative et soignante (au sens large du terme) réside dans le PMSI.

Le PMSI peut en effet permettre, en l'absence de système d'information permettant le calcul des coûts complets par séjour, une articulation plus objective entre le financement externe et l'allocation interne des ressources tout autant que la médicalisation de la prise de décision.

En effet, la première modalité d'utilisation interne du PMSI réside dans la détermination d'un point ISA propre au service. La méthodologie est alors relativement simple : elle consiste dans la valorisation du casemix du service qui, rapportée aux dépenses totales, donne une valeur de point ISA pour le centre de responsabilité. L'objectif est ici de le comparer au point de l'établissement pour déterminer une éventuelle sur ou sous dotation. Cependant, les limites de cette approche en contraignent l'usage : les intervalles de confiance variables tout comme la non exhaustivité du codage rendent en effet l'interprétation des résultats difficile. De plus, certains services seront structurellement défavorisés par l'échelle des GHM telle qu'elle existe aujourd'hui³⁵.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">✓ Détermination de la somme des dépenses MCO du centre de responsabilité✓ Détermination du point ISA ou ISAM³⁶ du CR par application de la formule :
Total des dépenses directes et induites / nombre de points produits✓ Calcul du budget théorique du CR par application de la formule :
nombre de points ISA(M) produits par le CR * valeur du point ISA(M) de l'établissement
(ou de la région). |
|---|

L'idée principale de l'utilisation en interne du PMSI réside en fait dans le calcul d'un coût par GHM à partir des charges de la comptabilité générale qui doit permettre, à terme, de répondre à la question primordiale dans un contexte de restriction budgétaire : à qui donner les crédits ? et ce, d'autant plus que le rapprochement à des standards extérieurs est possible³⁷.

L'utilisation en interne du PMSI suppose donc, à côté de la construction de ce budget théorique, que l'établissement soit capable de déterminer les coûts des séjours par patients et par service.

³⁵ Il en va ainsi des services de pédiatrie ou de gériatrie.

³⁶ On utilisera le point ISAM si les dépenses de logistiques générale (hôtelière et administrative) ne sont pas prises en compte, ce qui a l'avantage d'éviter de multiplier les clés de répartition et fait considérer les seules dépenses contrôlables par le service.

³⁷ Voir infra.

L'expérience du Centre Hospitalier de Blois, dont le suivi budgétaire se fonde sur le PMSI, montre qu'il faut ensuite définir en amont « les règles du jeu » en ce qui concerne le choix des services « prestataires » des services cliniques, les règles de valorisation de leurs unités d'œuvre, les modalités de calcul des points qui détermineront les ressources de chaque service, les indicateurs utilisés dans ce cadre et les modalités d'imputation des dépenses.

Pour autant, l'utilisation du PMSI en interne est subordonnée à un certain nombre de choix méthodologiques et l'interprétation des résultats doit tenir compte des postulats sur lesquels il repose et les limites qu'il peut avoir.

2.2.1.2 Une utilisation encadrée.

Il convient dans un premier temps de prendre la mesure des limites méthodologiques. Elles ne font pas véritablement obstacle à la mise en place du PMSI en interne mais il convient d'en avoir conscience pour effectuer les choix indispensables et les réajustements nécessaires à la mise en application en interne d'une logique qui reste, par définition, essentiellement macro-économique.

Tout d'abord, le PMSI ne peut être utilisé que pour ce qu'il est : une modalité de valorisation de l'activité médicale d'hospitalisation MCO³⁸. Il faut donc être capable d'isoler les dépenses de fonctionnement et les dépenses induites par le fonctionnement de l'activité d'hospitalisation médicale (en terme de séjour) et écarter tout ce qui ne rentre pas dans le champ du PMSI : les activités psychiatriques, les soins de suite et de réadaptation, le long séjour en ce qui concerne les activités, les consultations externes et l'activité médico-technique pour les modes de prises en charge, qui devront faire l'objet d'un traitement spécifique qui relève de la comptabilité analytique³⁹.

Ensuite, les centres de responsabilité retenus doivent avoir une taille suffisante pour que la mesure de l'activité soit la plus fiable possible et les multi-séjours, dont on verra plus loin les difficultés de prise en compte, les moins nombreux possibles. Ce qui pose le problème du découpage de l'établissement et met l'accent sur deux postulats qu'il est nécessaire d'accepter pour faire du PMSI un outil de gestion interne :

³⁸ Même si le PMSI SSR et psychiatrie existent en théorie : leur utilisation est encore trop récente pour qu'ils puissent être utilisés dans la perspective développée ici.

³⁹ Voir supra. Pour les consultations externes, la valorisation peut s'effectuer par l'intermédiaire de la facturation.

- l'allocation des ressources par service (ou par centre de responsabilité) est pertinente.
- le découpage est adapté au déversement budgétaire et aux règles d'imputation des charges.

Enfin, sur le plan méthodologique, il reste que le PMSI donne une image de l'activité du service relativement grossière. Le case-mix est en effet fondé sur des GHM qui ne prennent pas nécessairement en compte la diversité des pathologies et des prises en charges qui composent l'exercice médical et soignant : la valorisation par l'intermédiaire des complications associées peut être considérée comme relativement insuffisante lorsque le raisonnement s'établit au niveau du service. Le P.E.R.N.N.S. construit aujourd'hui une classification qui tente de pallier cette lacune en fondant l'analyse de la pathologie sur un effeuillage successif des diagnostics présentés par le patient.

2.2.1.3 La prudence nécessaire dans la construction d'un « budget théorique » par centre de responsabilité.

Compte tenu de ces préalables, la démarche consiste à affecter à chaque centre de responsabilité un nombre de points ISA en fonction des GHM qu'il a produit, ou à la production desquels il a participé, et de déterminer son « budget théorique » en multipliant ce nombre de points par la valeur du point de l'établissement. Ce point de l'établissement est obtenu par la division des dépenses totales par le nombre total de points ISA produits.

Cette deuxième étape nécessite par conséquent des choix relatifs aux modalités d'affectation des points pour certains séjours et/ou certaines activités spécifiques.

Les règles d'affectation pour les séjours multi-unités.

Se pose en effet le problème des patients qui circulent au sein de plusieurs services et participent par conséquent à l'activité de plusieurs centres de responsabilité. Le problème de traitement de ces séjours est d'autant plus délicat qu'ils sont très variables selon les services. Ainsi peuvent-ils concerner près de la moitié des séjours de certains services du Centre Hospitalier d'Avignon tels que les urgences, la réanimation, ou le service médical d'accueil. Il faut en outre noter que l'insuffisance des lits de médecine et l'hébergement de

patients dans les services de chirurgie renforce cette problématique et qu'il est nécessaire de faire un choix sur les modalités de valorisation de ces séjours.

Les différentes expériences menées insistent sur le fait que l'affectation des points ISA produits par ces séjours multi-CR peut s'effectuer selon plusieurs critères, dont le choix reste commandé par le contexte de l'établissement :

- au prorata de la durée de séjour dans les centres de responsabilité concernés. Si la méthode apparaît simple, elle peut engendrer des effets pervers : ainsi, une unité aura en effet tout intérêt à conserver ses patients plus que nécessaire pour augmenter sa DMS. De plus, elle ne permet pas de prendre en compte la technicité de la prise en charge et pénalise par conséquent les services de chirurgie.
- en fonction du nombre de points ISA produits attribués à chaque RUM : on traite alors le séjour comme s'il s'agissait d'un séjour mono-CR. Les praticiens auraient alors tout intérêt à coder de manière exhaustive dans la mesure où dépendrait de leur codage la valorisation financière du séjour. C'est la solution qui est retenue au Centre Hospitalier d'Avignon.

Ex : soit un patient qui passe d'un service A à un service B et dont le séjour est classé dans un GHM X produisant 1200 points ISA.

Si l'on considère l'approche retenue à Avignon, un nouveau groupage est réalisé : le séjour correspond, dans le centre de responsabilité A, à un RUM classé dans le même GHM X mais, dans le centre de responsabilité B, le RUM est classé dans le GHM Y, produisant 400 points.

