

Ecole Nationale de la Santé Publique

**OPPORTUNITE ET FAISABILITE
D'UNE DECONCENTRATION
DE LA GESTION BUDGETAIRE
AU CENTRE HOSPITALIER DE DAX**

Véronique MOUSILLAT

Mémoire d'Elève de Directeur d'Hopital

Promotion 1998 – 2000

Directeur de Mémoire : Emilien ABBAL

**Directeur des Affaires Financières
au C.H.U. de TOULOUSE**

Maître de stage :

André DROUIN

Directeur des Affaires Economiques

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Francis SALLES, chef d'établissement, et l'ensemble de l'équipe de direction, en particulier, André DROUIN, pour leurs conseils et leurs encouragements ainsi que pour la confiance qu'ils m'ont témoignée dans mes démarches d'investigation.

Je remercie également l'ensemble de la communauté médicale et en particulier Patrice DESBORDES, Président de la CME et Pascal HERRICOTE, DIM, pour leurs témoignages et l'intérêt qu'ils ont manifesté à ce sujet, ainsi qu'Emilien ABBAL pour son aide méthodologique.

SOMMAIRE

Introduction	4
1. Quels sont les facteurs favorables et défavorables à la mise en place d'une gestion déconcentrée ?	7
Le bilan d'une première tentative en 1996	
1.1 Trois éléments majeurs qui donnent toutes ses chances à la démarche	8
a) La volonté d'un rapprochement entre logique médicale et financière.....	8
b) Une nécessité d'optimiser l'organisation interne de l'établissement	11
c) Des incitations extérieures.....	12
1.2 Trois points de blocage potentiels qui devront être surmontés rapidement	16
a) Des résistances au changement inévitables dans une organisation complexe	16
b) Un système d'information à améliorer	19
c) Des outils de gestion interne encore embryonnaires dans les hôpitaux.....	20
2. Dans quelles conditions un système de gestion déconcentrée peut constituer un levier d'amélioration des performances économiques de l'hôpital de Dax	23
2.1 La définition précise du processus de fonctionnement et des modalités de mise en œuvre	24
a) Le choix d'une démarche progressive et pragmatique	25
b) La nécessité d'anticiper et d'accompagner les bouleversements culturels engendrés par cette démarche	38
2.2 La construction des budgets de service à partir d'éléments médicalisés	41
a) L'exposé des règles et principes pour la mise en œuvre de la démarche	43
b) Une première simulation d'une gestion médicalisée par service.....	49
2.3 Des conséquences en terme de management hospitalier	59
a) Une nouvelle organisation de la structure et un nouveau rôle pour l'équipe de direction	59
b) La mise en oeuvre d'un contrôle de gestion renforcé.....	65
Conclusion	72
Bibliographie	

INTRODUCTION

La modernisation de la gestion des établissements de santé et en particulier des établissements publics est une ambition forte de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Le développement de la contractualisation interne et des délégations de gestion constitue une condition de l'amélioration de la qualité du service rendu à la population par une optimisation des moyens qui y sont consacrés. Cette volonté de promouvoir la participation de l'ensemble des acteurs hospitaliers en particulier la communauté médicale n'est certes pas nouvelle ; cependant elle se renforce avec l'émergence du concept de subsidiarité apparu avec le droit européen, selon lequel seules les décisions qui ne peuvent être exécutées à la base pour des raisons tenant à la cohérence de l'ensemble sont prises au niveau de l'entité juridique. Celles qui peuvent être prises au plus près du terrain doivent donc l'être par les professionnels concernés.

Les théories des organisations ont montré l'importance de la déconcentration des responsabilités au sein des entreprises. Des auteurs comme Crozier, Mintzberg ou Crémadez démontrent l'intérêt de renverser l'organisation pyramidale des hôpitaux dans lesquels coexistent comme dans les entreprises de production de biens, un sommet stratégique (la direction générale), des services logistiques (les responsables des matériels, du plateau médico-technique), une technostructure (les directions fonctionnelles) et un centre opérationnel (les unités de soins).

Il s'agit par conséquent de développer les trois axes suivants :

- la direction doit se focaliser sur son rôle stratégique de conduite à long terme de l'établissement et de contrôle de mise en œuvre des politiques arrêtées en commun avec le centre opérationnel.

- Il faut impulser une culture de résultats sur laquelle le centre opérationnel s'engage en contrepartie d'une délégation de gestion accordée par la direction de l'hôpital.
- Des contrats entre direction et centre opérationnel sur la base de l'article L 714-26-1 du code de la santé publique formalisent ces procédures de gestion déconcentrée.

L'hôpital de Dax conscient des limites d'une gestion administrée des crédits s'est engagé dans une démarche de déconcentration budgétaire qui devrait préparer à terme une véritable délégation de gestion avec signature de contrat d'objectifs et de moyens avec des centres de responsabilité adaptés à la réalité locale. Convaincue également du caractère innovant de la démarche, de la difficulté du chemin à parcourir et des résistances qu'engendreront inévitablement ces nouvelles méthodes de travail, la direction souhaite privilégier une démarche graduelle et pragmatique, avec la participation de l'ensemble des acteurs hospitaliers, soignants, médecins et administratifs.

Parce que la construction de budgets par centres de responsabilité est en rupture avec l'organisation et la culture actuelles de l'hôpital, il était important de s'interroger d'une part sur l'opportunité de leur mise en œuvre, c'est-à-dire la volonté réelle de l'équipe de direction et des médecins de s'impliquer dans une démarche de responsabilisation budgétaire et d'autre part d'examiner la faisabilité de celle-ci en simulant une ventilation des ressources budgétaires par service.

Une responsabilisation accrue des services sur la notion de gestion budgétaire passe aujourd'hui par une médicalisation des budgets, intégrant l'évolution de l'activité et la qualité des pathologies traitées (données issues du PMSI). Les modèles mis en place dans plusieurs établissements (Lille, Strasbourg, Blois) permettent de calculer des budgets théoriques des services en s'appuyant sur l'échelle nationale de coûts relatifs et de mettre en évidence des sur ou sous consommations des ressources. Nous avons choisi d'examiner les procédures mises en œuvre au CHU de Toulouse, qui a décidé depuis 1993 de rationaliser ses dépenses grâce à une participation active des médecins au processus décisionnel.

On peut mesurer les modifications substantielles de comportement que ces pratiques nouvelles vont amener, tant du côté des directeurs qui vont être obligés de modifier leurs prérogatives que du côté des médecins, contraints de s'intéresser au coût de leurs prescriptions. Ce sera l'objet de notre dernier chapitre que d'analyser les changements en terme de management induits par la déconcentration de la gestion budgétaire. En effet, la déconcentration est avant tout une question organisationnelle et donc humaine.

1. Quels sont les facteurs favorables et défavorables à la mise en place d'une gestion déconcentrée ?

Le bilan d'une première tentative en 1996

L'hôpital de Dax a entrepris une réflexion relative à la mise en place de budgets de service dès 1995. Ce thème était d'ailleurs retenu comme l'un des objectifs du projet d'établissement élaboré en 1995 et s'inscrit comme un des axes prioritaires du plan de formation depuis cette date. Le projet médical préconisait « *une connaissance des coûts au moment de la prescription, la mise en œuvre des budgets de service grâce à la saisie à la source des consommations des patients, l'élaboration des règles internes d'intéressement des services* ». Il est privilégié « *le développement du Programme de Médicalisation du Système d'Information et de la comptabilité analytique, en collaboration avec le Département d'Information Médicale, destiné à permettre une meilleure connaissance de l'activité médicale et de la répartition des coûts. L'objectif à la fois interne d'affectation optimisée des moyens utilisés et externe d'optimisation des données statistiques vise une perspective d'allocations des ressources selon un dispositif en cours d'élaboration. La médicalisation du système d'information s'accompagne nécessairement de la mise en place d'une comptabilité analytique appropriée permettant de satisfaire ces deux objectifs externe et interne.* » Des réunions ont eu lieu entre la Direction des Affaires Financières, pilote du projet, les directions fonctionnelles, des représentants de la communauté médicale et des soignants en vue d'élaborer des tableaux de bord de gestion. Cependant, il semble que ces travaux se soient interrompus assez rapidement, compte tenu d'un manque de fiabilité des informations et d'un manque d'implication de la part de l'ensemble des acteurs hospitaliers. Or ce type de projet ne peut réussir que s'il recueille l'adhésion d'une majorité des intéressés. La communication et la participation des acteurs à chaque étape du projet sont donc indispensables.

Par ailleurs, une tentative d'intéressement des équipes soignantes aux recettes dégagées par les services médicaux au titre du régime particulier a échoué et s'est avérée préjudiciable en terme de crédibilité de l'équipe de direction. En effet, dans ce projet, une partie des recettes issues du régime particulier, obtenues dans les services devait leur être reversée, leur permettant soit d'acheter du matériel jugé non prioritaire, soit d'améliorer l'aménagement des locaux (peinture, décoration...). Or, les règles de répartition n'ayant pas été définies préalablement, il a été impossible de se mettre d'accord sur une redistribution équitable des recettes. Il en résulte un sentiment de frustration et de déception encore très vif à l'heure actuelle. Cette question de l'intéressement, indispensable pour entretenir la motivation des équipes, devra donc être largement débattue et ses modalités fixées au préalable si l'on veut renouveler l'expérience.

Ces échecs n'ont cependant pas altéré la demande des services de disposer régulièrement d'informations économiques sur leur service ; de plus compte tenu des nouvelles incitations à mettre en place des délégations de gestion (Ordonnance du 24 avril 1996) et dans un contexte de rigueur budgétaire de plus en plus ressenti par les prescripteurs des dépenses, l'hôpital de Dax semble aujourd'hui prêt pour déconcentrer au moins partiellement sa gestion.

1.1 Trois éléments majeurs qui donnent toutes ses chances à la démarche

a) la volonté d'un rapprochement entre logique médicale et financière

Si pendant longtemps, les médecins et dans une large mesure les soignants ont refusé de s'intéresser aux questions financières de l'établissement hospitalier, cette attitude peut difficilement être maintenue aujourd'hui. En effet, les médecins ne peuvent ignorer les contraintes budgétaires qui pèsent sur l'établissement et le rôle qu'ils doivent jouer en matière de prescription des dépenses, notamment celles du groupe 2. Ils souhaitent donc être associés à la gestion de l'établissement, d'autant plus que le projet d'établissement et le projet médical doivent être rédigés d'ici la fin de l'an

2000. Conscients de la nécessité de développer des axes de développement plus transversaux et d'intégrer les priorités définies au niveau national et régional, ils acceptent un rapprochement entre deux logiques jusque là contradictoires : la logique médicale et la logique financière.

Cette volonté de participer à la gestion de l'établissement se retrouve dans une enquête « QualiHop » initiée par le CCECQA (Comité de Coordination et d'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine) devant préparer la démarche d'accréditation. Ce diagnostic a pour objectif essentiel de mettre en évidence les points forts et les points à améliorer de l'établissement et de chacun de ses secteurs d'activité, afin de construire un plan d'actions permettant de conduire les améliorations prioritaires. Il est réalisé sur la base du référentiel de l'ANAES (Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation Sanitaire). Le plan d'actions qui en découlera permettra à la structure de se préparer à l'accréditation

Cette enquête a eu lieu dans l'ensemble des services hospitaliers et concernait six grands thèmes : le management des secteurs d'activité, la gestion de la qualité et de prévention des risques, les vigilances sanitaires, l'organisation des soins et la coordination des prestations médico-techniques, les droits et informations du patient, la gestion du système d'information...

L'exploitation de ces questionnaires, tout en respectant l'anonymat des services, met en exergue les points suivants concernant le management des services cliniques et médico-techniques. Les services dans leur quasi totalité regrettent de ne pas connaître les ressources qui leur sont allouées et leur coût de fonctionnement. Certains d'entre eux demandent l'élaboration de tableaux de bord permettant de suivre certaines dépenses ainsi que la confection d'outils de pilotage. L'établissement des budgets de service est une demande récurrente depuis plusieurs années. *« Le pilotage de la gestion est assuré au niveau de l'établissement sans véritable implication des secteurs. En règle générale, il n'y a pas d'évaluation formalisée du fonctionnement et de la réalisation des objectifs et des prestations. Il n'y a pas de concertation entre secteurs d'activité et il est nécessaire de réduire le sentiment d'exclusion de certains d'entre eux »*. La mise en place des budgets de service a donc été retenu par le groupe QualiHop comme un des axes d'amélioration de la qualité.

Par ailleurs, il faut noter un nouvel état d'esprit, le médecin n'a plus pour seul repère son service et ses malades mais appréhende l'établissement dans sa globalité. En effet, le médecin hospitalier contrairement au médecin libéral exerce dans le cadre d'une organisation complexe. Son efficacité est fortement dépendante de l'efficacité de l'organisation dans laquelle il s'insère. Etre un bon médecin doit s'accompagner d'une capacité de travailler en équipe avec des collaborateurs de formation différente dans un cadre où il peut exister des conflits de pouvoir, de personnes, et régi par des règles de fonctionnement plus ou moins flexibles. Dans ces conditions, il est contraint de s'intéresser à la gestion, les coûts qu'il engage devant être replacés dans un contexte plus large de l'utilisation d'un potentiel de soins dans un ensemble limité de moyens. Ce changement d'attitude s'est vu notamment lors de la présentation du SROS (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire) en Commission Médicale de l'Etablissement (CME) dans laquelle la plupart des médecins étaient présents, préoccupés de l'avenir de leur structure hospitalière et du système de santé en général.

Les médecins sont donc demandeurs d'informations économiques relatives à leur service et ont donc accueilli favorablement le projet d'élaboration de tableaux de bord, malgré quelques réserves ; l'information ne suffit pas pour agir, le tableau de bord ne doit pas être un outil de contrôle ou un instrument qui ne servirait qu'à montrer du doigt les services les plus dépensiers sans valoriser leur activité, les données financières doivent être croisées avec des données médicales.

Enfin, la mise en place de procédures d'accréditation oblige les médecins à prouver la qualité de leurs actes, qualité jusqu'à présent présumée. Ce changement les pousse à s'engager dans un rôle de manager et à intervenir sur la gestion et le devenir de leur établissement, l'accréditation correspondant à la recherche de l'efficacité, c'est-à-dire la maîtrise conjointe des coûts et de la qualité des soins

De la même manière, le directeur ne peut rester seul gestionnaire sans chercher à associer le corps médical à ses décisions, alors qu'il devra justifier très précisément de la qualité des soins réalisées au sein de son établissement.

Comme le remarque Patrick Expert¹, Directeur au CH de Blois, « *au moment où la jurisprudence et surtout l'opinion publique, font peser de plus en plus un devoir de résultat sur les établissements de*

¹ Prix du conseil scientifique 1996 du PMSI

santé, il devenait inacceptable de maintenir leurs acteurs dans la méconnaissance de leurs moyens et de leurs activités. »

b) une nécessité d'optimiser l'organisation interne de l'établissement

Confrontée à un environnement législatif et économique contraignant, l'équipe directionnelle prend conscience des limites d'une gestion administrée des crédits. Seuls un partage de l'information et une responsabilisation accrue des prescripteurs peuvent permettre une meilleure gestion budgétaire. Ainsi, l'élaboration de contrats d'objectifs et de moyens internes entre direction et services médicaux pourrait permettre d'encadrer les dépenses en concertation avec les médecins et éviter une gestion sous forme de quotas, peu appréciée par le corps médical. Pour se faire, la communauté médicale et la direction doivent utiliser un langage financier commun et disposer de la même information.

Cette volonté de parler un langage commun peut déboucher, selon Michel DEBROSSE¹ sur une double exigence du corps médical : d'une part, « *négoier les budgets ce qui impose à l'administration d'anticiper sur le calendrier budgétaire* » et d'autre part, « *comprendre et donner leur avis sur les arbitrages financiers au niveau institutionnel* ». La direction doit donc se préparer à ce type de revendications en tentant de concilier la souplesse nécessaire à une telle concertation et le respect des règles et délais budgétaires en vigueur.