La ventilation de ce séjour s'effectuera donc comme suit :

- ✓ pour le service A : $(1200 * (1200 / (1200 + 400)) = 900$ points
- ✓ pour le service B : $(1200 * (400 / (1200 + 400)) = 300$ points

- au prorata de la durée de séjour, pondérée, par le nombre de points ISA moyen par jour des séjours mono-CR dans chacune des unités concernées. Cette méthode à l'avantage de prendre en compte l'intensité des soins même si elle demeure fondée sur la DMS.

L'approche n'est pas neutre : ainsi, si on compare le même séjour de 6 jours passé à hauteur de 4 jours dans le service A et de 2 jours dans le service B, affecté dans un GHM produisant 1200 points, on aura les résultats suivants :

Approche 1 : au prorata de la durée de séjour 1200 points répartis au 4/6 ^{ème} dans le service A et à hauteur de 2/6 ^{ème} dans le service B	Service A : 800 points Service B : 400 points
Approche 2 : au prorata du nombre de points attribués à chaque RUM	Service A : 900 points Service B : 300 points
Approche 3 : au prorata de la durée de séjour pondérée par le point moyen des séjours mono-C.R du C.R Le service A a un point moyen par jour de 260 Le service B a un point moyen par jour de 200	Service A : 867 points Service B : 333 points

Reste que, pour diminuer le poids de ses séjours multi-unités, une des solutions réside dans la réflexion sur le découpage pertinent de l'établissement et l'éventuel regroupement d'unités médicales. Il s'agit alors d'opérer un choix stratégique dans l'organisation des activités en les regroupant en pôles à l'instar du C.H.U de Nantes ou en cliniques comme c'est le cas au C.H.U de Lille.

Certains services, dont l'activité et le recrutement sont originaux par rapport aux services cliniques traditionnels, posent des problèmes particuliers : il en va ainsi de la réanimation et du service des urgences (pour la part hospitalisation) qui peuvent être considérés à la fois comme des services producteurs de séjours et prestataires de services pour les autres.

La réanimation.

La réanimation pose des difficultés dans la mesure où son recrutement est fort dépendant des autres services et son activité relativement mal prise en compte par l'échelle des GHM. Les réflexions menées pour prendre en compte les séjours avec ou sans passage en réanimation ont abouti à l'expérimentation de plusieurs solutions :

- le système de la double échelle dans lequel la base nationale de coûts est utilisée pour construire deux échelles, l'une avec passage en réanimation (Avec Réa), l'autre sans (Hors Réa). Dans le cas des séjours passés uniquement en réanimation, la totalité des points de l'échelle Avec Réa est imputé au service. Dans le cas d'un séjour multi-unités avec recours au service de réanimation, les points de l'échelle Hors Réa sont répartis dans l'ensemble des unités médicales ayant accueilli le

malade (y compris la réanimation) et la différence obtenue entre l'échelle Avec Réa et l'échelle Hors Réa est imputée à la réanimation. Si ce système permet d'affecter des points ISA aux services sans les faire bénéficier de leurs relations avec la réanimation, il ne prend toutefois que partiellement la mesure des contraintes de service public qui pèsent sur ce centre de responsabilité qui tiennent, notamment, à la nécessité de permanence des soins. De plus, l'absence d'actualisation des échelles ne permet plus d'utiliser cette méthode.

- une seconde solution réside dans le fait de considérer la Réanimation comme un service prestataire pour les autres services cliniques : les lacunes principales de ce type de prise en compte réside dans le fait qu'il fait supporter aux autres centres de responsabilité les séjours mono-CR de la réanimation et ne permet pas une évaluation de la Réanimation, ce qui revient à faire supporter aux autres centres de responsabilité une éventuelle sur-dotation.
- Compte tenu de cela, il convient de se pencher sur la solution de « l'assurance réa » développée au CH de Blois dans laquelle tous les services versent une « cotisation » à hauteur de la moitié des charges de la réanimation en fonction de leur GHM, l'autre étant prise en compte au niveau des centres de responsabilité qui ont effectivement recours à la réanimation.
- Enfin, la tentative de valorisation de la réanimation par l'intermédiaire des points OMEGA et des indices de gravité constitue une voie possible de prise en compte de l'activité de ce service : il faudrait alors éliminer tous les GHM avec réanimation de l'échelle et pouvoir valoriser la réanimation selon les actes qu'elle nécessitent, actes qui constitueraient autant d'« indices de réanimation ». Cette approche aurait l'avantage de permettre une homogénéisation de l'activité de réanimation qui pourrait permettre une comparaison des services entre eux, rendue aujourd'hui impossible par une définition hétérogène de ce que constitue réellement un service de réanimation.

L'hospitalisation des urgences.

La séparation des charges entre secteur d'hospitalisation et passages aux urgences étant particulièrement difficile, elle ne peut être effectuée qu'au sein de chaque établissement, en fonction de son organisation et de ses contraintes.

De plus, ce centre de responsabilité est caractérisé par une DMS très faible, qui augmente fictivement le nombre de points total quotidien servant de base à la pondération, ce qui aboutit à surestimer l'activité du centre de responsabilité. Une solution réside dans la prise en compte de la DMS, pour le service d'hospitalisation des urgences, telle qu'elle ressort de la moyenne observée sur l'établissement dans le calcul du nombre de points moyen par jour. Ainsi, pour le Centre Hospitalier d'Avignon, on aurait, pour un séjour classé dans un GHM produisant 1200 points et dont la durée moyenne de séjour au sein de l'établissement est de 3 jours : $1200 \times 3 = 3600$ points dans la valorisation du case-mix de l'activité d'hospitalisation des urgences.

Quant à la valorisation des passages aux urgences, différentes solutions co-existent : au Centre Hospitalier de Niort, le choix a été d'imputer les charges relatives aux passages (ayant donné lieu à une hospitalisation) au séjour du malade et donc à l'ensemble des centres de responsabilité, ce qui revient à faire des urgences un service prestataire et à valoriser l'activité d'hospitalisation au poids moyen de la journée pour les séjours multi-CR, en points ISA pour les séjours mono-CR.

L'approche mise en place au Centre Hospitalier d'Avignon se fonde, quant à elle, sur les points SEGUR qui tentent de valoriser la charge de soins d'un passage aux urgences en s'inspirant des SIPS. Cette démarche consiste à attribuer en fonction de la nature de la prise en charge et des soins pratiqués un nombre de points (de 0 à 4) qui correspondent à un niveau de prise en charge en fonction des actes réalisés. Ces points donnent ensuite lieu à une valorisation financière. Une telle approche présente l'extrême avantage de pouvoir rendre compte de la diversité des modalités de prises en charges du service des urgences, et notamment des urgences sociales et psychologiques.

En effet, le poids croissant que représente les passages des patients présentant des problèmes psychiatriques et sociaux, non valorisés dans le PMSI, oblige à tenir compte des charges spécifiques qui pèsent sur les urgences, notamment dans la perspective d'une allocation budgétaire par service. Il en va de même pour les autres contraintes de service public attachées à ce service qui s'illustrent par l'obligation de permanence de l'accueil à la fois coûteuse en moyens et en personnels et une consommation particulièrement importante d'actes médico-techniques. Cette démarche nécessite la mise en place d'un système d'information très fin qui n'existe pas encore au Centre Hospitalier d'Avignon.

Le choix des modalités de valorisation ayant été effectué, il est alors possible de rapprocher ce « budget théorique » du budget effectif afin de déterminer une éventuelle sur ou une sous dotation.

On peut accompagner cette analyse d'une décomposition des coûts des centres de responsabilité selon les modalités analytiques et le rapprochement avec l'ENC, selon la méthodologie développée plus haut, comme le fait le modèle des tableaux de bord médicalisés développé au Centre Hospitalier d'Aix en Provence. Une simulation pour le Centre Hospitalier d'Avignon a été réalisée et les résultats, pour un service clinique, peuvent être résumés dans le cas ci-dessous ⁴⁰.

Simulation au Centre Hospitalier d'Avignon

SERVICE : MEDECINE A

points ISA : 1 408 276
 Budget théorique : 1408276 * 12, 83 = 18 068 181 francs Soit 2 754 295 euros
 Ecart Budget Réel 1%

Décomposition et comparaison avec l'ENC

	Budget théorique	Budget réel	Ecart
Salaires	8 399 833	8 206 427	-2%
Consommables médicaux	1 628 677	1 997 977	18%
Amortissement, log médicale	597 693	439 805	-36%
actes médico-technique	5 088 952	3 801 359	-34%
Restauration	621 983	407 253	-53%
Blanchisserie	289 200	206 875	-40%
logistique autre	4 231 500	2 964 562	-43%
Total	20 857 838 3 179 757 euros	18 024 258 2 747 780 euros	-16%

Le service de médecine A apparaît ainsi sous-doté. Cependant, la décomposition des coûts montre qu'il dépense davantage en consommables médicaux que la moyenne nationale (à case-mix identique) alors qu'il a moins recours au plateau technique. Est-ce à dire qu'il faut lui fixer des objectifs de diminution des dépenses de groupe II et ne pas rechercher une diminution de son recours au plateau médico-technique ? L'analyse ne peut être aussi directe : elle invite à s'interroger sur le recrutement de ce service, le besoin auquel il répond, pour éventuellement apporter une réponse qui diminuerait ces écarts.

⁴⁰ L'annexe 4 médicalisé présente le tableau de bord médicalisé pour le service de chirurgie orthopédique du C.H.A, pg 93.

2.2.2 Une prudence nécessaire dans l'analyse des écarts

2.2.2.1 Une prudence tenant aux postulats méthodologiques

L'analyse de ces écarts doit en effet s'effectuer avec prudence. D'une part, parce que, plus l'entité considérée est petite et plus les séjours atypiques auront un poids important. En externe, l'échelle nationale des coûts fait l'objet d'un trimmage qui consiste à écarter les séjours extrêmes. Il faut donc en tenir compte en interne et, par conséquent, être capable de repérer ces séjours et de les valoriser en fonction, par exemple, de leurs DMS. Cette valorisation ne saurait se faire autrement que GHM par GHM. La difficulté principale reste la détermination du seuil au delà duquel un séjour sera considéré comme réellement atypique au regard du GHM auquel il appartient, sous peine de provoquer des comportements pervers. En effet, les centres de responsabilité pourraient être tentés de garder un patient se rapprochant du seuil défini par exemple : il convient donc de valoriser ces séjours, non pas de façon forfaitaire ce qui accroîtrait l'effet de seuil, mais par journée passée dans le service.

Dans la pratique, l'utilisation en interne du PMSI doit faire face à un obstacle majeur : les délais de collecte des données. Ainsi, les données 1998 servent elle à déterminer les budgets 2000, sans que puissent être prises en compte les modifications touchant la structure de l'activité.

Il est évident que cet instrument est à manier avec prudence dans la mesure où il peut amener une réelle concurrence entre services. Une simulation à l'échelle de l'établissement doit donc être organisée avant de mettre en place un discours pédagogique à destination des praticiens. En aucun cas, ce système ne saurait aboutir à remettre en cause des services entiers de l'hôpital : il ne peut être qu'un élément d'objectivation des relations entre direction et praticiens sur la stratégie à développer à l'intérieur d'un centre de responsabilité, dans le cadre plus global de la stratégie d'établissement, en ayant conscience des limites du système : la décomposition des coûts du centre de responsabilité en fonction de son casemix donne une indication parmi d'autres et ne peut être appliquée de manière mécaniste. Elle permet seulement de développer une réflexion sur les causes des écarts : l'action sur celles-ci n'est pas toujours possible et la marge de manœuvre des centres de responsabilité est parfois très réduite. On peut toutefois déterminer si l'action relève de la nécessité d'ajustement des ressources ou de l'action correctrice.

En définitive, il convient de prendre conscience que les seuls critères financiers ne peuvent suffire pour développer une stratégie cohérente : ils ne peuvent, associés à d'autres critères de performance tenant davantage à la qualité des process internes, qu'orienter l'action. Se cantonner à une appréciation budgétaire de l'analyse comporte des risques. Véronique Faujour et Norbert Roeslin ⁴¹ montraient en effet que l'analyse doit amener à des stratégies différentes, qui ne sont pas sans comporter des effets pervers :

Risques	Sous dotation	Sur dotation	Risques
	Activité de type "pôle de référence"	Activité de type "pôle de référence"	
<ul style="list-style-type: none"> ☞ Accident du à la suractivité et au manque de moyens ☞ Perte de clientèle ☞ Surcharge de travail ... 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Renforcer les moyens du services ✓ Développer avec lui une politique d'amélioration de sa productivité, ✓ Renforcer son image en investissant, ✓ Trouver des lits de suite pour augmenter la rotation des malades ... 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prévoir un budget flexible ✓ Définir des objectifs quantifiés d'activités programmables ✓ Développer des réseaux et filières de soins. 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Mauvaise réactivité face à la demande ☞ Perte d'identité d'hôpital de pointe
	Activité de type "pôle de proximité"	Activité de type "pôle de proximité"	
<ul style="list-style-type: none"> ☞ Difficultés budgétaires sur les coûts des services prestataires qui auront également une hausse d'activité ... 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Maintenir le budget et le renforcer ✓ Renforcer les investissements pour aider à la productivité et alléger la charge de travail ... 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Activité partageables avec d'autres établissements (syndicats hospitaliers...) ✓ Définir des objectifs quantifiés d'activité programmables 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Risque de conflits sociaux ☞ Difficultés de prises en charge des urgences. ☞ Choix incompris de la clientèle.

2.2.2.2 Une réelle modalité d'enrichissement de la démarche.

Ainsi est-il possible d'enrichir considérablement la négociation des objectifs dans le cadre de la déconcentration budgétaire car les stratégies déployées pourront être très diverses, que cela soit au niveau de l'établissement ou au niveau du service.

L'utilisation d'une approche médicalisée permet de développer une action plus ciblée, correspondant à l'activité du centre de responsabilité. Ainsi, elle permet de soutenir les services les moins bien dotés dont il serait vain d'attendre des gains de productivité et de développer des actions visant à diminuer le coût unitaire des services sur dotés, actions qui pourraient constituer autant d'objectifs pour le contrat de gestion. L'approche est d'autant

⁴¹ Véronique FAUJOUR, Norbert ROESLIN, *L'utilisation du PMSI dans le cadre d'une démarche de benchmarking*, in *Gestions Hospitalières*, Juin-Juillet 1998, page 417 à 424 : les deux tableaux leur sont intégralement empruntés.

plus intéressante qu'elle permet d'ajouter, à cette approche strictement budgétaire, une approche sur des indicateurs plus qualitatifs : taux de ré-hospitalisation, taux d'infections nosocomiales, taux d'incidence. De même, il est indispensable de rapprocher les budgets théoriques du nombre de malades traités et de GHM pris en charge pour leur donner du sens : l'analyse ne peut être identique si l'on considère un centre de responsabilité au recrutement très large et très varié ou un centre de responsabilité à l'activité très concentrée. La comparaison avec la base nationale est en effet plus pertinente dans le premier que dans le second cas.

Il apparaît en définitive que c'est moins la valeur des écarts entre budget réel et budget théorique qui est intéressante que le questionnement et la réflexion auxquels invite la mise en évidence de ces écarts en matière d'optimisation d'utilisation des ressources et de meilleure organisation de travail.

En effet, une telle démarche permet de développer une réelle stratégie d'action en fonction de la réalité de l'activité et non plus une recherche aveugle de gains de productivité, parfois impossible voire dangereuse, notamment sur le plan de la qualité de la prise en charge des patients.

On peut imaginer, par exemple, que l'action se concentrera, comme c'est le cas au Centre Hospitalier de Blois, sur les services se situant à la marge : les plus sous dotés d'une part, les plus sur-dotés d'autre part. Une telle démarche permet en outre de mesurer la pertinence et la priorité des choix à effectuer par rapport à la stratégie globale de l'établissement. Elle amène, plus largement, à s'interroger sur la prise en charge du patient à l'intérieur de l'hôpital tout autant que sur la stratégie à déployer dans le service.