Par ailleurs, l'utilisation des données PMSI (Programme de Médicalisation du Système d'Information) et du point ISA peut faciliter les prises de décision financière. Créé en 1982, le PMSI est un outil de connaissance de l'activité de chaque service en distinguant les pathologies. Pour cela, il est dressé, à la fin de chaque séjour du malade, un RSS (résumé standard de sortie) qui va correspondre à une famille de maladies appelée pour la circonstance GHM (groupe homogène de malades). L'agrégation des GHM et des dépenses de chacun d'eux pour tous les établissements de santé de la même catégorie détermine un coût moyen qui va permettre aux praticiens hospitaliers de vérifier leurs coûts. Utilisées

¹ voir bibliographie

dans la répartition des budgets entre établissements, ces données peuvent devenir un outil de gestion interne, même s'il reste à perfectionner cet indicateur et à lui ajouter d'autres critères.

En plus, l'utilisation des données PMSI croisée avec celle de la comptabilité analytique peut devenir un instrument de négociation avec l'Agence Régionale d'Hospitalisation lors de l'attribution des budgets. Le choix de développer telle structure ou telle activité ne peut se dispenser d'une évaluation des moyens financiers et humains nécessaires qu'il faudra négocier avec les organismes de tutelle.

Comme le rappelle Elias COCA¹ dans son dernier ouvrage, chaque établissement est soumis à la mise en œuvre de mesures immédiates et parfois coûteuses (sécurité sanitaire, vigilance, lutte contre les infections nosocomiales...) qu'il faut bien intégrer budgétairement, ces décisions nécessitant des lors de se dégager des marges de manœuvre financières.

Il faut noter également comme élément moteur la présence d'un médecin responsable du Département d'Information Médicale (DIM) volontaire pour travailler sur la médicalisation des budgets et par conséquent prêt à communiquer les informations à caractère médical. Les démarches mises en œuvre dans plusieurs établissements - budget médicalisé du groupe hospitalier de l'Institut Catholique de Lille – l'utilisation des données MSI en gestion interne à l'hôpital de Blois- l'utilisation du PMSI aux Hospices Universitaires de Strasbourg - pourraient être étudiées et adaptées au centre hospitalier de Dax.

c) des incitations extérieures

Les incitations à mettre en place une gestion déconcentrée en milieu hospitalier sont également réglementaires. A ce sujet l'ordonnance n° 96-346 du 24.04.1996 prévoit que dans les établissements publics de santé, les équipes médicales et para médicales peuvent constituer à leur initiative des centres de responsabilité bénéficiant d'un budget et d'une délégation de gestion afin de mettre en

¹ voir bibliographie

œuvre au bénéfice des patients les objectifs et les moyens qui sont fixés par contrat avec le directeur de l'établissement. Ainsi, les ordonnances d'avril 1996 prolongent-elles dans cette perspective, la loi du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière qui prévoyait, entre autres mesures, la création de conseils de service.

L'enjeu de cette déconcentration de la gestion, comme le précise la circulaire d'application du 21 avril 1997, est de créer une démarche itérative, fondée sur un dialogue entre les acteurs responsables, portant à la fois sur l'activité et la gestion et replacée plus globalement dans le cadre du projet médical et du contrat pluriannuel conclu avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

Deux objectifs sont poursuivis : le premier lié à la prise de conscience de mieux adapter les niveaux de décision (principe de subsidiarité selon lequel les décisions doivent être prises et exécutées au niveau le plus proche possible des personnes qu'elles concernent), le second d'associer davantage l'ensemble des acteurs hospitaliers aux choix politiques de l'établissement. Ainsi, les travaux liés aux dernières réformes (1991 et 1996) mettent en exergue le souhait très clair des responsables médicaux et paramédicaux d'être associés à la traduction interne des priorités stratégiques et d'éviter d'appliquer en aveugle la rigueur budgétaire au sein des services.

C'est désormais l'article L 714.26.1 du Code de la santé publique qui traite cette question. Il précise les modalités de création des centres de responsabilité :

- soit la création est proposée au directeur par les équipes médicales et paramédicales. Cette proposition est soumise pour avis à la CME et au CTE. La décision revient au directeur, elle est motivée
- soit le directeur décide de créer des centres de responsabilité après avis de la CME, du CTE et des équipes concernées.

Un responsable du centre de responsabilité est désigné, il est proposé par les structures médicales qui le composent. Il est retenu parmi les médecins, biologistes odontologistes, pharmaciens, membres des unités. Ce responsable est désigné par le directeur, par décision là aussi motivée.

Les centres de responsabilité bénéficient de délégation de gestion de la part du directeur. *« Ces délégations de gestion font l'objet d'un contrat négocié par le responsable du centre avec le directeur. Ce contrat définit également les objectifs, les moyens et les indicateurs de suivi des centres de*

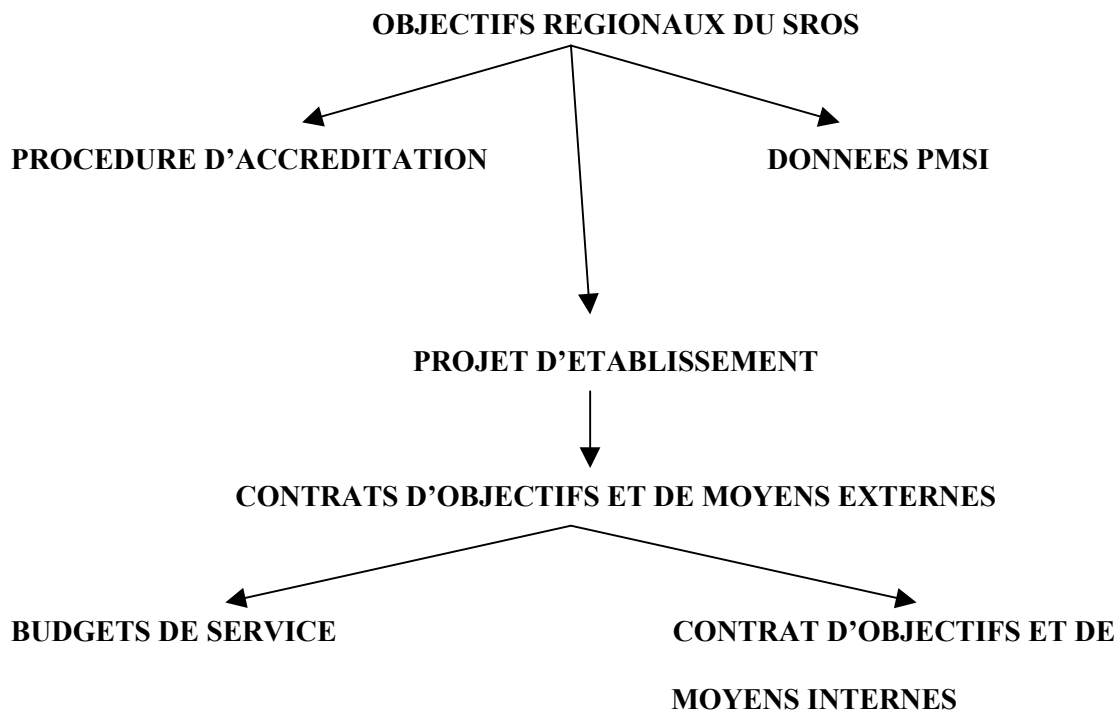
responsabilité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat. »

La circulaire déjà citée, précise : *« 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 d'établissement publics de santé. Dans ce cadre, la délégation de gestion peut notamment prendre la forme, selon des modalités qui pourront différer d'un établissement à l'autre d'une délégation de signature. La délégation de signature est ainsi un mode d'application singulier mais abouti, de la contractualisation interne. »* Il convient donc d'insister sur le fait que la délégation de gestion n'est pas exclusivement synonyme de délégation de signature, puisque d'autres modes de délégation sont envisageables.

« Les objectifs et perspectives d'évolution des moyens humains, techniques et financiers, notamment en fonction des variations d'activité, figurant dans le contrat de délégation de gestion, s'articulent avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu avec l'agence régionale de l'hospitalisation ». Cet autre passage de la circulaire du 21 avril 1997 pose en fait la question des liens entre contractualisation externe et contractualisation interne. En effet le contrat d'objectifs et de moyens passé avec l'agence est désormais la suite logique du projet d'établissement, lui-même découlant des orientations régionales, notamment du SROS. Il est conclu à partir des priorités posées par le projet d'établissement. Il énonce les moyens nécessaires et les indicateurs permettant de suivre le déroulement de l'accord. Il est dès lors plus facile pour l'établissement de décliner en interne ses objectifs. La démarche est la suivante : le directeur s'engage sur un contrat avec la tutelle ; mais il ne supporte pas seul cet engagement, celui ci est repris par chaque responsable de l'exécution de l'accord au sein de l'hôpital.

La nécessité de faire coïncider les priorités locales avec les orientations régionales est un des objectifs de l'ARH Aquitaine. Ainsi, dans son rapport budgétaire de l'an 2000, il est indiqué : *“la réalisation de cet objectif commun entre les établissements et le directeur de l'ARH Aquitaine repose en grande partie sur un effort mutuel de cohérence, de lisibilité et d'anticipation. Cela suppose aussi l'utilisation de procédures de gestion renouvelées destinées à garantir la transparence et le respect de engagements pris afin de pouvoir s'orienter vers une véritable contractualisation budgétaire.”*

Cependant, les liens entre contractualisation interne et contractualisation externe ne sont pas forcément lisibles, en particulier en terme de durée. Comme le signale Michel CALMON¹, dans les deux cas, un signataire va s'engager sur des objectifs quantifiés, alors que l'autre ne peut garantir l'assurance de moyens correspondants, ceux-ci pouvant être remis en cause en fonction dans un cas du caractère limitatif de l'enveloppe régionale et dans l'autre cas, de l'équilibre budgétaire global de l'établissement. Une des différences majeures est que le contrat d'objectifs et de moyens signé avec l'ARH pour une durée de cinq ans, alors que les contrats de délégation de gestion sont passés pour une durée annuelle, en phase avec le cycle budgétaire.



¹ voir bibliographie

1.2 Trois points de blocage potentiels qui devront être surmontés rapidement

a) des résistances au changement inévitables dans une organisation complexe

Annie BARTOLI¹ dans son ouvrage “ le management dans les organisations publiques” repère quatre familles d’obstacles pour l’apparition même des changements :

Freins stratégiques : la multiplicité des acteurs intervenant dans le processus de décision constitue un frein à la mise en œuvre des innovations dans la mesure où ils rendent difficile la décision même de changer... Ils se traduisent en outre fréquemment par des non décisions dont la conséquence est la routine du fonctionnement et la reproduction des actions passées.

Freins structurels : l’hôpital est un réseau complexe d’acteurs et d’entités ; cette situation si elle n’est pas compensée par des dispositifs de transversalité et de flexibilité, alourdit le fonctionnement et grève l’innovation et la décision. D’autre part, dans un contexte de rigueur budgétaire, la limitation des moyens et des effectifs et le sentiment de manque du temps qu’elle engendre bloquent souvent la prise de recul et la réflexion préalable nécessaires au lancement d’un changement.

Freins culturels : les évolutions sont porteuses d’une certaine forme d’inconnus et engendrent des inquiétudes implicites face aux risques encourus. Il existe aussi parfois des réticences à utiliser des modes de gestion venant du privé ou du monde industriel. De même les notions de profit, productivité, stratégie, client, management sont rejetées comme si leur prise en compte risquait d’entraîner systématiquement une entrave à la déontologie et aux principes fondamentaux du service public.

Freins comportementaux : pris dans l’engrenage du système, les agents publics se sentent souvent impuissants. Il n’est pas rare qu’ils souffrent d’un manque de reconnaissance tant interne qu’externe.

¹ voir bibliographie

Démotivation et frustration sont les conséquences de ces situations et conduisent à décourager les plus entrepreneurs.

Le projet de déconcentrer la gestion sera inévitablement soumis à ce type de résistance de la part de l'ensemble des acteurs. Pour certains médecins, il peut être très confortable (malgré les discours tenus) de ne pas connaître les coûts de leur activité. Le médecin est là pour soigner, et non pour gérer. "Que l'administration prenne ses décisions". Leur charge de travail leur laisse peu de temps pour traiter des questions financières, et il leur semble déjà que la sphère administrative leur prend déjà beaucoup trop de temps, notamment en ce qui concerne la passation des commandes et l'aide à la rédaction des cahiers des charges des marchés publics.

D'autre part, ils savent que s'ils dépensent trop, leurs malades seront quand même pris en charge et que a contrario s'ils font des économies, ils ne seront pas pour autant récompensés de leurs efforts.

Mais les résistances au changement seront certainement encore plus fortes en ce qui concerne le découpage de l'établissement. En effet, d'après la circulaire de 1997, les centres de responsabilité pour être efficaces doivent être de taille suffisamment importante afin de dégager de véritables marges de manœuvre. Il s'agit donc de regrouper plusieurs services en sorte de pôle, ayant une cohérence médicale et des moyens suffisants. Or il ressort des premiers entretiens avec les chefs de services médicaux une pratique médicale individualiste. Le service reste la référence et il sera très difficile de quitter une logique de territoire pour tendre vers une logique fonctionnelle.

Dans un premier temps, il peut être envisagé de conserver les services comme centre de responsabilité, même si nous pensons qu'à terme leur taille est trop petite pour être optimale. Cette solution permettrait cependant de ne peut pas occulter la notion de chefferie de service auquel le praticien hospitalier semble très attaché. Nous pensons cependant qu'à l'occasion de la rédaction du nouveau projet médical, la communauté médicale devrait examiner le pertinence de la notion de service et tendre vers une organisation en pôle.

De plus, pour être réussie, toute démarche de contractualisation suppose un climat de confiance entre les différents acteurs concernés. Or actuellement, dans les hôpitaux , il existe toujours un clivage injustifié entre soignants et administratifs. Pour certains médecins, l'élaboration de tableaux de bord

n'est qu'un outil supplémentaire de contrôle inventé par la direction pour accentuer son pouvoir sur eux. Pour d'autres, il est un moyen de comparer les pratiques médicales entre elles, d'effectuer des classements peu propices à la complémentarité. On retrouve ici un des risques dénoncés par Jean Marie CLEMENT¹, celui de la balkanisation des services ; le rôle du directeur est alors d'assurer la cohérence de la conduite de l'hôpital.

Ces résistances ne seront pas le monopole du corps médical. Ainsi, l'équipe de direction peut craindre un glissement de pouvoir en faveur des médecins, notamment la direction financière, détentrice d'informations stratégiques. Si cette crainte ne nous semble pas justifiée, il est certain que la fonction de direction doit évoluer, d'une part en se recentrant sur des missions plus transversales d'autre part, sur des missions d'évaluation et de contrôle de gestion.

Enfin, c'est le travail de l'ensemble des agents administratifs qui devra être revu ; la diffusion des informations oblige les agents à plus de rigueur professionnelle, en particulier en ce qui concerne l'imputation des dépenses aux services. S'il peut être ressenti par certains comme une responsabilisation accrue et un intérêt supplémentaire pour leur travail, pour d'autres, il peut s'apparenter à une surcharge de travail, sans récompense à la clé.

Si les organisations publiques sont amenées à se transformer, c'est bien souvent parce que leur environnement s'est considérablement modifié et qu'elles y sont contraintes. Les défis constituent donc une incitation incontournable en faveur de l'évolution : crise économique, mondialisation, pénurie... D'après Annie BARTOLI, dans une telle situation, tout organisme est mis au pied du mur : soit il cherche à piloter son évolution pour ne pas la subir entièrement, soit il se laisse emporter par la tourmente et se trouve obligé de changer mais sans maîtriser la nature même de ces mouvances. Or l'hôpital de Dax ne connaît pas véritablement une telle stimulation à innover. Sa situation financière est saine avec un report de charge pour 1998 faible. Son point ISA est en dessous de la moyenne nationale et l'hôpital de Dax est un des établissements de la région Aquitaine les moins bien dotés. Dans ce contexte, il lui paraît difficile de réaliser des économies et d'optimiser sa gestion.