	Stratégie de retrait	Stratégie de maintien	Stratégie de croissance
<ul style="list-style-type: none"> • Optimisation des points ISA • Coût de revient du GHM et dotation budgétaire des services 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Assurer les urgences ✓ Activité de base à minima ✓ Réduction des dotations budgétaires des services 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Optimisation des objectifs quantifiés des GHM, des services, des filières monopolistiques des GHM dans le service... 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Renforcer les moyens budgétaires pour éliminer les listes d'attentes et rester leader sur un segment d'activité.
<ul style="list-style-type: none"> • Productivité 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Contrôle et suivi permanent des objectifs quantifiés et des coûts unitaires 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recherche de rentabilité des GHM déficitaires par une inflexion des coûts fixes, des démarches de benchmarking et de reengineering 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Augmentation du chiffre d'affaire par augmentation du rapport points ISA/cout de revient du Service
<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation des actifs 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Investissement minimum 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Investissement de productivité visant à réduire les coûts de production et à augmenter la rentabilité du capital. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Investissement de productivité (contribuant à l'augmentation de la production) ✓ Investissement de pointe (recherche et développement, nouveaux segments d'activité)

Enfin, il convient de souligner qu'une telle approche doit être conciliée avec le budget contraint de l'établissement. Si elle peut éclairer sur des tendances, elle ne saurait être utilisée comme un mode d'allocation interne universel. Il n'en reste pas moins qu'elle apporte des éclairages indispensables à la négociation du budget du centre de responsabilité et peut amener à un autre regard des acteurs sur leur activité : elle favorise, par exemple, la mise en commun des ressources et peut amener certains centres de responsabilité à se fédérer.

L'utilisation des indicateurs issus du PMSI permet en définitive d'engager un questionnement dont on ne peut cependant attendre qu'il soit la solution ultime. Cette réflexion sur les causes des écarts observés par rapport à la moyenne peut être un simple exercice intellectuel, soit parce que la réponse au dysfonctionnement n'appartient pas à l'établissement, soit parce que la réponse ne peut être que politique. Pourtant, elle participe d'un management plus objectif qu'« affectif » et permet de dégager une ou deux idées force capables d'orienter l'action du centre de responsabilité. Parce qu'elle interroge l'interprétation des données, elle favorise le dialogue entre direction et soignants sur l'élaboration des solutions possibles. Elle favorise ainsi la promotion d'une culture commune aux administratifs et aux soignants et permet de cibler et d'ordonner les priorités, l'objectif ultime étant de mieux s'adapter aux besoins de la population.

De tels développements à la démarche de déconcentration de gestion budgétaire au Centre Hospitalier d'Avignon ne pourront être réalisés qu'avec l'adhésion de l'ensemble des acteurs. C'est dans cette mesure qu'il convient également de poursuivre et d'élargir la politique d'intéressement attachée à la démarche.

2.3 LA NÉCESSAIRE SENSIBILISATION DES ACTEURS DE PROXIMITÉ OU LES BEAUX JOURS DE L'INTÉRESSEMENT.

Prévu dans le cadre de la loi du 31 Juillet 1991⁴², tout autant que dans celui du rapport Esper remis le 4 février 1994 au Ministre chargé de la santé⁴³ et des ordonnances de 1996, l'intéressement constitue à la fois une mesure forte d'incitation, au Centre Hospitalier d'Avignon, à rejoindre la démarche de déconcentration de gestion budgétaire et une mesure de mobilisation dans le temps des équipes autour de ce projet. A ce titre, son développement participe à l'approfondissement de cette dernière.

2.3.1 une modalité de plus en plus exploitée par les eps dans le cadre d'une déconcentration de gestion.

En effet, l'intéressement est autant un facteur de motivation qu'un outil de la déconcentration dans la mesure où il procure au centre de responsabilité des ressources susceptibles de participer aux objectifs de la délégation de gestion que sont la recherche d'une plus grande souplesse et d'une réactivité plus importante. L'intérêt majeur de l'intéressement reste la motivation directe des agents par la redistribution d'une partie des économies qu'ils réalisent. Dans cette perspective, il constitue un axe majeur de la plupart des expériences menées dans les établissements de santé.

2.3.1.1 Une réalité multi-formes.

Les modalités adoptées dans ce cadre par les établissements sont très variables. Il peut s'agir de ce qu'on appellera l'intéressement « positif » qui correspond à la mise à disposition de moyens nouveaux pour le service ou d'un intéressement « négatif » équivalant au déblocage de crédits gelés conditionné par la réalisation d'objectifs prédéfinis. Pourtant, dans la plupart des expériences menées aujourd'hui, la première catégorie est privilégiée.

⁴² Qui institue un alinéa supplémentaire dans l'article L.714.4.9 relatif aux compétences du Conseil d'Administration, qui délibère désormais sur les modalités d'une politique d'intéressement dans l'établissement.

L'intéressement dans les établissements publics de santé restait jusqu'à récemment dominé par un objectif économique : il est en effet souvent fondé sur les résultats, soit en diminution de dépenses, soit en augmentation de recettes subsidiaires. Pour autant, se développe aujourd'hui des critères plus qualitatifs dans la procédure d'attribution des enveloppes d'attribution tenant à l'absentéisme, aux effectifs, au degré de réalisation des objectifs définis dans le cadre de la procédure d'accréditation. On peut ainsi prévoir que les réserves de l'accréditation puissent être autant d'objectifs pour les centres de responsabilité.

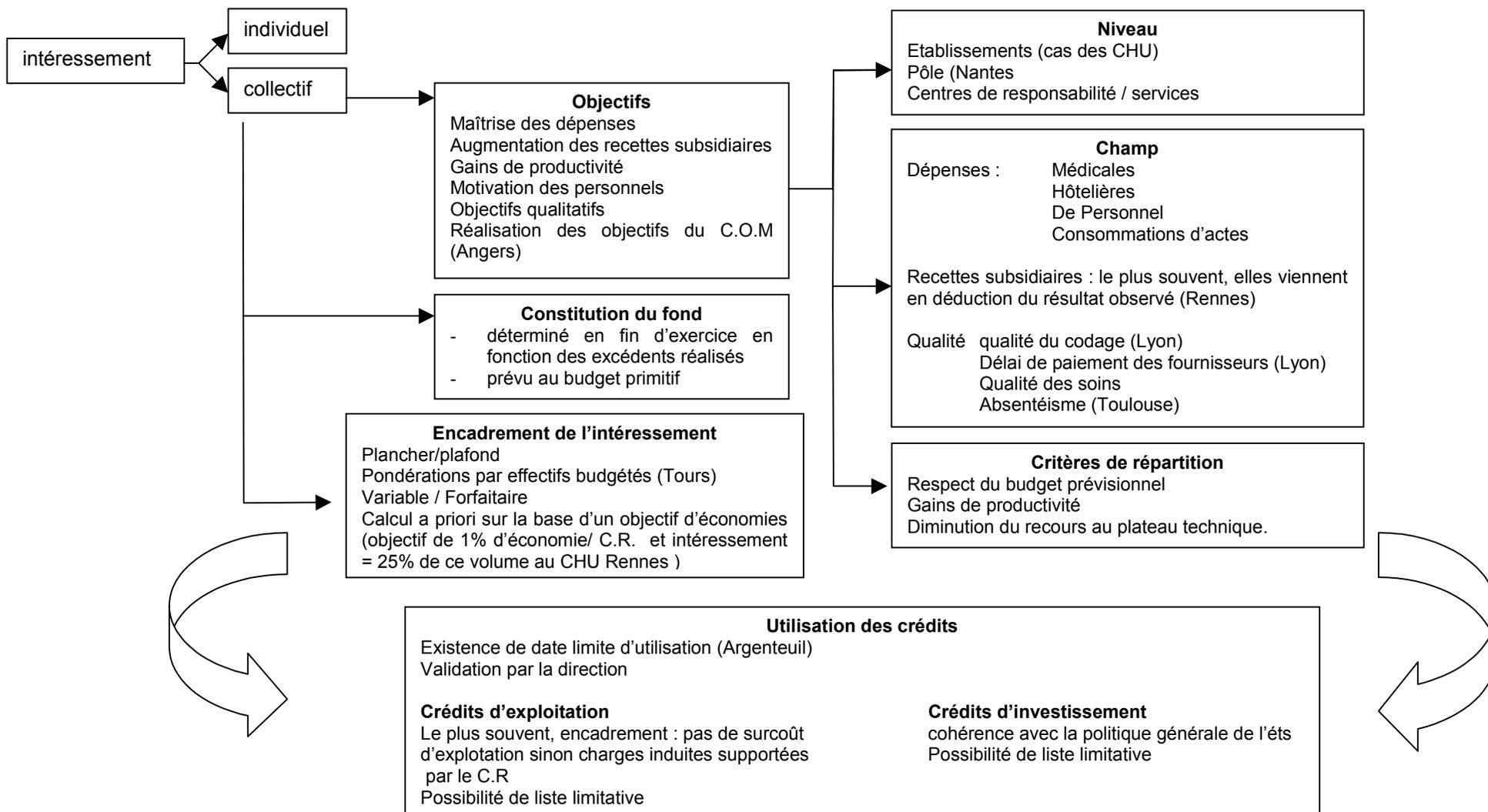
Pour autant, une politique d'intéressement doit se développer dans un cadre précis et des postulats doivent être posés : les objectifs de gestion doivent être lisibles et connus des acteurs de proximité, ce qui suppose une communication importante sur les projets, les valeurs et la stratégie de l'établissement. Les informations sur lesquelles est basé le calcul de l'intéressement doivent être transparentes, tout comme les règles du jeu. Ces dernières consistent à déterminer qui sera le titulaire de l'intéressement, comment sera calculé la performance du centre de responsabilité, quel sera le champ d'utilisation de l'intéressement, son éventuel plafonnement, son caractère forfaitaire ou non, les modalités d'alimentation du fonds d'intéressement...