¹ voir bibliographie

b) un système d'information à améliorer

De toute évidence et l'expérience du Centre Hospitalier de Blois ou celle de Toulouse le confirme, une gestion déconcentrée implique une information fiable et rapide. Il est souhaitable que les acteurs puissent avoir un suivi financier en temps réel afin de disposer des informations nécessaires à leurs prises de décision.

Or à ce jour, le système d'information de Dax ne répond pas à ces exigences. Seuls les services administratifs peuvent consulter dépenses et consommations des services cliniques et médico techniques, ces derniers n'ayant pas accès directement à ce type d'informations, malgré l'existence d'un réseau. De même, les services médico techniques revendiquent des logiciels plus performants ; les données saisies notamment au bloc opératoire et au service imagerie ne sont pas directement exploitables par eux et toute demande de statistiques doit transiter par le service informatique.

D'autre part, la cotation de l'activité des services médico-techniques en ICR (indice des coûts relatifs) joue un rôle également prépondérant dans le calcul par la comptabilité analytique des dépenses induites. Ces cotations représentent en effet le nombre d'unités d'œuvre à valoriser pour calculer la consommation d'actes médico-techniques par service ou centre de responsabilité. Or, le système d'information est muet sur ce sujet.

La direction sera donc amenée à définir comme prioritaire la définition d'un véritable système d'information si elle veut réussir à long terme une modernisation de sa gestion ceci en concertation étroite avec la communauté médicale

Ce système d'information pourrait alors se définir comme *“un ensemble organisé de ressources permettant d'acquérir, de traiter, de stocker et de communiquer des informations (Reix¹)*. Il deviendra un outil de soins, de cohérence organisationnelle, de stratégie et de décision :

- un outil de qualité des soins : le système d'information est destiné à l'amélioration de la qualité des soins par l'accès instantané à toute information utile en matière de santé, tout en tenant

¹ R.REIX - système d'information et management des organisations – Vuibert 1995

compte des problèmes d'économie de la santé. Il doit permettre la communication entre tous les acteurs du monde hospitalier.

- Outil de cohérence organisationnelle : l'enjeu est d'une part, de faire circuler l'information éventuellement consolidée par recoupement et de communiquer les décisions qui s'imposent aux différents niveaux et d'autre part, de faciliter la coordination entre services dont l'activité est dépendante. Ainsi, la valorisation immédiate des variations de stocks ou de l'émission de bons de commande permet d'avoir un suivi budgétaire en temps réel.
- Outil de stratégie et de décision : le système d'information repose sur la création non plus d'une base de données mais d'une base d'informations définie par croisement des données médicales et soignantes avec celles de gestion. L'hôpital de Dax réfléchit à la mise en place d'un véritable "entrepôt d'informations" , c'est-à-dire une mise en commun d'informations médicales et d'informations de gestion.
- Outil de dotation budgétaire grâce au PMSI
- Outil de conduite de changement : dans le cadre des ordonnances du 24 avril 1996, le système d'information doit permettre de recueillir l'information pertinente, de l'exploiter au service d'une meilleure qualité des soins à un moindre coût, en prenant en compte l'environnement de l'établissement.

c) des outils de gestion interne encore embryonnaires dans les hôpitaux

Dans leur ouvrage, Georges ARBUZ et Denis DEBROSSE évoquent les limites des démarches de délégation de gestion. *"Il s'agit tout d'abord du statut des personnels hospitaliers. Rien n'est prévu pour prendre des mesures en cas de non respect des règles de bonne gestion, ou pour rétribuer les bons résultats. La seconde réserve porte sur la réelle volonté politique d'appliquer de façon claire et sur la durée ces nouvelles règles du jeu de régulation budgétaire. Les moindres entorses, au nom de*

tel ou tel intérêt particulier, feront échouer toute la démarche de responsabilisation. Enfin, la tendance de toute bureaucratie en période de turbulence est plutôt de renforcer les contrôles et la centralisation que de développer la responsabilisation et l'autonomie". Ainsi, les responsables des centres de responsabilité devront respecter annualité budgétaire, code des marchés publics et statuts de la fonction publique, pour décider en toute légalité et assurer la cohérence des mesures prises au sein de l'ensemble de l'établissement.

D'autre part, dans un contexte de pénurie budgétaire, les possibilités d'intéressement individuel ou collectif sont très faibles. L'hôpital public ne peut être assimilé à une entreprise comme les autres ; le bon gestionnaire qui respecte le budget alloué et réalise des économies risque de financer par sa rigueur le déficit des autres services sans pouvoir en tirer de bénéfices pour lui même ou pour son unité des soins.

Rien ne sert de contracter sur des objectifs, si par une évaluation de leur réussite ou de leur échec, il n'y a pas, à la clé, récompense ou sanction. Il faut surtout accepter qu'une marge puisse être dégagée puis affectée à un intéressement sans risque de reprise lors de la négociation budgétaire.

L'intéressement est toutefois évoqué dans le code de la santé publique, aux articles L.714.4, L.714.6, L.714.18 et surtout L.714.26.1. De ces trois premiers articles, il ressort que le conseil d'administration délibère sur le bilan social et les modalités d'une politique d'intéressement, et que la Commission Médicale d'Etablissement et Comité Technique d'Etablissement émettent un avis sur ces mêmes sujets, ainsi que sur les modalités de constitution des centres de responsabilité. Quant à l'article L.714.26.1, il précise que le contrat négocié par le responsable du centre avec le directeur " *définit 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.* "

Par ailleurs, l'application du PMSI dans la définition des budgets de service a des limites. Le délai de collecte des données pose un véritable problème ; les prévisions d'une année n+1 reposent sur les données de l'année n-1. Par exemple, seules les données de l'année 98 seront disponibles pour ventiler les crédits de l'an 2000. Or certains services peuvent s'être engagés dans des démarches nouvelles qui vont modifier leur situation.

Le PMSI ne donne pas d'informations en terme d'investissements, qui à terme devront être intégrés aux contrats d'objectifs. Il ne donne pas d'indications sur le poids relatif de la prise en charge quotidienne des patients, et donc sur la charge de travail du personnel soignant.

Enfin, le budget alloué reste une référence, un objectif mais n'a pas de caractère obligatoire et si le PMSI permet d'évaluer les moyens réellement nécessaires, il reste inefficace par rapport aux dépassements constatés. Il doit donc s'accompagner d'un renforcement du contrôle de gestion et du suivi régulier des consommations des services, en relation avec les pharmaciens et les acheteurs. La présence de séjour effectué dans plusieurs unités médicales pose également le problème de la répartition de leur production de points ISA. En effet, la technique de groupage des RUM (résumé d'unité médicale) sur un séjour pour déterminer le groupe homogène de malades (GHM) auquel appartient un patient ignore la contribution de chaque service au traitement de ce patient. En effet, c'est le diagnostic principal du séjour qui l'emporte pour déterminer le GHM.

Trois méthodes de traitement sont proposées dans le rapport de travail « Utiliser le PMSI pour construire des budgets par centre de responsabilité » de la Mission PMSI.

- Ventilation des points ISA au prorata de la durée de séjour dans les différentes unités médicales fréquentées par le patient durant son séjour ; le principe de ventilation est simple puisqu'il suffit de répartir les points ISA du séjour, c'est-à-dire produits par le RSS, en pondérant chaque séjour par la proportion du temps passé par le patient dans chaque unité médicale retenue. Cependant, cette méthode a comme inconvénient majeur de ne pas prendre en compte l'intensité des soins, variable d'un service à l'autre et elle peut conduire à augmenter la durée de séjour pour bénéficier indûment de points.

- Ventilation des points ISA produits par le RSS au prorata du nombre de points ISA attribués à chaque RUM comme s'il s'agissait d'un séjour mono unité. Cette méthode pervertit l'outil PMSI qui cherche à décrire le séjour dans son intégralité ; il peut conduire à fausser le codage mais annule les effets pervers de la durée du séjour.

- Ventilation au prorata de la durée de séjour dans les différentes unités médicales fréquentées, pondérée par un nombre moyen de points ISA par jour des séjours mono-unité traités dans chacune de

ces unités. Dans ce cas, la ventilation repose d'abord sur le calcul d'un coût moyen de séjour par jour dans chaque unité. Toutefois ce calcul ne peut s'effectuer que sur le nombre de points ISA/RSS connus et attribués à une unité en particulier. L'avantage de cette méthode est de prendre en compte l'intensité des soins.

conclusion : si les problèmes évoqués ci-dessus sont majeurs, ils ne sauraient constituer des arguments solides pour l'immobilisme. La contrainte de l'environnement oblige l'hôpital de Dax, malgré ces obstacles, à s'adapter et à redéfinir son mode de fonctionnement. La communauté médicale a pris conscience de cet enjeu et confirme sa volonté d'adopter des méthodes de gestion fondées sur la déconcentration et le principe de subsidiarité. La définition des budgets de service est non seulement un moyen efficace de gérer les ressources de l'établissement mais elle a aussi une vertu pédagogique dans la définition d'un projet réaliste et responsable.

2. Dans quelles conditions un système de gestion déconcentrée peut constituer un levier d'amélioration des performances économiques de l'hôpital de Dax

Dans son ouvrage cité précédemment, Annie BARTOLI explique que le concept même de changement ne peut pas être envisagé sans ses deux pôles fondamentaux que sont le contenu et le processus. Deux erreurs peuvent en effet survenir :

- soit une focalisation sur le contenu du changement qui amène à négliger les conditions de sa mise en œuvre (appelé dans son ouvrage les contenus orphelins de processus)
- soit une multiplication des démarches sans objectifs réels (cas des processus sans fond)

La mise en place des tableaux de bord est un exemple de ces changements intentionnels. Trop souvent, l'outil est défini dans son contenu et non dans ses objectifs propres et dans son évolution. On tombe ainsi dans le piège « instrumentaliste » avec une formalisation des supports et des techniques à mettre en place, mais sans aucune considération de tout le processus de concertation en amont et de celui d'accompagnement et d'actualisation en aval.

La première qualité requise d'un changement est donc la contingence de son contenu et de son processus. Encore faut-il que les acteurs concernés aient eux mêmes été suffisamment impliqués dans son élaboration pour en percevoir et en accepter l'opportunité.

En outre, pour surmonter les facteurs de résistance et s'appuyer sur les variables favorables au changement, un véritable pilotage stratégique¹ de la mutation s'avère nécessaire. Il s'agit de chercher à réunir le maximum de conditions de réussite pour donner au changement la direction souhaitée et en limiter les risques d'écueil.

2.1 La définition précise du processus de fonctionnement et des modalités de mise en œuvre

La mise en place de méthodes de gestion déconcentrée est une démarche novatrice et en rupture par rapport à l'organisation et la culture actuelles de l'hôpital. De ce fait, cette mutation doit s'inscrire dans le cadre d'un management du changement dont les conditions de réussite sont les suivantes :

- choisir une démarche progressive et souple, capable de s'ajuster aux besoins des acteurs
- anticiper et accompagner les bouleversements culturels inhérents à ce type de projet.

¹ Bartoli A, Hermel P, piloter l'entreprise en mutation

a) le choix d'une démarche progressive et pragmatique

1. L'expérience de l'Hôpital des Enfants au CHU de Toulouse

Comme nous l'avons indiqué dans la première partie, les pratiques de déconcentration se multiplient dans les hôpitaux français. Nous avons choisi, ici de développer l'expérience du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse qui depuis six ans, a entrepris un vaste chantier de rationalisation de dépenses et de déconcentration budgétaire. Le dispositif de gestion imaginé par cet établissement repose sur trois principes complémentaires :

- la sensibilisation des acheteurs (pharmaciens, Direction des Services Economiques...) à leur mission de conseil
- l'association des prescripteurs médicaux aux enjeux d'une gestion maîtrisée des dépenses médicales
- leur responsabilisation dans les choix stratégiques qu'ils ont à opérer au sein du centre de responsabilité auquel ils appartiennent, par une négociation budgétaire annuelle et un suivi régulier.

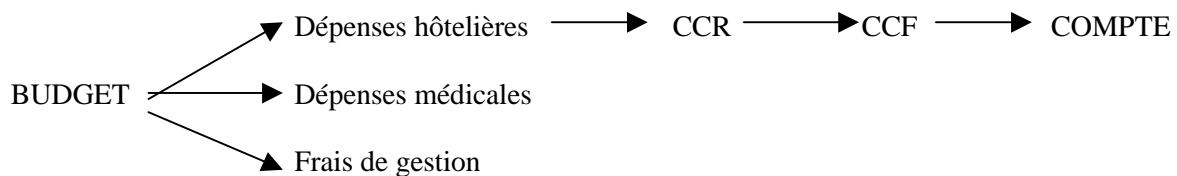
Cette politique s'est appuyée sur :

- la dotation de chaque structure en mensualités de personnel non médical
- la déconcentration du budget global au niveau de chaque établissement et au sein de chaque centre de responsabilité.

Ces derniers sont cliniques, médico-techniques, administratifs ou logistiques ; c'est le niveau choisi de contractualisation interne, de délégation en terme d'allocation de crédits d'engagements et ou de consommation, de délégation de signature et de participation aux résultats. L'Hôpital des Enfants, établissement inauguré en 1997 regroupant l'ex-hôpital pédiatrique de Purpan et les services de gynécologie-obstétrique de la Grave, est de ce fait organisé d'une manière nouvelle sans chefferie de services, avec une activité centrée autour du patient qui favorise la coopération entre les équipes

médicales. Le budget général du CHU, pour les comptes dits déconcentrés, est réparti en premier lieu par établissement sur proposition du Directeur Général.

Ensuite, chaque établissement répartit ses propres budgets par centre de responsabilité, lors de réunion dialogue, avec le médecin coordonnateur du centre de responsabilité, sur la base d'une activité médicale prévisionnelle. Cette répartition est faite par groupe : personnel (c'est le Conseil d'administration qui se prononce sur ce groupe), médical et pharmaceutique essentiellement, dépenses hôtelières, provisions pour dotations aux amortissements et charges exceptionnelles. Le directeur d'établissement a toute latitude pour effectuer des réajustements inter-comptes dans le respect des prérogatives du Conseil d'Administration, à l'intérieur du cadre budgétaire qui lui a été notifié. Cette procédure est régie par la Direction des Finances et du Budget au cours de réunions budgétaires mensuelles. Pour se faire, la Direction d'Etablissement doit en informer, 10 jours avant, la Direction des Finances et du Budget des demandes de virements de comptes. Tout dépassement sur deux mois consécutifs, entraîne un examen particulier de la situation par le Directeur des Finances et du Budget.. L'analyse et le suivi des crédits se font au niveau des CCR, centres de coût regroupé (dépenses hôtelières, médicales, frais de gestion), des CCF, centres de coût fin et des comptes.



- Le développement d'un outil informatique d'aide à la décision (HOLOS-HELP). En début de mois chaque médecin et gestionnaire peut consulter sur micro ordinateur les indicateurs de performance de son centre de responsabilité, les écarts entre prévision et réalisation budgétaire, les pourcentages de réalisation par rapport au budget primitif et les notes de conjoncture.
- La déconcentration sur chaque établissement du contrôle de gestion permettant d'établir un dialogue tripartite entre gestionnaires, prescripteurs et acheteurs. Ces contrôleurs sont chargés

d'assister les responsables des centres et de trouver les ajustements nécessaires en cas de difficultés.