Le schéma ci-après tente d'illustrer les différentes approches de l'intéressement telles qu'elles ont été développées dans les établissements publics de santé⁴⁴ et qui sont autant de développements possibles pour la démarche du Centre Hospitalier d'Avignon.

⁴³ Propositions d'expérimentations pour l'hôpital public, rapport remis par Mme C. Esper au Ministre de la Santé le 4 février 1994.

⁴⁴ Ce schéma doit beaucoup aux mémoires de Laurent BARRET, d'Hubert JASPARD, d'Yves LAMY et de Régis THUAL (cf. bibliographie).

2.3.1.2 Les politiques d'intéressement dans les établissements publics de santé.



2.3.2 Clarifier les règles du jeu.

Un des reproches que les acteurs expriment sur la démarche d'intéressement telle qu'elle est prévue à Avignon tient dans la relative opacité des règles du jeu. Or, l'adhésion des facteurs en dépend fortement car une politique d'intéressement peu transparente peut produire des effets pervers.

2.3.2.1 *Garantir le caractère collectif de l'intéressement.*

Le titulaire de l'intéressement doit tout d'abord être clairement identifié dans la mesure où, dans le cadre de la réglementation actuelle, il semble que l'intéressement ne peut être que collectif. Or, la pratique montre que l'intéressement, parce qu'il est attribué au responsable du centre de responsabilité, peut être détourné par celui-ci à son seul profit : ainsi peut-on observer des utilisations des enveloppes d'intéressement uniquement orientées vers l'achat de matériel médical. Une des solutions peut consister à faire intervenir le Conseil de Service sur l'utilisation des crédits d'intéressement.

Dans la même perspective, on peut d'imaginer un intéressement non par service, comme c'est le cas au Centre Hospitalier d'Avignon, mais par pôle d'activité, à charge ensuite pour les responsables des centres de responsabilité y afférant de déterminer la répartition. L'intérêt d'une telle démarche est de favoriser la cohérence de la recherche d'économie et d'utilisation des crédits.

2.3.2.2 *Encadrer le montant de l'intéressement?*

Dans cette perspective, il faut noter le fait que l'absence de limitation du montant d'intéressement peut être productrice d'effets pervers tenant à l'augmentation, ou à la sensation d'augmentation, du budget d'exploitation. Les services sont alors tentés d'utiliser les crédits comme des crédits de fonctionnement. A ce titre donc, le plafonnement est largement recommandé par la littérature, tout comme l'est la définition d'un plancher à l'intéressement, car la motivation diminuera si l'enveloppe est trop petite eu égard à l'effort réalisé. Si l'on considère que l'intéressement récompense un effort, il doit, sans être forfaitaire, être fondé sur le ratio économies réalisées/budget du centre de responsabilité,

dans la mesure où l'effort est identique quelle que soit la surface financière du service considéré.

2.3.2.3 Attribuer l'intéressement équitablement

La troisième difficulté qui ressort de la politique d'intéressement telle qu'elle est construite au Centre Hospitalier d'Avignon réside dans les critères d'attribution. Les conditions d'obtention de l'intéressement à Avignon prévoient des critères cumulatifs parmi lesquels le respect du budget alloué est prépondérant. Une des voies possibles pour donner à la démarche de nouveaux développements consiste donc dans la remise en cause de ce caractère cumulatif. Ainsi peut-on concevoir un système à deux niveaux composé d'un intéressement forfaitaire, attribué aux centres de responsabilité ayant respecté leur budget, et d'une part variable tenant à la réalisation d'autres objectifs. Une telle approche aurait l'avantage d'étendre les bénéficiaires de l'intéressement et par conséquent de renforcer leur adhésion.

Enfin, il est nécessaire d'analyser de manière plus transparente la performance des services. Sans revenir sur la nécessité de privilégier l'approche de gestion sur l'approche uniquement comptable qui se borne au respect de l'enveloppe, l'attribution des crédits d'intéressement se heurte aux difficultés inhérentes à l'appréciation des résultats du centre de responsabilité.

Ainsi, l'intéressement doit correspondre à un effort de gestion : le service ne peut prétendre bénéficier d'une action qui ne lui appartient en aucune façon comme c'est le cas d'une diminution forte des prix sur le marché qui gonfle l'écart entre les dépenses réalisées et les dépenses prévues. Cet effort doit venir du centre de responsabilité lui-même : ainsi peut-on observer que la mise au point de protocoles de soins rigoureux dans les services cliniques peuvent engendrer des dépenses moindres au niveau des laboratoires. Il convient par conséquent d'imputer cette diminution des dépenses aux services et non aux laboratoires. Enfin, l'appréciation des résultats des services doit se faire dans une perspective de moyen terme : il est relativement aisé, pour un service, de jouer sur les stocks dans une perspective annuelle. En définitive, l'appréciation des résultats doit s'effectuer en recherchant les causes des résultats, qu'ils soient positifs ou négatifs, des centres de responsabilité et non de manière brute.

Enfin, une ultime difficulté est posée par les effets pervers tenant à la base historique. L'intéressement étant fondé sur l'activité en référence à une base historique, c'est celle-ci qui

en détermine le volume. Ainsi, un service qui aura toujours surconsommé se verra affecter un volume d'activité qui rend relativement aisées les économies tandis que le service qui aura toujours favorisé une approche économique se verra, sur ce plan, davantage contraint.

Cette difficulté pourrait toutefois être surmontée avec l'abandon de la base historique ou du moins l'élargissement des indicateurs servant à l'analyse des résultats des centres de responsabilité.

2.3.2.4 Définir les règles d'utilisation

L'intéressement récompense un effort de l'ensemble de l'équipe du centre de responsabilité et doit donc bénéficier à l'ensemble de cette équipe. Se pose par conséquent la question de la définition des règles d'utilisation. Elles ne peuvent donc être a priori que contraignantes dans la mesure où l'intéressement constitue une aide ponctuelle : il ne saurait donc gager des dépenses structurelles. Ainsi, Yves Lamy⁴⁵ préconise-t-il que les crédits d'intéressement soient employés à l'acquisition d'immobilisations améliorant les conditions de travail et ne générant aucun coût d'exploitation. Doivent donc, dans sa perspective, être bannis tous les matériels nécessitant des consommables.

L'expérience d'Avignon, dans laquelle l'utilisation des crédits est encadrée selon ces modalités, montre, qu'à terme, ces contraintes peuvent être un facteur d'essoufflement de la politique et qu'il faut trouver d'autres utilisations pour l'intéressement. C'est la raison pour laquelle on peut concevoir que l'intéressement finance le projet du service, à charge pour lui, d'assurer le financement des coûts induits par les investissements effectués dans ce cadre.