Quatre outils ont accompagné la mise en œuvre de la déconcentration :

- un guide de gestion a été élaboré, décrivant la procédure budgétaire déconcentrée (mensualités, crédits de consommation) et la gestion des consommations par produits sensibles, par centres de coûts fins. Ces protocoles ont permis d'homogénéiser les procédures d'achat et de commande et par conséquent de fiabiliser les données économiques par centres de responsabilité.
- la facturation des prestations internes : toute prestation interne facturée doit faire l'objet d'une budgétisation destinée à en contrôler la consommation. Le tableau de bord retrace régulièrement l'état des dépenses directes et indirectes des entités déconcentrées.
- la contractualisation des activités nouvelles : il s'agit de négocier leurs modalités de financement (recettes subsidiaires, redéploiement, fonds pérennes), de définir des méthodes d'évaluation et de fixer les conditions de leur poursuite.
- l'intéressement : des objectifs négociés sont définis sur les économies de dépenses et sur les recettes subsidiaires. Les modalités de l'intéressement sont fixées en CME ; il est fonction des résultats financiers et du PMSI (exhaustivité, qualité), utilisable sur trois ans, collectivement , en crédits d'investissement ou d'exploitation.

L'existence d'un système d'information performant a donc permis de favoriser l'application de nouvelles techniques de gestion. Il est difficile de quantifier les résultats de cette démarche mais la direction note une évolution de ses relations avec les services cocontractants. Les signataires sont désormais davantage sensibilisés aux problèmes de gestion et participent aux prises de décision. Les budgets par centre de responsabilité autorisent des « espaces de liberté » dans la gestion ce qui renforce la motivation des acteurs. Cet exemple met également en évidence l'importance du contexte local. C'est à l'occasion de la restructuration et de l'ouverture d'un nouvel Hôpital des Enfants que la nouvelle organisation médicale et le découpage en centres de responsabilité a pu voir le jour. D'autre part, le CHU de Toulouse sur doté par rapport à la moyenne nationale et régionale est dans l'obligation

de réduire ses dépenses d'exploitation et a donc tout intérêt à surveiller de près ses consommations par établissement, par activité et par service. Enfin, cette expérience met en exergue l'importance du facteur temps, variable clé dans la réussite du changement. Le découpage de l'établissement en centre de responsabilité ne peut se décréter sans négociation préalable, de même le niveau des dépenses accordé à un service. La participation et la motivation des acteurs sont essentielles dans la réussite du projet.

L'hôpital de Dax ne pourra s'affranchir de cette période d'apprentissage, malgré des prises de décision peut-être plus rapides compte tenu d'une proximité plus grande entre responsables administratifs et cliniques. La première année sera destinée au contrôle de la fiabilité des informations, à l'élaboration de tableaux de bord, à la communication sur les objectifs et les résultats de la démarche entreprise et à l'adaptation des outils aux attentes des intéressés.

2. L'élaboration de tableaux de bord est un préalable à toute démarche de délégation de gestion.

En effet, il est impératif que l'information médicale et économique soit partagée par l'ensemble des acteurs et non comme elle l'est, à l'heure actuelle, le monopole de l'administration et du Département d'Information Médicale. Notre travail a donc consisté dans un premier temps à recenser les informations disponibles, sélectionner les informations pertinentes pour les services cliniques et médico-techniques et élaborer un tableau de bord répondant aux attentes des services.

Première étape : recenser les informations disponibles de l'établissement

Contrairement à ce que nous avons pu comprendre lors de notre premier stage dans l'établissement, l'hôpital de Dax ne souffre pas d'un manque d'informations mais plutôt d'une sous exploitation de celle-ci ; nous avons pu constater une grande diversité des sources d'informations financières, économiques et médicales : système AS 400 avec des possibilités de requêtes individualisées, rapports

d'activité (SMUR, urgences, blanchisserie, restauration, soins infirmiers...) questionnaires de sortie des patients, enquêtes des administrations externes (Direction Départementale des Affaires Sanitaires) ou au sein des services (CLIN), procédures de pré accréditation, statistiques liées à l'activité des services médico-techniques, informations issues du PMSI ...Il existe plutôt un risque de sur informations avec des synthèses difficiles à réaliser, des données parfois difficiles à croiser (consommations en médicaments et activité médicale), des renseignements partiels susceptibles d'entraîner des conclusions générales mais erronées.

Il était donc prioritaire de rechercher les informations fiables susceptibles de présenter une utilité majeure dans la gestion des services. Deux critères ont permis de sélectionner ces données : celles ayant une signification économique réelle et celles sur lesquelles le prescripteur a un moyen d'actions.

Les données disponibles :

Les dépenses directes : dépenses de personnel avec répartition des effectifs

Fournitures médicales et produits pharmaceutiques avec un suivi régulier par classe thérapeutique et palmarès (loi de Pareto)

Fournitures hôtelières (produits d'entretien, linge...)

Les dépenses indirectes : valorisation grâce au calcul du coût local le recours aux prestations suivantes : bloc, anesthésie, radiologie, labo, blanchisserie, restauration...

N'a pas été retenue la valorisation du recours aux services techniques, à l'atelier bio médical, au SMUR, à la réanimation...

Les indicateurs :

Points ISA

Nombre d'actes produits et consommés

Nombre d'entrées et de journées

Recettes du groupe III réalisées par les services cliniques (essentiellement régimes particuliers)

Consommations en produits sanguins

Qualité de l'information médicale

Taux d'absentéisme du personnel

Taux d'accidents du travail

Nombre de journées de formation continue suivies

Des groupes de travail ont été constitués et des entretiens avec les médecins chefs de services nous ont permis de retenir les informations les plus pertinentes pour les prescripteurs des dépenses (médical et soignant), de choisir une présentation claire, non comptable, rapide à analyser et permettant une comparaison dans le temps et dans l'espace (les items sont les mêmes pour tous les services).

Deuxième étape : l'élaboration de tableaux de bord

La définition des tableaux de bord de gestion (TBG) donnée par Michel GERVAIS¹ est la suivante
« Le tableau de bord est l'instrument qui permet au responsable d'effectuer en permanence un contrôle sur les recettes et ou les dépenses liées à sa zone d'investigation. Il attire son attention sur des points clés, fait apparaître ce qui a un caractère anormal ou ce qui a une incidence importante sur le résultat de l'entreprise, en un mot il donne au responsable les informations qui lui sont indispensables pour agir à court terme. ».

Le problème est de sélectionner un nombre réduit de données importantes, rapidement obtenues et cohérentes entre elles afin de permettre au responsable soit d'agir directement soit de contrôler l'action de ses collaborateurs. Cernant d'emblée la zone où se manifeste le problème, le TBG précise les pistes à explorer, les informations complémentaires à demander et permet de prendre plus vite les décisions. Il se différencie nettement du système d'informations de gestion (base de données qui regroupe toutes les informations) ; il reprend uniquement les informations importantes de ce système pour les présenter de façon conviviale aux décideurs concernés. Le TBG filtre et réorganise les informations pertinentes.

Au sein des outils de contrôle de gestion, le tableau de bord occupe une place très spécifique. Il s'oppose tout d'abord au reporting. Celui-ci est un outil d'information de la hiérarchie et est constitué

¹ voir bibliographie

à ce titre de la portion d'information que possède le responsable opérationnel et qui remonte au niveau de son supérieur hiérarchique (Bouquin¹)

Ainsi définis, les TBG ont une utilité manifeste et essentielle qui est celle d'informer le décisionnaire sur l'évolution des variables quantitatives et qualitatives qui lui paraissent déterminantes pour l'avenir de l'établissement. Ils apparaissent également comme des stimulants intellectuels et des outils pédagogiques et fédérateurs culturels.

Le TBG remplit 5 fonctions :

- il est d'abord un système d'alerte ; il permet de faire ressortir les tendances et les écarts significatifs ou exceptionnels
- il est un déclencheur d'actions et d'enquêtes ; en cernant la zone à problème, il oriente les corrections à mener
- il assume une fonction de contrôle de l'autonomie conférée ; la délégation de responsabilités implique en effet de mettre à disposition du délégué des moyens de surveillance
- il facilite la communication et la motivation ; en rendant possible la comparaison et la consolidation des résultats, il favorise l'échange d'informations et fournit d'autre part des informations plus objectives, claires pour les évaluations.
- Il sert à mieux situer l'action du responsable dans le contexte interne et externe.

Une des phases essentielles dans la conception d'un tableau de bord est la définition des indicateurs.

Un indicateur est un élément significatif et signifiant qui permet de traduire, de spécifier et de mesurer un phénomène, une action, un processus ou une situation. Il peut s'attacher à la mesure de l'utilisation des moyens, à la description d'une activité, à l'atteinte des résultats, à la satisfaction des usagers.

La définition des indicateurs passe généralement par trois phases :

- rappel des objectifs et des missions du centre de responsabilité

¹ Henri Bouquin – Le contrôle de gestion PUF 1997

- mise en évidence des facteurs clés de succès sur lesquels le responsable devra se focaliser ; les FCS sont des objectifs de performance traduisant une stratégie (taux d'infections nosocomiales, délais de recouvrement de créances, maintien au plus bas du ratio de césariennes...)
- recherche d'indicateurs permettant de maîtriser ces FCS.

Un bon indicateur doit être fiable, juste et précis. La fiabilité est la qualité d'un instrument de mesure qui donne toujours la même indication lorsqu'il est placé ou utilisé dans les mêmes conditions. La justesse est la propriété de ce qui est conforme à la réalité. La précision touche au degré d'exactitude de la mesure. Les défauts de justesse et de fiabilité sont antinomiques de toute mesure sérieuse. La précision n'est a contrario pas toujours possible (ex : sondage).

VOYER¹ suggère d'utiliser un document (nommé fiche indicateur) qui va spécifier tous les paramètres retenus et qui permettra de garder une trace précise des définitions adoptées.

L'architecture du TBG doit pouvoir coïncider avec l'organisation de l'entreprise. Ce principe implique deux conséquences :

- la nature des informations correspond très étroitement aux domaines d'action de chaque niveau hiérarchique ; tout responsable doit trouver dans cet outil les éléments dont il a besoin pour guider son action en cours.
- Le TBG assume une fonction de contrôle de gestion ; il faut que le déléguant soit en mesure d'interroger systématiquement les tableaux de ses collaborateurs et que les TBG soient facilement sommables, ce qui suppose une structure pyramidale, l'utilisation d'unités de mesures communes et le choix d'une périodicité de publication qui autorise des regroupements cohérents.

Nous nous sommes imposés quatre conditions dans ce travail de confection des tableaux :

- associer les équipes soignantes et médicales à cette élaboration. Dans ce cadre, des groupes de travail ont été constitués avec les surveillantes et les cadres supérieurs. Des entretiens ont eu lieu avec les médecins chef de service. Ces groupes ont permis de sélectionner les informations les

¹ P.VOYER, Tableaux de bord de gestion, Sainte-Foy, Presses Universitaires du Québec, 1994

plus pertinentes pour les prescripteurs des dépenses et de choisir une présentation des données agréable. Les objectifs sont d'une part de mieux répondre à leurs besoins et d'autre part de les associer dès le départ à cette nouvelle démarche plus proche du terrain. Chaque étape du travail a été validée par ces groupes et par le Département d'Information Médicale.

- Privilégier une démarche graduelle et pragmatique. Le tableau de bord est un outil qui doit permettre de préparer d'une part la mise en œuvre de budgets de service et d'autre part la nouvelle logique contractuelle définie dans les ordonnances du 24 avril 1996. Dans un premier temps, seules les dépenses et les consommations sont retracées ; ultérieurement, les ressources des services devront être valorisées notamment grâce aux données PMSI.
- Prendre en compte les données issues du PMSI. Malgré certaines imperfections, le PMSI est l'outil le plus proche de l'objectivité dont le secteur de la santé dispose à ce jour. Il peut être utilisé pour déterminer les moyens budgétaires par service, non pas en fonction des ventilations antérieures mais en fonction des pathologies traitées.
- Elaborer un document facilement compréhensible par des non gestionnaires. Cette condition nous paraît indispensable si l'on veut véritablement instaurer une relation de confiance entre l'administration hospitalière et la communauté médicale. Les indicateurs ne doivent pas être purement financiers (nous avons choisi notamment de ne pas présenter les dépenses par compte budgétaire ou par groupe fonctionnel, ces données n'étant pas significatives pour les responsables médicaux). L'ambition est de faire adhérer les médecins et les soignants à cette démarche en leur faisant prendre conscience du détail des coûts d'un service, en recherchant avec eux les causes des écarts constatés sur plusieurs années, en suscitant de leur part des projets d'action et des améliorations potentielles de l'outil.

TABLEAU DE BORD AU 30/06/99

SERVICE

DESTINATAIRES

*Chef de service
Cadres Infirmiers*

	DEPENSES 1998		%/ an 98	DEPENSES 1999		Ecart % 99/98
	ANNEE	Cumul au 30/06		Cumul au 30/06	%/an 98	
Produits pharmaceut. et Médico-Techniques						
- médicaments						
- fournitures pour laboratoire						
- fournitures pour imagerie						
- appareil fournitures, prothèses						
SOUS TOTAL						
%						
Consommations d'actes médico-techniques						
- biologie (nbre B x coût)						
- imagerie (nbre Z x coût)						
- bloc (nbre de K)						
SOUS TOTAL						
%						
Matériel et fournitures médicales						
- petit matériel médical non stérile						
- matériel à usage unique stérile						
- fournitures médicales						
- autres (stéril., drapages, papier médical...)						
- ligatures, sondes						
SOUS TOTAL						
%						
Logistique, entretien, maintenance						
- produits d'entretien						
- transport médical						
- maintenance matériel médical						
- location matériel médical						
- prestations blanchisserie						
- linge à usage unique						
- prestations U.C.R. :						
* repas midi et soir						
* petit déjeuner et goûter						
* produits diététiques						
SOUS TOTAL						
%						
Frais divers						
- fournitures de bureau et informatiques						
- petit matériel éducatif et divers						
- documentations diverses						
- prestat ^o extérieures (ménage, dév. Angios...)						
SOUS TOTAL						
%						
TOTAL GENERAL						

INDICATEURS DE GESTION DU SERVICE

ACTIVITE DU SERVICE

production	total 98	au 31.06.98	au 31.06.99	écart %
nombre d'entrées				
nombre de journées				
nombre de séances ou hospitalisation de jour				
consultations				
actes cotés B				
actes cotés Z				
actes cotés Kare (anesthésie)				
actes cotés K (bloc opératoire)				

PRODUITS SANGUINS LABILES CONSOMMES

1998	31/06/1999

ACTES CONSOMMES PAR LE SERVICE

nombre d'actes imagerie :

	1998	31/06/1999
échographie		
IRM		
radiographie		
scanner		

nombre d'actes laboratoire :

1998	au 30/06/99

RECETTES DEGAGEES PAR LE SERVICE

régime particulier :

	nombre	montant
total 98		0 F
au 31.06.99		0 F

tarif 98 : 290 frs
tarif 99 : 295 frs

INDICATEURS RELATIFS AU PERSONNEL

<i>absentéisme maladie courte durée :</i>	
nombre d'agents :	
nombre de journées :	
<i>déclarations accidents du travail :</i>	
nombre de déclarations :	
nombre de journées arrêt de travail :	
<i>départ en formation :</i>	
nombre de départs :	
nombre d'heures suivies :	

DIVERS

délai de codage PMSI :

Ces tableaux sont réalisés à l'issue de chaque trimestre. Sont présentées aux services les situations financières au 31.03, au 30.06, au 30.09 et au 31.12. Une comparaison est faite entre les années 98 et 99, en valeur absolue et relative. Un tableau récapitulatif des consommations et dépenses de l'année des services communs à un pôle d'activité (pôle médical, chirurgical, mère-enfant, gériatrie) sont joints, permettant une comparaison entre services ayant une cohérence médicale entre eux ou entretenant des relations étroites (par exemple, services de chirurgie et bloc opératoire).

Dans un premier temps, nous n'avons pas souhaité modifier le fichier de structures, sauf pour quelques anomalies vraiment importantes. Nous avons donc choisi de ventiler les dépenses par service, entité juridique repéré dans le système d'information. Cependant, si la démarche est validée dans le temps et si la comptabilité analytique hospitalière se développe, celui ci devra être corrigé, afin d'obtenir une cohérence entre services, centres de responsabilité et unités médicales. Cependant, il nous semblait préférable de construire quelque chose même imparfait, sans avoir à demander aux agents des efforts d'adaptation ou des travaux supplémentaires, de les convaincre ainsi du bien fondé de la démarche pour qu'eux même deviennent acteurs du projet et reprennent l'initiative.