La difficulté est alors double : d'une part, la libéralisation des modalités d'intéressement ne doit pas correspondre à une démission de la Direction et d'autre part, elle ne doit pas être un moyen pour le service de contraindre la direction à l'augmentation de son budget de fonctionnement. Les règles d'utilisation doivent ainsi être claires et fermes. Doit notamment être prévu le cas où le service ne pourrait pas faire face aux surcoûts après avoir acquis un matériel : on peut imaginer que, dans ce cas, le matériel soit "reversé" dans le patrimoine global de l'établissement qui en disposerait dès lors comme il l'entend.

⁴⁵ LAMY Yves, L'intéressement au C.H.R.U de Tours : quelles possibilités d'évolution?, Mémoire de Directeur d'Hôpital, décembre 1996, 88 pages.

En définitive, ces dysfonctionnements révèlent les besoins de transparence et de communication fondamentaux dans la mise en place d'une politique d'intéressement comme dans une démarche de gestion budgétaire déconcentrée, besoins qu'il revient à la direction d'assurer. Ils mettent également, et peut-être surtout, en lumière la difficulté de mesure de la performance des services de soins, difficulté à laquelle les gestionnaires des établissements publics de santé sont tenus aujourd'hui de répondre.

CONCLUSION

La déconcentration de gestion budgétaire, par la réflexion approfondie sur la formation des coûts à laquelle elle invite, constitue une étape importante du passage indispensable de l'ère de l'administration à l'ère de la gestion des établissements publics de santé.

En diminuant les rapports de force et en développant un mode de relations plus objectif, elle permet de développer un questionnement fondamental sur l'organisation des structures de soins. En outre, par les échanges, le dialogue et la transparence qu'elle suppose, elle participe à l'évolution culturelle que doit promouvoir l'hôpital public pour répondre aux défis qui lui sont aujourd'hui lancés. Cette évolution passe, en effet, par un partage du pouvoir et une nouvelle organisation qui favorise la fin des relations purement hiérarchiques et assure la mise en place d'un cadre réactif et souple.

Une telle évolution ne peut être qu'une construction collective, menée de manière conjointe par le couple directeur / médecin. Dépend en effet de lui la promotion d'une "culture hospitalière" qui permette aux établissements de santé de répondre efficacement aux évolutions actuelles de l'environnement sanitaire.

Reste qu'une telle démarche doit être constamment approfondie : les perspectives développées ici, centrées sur l'impératif de connaissance des coûts, constituent une première étape. Elle devrait amener les gestionnaires hospitaliers à s'interroger, dans un second temps, sur la chaîne du soin et notamment sur les liens des différentes activités qui concourent à la prise en charge du patient. La logique de gestion des ressources appelle, en effet, en complément une approche en termes de management des activités. C'est l'objectif de la méthode "Activity Based Costing" qui interroge les processus "consommés" par les patients et constitue, à ce titre, un horizon important, bien qu'encore relativement lointain, pour la gestion hospitalière.

GLOSSAIRE

C.H.U, C.H : Centre hospitalier Universitaire, Centre Hospitalier.

C.M.E : Commission Médicale d'Etablissement.

C.R : Centre de Responsabilité.

D.M.S : Durée Moyenne de Séjour

D.I.M : Département d'Information Médicale.

E.N.C : Echelle Nationale de Coûts

G.A.C.A.H : Groupe d'Amélioration de la Comptabilité Analytique Hospitalière

G.H.M : Groupe Homogène de Malades

I.C.R : Indice de Complexité Relative

I.S.A : Indice Synthétique d'Activité

I.S.A.M : Indice Synthétique d'Activité Médicale

M.C.O : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

P.E.R.N.N.S : Pôle d'Expertise et de Référence Nationale des Nomenclatures de Santé.

P.M.S.I : Programme de Médicalisation du Système d'Information

R.S.A : Résumé de Séjour Anonymisé

R.S.S : Résumé Standardisé de Sortie

S.I.P.S : Soins Infirmiers à la Personne Soignée

S.S.R : Soins de Suite et de Réadaptation.

T.O : Taux d'Occupation.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- ARNAUD Jean Olivier et BARSACQ, La dynamisation des ressources humaines à l'hôpital, Entreprises Modernes d'Édition, Paris, 1996, 130 pages.
- BARTOLI Annie, Le management des organisations publiques, DUNOD, Paris, 1997, 300 pages.
- BOUQUIN Henri, Le contrôle de Gestion, Presses Universitaires de France, Paris, 1986, 298 pages.
- CAUVIN Christian, COYAUD Catherine, Gestion Hospitalière : finances et contrôle de gestion, Economica, Paris, 1990, 281 pages.
- CLEMENT Jean-Marie, Les pouvoirs à l'hôpital, Berger Levrault, Paris, 1995, 149 pages.
- CREMADEZ Michel et GRATEAU François, Le management stratégique, Interéditions, Paris, 1992, 318 pages.
- DESREUMAUX Alain, théorie des organisations, Editions Management Social, Paris, 1998, 222 pages.
- DUCROCQ Charles, Le contrôle de gestion des établissements hospitaliers, Paris, Berger Levrault, 1990, 267 pages.
- GAUTHIER Paul Henri et GRENON Alain, Le contrôle de gestion à l'hôpital, DUNOD, Paris, 1979, 192 pges.
- GERVAIS Michel, Contrôle de gestion par le système budgétaire, Vuibert, Paris, 1987, 231 pages.
- LETEURTRE Hervé et alii, Traité de gestion hospitalière, Berger Levrault, Paris, 1998, 926 pages.
- LETEURTRE Hervé, VAYSSE Michel, Les tableaux de bord de gestion hospitalière, Berger-Levrault, Paris 1994, 253 pages.

- THIETART Raymond Alain, Le management, P.U.F, 1997, Paris, 128 pages

REVUES

- ANHOURY P. et COINTENENT Stéphane, *Le contrôle de gestion : d'une logique budgétaire à la gestion des performances*, in Gestions Hospitalières, juillet 1998, page 402 à 404.
- AUMERAS Pierre et DEBROSSE D., *La délégation de gestion*, in Entreprise santé, 1998, n° 5, page 16-17.
- BETHOUX Jean-Pierre, *De l'intérêt de la budgétisation par centre de responsabilité*, in Supplément Réforme de l'Hospitalisation, avril 2000, 4 pages.
- BRAS Jean Christophe, *La double dimension de la contractualisation interne* in Gestions Hospitalières avril 1999, pages 253 à 255.
- BOISGELOT Louis, *Où il est question de réduire les dépenses de santé sans réduire pour autant les prestations ...* in Gestions Hospitalières, octobre 1999, page 581 à 585.
- CAILLET René et alii, *Contrats internes : l'expérience de Lille*, in Cahiers de Gestions Hospitalières, octobre 1999, page 599 et 609.
- COUDRAY Stéphane et COLIN C., *Méthodes de répartition des points ISA dans le cas des séjours multi-unités : synthèse et analyse critique* in Journal d'Economie Médicale, septembre 1998, page 437 à 446.
- DUHAMEL-THEVENARD Christelle et alii, *La collaboration médico-pharmaceutique et ses conséquences financières*, in Gestions Hospitalières, octobre 1999, page 575 à 579.
- FAUJOUR Véronique, PENAUD Marc, *Outils de gestion et management hospitaliers : mélange et assortiment*, in Gestions Hospitalières, juillet 1998, page 405 à 407
- FAUJOUR Véronique, ROESLIN Norbert, *L'utilisation du PMSI dans une démarche de benchmarking : stratégies possibles d'utilisation des informations issues des coûts/GHM* in Gestions Hospitalières, Juin-Juillet 1998, page 417 à 424.
- GARIN Hervé et alii, *Contrôles de qualité et valorisation de l'activité dans les hôpitaux* in : Gestions Hospitalières Mai 1999, pages 363 à 367.