Les destinataires des tableaux sont les médecins chefs de service, les cadres supérieurs et les cadres infirmiers. En ce qui concerne les soignants, ces documents sont distribués lors de la réunion mensuelle des cadres infirmiers ; cette réunion permet entre autres de retracer les différents aspects de la gestion des services, de relever certains dysfonctionnements et de présenter les objectifs à court terme de la direction. Elle est l'occasion d'échanges fructueux. En ce qui concerne les médecins, un entretien a lieu avec chacun des chefs de service. Malgré des débats très intéressants, cette démarche n'est pas optimale en l'absence de confrontation de points de vue différents. La communication des tableaux devrait être l'occasion d'un échange entre prescripteurs, acheteurs, responsables administratifs et prestataires de services médico-techniques. Il est en effet souhaitable que des réunions d'examen se tiennent régulièrement pour expliquer les tableaux de bord, les exploiter, les améliorer, rendre compte des actions correctives déjà mises en œuvre et définir celles à venir. Un compte rendu devrait systématiquement être élaboré afin qu'ils soit possible, lors de la réunion

suivante, d'apprécier l'état d'avancement des mesures décidées. Une proposition sera faite dans ce sens au chapitre 2.3

Certains éléments n'ont pas pu être analysés compte tenu de leur imprécision. Ainsi, les consommations en pansements (compte 942.27) n'ont pu être indiquées compte tenu de l'absence de sorties de stock durant l'année 98 et d'un report sur 99. Les dépenses de logistique médicale sont incomplètes, les interventions du personnel de l'atelier bio médical ne pouvant être « facturées » au service compte tenu de l'absence d'unité d'œuvre correspondante. De la même manière, les dépenses en transport médical ne concernent que les dépenses effectuées auprès des sociétés extérieures ; l'activité SMUR n'est pas « facturée » aux services. Il n'existe pas d'obstacles insurmontables à la ventilation de ces données mais il nous semble prioritaire de donner, vite, une information déjà disponible et jugée pertinente par les acteurs plutôt que d'attendre une exhaustivité complète des informations financières. L'outil devra s'adapter aux besoins des utilisateurs, au fur et à mesure de son appropriation par ces derniers. Nous partageons de ce fait, la réflexion de Michel GERVAIS dans son ouvrage déjà cité : *« il s'ensuit que l'on préférera une certaine imprécision quantitative autorisant une transmission rapide de l'information à des données précises mais fournies tardivement à condition bien évidemment que l'imprécision ne soit pas telle qu'il devienne impossible d'interpréter les résultats ».*

Les responsables des services ont pu prendre conscience également du poids de leurs dépenses directes (hors personnel pour lesquelles ils estiment n'avoir aucune marge de manœuvre) mais également de ce que représentent les coûts indirects, en particulier médico-techniques. Ainsi, l'activité du laboratoire, de la radiologie et du bloc opératoire sont « facturées » aux services prescripteurs de ces actes selon un coût local des lettres de la nomenclature, calculé lors de l'établissement du compte administratif retraité. La clé de répartition des dépenses du bloc est l'équivalent K, celle du laboratoire, le B et celle de la radiologie, le Z, ceci dans l'attente de l'intégration des ICR (indices de coûts relatifs). En ce qui concerne la logistique, les frais de blanchisserie ont été ventilés en fonction du poids de linge traité et ceux de la restauration en fonction du nombre de repas commandés. Cette

facturation devrait encourager des négociations de type client-fournisseur entre services cliniques et médico-techniques ou logistiques.

Enfin, nous avons fait le choix, en attendant une exploitation des données PMSI, de ne pas présenter de ratios (par exemple, dépenses de radiologie par journées d'hospitalisation) ; en effet, la valeur de ces indicateurs « administratifs » n'est pas reconnue par l'ensemble des médecins et l'utilisation de tel ratio est mal perçue par certains d'entre eux. Cependant, ayant en leur possession la totalité des données, chacun peut se livrer à ce type de calcul.

En conclusion, il semble que la diffusion de tels tableaux ait répondu à une attente, que ce soit au niveau des équipes soignantes que médicales. Les réactions sont plutôt favorables et positives. Cependant, le reproche le plus souvent évoqué est celui de l'absence des recettes. Les médecins souhaitent connaître en parallèle de leurs dépenses, les recettes qu'ils dégagent, préoccupation qui nous semble totalement légitime. Ces tableaux devront donc évoluer rapidement vers des tableaux de bord médico-techniques, s'appuyant sur des données issues du PMSI.

b) anticiper et accompagner les bouleversements culturels engendrés par cette démarche

Un changement aussi profond correspond en général à une transformation culturelle importante pour l'hôpital ; c'est pourquoi, il est important d'obtenir la mobilisation de l'ensemble des personnels et leur adhésion, notamment grâce comme l'indique M. Gervais¹, à « *une action de sensibilisation fondée sur la conviction, l'information et la formation* ».

- la conviction : sans la conviction profonde de l'intérêt de la méthode au niveau des principaux dirigeants, le système budgétaire échouera. Un système budgétaire est en effet une technique de

¹ voir bibliographie

direction, un outil de pilotage. C'est donc de l'équipe de direction que l'impulsion doit venir. Cet appui devra se poursuivre dans le temps car la complexité du mécanisme demande de la continuité dans l'effort, d'autant plus qu'aucun résultat spectaculaire n'apparaît à court terme. Comme l'indique Denis DEBROSSE « *il faut une cohérence et une homogénéité de l'administration et plus particulièrement de l'équipe de direction, à savoir la volonté de mettre en place un système de responsabilisation mais aussi le savoir-faire pour ce nouveau type de gestion* ». La fonction d'encadrement est probablement celle qui sera le plus souvent sollicitée pour favoriser l'évolution de la gestion et la mobilisation des équipes. Cela est d'autant plus vrai qu'une part des comportements des collaborateurs est influencée par les comportements de leurs responsables hiérarchiques. Etant donnée la position centrale des médecins à l'hôpital, il est logique de les associer à tout processus de changement. Or leur participation est déterminée bien souvent par leur perception des avantages qu'ils peuvent en retirer sur le plan des effectifs, des équipements médico-techniques.

- l'information : être convaincu de l'utilité du système exige d'être informé sur celui-ci, de savoir ce qu'il est. La phase d'information consiste à montrer à tous les individus concernés l'intérêt qu'il présente, ce qu'il est, ce qu'on peut en attendre. Dans tous les cas, il est nécessaire de communiquer sur la stratégie entreprise, de développer des objectifs, de présenter les différentes étapes du travail réalisé. L'importance en qualité et quantité de l'information à transmettre constitue d'ailleurs une condition de la pérennité de la mobilisation des acteurs.

- - la formation : elle suit la phase d'informations et consiste d'une part, à montrer à chacun comment il peut mener l'étude des écarts et rechercher les causes explicatives de ceux-ci et d'autre part, à l'initier aux actions qu'il peut entreprendre pour éviter leur réapparition.

« Plusieurs outils sont nécessaires au développement de la contractualisation interne, en particulier l'amélioration des systèmes d'information et de pilotage et la mise en place d'actions de formation

pour l'ensemble des équipes hospitalières. En particulier, la sensibilisation des praticiens hospitaliers à la gestion, et à la préparation des responsables de centres de responsabilité à leurs fonctions relèvent pleinement de la formation médicale continue, pour laquelle une augmentation sensible des moyens doit intervenir dans les prochaines années. »

Cet extrait de la circulaire du 21 avril 1997 souligne bien cette dimension essentielle du changement : la préparation des acteurs impliqués. L'hôpital de Dax a inscrit depuis plusieurs années comme axe prioritaire de la formation continue, les budgets de service. Des stages ou des sessions d'informations devront être organisés en interne et adaptés à chacun des publics concernés. Par ailleurs, des besoins de formation se font d'ores et déjà sentir au sein du personnel administratif, en particulier par la mise en œuvre de la comptabilité analytique médicalisée.

Michel GERVAIS dans son ouvrage relatif au contrôle budgétaire explique que tout système budgétaire comporte une dimension technique (l'aspect comptable et statistique du budget) et une dimension psychologique : le système d'animation (ou d'incitation) qui pousse les individus à aller dans le sens du budget. Or, la dimension psychologique occupe une place importante lorsqu'il s'agit comme avec les centres de responsabilité de faire adhérer les individus à une procédure de fixation des objectifs et d'attendre d'eux qu'ils modifient leur comportement dès lors que celui-ci s'écarte des objectifs ou prévisions.

La référence aux travaux sur la motivation des individus¹ au sein d'une organisation est indispensable pour comprendre le comportement des personnes et l'intérêt qu'elles peuvent éprouver à participer à un processus de déconcentration. On peut retenir également l'apport majeur de R. MOSS KANTER² qui encourage la responsabilisation des individus. Pour elle, la définition de l'entreprise moderne efficace réside précisément dans le management participatif fondé sur la délégation et la responsabilisation. Il rend possible la mise en place de mécanismes permettant aux individus

¹ AH Maslow – L.W Porter et E.E Lawler – Management attitudes and performances - 1968

² R MOSS KANTER – Entreprises en éveil : maîtriser les stratégies du management post industriel – Inter Editions - 1992

d'apporter leurs idées. Elle met en avant le concept d'*empowerment* qui consiste à transférer à chaque employé concerné un pouvoir de décision aussi grand que possible. Ce pouvoir nouveau donné aux employés suppose que ceux-ci disposent également des compétences nécessaires et de toutes les informations utiles. Formation et communication jouent alors un rôle majeur dans le processus : la délégation, la décentralisation et la participation ne sont plus considérées isolément mais en association ; chaque échelon doit comprendre que partager le pouvoir avec d'autres ne diminue pas celui que l'on exerce mais le renforce.

En conclusion, la rigueur méthodologique est une condition sine qua non de la conduite du changement. *« L'expérience nous apprend que la conduite du changement ne souffre pas d'improvisation. L'absence de vision prospective et le manque de clarté quant à la stratégie retenue ont des conséquences négatives sur les chances de réussite de l'entreprise comme sur la confiance accordée aux responsables »*(Annie Bartoli).

2.2 La construction des budgets de service à partir d'éléments médicalisés

Les services cliniques et médico-techniques reçoivent donc chaque trimestre un tableau de suivi de leurs dépenses médicales et pharmaceutiques, de logistique et d'entretien, qui se présente sous une forme classique. Dans l'optique de la mise en place de budgets de services et de contrats d'objectifs et de moyens internes, ces tableaux sont insuffisants et ne font apparaître que des données financières. Ils devront donc être complétés par des données d'activités médicales issues du PMSI.

Pour pouvoir calculer des budgets théoriques par centre de responsabilité ou service, différents éléments sont nécessaires :

- connaître le case-mix des différentes unités analysées ; l'hôpital doit être en mesure d'attribuer à chaque séjour produit par chaque centre de responsabilité un certain nombre de points ISA en fonction du GHM dans lequel le séjour est classé.

- Disposer d'une échelle de coût permettant de valoriser ce case-mix ; la Direction des Hôpitaux a été amenée à définir un nouveau modèle de calcul de coûts par GHM fondé sur une affectation directe d'un maximum de charges sur les séjours et sur une ventilation conventionnelle des charges de structure et de logistique. Ce nouveau modèle a fait l'objet d'une expérimentation nationale (dite « étude nationale de coût par activité médicale ») avec le concours d'une cinquantaine d'établissements hospitaliers. Les résultats de ce travail sont donc publiés sous une double forme :
 - une échelle de coûts relatifs par GHM (en points) utilisée dans le cadre de la réforme de l'allocation budgétaire
 - un ensemble de coûts de référence par GHM, décomposés par grand postes de dépenses, utilisables en gestion interne. Ainsi les points obtenus sont donc représentatifs du poids économique théorique du service dans chaque catégorie de charge.

Pour parvenir à ces résultats, nous nous sommes appuyés sur le Guide Méthodologique de la Comptabilité Analytique Hospitalière rédigé par la Direction des Hôpitaux et l'ouvrage d'Elias COCA « l'ISA et le PMSI » déjà cité. Le principe général est d'isoler dans l'ensemble des dépenses de l'hôpital ce qui est rattaché à la réalisation de l'activité hospitalière type MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) puis de répartir ces dépenses le plus directement possible par séjour de malade.

Une première analyse nous a permis de faire un diagnostic détaillé de l'activité MCO de l'établissement puis de détailler ce diagnostic par services cliniques. Auparavant, des choix ont été effectués en terme de :

- découpage analytique de l'établissement
- retraitement des données comptables
- ventilation de points ISA par service

a) Exposé des règles et principes pour la mise en œuvre de la démarche :

- le découpage de l'établissement en sections d'analyses

La nomenclature définie par le ministère a été conçue pour pouvoir répondre, à travers le calcul du coût des sections d'analyse, aux différents objectifs de la comptabilité analytique hospitalière. Dans tous les cas, le plan des comptes des sections doit tenir compte des structures existantes :

- le découpage en centres de responsabilité : il s'agit d'un découpage budgétaire de l'établissement, correspondant à un niveau où les objectifs d'activités et de moyens sont négociés entre le responsable et la direction de l'établissement. Ce découpage est libre et permet d'évaluer la performance des responsables par rapport aux objectifs fixés. Il regroupe plusieurs unités fonctionnelles (UF), définies comme les plus petites entités de l'hôpital à partir desquelles la collecte des informations peut être réalisée.
- Le découpage en unités médicales : c'est l'unité de base de l'organisation du recueil de l'information médicale dans l'hôpital. Le passage du malade dans une unité médicale donne lieu à la production d'un RUM.
- Le découpage en activités : il s'agit d'un découpage détaillé des 4 grandes fonctions de l'hôpital dans une optique de calcul des coûts. Ce découpage permet d'analyser les coûts d'une manière plus homogène et pourra permettre à l'établissement de se comparer à un référentiel national.

Le tableau ci dessous retrace le découpage de l'établissement en section d'analyse et centres de responsabilité.

PLAN DE DECOUPAGE DES SECTIONS D'ANALYSE

fonction	SA	Nom section d'analyse	Code C.R.	Nom centre de responsabilité
gestion - logistique - formation	9200	gestion générale et autre logistique	1001	ADMINISTRATION GENERALE
			1006	INFORMATIQUE
			1010	DIR° AFFAIRES FINANCIERES
			1100	DIRECTION DU PERSONNEL
			1200	DIR° AFFAIRES ECONOMIQUES
			1300	GEST°ADMINIST DES MALADES
			1500	DIRECTION SOINS INFIRMIERS
	9201		2100	SERVICES HOTELIERS
			2120	SCES TECHNIQUES&GENERAUX
			9203	restauration
9204	blanchisserie	2104	BLANCHISSERIE	
9205	formations sanitaires	1400	C.F.S.I.	
fonction médico - technique	9211	urgences médico chirurgicales	3270	URGENCES
	9212	SMUR	3272	SMUR
	9221	Laboratoire d'analyses médicales	3210	LABORATOIRES
			3211	ANATOMO-PATHOLOGIE
	9222	blocs opératoires	3220	BLOC - ANESTHESIOLOGIE
	9223	imagerie	3230	IMAGERIE
	9225	réadaptation rééducation	3250	KINESITHERAPIE
clinique	9230	clinique médecine	3240	ONCOLOGIE
			4300	MEDECINE A
			4301	MEDECINE B
			4302	MEDECINE C
			4303	MEDECINE D
			4304	PEDIATRIE
			4305	REANIMATION
			4309	UNITE MEDCHI COURTE DUREE
	9231	clinique chirurgie	4310	HOPITAL JOUR MEDICO-CHIR
			4311	CHIRURGIE B
			4312	CHIRURGIE C
			4313	SPECIALITES CHIRURGICALES
	9232	gynécologie obstétrique	4320	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
	9234	consultations	4340	CONSULTATIONS EXTERNES
	9235	services psychiatriques	4350	PSY INFANTO-JUVENILE
			4351	PSYCHIATRIE GENERALE
			4352	CAMPS (H)
	9236	hospitalisation moyen séjour	4360	READAPTATION UNITE B
			4361	READAPTATION JUNOD
			4362	READAPTATION UNITE C
			5364	THERMAL
	logistique - médicale	9240	pharmacie	3200
9241		GIP	1011	GIP
9243		DIM	3290	DIM

Des évolutions dans le fichier structure sont préconisées :

L'activité bloc opératoire doit regrouper les UF suivantes :

- bloc opératoire
- bloc urgences
- bloc obstétrique (celui ci est rattaché à l'heure actuelle au service gynécologie)

Le service biomédical doit être rattaché à une section d'analyse logistique médicale, différente des services techniques généraux. ; même chose pour le Département d'Information Médicale

L'activité oncologie regroupe trois UF reliées à des sections d'analyse différentes comme préconisé dans le guide :

- Consultations : relève de l'activité consultations externes
- Oncologie chimiothérapie : service clinique
- Oncologie radiothérapie : service médico-technique

Cependant s'agissant d'un tel service, les dépenses sont imputées arbitrairement sur les trois UF sans logique comptable. Il est donc impossible d'individualiser ces deux activités comme le prévoit la comptabilité analytique. Il serait nécessaire d'imputer correctement les dépenses à l'UF concernée si l'on veut analyser correctement les activités particulièrement coûteuses.

L'activité urgences doit être ventilée sur plusieurs sections d'analyse et les dépenses imputées sur l'exacte UF.

- bloc urgence : service médico-technique
- consultations : consultations externes
- service porte : service d'hospitalisation

A ce jour, il n'est pas possible de faire la distinction entre service porte et service d'accueil ; par contre, il existe deux unités fonctionnelles (accueil urgences médecine et accueil urgences chirurgie) qui n'ont pas d'utilité.

De la même manière, les centres de responsabilité actuellement au nombre de 51, devront être redéfinis et regroupés dans des entités plus homogènes et de taille plus importante. En effet, la mesure de l'activité est d'autant plus juste que le nombre de séjours est grand et que le case-mix est varié ;

plus le montant du budget est faible, plus la marge de manœuvre sera étroite ; enfin, les séjours multi unités seront moins nombreux si les centres de responsabilité sont judicieusement définis.

- *les retraitements comptables sur la base de l'échelle nationale des coûts*

L'utilisation des références présente de multiples intérêts à la condition que l'on respecte exactement les mêmes règles de construction des coûts que celles appliquées par les hôpitaux expérimentaux. Si par exemple, les dépenses de chauffage sont imputées par service alors que dans la référence elles sont agrégées aux dépenses de logistique, la comparaison n'est plus possible. L'intérêt de cette démarche est qu'elle est graduelle. Selon que l'hôpital dispose d'une information comptable globale ou par service ou encore par malade, il existe des possibilités différentes mais chacune pertinente, de se comparer avec la référence nationale. L'important est de gravir la première marche, de démontrer l'intérêt à l'ensemble des acteurs hospitaliers afin qu'ensemble on puisse gravir les autres marches.

Huit étapes sont préconisées pour passer d'une comptabilité analytique aux utilisations de la base nationale. Elles doivent impérativement être respectées, et dans le même ordre par tout établissement qui souhaite se comparer.

- ventilation des charges du compte administratif (sauf charges non incorporables)
- prise en compte des produits déductibles

Ces deux étapes ne présentent pas de difficultés particulières, les règles d'affectation étant clairement définies par le guide méthodologique.

- traitement des consommables médicaux : il s'agit d'imputer ces dépenses au service clinique ayant hébergé les malades (produits sanguins, prothèses, fournitures médicales et médicaments coûteux...).
- traitement de la logistique médicale (pharmacie, stérilisation, DIM, atelier biomédical) vers les sections bénéficiaires de ces prestations.
- Ventilation des dépenses de la blanchisserie et de la restauration
- Ventilation des dépenses médico-techniques sur les services prescripteurs hébergeant les malades

- Ventilation des charges logistiques (chauffage, sécurité, administration) et charges de structure (amortissement, frais financiers).

Les clés de répartition de ces dépenses ou consommations sont les suivantes :

Type de charges	Clés de répartition utilisées
DIM	Nombre de journées
Atelier bio médical	Contrats de maintenance ventilés en fonction de l'UF d'imputation du matériel – autres dépenses (personnel) au prorata des amortissements du matériel médical (cpte 681125)
Pharmacie-stérilisation	Au prorata des consommations en médicaments
Kinésithérapie	En fonction de la répartition des ETP
Blanchisserie	En fonction du kg de linge traité
Restauration	En fonction du nombre de journées
Urgences	En fonction de la répartition hospitalisés (34%) externes (66%)
Laboratoire	En fonction des B
Radiologie	En fonction de Z
Bloc opératoire	En fonction des K
SMUR	En fonction des sorties SMUR
Logistique et structure	Au prorata des charges déjà constatées à l'étape précédente
Salaires chirurgiens •	Au prorata du temps passé bloc opératoire / services

- Les salaires des anesthésistes n'ont pas été répartis au prorata du temps passé entre services de chirurgie, bloc opératoire et consultations externes. Ceci devra être fait ultérieurement.

- *le choix d'un mode d'allocation des points ISA par service*

Dans l'optique de la mise en place des budgets de service, il est possible d'analyser les dépenses de chaque service d'une part pour les comparer à la référence nationale et d'autre part pour allouer des recettes aux services correspondant le plus possible à l'activité médicale de cette entité. La logique comptable est la même que précédemment : on répartit l'ensemble des charges imputables au court séjour entre les différents services d'hospitalisation. La principale difficulté réside dans la connaissance de l'activité en points ISA de chacun des services. Après validation par la CME il a été convenu de répartir ces points au prorata de la durée de séjour pondérée par le poids moyen du séjour pour chaque service.

Exemple de calcul :

Un patient est successivement hospitalisé en Médecine A pendant 2 jours puis en médecine C pendant 4 jours. Son GHM est le suivant : Ulcères gastro-duodénaux non compliqués. On doit répartir les 800 points ISA produits entre la Médecine A et la Médecine C.

Le poids moyen du mono séjour en Médecine A est de 406 points ISA/jour, celui de la médecine C, 322 points.

On attribuera donc pour la Médecine A :

$800 \text{ pts} \times 2 \times 406 / ((2 \times 406) + (4 \times 322))$ soit 309 points ISA

Et pour la Médecine C :

$800 \text{ pts} \times 4 \times 322 / ((2 \times 406) + (4 \times 322))$ soit 491 points ISA

En ce qui concerne le service de réanimation, le calcul de production de points ISA s'est fait de la même manière. Or celui-ci ne paraît pas judicieux, le calcul des points moyens par jour produits par les séjours mono-unité sous estimant la production d'un tel service. Une solution consiste en un traitement de la réanimation (et des urgences) comme un service médico-technique. On répartit alors l'activité de ce service en deux groupes, d'une part les malades intégralement pris en charge par la réanimation, d'autre part ceux partagés avec d'autres services. On impute à ce service les points ISA

générés par ses séjours mono-RUM et on calcule alors le solde budgétaire non couvert. Celui-ci est alors réparti entre les différents malades passés par la réanimation (par journées ou points Oméga) et donc imputé aux différents services cliniques, comme les activités de radiologie, laboratoire...Ce traitement demande de la diplomatie et des qualités pédagogiques mais il permet de diminuer considérablement le taux de séjours multi séjours.

b) Une première simulation d'une gestion médicalisée par service

En mettant en place une comptabilité analytique comme celle décrit dans le guide, l'hôpital de Dax pourra atteindre quatre objectifs, dont trois à court terme :

↳ **L'analyse globale des écarts de dotation budgétaire** : procéder à une première analyse des causes de cet écart en examinant la structure des coûts d'hospitalisation et en la comparant à des coûts nationaux de référence. La comparaison porte à la fois sur le montant des dépenses constatées et sur le volume des prestations consommées.

↳ **Le calcul des coûts par activité** : permettre une évaluation des performances économiques de l'hôpital, plus particulièrement dans les domaines logistiques et médico-techniques, en comparant entre établissements le coût des unités d'œuvre produites ou en surveillant leur évolution.

↳ **Le calcul des coûts par séjour** : identifier le coût de chaque séjour hospitalier en lui rapportant directement ses dépenses médicales et médico-techniques et en lui attribuant forfaitairement une part des dépenses administratives et logistiques de l'hôpital.

↳ **Les budgets par centre de responsabilité ou service** : construire des budgets par centre de responsabilité et suivre leur évolution au regard de l'activité développée. Il devient donc possible de donner aux acteurs hospitaliers une réelle visibilité et une réelle responsabilité sur leurs objectifs et leurs moyens, et de conclure à moyen terme des contrats d'objectifs et de moyens entre direction et responsable des pôles d'activité médicale

1) l'analyse globale des coûts de l'établissement en fonction de son case-mix

Après retraitement comptable, il est possible de présenter les indicateurs de gestion suivants ; les coûts sont calculés pour 1000 points ISA.

COMPARAISON GLOBALE DES COUTS

	HOPITAL	REFERENCE	ECART
coût complet	12 167,63	13 092,63	-7,1%
Personnel médical	1 118,67	790,08	41,6%
personnel autre	4 161,55	3 984,98	4,4%
Total salaires	5 280,22	4 775,06	10,6%
consommables médicaux	1 094,44	932,09	17,4%
amortissement et logistique médicale	369,36	375,86	-1,7%
laboratoire	466,80	707,81	-34,1%
bloc+anesthésie	1 123,95	1 226,03	-8,3%
radiologie	215,37	395,10	-45,5%
restauration	298,72	400,38	-25,4%
blanchisserie	186,20	176,18	5,7%
gestion générale et logistique	1 947,85	2 570,69	-24,2%
structure	725,20	674,47	7,5%

Ce tableau synthétique permet de dresser le diagnostic suivant :

Il confirme que l'hôpital de Dax est sous doté par rapport à la référence nationale d'environ 20 millions de francs. Ces dépenses se révèlent très en dessous de la référence notamment les dépenses du plateau technique, laboratoire (-34 %) et imagerie (-46 %).

Il est possible de comparer pour le laboratoire les données en volume ; ainsi, 7 629 000 B ont été produits pour le secteur MCO au lieu de 10 178 000 dans la référence. La différence en coût ne provient donc pas d'un effet productivité mais d'un effet volume. Une première analyse met en évidence que près d'un tiers des actes laboratoires sont en fait prescrits par le service des urgences et les services des consultations externes, deux services exclus du secteur MCO

Ce type d'interprétation ne peut malheureusement pas être mené pour le service imagerie, l'hôpital ne disposant pas des ICR dans ce domaine d'activité. Les dépenses en logistique sont elles aussi en

dessous de la norme : - 25 % pour la restauration et - 24 % pour la logistique générale. En revanche, et malgré cette sous dotation globale, les dépenses en personnel sont plus élevées que la référence (+10%) en particulier les charges relatives au personnel médical : (+ 41.6 %). Enfin, les dépenses en consommables médicaux sont également supérieures à la moyenne ; en valeur relative, on note une sur dotation de 17 %. Ainsi, on perçoit que même un établissement sous doté comme celui de Dax peut dégager des marges de manœuvre et qu'il n'est donc pas inutile de calculer ses coûts de production.

On peut noter également que la structure du coût d'un séjour moyen à Dax se présente de la manière suivante :

- Salaires directement imputés aux services : 43 % (36 % dans la référence)
- Prestations médicales et médico techniques : 31 % (34 % dans la référence)
- Logistique générale : 26 % (au lieu de 29 %).

Ainsi, 74 % des dépenses sont réalisés directement auprès du malade.

2) L'exploitation des données par service

L'objectif vise à reproduire en interne le mode d'allocation budgétaire construit sur le plan régional. Ceci conduit à calculer dans un premier temps la production en points ISA de chaque service puis à mettre en évidence des sur ou sous consommations des ressources induites de ces services, la connaissance des coûts par patient n'étant pas indispensable à ce stade de l'analyse.

A cette étape du travail, nous nous sommes appuyés sur les travaux effectués par le CHU de Strasbourg et le CH de Blois.

Il a été calculé pour chaque service MCO, pour l'année 1998 :

- le budget consommé : la première phase consiste à extraire du compte administratif les dépenses des services, ventilées selon trois types de charges :

- charges directes : représentées par les charges de personnel (médical, autre), les consommables médicaux, l'amortissement, la maintenance et la logistique médicale)
- charges induites : constituées de toutes les charges liées à l'activité médicale : coût du laboratoire, du bloc opératoire, d'anesthésie, radiologie.
- charges de logistique recouvrant la restauration, la blanchisserie et les autres charges de logistique.

- le budget théorique du service : il est établi en mesurant le nombre de points ISA produits par le service concerné. La difficulté majeure inhérente à cette deuxième phase tient aux séjours multi unités pour lesquels il convient de trouver une clé de répartition des points ISA. Une fois obtenu le nombre de points produits par le service, le budget théorique est calculé de la manière suivante :

$$\text{budget service} = \text{budget Dax} \times \left(\text{ISA service} / \text{ISA total} \right)$$

Pour plus de pertinence dans l'analyse, il peut être judicieux de ne prendre en compte que les dépenses contrôlables par le centre de responsabilité clinique, soient les dépenses directes et les dépenses induites. On construit alors une échelle de coûts partielle qui ne valorise que les dépenses de fonctionnement des activités cliniques et médico-techniques (en soustrayant de l'échelle des coûts les dépenses de logistique autre que la logistique médicale) appelée échelle de points ISAM pour Indice Synthétique d'Activité Médicale.

Il est alors facile de calculer le budget théorique des centres de responsabilité :

$$\text{Nombre de points ISAM du centre} \times \text{coût du point ISAM de l'hôpital}$$

- le budget de référence : la dernière phase consiste à établir un budget de référence qui n'est autre que les coûts de la base nationale à case-mix identique.