- GUSCHING Jean Pierre, EXPERT Patrick, *Utilisation du PMSI en gestion interne* in : Cahier des Gestions Hospitalières, avril 1997, N° 137 page 297 et 309.
- HAGENMULLER Jean Baptiste et alii, *Quelques exemples de gestion déconcentrée à l'étranger*, in : Gestions Hospitalières, avril 1999, page 240 à 255.
- MAURY François, *L'hôpital change : médecins et gestionnaires autour d'une nouvelle organisation hospitalières* in : Gestions Hospitalières, Juin-Juillet 1997 page 414 à 420.
- MOURIER Alain, *Du budget de service à la contractualisation interne, Candide ou la lanterne magique*, in : Gestions Hospitalières, avril 1999, page 571 à 574.
- PELJAK Dominique, *Le management de subsidiarité au service des hôpitaux* in : Gestions Hospitalières, Juin-Juillet 1997 page 421 à 425.
- PEREGO Marc, *Un problème managérial : la maîtrise de la production de soins*, in : Gestions Hospitalières, février 1998, pages 105 à 108.
- ROMAN Nathalie, *Contrôle de gestion et budget de service : imputation des actes du plateau technique aux budgets des services cliniques* in Gestions Hospitalières, Juin-Juillet 1997, page 450 à 454.
- VINOT Didier, *De l'usage interne des points ISA : pertinence locale ou cohérence globale* in Gestions Hospitalières, octobre 1998, page 634 à 639.
- *Escale en PMSI*, Gestions Hospitalières, Juin-Juillet 1999.
- *Mesure de l'activité et stratégie : l'adaptation au changement*, Gestions Hospitalières, Février 2000.

Sur l'intéressement :

- GUSTIN Pierre *L'intéressement : un coût ou une ressource ?* in Techniques Hospitalières, janvier-février 1997 pages 73 à 78.
- JAHAN Philippe et alii, *Une expérience d'intéressement du personnel hospitalier*, in : Gestions Hospitalières, février 1997, Pages 123 à 127.
- BITAUD J.R., DONNADIEU G. et alii, *Quelle politique d'intéressement pour le SPH ?* Actes du colloque GRAPH-AP, in : Gestions Hospitalières supplément au n°316, mai 1992.

- LE PRAT Bruno, *Le service de santé de Saint Denis, bon élève de l'intéressement non monétaire*, in : La Gazette des communes, des départements et des régions, 23 décembre 1996, n°48 pages 16 à 21.
- RAIKOVIC Monique, *Les recettes subsidiaires des hôpitaux : une incitation à l'intéressement collectif*, in : Décision Santé, octobre 1994, page 19 à 22.
- THEVENET M. et alii, *Le management participatif : un bilan* in : Revue Française de Gestion, 1992, mai-mars 1992, 40 pages.

MÉMOIRES

- ALEXANDRE Joel, La maîtrise des dépenses pharmaceutiques au Centre Hospitalier Laennec de Creil, E.N.S.P, Mémoire de Directeur d'Hôpital, décembre 1995, 138 pages.
- BARRET Laurent, Pour une participation des unités de soins à la gestion : la déconcentration budgétaire au Centre Hospitalier de Lagny/Marne la Vallée, E.N.S.P, Mémoire de Directeur d'Hôpital, décembre 1996, 96 pages.
- BRAS Jean-Christophe, L'organisation interne de l'hôpital en pôle, à partir de l'expérience de contractualisation interne du CHU de Nantes, E.N.S.P, Mémoire de Directeur d'Hôpital, décembre 1998, 84 pages.
- CATELAND Renaud, L'expérience d'une contractualisation interne à l'hôpital d'Argenteuil : de la contrainte budgétaire à l'amélioration du fonctionnement, E.N.S.P, Mémoire de Directeur d'Hôpital, décembre 1999, 94 pages.
- JASPARD Hubert , Améliorer la gestion de l'hôpital en décentralisant la gestion et en évaluant les résultats : analyse d'une expérimentation à travers l'exemple du Centre Hospitalier Universitaire de Caen, E.N.S.P, Mémoire de Directeur d'Hôpital, décembre 1995, 114 pages.
- JEANNEY Michel, Utilisation du PMSI en gestion interne : la construction de budget par centres de responsabilité, E.N.S.P, Mémoire de Directeur d'Hôpital, décembre 1997, 70 pages.
- LAMY Yves, L'intéressement au C.H.R.U de Tours : quelles possibilités d'évolution?, E.N.S.P, Mémoire de Directeur d'Hôpital, décembre 1996, 88 pages.
- LEFRANC Caroline, La gestion de proximité au C.H.U. de Nantes : analyse et enjeux du contrôle de gestion, E.N.S.P, Mémoire de Directeur d'Hôpital, décembre 1998, 87 pages.

- MOUSILLAT Véronique, Opportunité et faisabilité d'une déconcentration de gestion budgétaire au Centre Hospitalier de Dax, E.N.S.P, Mémoire de Directeur d'Hôpital, décembre 1999, 75 pages.
- THUAL Régis, L'élaboration d'une politique d'intéressement : l'exemple du CHI de Montreuil, E.N.S.P, Mémoire de Directeur d'Hôpital, décembre 1997, 87 pages.
- WATTRELOS Emmanuelle, Utilisation interne du PMSI : limites et indications, Mémoire de DESS Information médicale à l'hôpital, Montpellier, 1994, 61 pages.

TEXTES OFFICIELS

- Ordonnances n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, et rapport de présentation au Président de la République.
- Loi n° 91-748 du 31 Juillet 1991 portant réforme hospitalière.
- Décret n°97-374 du 18 avril 1997 relatif à la délégation de signature des directeurs d'établissements publics de santé.
- Circulaire DH/EO/AF/3 n°97-304 du 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne dans les établissements de santé.
- Ministère de l'Emploi et de la solidarité, Guide Méthodologique de la Comptabilité Hospitalière, n°97/2 bis tome 1, 196 pages.
- Ministère de l'Emploi et de la solidarité, Guide Méthodologique de la Comptabilité Hospitalière : calcul des coûts par activité, n°97/2 bis tome 2, 90pages.
- Ministère de l'Emploi et de la solidarité, Guide Méthodologique de la Comptabilité Hospitalière : calcul des coûts par séjour, n°97/2 bis tome 3, 62 pages.
- ESPER Claudine, Propositions d'expérimentations pour l'hôpital public, Rapport au Ministre de la Santé, La documentation française, Paris, 1994

DOCUMENTS DE TRAVAIL

- La contractualisation interne au CHU de RENNES, Direction Financière, Juin 1999

- ERHEL, La réforme de la gestion, Directeur Général Adjoint CHU de Rennes, novembre-décembre 1997, tome 1 et 2.
- EXPERT Patrick, L'expérience du Centre Hospitalier de Blois, mise à jour mai 2000.
- DELABY Laurent et MAHIEU Gérard Les budgets de services de soins médicalisés, Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille, novembre 1995.
- PERARD Yvan Utilisation du PMSI et contractualisation interne : l'expérience du CH de Niort, document de travail M.A.T.I.S.S, février 1998.
- Mission P.M.S.I, Utiliser le P.M.S.I pour construire des budgets par centres de responsabilité, Rapport d'étape, juin 1997, 33 pages.

ANNEXES

ANNEXE 1 : CONTRAT DE GESTION EMPLOYE AU CENTRE HOSPITALIER D'AVIGNON

ANNEXE 2 : EXEMPLE DE TABLEAU DE BORD EMPLOYÉ POUR LE SUIVI DES CONTRATS DE GESTION AU CENTRE HOSPITALIER D'AVIGNON

ANNEXE 3 : TABLEAU DE BORD DU CENTRE HOSPITALIER D'AVIGNON

ANNEXE 4 : EXEMPLE DE TABLEAU DE BORD MÉDICALISÉ.

**ANNEXE 1 : CONTRAT DE GESTION EMPLOYE AU
CENTRE HOSPITALIER D'AVIGNON**



CONTRAT DE GESTION PNEUMOLOGIE Année 2000

Conclu entre :

- la Direction du Centre Hospitalier d'Avignon
- et le service de Pneumologie

en concertation avec le Président de la Commission Médicale d'Etablissement.