Au terme de ces trois phases, il est possible de dresser un tableau de synthèse concernant l'activité d'hospitalisation :

COMPARAISON REEL/STANDARDISE SERVICE CHIRURGIE B - ANNEE 98

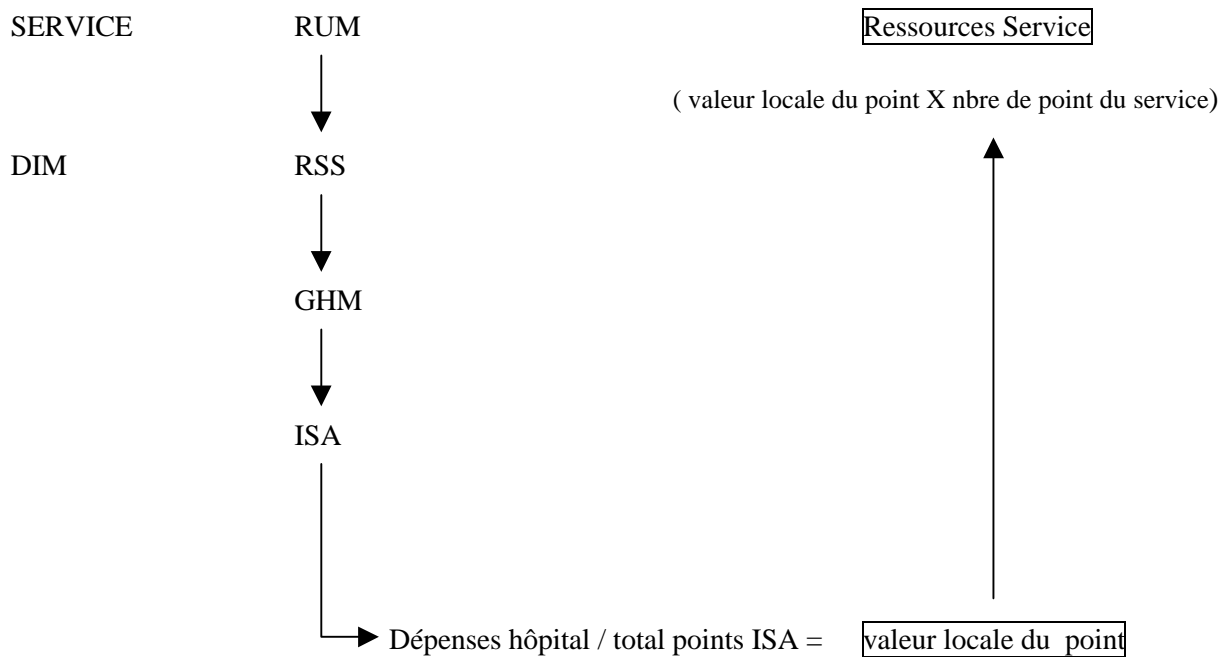
	Dépenses totales			Dépenses pour 1000 ISA		Ecart Réel/Réf
	Réel	Réf	Réel - Réf	Réel	Réf	
salaires médecins	1 426 092	1 525 888	-99 796	666	713	-7%
salaires autres	8 505 106	8 564 402	-59 296	3 973	4 000	-1%
consommables médicaux	2 246 013	1 820 580	425 433	1 049	850	23%
maint/logist médicale	497 066	752 383	-255 317	232	351	-34%
laboratoire	675 632	1 376 945	-701 313	316	643	-51%
radiologie	442 897	869 205	-426 308	207	406	-49%
bloc/anesthésie	3 995 569	4 990 065	-994 496	1 866	2 331	-20%
autres actes	771 791	843 197	-71 406	360	394	-8%
restauration	664 595	827 528	-162 933	310	387	-20%
blanchisserie	327 708	326 504	1 204	153	153	0%
logistique générale	4 080 473	4 687 108	-606 635	1 906	2 189	-13%
structure	1 519 198	1 267 329	251 869	710	592	20%
points ISA		2 140 929				
TOTAL	25 152 140	27 851 134	-2 698 994	11 748	13 009	-10%

Dans cet exemple, nous constatons que ce service a disposé au total de 2,7 millions de moins que la référence pour la même activité et que cette sous dotation concerne principalement les actes médico-techniques et la logistique générale. En revanche, les dépenses en personnel sont proches de la référence tandis que les dépenses en consommables médicaux sont plus élevées.

L'intérêt de cette méthode est triple : d'une part, informer les services de leurs consommations, de cibler les actions à mener et enfin de s'interroger sur la pratique médicale elle-même et sur le mode d'organisation des services cliniques.

La valorisation de l'activité des centres de responsabilité fondée sur le nombre de points ISA permet d'établir un budget théorique et de vérifier l'équité interne de répartition des crédits dans les services cliniques.

Les liens entre activité médicale et ressources d'un service se déroulent de la manière suivante :



Un tableau de bord médico-économique est alors communiqué à la fin du premier semestre et à l'issue du 9^e et du 12^e mois.

TABLEAU DE BORD MEDICO ECONOMIQUE

SERVICE :

ACTIVITE

Actes consommés		nombre journées	
Laboratoire		nombre entrées	
Imagerie		nombre de RSS	
Bloc opératoire		nombre de points ISA	
Anesthésie		valeur point ISA	

STRUCTURE DU BUDGET

	RECETTES POTENTIELLES	DEPENSES ENGAGEES	ECART	
			valeur	%
Salaires médicaux				
Salaires autres				
Total salaires				
consommables médicaux				
maintenance logistique médicale				
Laboratoire				
Bloc anesthésie				
Imagerie				
Autres actes				
Total actes				
Restauration				
Blanchisserie				
Logistique autre				
Structure				
TOTAL				

PRESENTATION DES GHM REPRESENTANT 80 % DE L'ACTIVITE

Libellé GHM	nbre séjours	DMS	Age moyen	UM fréquentées

Bien entendu, ces tableaux n'ont pas de valeur en eux même. Ils ne peuvent être utiles que s'ils sont restitués et exploités avec les acteurs du terrain (surveillante, médecin, secrétaire médicale). Patrick EXPERT du CH de Blois note : *« une des idées forces de la démarche consiste à amener les responsables des services à faire eux mêmes le bilan régulier de forces et faiblesses de leur centre. C'est à cette condition que les conclusions auxquelles ils arriveront seront suivies d'effets. Notre expérience nous permet de dire qu'une évaluation émanant de l'extérieur du centre de responsabilité ne produirait pas les mêmes conséquences, même si elle est particulièrement fondée ».*

3) la possibilité d'analyser plus finement les dépenses des services : le coût par pathologie et par activité

Des études de coût par activité pourront être réalisées pour certains secteurs : blanchisserie, restauration, laboratoire, bloc opératoire, pharmacie... L'objectif du calcul des coûts par activité est d'évaluer la performance économique de l'hôpital sur certaines activités administratives, logistiques, et médico-techniques. Pour l'année 1997, 21 activités ont été suivies, ce qui constitue une véritable base de données des coûts d'activités hospitalières (Etude réalisée par le CHU d'Angers et le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité – Direction des Hôpitaux – depuis 1990). A partir de fiches normalisées d'écart, le groupe d'études établit un coût d'unité d'œuvre de charges directes et de charges dites induites liées à une consommation de plateau technique et de logistique médicale. Les indicateurs obtenus permettent de détecter les activités logistiques ou médico-techniques sur lesquelles doivent porter les efforts de gestion. Ainsi, des tableaux d'analyse par activité (modèle ci-après) pourront être fournis à chaque service médico-technique.

ACTIVITE LABORATOIRES

Unité d'œuvre : total nombre de B

12 637 962

COMPTES	MOYENNE	HOPITAL
Fournitures médicales non stockées	0,01	
Sous traitance laboratoire	0,17	0,13
Produits pharmaceutiques		0,00
Matériel médical		0,00
Fournitures laboratoire	0,30	0,31
Total charges médicales	0,48	0,45
Personnel non médical	0,60	0,61
Personnel médical	0,20	0,23
Total frais de personnel	0,80	0,84
Crédit bail mobilier - matériel informatique	0,01	0,00
Crédit bail - matériel biomédical	0,02	0,00
Locations mobilières - informatique	0,01	0,00
Locations mobilières - Equipements	0,01	0,00
Locations mobilières - autres		0,00
Personnel extérieur	0,01	0,01
Autres prestations		0,00
Dotations amortissements	0,06	0,03
TOTAL BRUT	1,32	1,32
Produits déductibles	0,01	0,02
TOTAL NET	1,31	1,31
Bio médical	0,02	0,03
TOTAL GENERAL	1,33	1,33
Nombre d'observations	66	
Moyenne des 5 coûts unitaires les plus bas	0,91	
Coefficient de variation	0,19	
Intervalle	1,27-1,40	

coefficient inférieur à 0,3
indique une non dispersion
des données

95 % des établissements ont un coût
unitaire compris entre 1,27 et 1,40

Frais de personnel	59,16%	62,76%
Fournitures laboratoire	22,40%	23,27%
Sous traitance laboratoire	12,31%	9,89%
dotation amort inst technique	2,76%	2,46%
total	96,63%	98,38%

Si l'élaboration de tableaux de bord médico-économiques par service est une nécessité dans l'hypothèse d'une déconcentration budgétaire et d'une participation plus active des praticiens hospitaliers à la gestion de l'établissement, elle n'est pas suffisante pour leur permettre d'agir sur leur niveau ou la répartition de leur dépenses. Pour que le prescripteur puisse changer sa pratique, il doit être en possession d'une information plus fine, par GHM. On pourra ainsi repérer les GHM aux plus forts excédents ou déficits financiers (écarts entre la recette générée par les ISA et le coût réel de séjour de ce GHM) ou ceux aux plus forts sur-prescriptions ou excès de DMS par exemple. Pour se faire, l'hôpital doit chercher à collecter en routine toutes les prescriptions par malade, notamment les médicaments les plus coûteux, les prothèses, et les actes médico-techniques...

L'hôpital de Dax devra se donner les moyens de réaliser ces études par pathologie qui permettront aux médecins de modifier leurs pratiques si besoin ou dans tous les cas de s'interroger sur celles-ci. Pour se faire, il doit en priorité coter ses actes médico-techniques en ICR afin de comparer les volumes produits et de calculer la productivité des services prestataires. Ultérieurement, le système d'informations devra permettre d'imputer par séjour et par malade repéré nominativement les dépenses en consommables médicaux. Les autres dépenses (personnel logistique médicale) pourront être ventilées à la journée de présence dans le service.

Ainsi, même si le PMSI a été conçu comme un outil d'allocation budgétaire externe et en dépit des défauts inévitables qu'il présente, il permet de construire une grille d'analyses et d'interrogations relatives à la prise en charge hospitalière.

Il reste qu'un outil de gestion ne peut être mis en place sans un système d'information performant. Le Responsable du Service Information et Organisation (RSIO) devra s'impliquer dans cette démarche pour d'une part aboutir à un traitement automatisé et non plus bureautique et d'autre part compléter le dispositif (ICR, prescription informatisée...)

En toute hypothèse, l'environnement de l'hôpital se complexifie : maîtrise des dépenses, rationalisation des choix d'activité et d'utilisation des moyens, contraintes réglementaires... De ce fait,

il nous semble que comptabilité analytique et contrôle de gestion devront se développer afin de répondre à la demande croissante de prise en compte d'éléments qualitatifs.

2.3 Des conséquences en terme de management hospitalier

Le développement de la contractualisation et des délégations de gestion s'accompagnera d'une réflexion relative à l'organisation des hôpitaux français.

L'organisation peut se définir comme ce qui permet de mettre en forme les relations entre les différents acteurs de soins, pour leur permettre de réaliser au mieux leurs tâches. Le but de toute organisation est alors d'agencer les différentes composantes du travail de façon à en optimiser l'usage à la fois dans le sens d'une efficacité maximale pour le malade et dans celui d'une satisfaction optimale des personnels au travail.

L'introduction de nouvelles méthodes de gestion faisant participer l'ensemble des acteurs engendre inévitablement des changements culturels et structurels sur le processus administratif. Plus que des outils techniques, il s'agit de véritables modes managériaux.

a) une nouvelle organisation de la structure et un nouveau rôle pour l'équipe de direction

Quelque soit la taille de l'établissement dont elle a la responsabilité, l'équipe de direction doit être en mesure d'anticiper les conséquences potentielles d'une déconcentration de la gestion. Dans un premier temps, certains directeurs peuvent craindre de perdre certaines de leurs prérogatives, en particulier financières. Ils ne veulent pas devenir une sorte de « caution administrative » d'une gestion purement médicale. Déconcentration, subsidiarité, contractualisation... ces notions entraînent une autre culture managériale et peut faire craindre un déplacement du pouvoir à l'hôpital. Déplacement vers le haut :

avec la nomination des Agences Régionales de l'Hospitalisation, les hôpitaux ont senti une recrudescence du poids des tutelles administratives ; latérale, avec l'émergence d'une fonction de direction des soins infirmiers, et peut-être demain, d'un directeur médical ; vers le bas, avec le développement des techniques de contractualisation et de direction partagée (conseil de services, réseaux). Il existe au sein même de l'organisation hospitalière plusieurs pouvoirs issus de la diversité des intérêts qui animent les différents acteurs (pouvoirs administratif, syndical, médical, médico-technique...) C'est donc autour de cette notion de pouvoir que la réforme du management devra s'articuler.

La participation des médecins et des soignants à la gestion de l'établissement ne nous paraît cependant pas synonyme d'une perte de pouvoir mais au contraire incite les directeurs à renforcer leur rôle de contrôle et d'initiative de projet. Dans des structures comme celles de Dax, les directeurs sont plus souvent sollicités pour des problèmes de gestion courante que pour des questions stratégiques. La mise en place de délégation de gestion pourrait par conséquent être l'occasion pour l'équipe de direction de se recentrer sur des missions transversales, telle que le contrôle de gestion et l'évaluation des politiques mises en place, des démarches telles que la qualité et l'accréditation, les réseaux et la coopération extrahospitalière. Par conséquent, cette nouvelle répartition des tâches pourrait déboucher sur une nouvelle organisation interne de la structure, d'autant plus qu'il s'agit d'un domaine non soumis à une réglementation, pouvant laisser libre cours à l'innovation. Ainsi, ce pourrait être l'occasion de réduire l'éclatement entre les deux communautés médicale et administrative qui provoque des dysfonctionnements importants tant au regard de la gestion quotidienne qu'au regard de la définition et de la mise en œuvre de stratégies de développement. Un autre objectif est de décroisonner les services en particulier administratifs qui ont tendance à travailler dans leur seul secteur d'activité.

On peut citer dans ce cadre l'expérience du Centre Hospitalier de Lourdes, qui confronté à un contexte similaire, a décidé de se servir de son organigramme comme d'un outil de management. Cet organigramme matriciel présente deux caractéristiques majeures :

- un comité de gestion médicalisée a été mis en place ; ce comité en tant qu'organe de direction est un des éléments de la concrétisation de l'association des médecins à la gestion. Ce comité examine

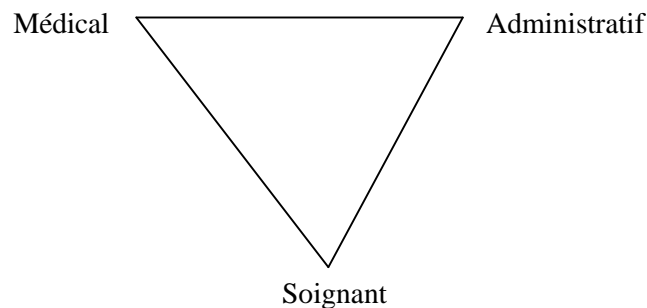
les questions médicales et de gestion courante de la vie hospitalière. Il a aussi pour rôle de préparer les décisions engageant l'avenir de l'établissement. Il s'agit en fait d'une instance chargée de prendre en compte l'intérêt général de l'établissement en intégrant les logiques professionnelles de chacun.

- Chaque directeur est en charge de responsabilités fonctionnelles (une fonction est un ensemble de tâches et d'opération de même nature) et des responsabilités opérationnelles (en fonction de domaines d'activités ou de programmes). Ce mode d'organisation répond au souci de recentrer les organes de direction sur l'activité de soins. A ce titre, le directeur opérationnel est chargé de coordonner et d'intégrer les différentes logiques de fonctionnement hospitalier : logique médicale, soignant, technique et financière. Il prend en charge les problèmes de coordination et les dysfonctionnements éventuels. En résumé, il est responsable de la qualité du service rendu à l'utilisateur dans le secteur dont il a la charge.

Les ordonnances de 1996 encouragent le développement de la contractualisation interne et le découpage de l'établissement en pôles ou centres de responsabilité. Leur application a été l'occasion pour plusieurs établissements de mettre en place des organisations internes innovantes.

Ainsi, une structuration différente de la gestion des ressources a été initiée au CHRU de Lille (Hôpital Jeanne de Flandre). Cette institution est constituée d'un ensemble de cliniques regroupées autour des différentes spécialités que l'hôpital accueille. Ainsi, une clinique est un ensemble regroupant plusieurs services de soins assurant la gestion d'un budget propre. Cette entité est chargée d'élaborer et de conduire un projet médical, de définir des priorités, de répartir des moyens, d'organiser et d'évaluer l'activité médicale, de choisir les postes et les candidats médicaux. Au total, la clinique est chargée de définir les grandes orientations propres à l'ensemble de son champ de compétence. En son sein, la gestion des moyens est assurée dans des pôles d'activité qui sont de véritables unités communes de moyens. Celles-ci assurent la gestion des personnels, la gestion du budget, des équipements, des locaux. Ces pôles de gestion mettent également en œuvre les protocoles médicaux. La seconde structure dénommée spécialités est constituée par les équipes médicales. Elle est chargée du suivi médical des patients, du choix des protocoles de soins, de la mise en œuvre du projet médical et de la

recherche. Pour gérer les pôles, une surveillante chef assure au quotidien la gestion complète du pôle : personnel, affectation des lits... Les surveillantes qu'elle coordonne ont une mission stricte d'organisation de la qualité des soins dans les différentes unités et ont des attributions de gestion liées aux soins : planning, suivi des consommables. Un correspondant administratif, chef de bureau apporte un soutien à temps partiel à la gestion du pôle et à la résolution des problématiques conjoncturelles. Il est directement impliqué dans le maintien de la qualité du fonctionnement et la recherche de solutions des difficultés techniques, financières.. Enfin, un responsable médical, élu, exerce les missions d'organisation générale (encadrement du personnel médical, protocoles de soins...)