1 - ATTRIBUTION D'UN BUDGET

Une enveloppe budgétaire annuelle est attribuée à la spécialité "Pneumologie" afin de réaliser l'activité prévue au budget primitif pour le CR 5.

La gestion de ce "budget" est décentralisée au niveau du Chef de Service.

2 - DEFINITION DE L'ENVELOPPE

Le contrat de gestion porte sur les mêmes postes de dépenses que ceux suivis dans les tableaux de bord, c'est-à-dire :

- produits pharmaceutiques,
- produits sanguins labiles,
- produits sanguins stables,
- pansements ligatures, sondes,
- matériel médico-chirurgical,
- autres fournitures médicales,
- examens de laboratoires à l'extérieur,
- examens d'imagerie à l'extérieur,
- autres prestations médicales à l'extérieur,
- fournitures de bureau et d'informatique,
- alimentation,
- linge et habillement,
- autres fournitures hôtelières,
- frais de téléphone.

Pour l'ensemble de ces postes de dépenses, seules sont retenues les charges directement affectées.

Le détail par compte figure en Annexe.

3 - DEPENSES EXCLUES

Ce contrat de gestion ne comprend pas :

- les charges affectées après retraitement,
- les dépenses de travaux d'entretien,
- les charges d'amortissements et les frais financiers,
- les dépenses de personnel,
- les charges induites, à l'exception des examens réalisés à l'extérieur.

4 - MONTANT DE L'ENVELOPPE POUR 2000

Pour 2000, le montant de l'enveloppe est arrêté à la somme de **3 210 792 F.**

Il se décompose de la façon suivante :

	1999 (objectifs)	1999 (réalisé)	2000 (Objectifs)
TOTAL MEDICAL et PHARMACEUTIQUE	3 032 522 F	3 079 255 F	3 032 522 F
TOTAL HOTELIER	178 270 F	188 236 F	178 270 F
TOTAL GENERAL	3 210 792 F	3 267 490 F	3 210 792 F
NB D'ENTREES	1 900	2 033	2 000
COUT UNITAIRE (F)	1 690	1 607	1 605
TOTAL BUDGET DE SERVICE			3 210 792 F

Si l'enveloppe globale de **3 210 792 F** est respectée elle donnera droit aux enveloppes d'intéressement dans les conditions précisées au chapitre 8.

5 - MODIFICATIONS DE L'ENVELOPPE

Cette enveloppe pourra être modifiée de la façon suivante :

① ATTRIBUTION DE CREDITS SUPPLEMENTAIRES

- Dans l'hypothèse où l'établissement en bénéficie lui-même au titre de l'activité développée par le service ;
- Sans crédits supplémentaires au niveau de l'établissement, en raison d'évènements imprévisibles et/ou indépendants de la volonté du service : augmentation importante de tarifs, évolution exceptionnelle de l'activité, ...

Dans les deux cas, la dotation supplémentaire est attribuée après concertation entre les représentants du service, de la C.M.E., de la Direction.

② DIMINUTION DE CREDITS

- Cette diminution peut intervenir s'il existe une :

- réduction importante de l'activité,
- diminution de tarifs non imputable à l'action du service,
- réduction budgétaire au niveau de l'établissement.

Dans tous les cas, la réduction est arrêtée par la Direction, après concertation avec le service et les représentants de la C.M.E.

③ MODIFICATIONS INTERNES A L'ENVELOPPE

- ***A l'initiative du service***

A l'intérieur de l'enveloppe, le service est "maître" de l'utilisation de ses crédits. Il peut donc demander à la Direction de procéder à des virements de crédits d'un poste de dépenses à un autre.

L'accord préalable de la Direction est automatique dès lors que les virements concernent des crédits :

- intégrés à l'enveloppe,
- de même "nature", par exemple des économies "non reconductibles" ne peuvent gager des dépenses supplémentaires reconductibles,
- ne dépassant pas 10 % du montant de la ligne budgétaire considérée.

Le nouveau montant du compte (et son influence sur le budget général) est transmis :

- au service "gestionnaire" du compte précisé en Annexe I,
- aux services ordonnateurs,
- aux représentants de la C.M.E.

- ***A l'initiative de la Direction***

En cas de dépassement de certains crédits, la Direction invite le service à faire des propositions de compensation à l'intérieur de son budget. Sauf circonstances exceptionnelles, cette compensation est obligatoire.

L'information est diffusée dans les mêmes conditions que précédemment.

6 - OBJECTIFS D'ACTIVITE

Les objectifs indicatifs d'activité du **CR de Pneumologie** sont ceux définis lors de la procédure budgétaire.

	1999 (objectifs)	1999 (réalisé)	2000 (Objectifs)
NB D'ENTREES	1 900	2 033	2 000
D.M.S.	8.94	8.75	8.75

Dans la mesure où l'enveloppe globale aura été respectée, il est important de noter que les ratios calculés sur la base des indicateurs d'activité détermineront alors le montant de la deuxième enveloppe.

Des modifications sensibles de cette activité ne pourront intervenir sans avoir été soumises à discussion préalable entre les représentants du service, de la C.M.E., de la Direction.

Même dans le cadre de l'enveloppe, aucune nouvelle activité ne pourra débuter sans l'accord préalable des représentants de la C.M.E. et de la Direction.

7 - SUIVI DES DEPENSES

Le suivi des dépenses engagées dans le cadre de ce budget sera assuré de la manière suivante.

① Le Contrôle de Gestion fournit au Chef de Service les tableaux de bord mensuels au plus tard 25 jours après la fin du mois.

② Afin d'améliorer les conditions de suivi des dépenses par le responsable du CR un détail des dépenses par compte et par UF sera communiqué dans les 48 H suivant la balance mensuelle qui a lieu en principe le deuxième mardi de m+1.

③ Le Contrôle de Gestion s'engage à fournir à la demande du service des documents complémentaires édités par PHARMECO permettant de détailler les dépenses engagées (dépenses par produits, etc...).

④ La Direction s'engage à organiser tous les trimestres une réunion regroupant :

- le Directeur ou son représentant,
- le Chef de Service,
- les Cadres Infirmiers d'unité,
- les Directeurs des Finances et du Contrôle de Gestion,
- le Chef de Service de la Pharmacie.

8 - LA DETERMINATION DES RESULTATS

Les résultats seront analysés au regard des critères suivants :

- respect de l'enveloppe globale,
 - diminution du coût de production (ratio dépenses/indicateurs d'activité),
 - respect des objectifs en matière de recours au plateau technique
 - exhaustivité des données PMSI à transmettre au D.I.M. : exhaustivité de 100 % a
- 15ème jour du mois suivant.

① L'INTERESSEMENT

La constatation de résultats positifs ouvre droit pour le service au bénéfice d'une partie de l'enveloppe d'intéressement selon les modalités définies au niveau de l'établissement.

Le respect des règles de transmission des données PMSI évoquées plus haut ouvre droit à une majoration de 10 % de l'enveloppe d'intéressement.

② LA PÉNALISATION

En cas de non respect de l'enveloppe globale ou des objectifs en matière de recours au plateau technique, soit :

- le dépassement pourra être imputé sur le budget de service de l'année n+1 ;
- il pourra être procédé à une réduction de l'enveloppe "d'investissement non stratégique" du service pour l'année n + 1.

Le non respect des règles de transmission des données PMSI évoquées plus haut implique une pénalisation de 10 % de l'enveloppe d'intéressement.

Les modalités précises seront arrêtées par la Direction après concertation avec le service et les représentants de la C.M.E.

9 - BUDGET N + 1

La volonté de l'établissement de déterminer dans les prochaines années l'enveloppe allouée à chaque CR en fonction des résultats du PMSI et de la comptabilité analytique exclut l'hypothèse de reconduction automatique du budget d'une année sur l'autre.

Avignon, le

Le Chef de Service

Docteur Alain RABANIT

Le Directeur

Bernard MONIER

Le Président de la C.M.E.

Docteur Gilbert CHAUVIN

**ANNEXE 2 : EXEMPLE DE TABLEAU DE BORD EMPLOYÉ
POUR LE SUIVI DES CONTRATS DE GESTION AU CENTRE
HOSPITALIER D'AVIGNON**