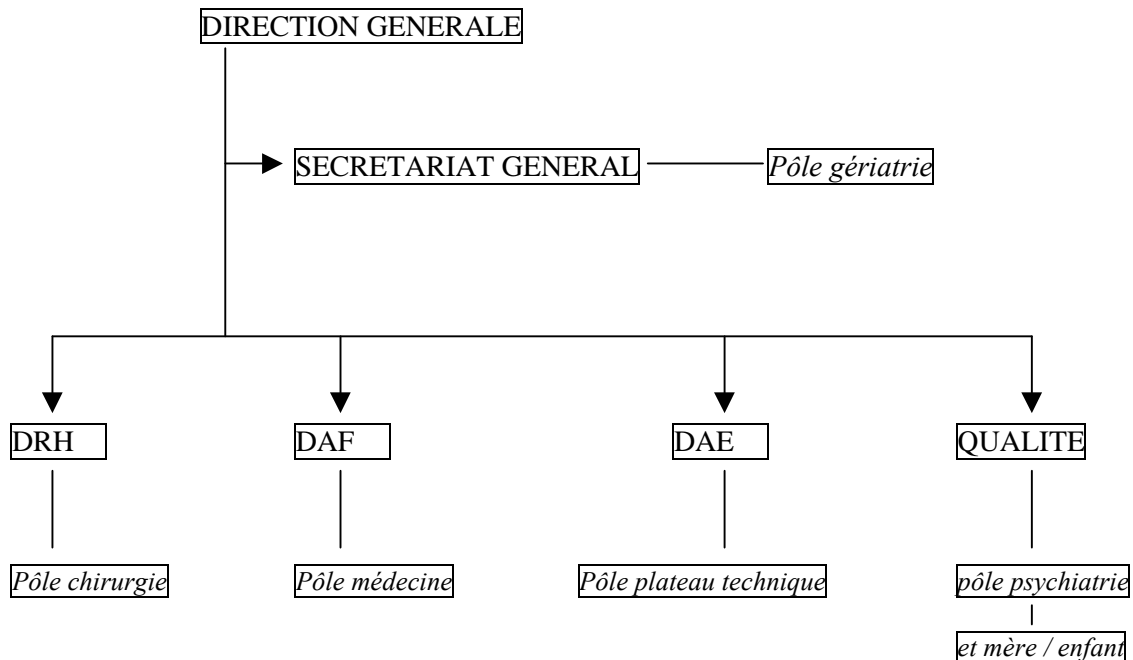


Au CHU de Toulouse, les centres de responsabilité sont composés d'une structure administrative : les unités administratives (UA) et d'une structure médicale : les unités fonctionnelles (UF). Un centre de responsabilité est un groupement d'unités administratives. Les responsables de ces centres appelés coordonnateurs médicaux sont pour la plupart des praticiens hospitaliers, professeurs, chefs de service...Ils sont responsables des budgets de consommations qui leur sont alloués. Pour mener à bien cette tâche, ils sont secondés par un coordonnateur para médical (surveillante chef) au niveau du service et par le contrôleur de gestion qui est au niveau établissement.

L'unité administrative se caractérise par une responsabilité unique de stockage et de dispensation de produits, des moyens en personnels non médicaux parfaitement identifiables, des équipements propres et une activité quantifiable selon les marqueurs appropriés.

L'unité fonctionnelle est quant à elle l'unité de responsabilité médicale ; elle regroupe une ou plusieurs équipes médicales et elle est formée de un ou plusieurs praticiens.

Les structures et l'organisation de l'hôpital de Dax pourraient évoluer pour que se créent des lieux où l'interdisciplinarité puisse s'exercer. Il serait, notamment, souhaitable, le nommer des correspondants administratifs dans l'hypothèse de constitution de pôles d'activité médicale.



De la même façon, l'organisation de la direction des affaires économiques pourrait être modifiée. Par exemple, la délégation de gestion substituée à une fonction économique descendante une logique transversale, ce qui peut conduire à une redistribution des tâches des services économiques. Actuellement, le travail d'engagement, de mandatement et de liquidation est réparti par compte budgétaire. Il en découle une spécialisation des agents et une vision parcellaire des besoins de service. Dans une organisation nouvelle, chacun d'entre eux pourrait être le correspondant d'un pôle clinique ; la surveillante n'aurait qu'un interlocuteur au sein de chaque direction. D'autre part, dans l'optique de la mise en place des budgets de service, chaque correspondant aurait la responsabilité de surveiller les prévisions et réalisations budgétaires de son pôle de rattachement.

Enfin, il est nécessaire de réfléchir au positionnement du médecin responsable du Département d'Information Médicale qui à l'hôpital de Dax est également Vice-Président de la CME. En effet, la montée en puissance du pouvoir informationnel du DIM constitue un enjeu considérable sur le plan médical et hospitalier. Cet opérateur stratégique doit trouver sa place d'une part dans le management de l'établissement et d'autre part dans la dynamique du projet d'établissement.

Comme l'indique Jean Louis LEONARD¹, Directeur Adjoint au CH de Valenciennes, « *le DIM peut être appréhendé comme un service médico-technique permettant la récolte, la gestion et l'interprétation de toutes les données médicales à interfacer avec la comptabilité analytique afin d'appréhender l'activité médicale réelle des hôpitaux, de favoriser la transparence et la lisibilité entre structure... La mise sur pied d'une information médicale pertinente, fiable, laisse bien augurer une certaine maîtrise des dépenses de santé ; elle est susceptible d'éviter l'écueil du syndrome de la boîte noire. En effet, à l'hôpital, on sait rarement ce qu'on y produit, ce que produisent exactement les concurrents privés et publics, et on ignore encore les coûts de production. La transparence reste encore bien souvent une incantation cursive.* »

Il semble essentiel pour le manager hospitalier de disposer d'éléments reposant sur des données épidémiologiques ou de santé publique pour fonder ses arbitrages dans un contexte de rationalisation de l'offre et d'optimisation des ressources. Il lui appartient donc d'accorder au DIM une position moins marginale dans l'organisation hospitalière et en particulier au sein du Système d'Information Hospitalière ; cette valorisation réduirait sans doute la méfiance du corps médical à l'encontre des « systèmes d'évaluation médico-économiques » et permettrait des relations plus sereines entre médecins et gestionnaires.

En toute hypothèse, les exigences accrues de qualité et d'efficacité des soins, les contraintes renforcées liées au nouveau mode de fonctionnement du système de soins et les attentes des personnels rendent

¹ J.L LEONARD – DIM et management – Gestions hospitalières – Novembre 95

plus que jamais nécessaires d'aborder l'organisation du travail et de rechercher des voies nouvelles propres à l'améliorer. Il appartient à l'équipe de direction de s'interroger sur cette organisation en précisant que les gains en efficacité qui en résulteraient ne sont pas forcément liés à une augmentation de la productivité individuelle mais au contraire à l'organisation plus adaptée, susceptible de fournir au corps médical une plus grande efficacité et par conséquent des soins de meilleure qualité aux patients.

b) La mise en oeuvre d'un contrôle de gestion renforcé

Le contrôle de gestion est nécessaire à la délégation. Plusieurs définitions peuvent être données du contrôle de gestion :

« s'assurer que les ressources sont utilisées de manière efficiente et avec efficacité en vue de réaliser les objectifs de l'organisation » Anthony 1965

« Fournir aux dirigeants et aux divers responsables les données chiffrées périodiques caractérisant la marche de l'entreprise, leur comparaison avec des données passées ou prévues peut, le cas échéant, inciter les responsables à déclencher rapidement les mesures appropriées » Einsetler 1988

« comparer le niveau des réalisations à celui de prévisions faites par tous les secteurs de l'entreprise, dégager des écarts, en rechercher les causes et inspirer les mesures correctives jugées souhaitables » Guiriec 1985

Le positionnement de la fonction contrôle de gestion peut être analysée de la manière suivante :

HORIZONS DU CONTROLE DE GESTION ¹

	CONTROLE STRATEGIQUE	CONTROLE DE GESTION	CONTROLE D'EXECUTION (exemple)
F I N A L I S E R	Position dans l'environnement : - Services à développer - Complémentarité avec d'autres structures etc... - Externalisation	Aide à la définition des objectifs : - Moyens matériels, humains - Fréquentation, occupation, niveau d'activité.	S'assurer de la disponibilité du personnel infirmier 7 jours sur 7
P I L O T E R	Gestion des moyens : - Quels équipements ? - Quels financements ? - Quels patients ?	Suivi des coûts d'exploitation, des indicateurs d'activité, de qualité. Tenue et animation du système de tableaux de bord	Impossibilité d'atteindre un taux d'occupation suffisant faute de personnel soignant d'où appel à d'autres services, à des remplacements...
E V A L U E R	Evaluation de la place de l'établissement, de services.. (département, Région) Evolutions souhaitables (agrandissement, redéploiement...)	Résultats : - Evolution de la fréquentation - Coût, analyse des écarts - Comparaison inter établissements - Satisfaction du client	Faire le point à l'issue de la semaine : - Consommation (fournitures...) - Respect des plannings - Réclamation des patients.

Le département de contrôle de gestion est un prestataire de services interne. La fonction du contrôle de gestion est d'inciter tous les décideurs d'une entreprise à réagir lorsque les indicateurs d'écarts sont au rouge, indicateurs qui auront été construits avec l'ensemble des acteurs

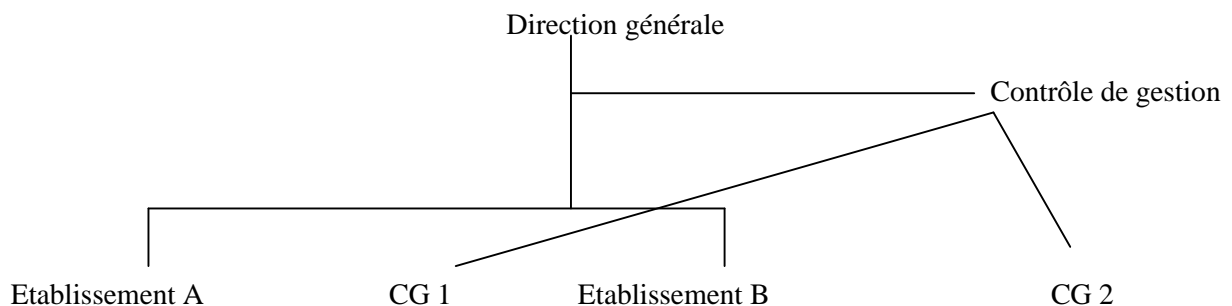
Le contrôle de gestion peut être total ou partiel. Il peut porter sur tout ou partie des activités. Son objectif est de favoriser le partage des informations utiles à la décision entre les décideurs hospitaliers des différents niveaux de responsabilité ; il doit réduire la marge d'incertitude pour les décideurs et répondre à leur attente d'informations en fonction de leurs besoins. L'activité du contrôle de gestion consiste notamment en l'élaboration et la production régulière de tableaux de bord périodiques comportant des données, des écarts par rapport à des référentiels qui peuvent être des historiques ou

¹ D'après H. Bouquin « la comptabilité de gestion »

des données comparatives, ainsi qu'en le commentaire de ces données et écarts de manière concertée avec les services concernés.

Le contrôle de gestion ne peut donc être réalisé par l'administration sans dialogue avec les acteurs des services. Il doit prendre en compte les observations que ceux-ci sont amenés à faire pour expliquer les données relatives à la production ainsi qu'à ses coûts et aux écarts. Ces explications concernent notamment les points relatifs au fonctionnement, à l'organisation, aux contraintes du service. En toute hypothèse, la fonction de contrôle, de conseil et de production de l'information deviennent dans une organisation déconcentrée plus encore, des outils privilégiés de la fonction de direction.

Son positionnement dans l'établissement dépend de la taille de la structure et de l'étendue des missions que l'on entend confier à cette fonction. Au démarrage, il se situait plutôt au sein de la Direction des Finances ; aujourd'hui, il tend à devenir autonome, en liaison étroite avec la Direction Générale et parfois décentralisée dans les sites ou pôle d'activité.



1. Le contrôle de gestion au CHU de Toulouse

La déconcentration budgétaire mise en place a induit une politique volontariste beaucoup plus marquée de contrôle des dépenses par rapport à l'activité. Des contrôleurs de gestion ont été affectés par établissement chargés de suivre les réalisations budgétaires des centres de responsabilité et à analyser à posteriori les phénomènes économiques observés pour une prise de décision rapide sur la recherche de protocoles .

L'assistant de gestion est l'appui administratif des centres de responsabilité qui complète le dispositif de gestion tripartite de ces centres, axé sur un coordonnateur médical et une surveillante chef. Il apporte donc un conseil en gestion aux prescripteurs de dépenses et à l'encadrement paramédical.

Il est placé sous la responsabilité du Directeur Adjoint des Affaires Economiques et Financières de l'établissement. Il a pour partenaire privilégié les contrôleurs de gestion de l'établissement auxquels il fournit des informations explicatives sur la formation des coûts et du fonctionnement des centres de responsabilité. Il prend en charge un ou plusieurs centres de responsabilité. Il assure les fonctions suivantes :

- fonction d'aide à la gestion : il collecte les informations qui vont permettre de prévoir l'évolution de l'activité, il participe à l'évaluation des changements de protocoles ou de structures, il administre la demande des produits sensibles ou exceptionnels, il a un rôle de médiateur, en cas d'arbitrage, notamment pour proposer des produits de substitution ; il aide à l'interprétation des données, de manière à ce que l'ensemble des acteurs puisse décider des mesures correctives qui permettront de rentrer dans le cadre budgétaire. ; il analyse les indicateurs de bon fonctionnement de la fonction approvisionnement – délais de livraison, ruptures de stock...
- fonction validation du système d'information de gestion : il est utilisateur privilégié et correspondant des médecins et de l'encadrement paramédical pour le logiciel d'aide à la décision (HOLOS-HELP) ; il vérifie à la source de la saisie de l'information, la qualité des données qui sont transmises, en particulier les procédures d'imputation.
- fonction d'interface entre les centres de responsabilité et les services administratifs et de logistique : l'assistant est le relais de terrain pour les opérations qui nécessitent l'intervention de plusieurs services administratifs et logistiques, par exemple dans la réalisation des travaux ou la gestion des transports de malades. Il peut également assurer cet interface dans le domaine de l'hygiène et de la sécurité ; il peut même jouer un rôle de régulateur (repas linge, téléphone..)

Trois types de rencontres mensuelles sont prévus avec le service central de contrôle de gestion et les équipes des établissements :

- des réunions d'évaluation qui vont permettre d'identifier les écarts significatifs au niveau des centres et d'envisager les procédures de réajustements
- des réunions de conjoncture : en présence du bureau de la CME, chaque établissement présente ses résultats sous forme prédéfinie et normalisée
- des réunions d'utilisateurs du logiciel d'aide à la décision : il s'agit d'identifier les difficultés de fonctionnement du système, d'analyser ses évolutions et de programmer de nouvelles structures de tableaux.

Ce dispositif de contrôle de gestion axé sur la présence de compétences à tous les niveaux de déconcentration et sur un outil informatique performant est présenté comme le garant d'une bonne utilisation des ressources hospitalières.

2 Il nous semble que l'hôpital de Dax aurait intérêt à développer cette fonction :

Pourquoi :

- Nécessité d'un outil de gestion propre à l'hôpital, notamment dans un contexte de rigueur et de déconcentration budgétaire. La délégation suppose un contrôle si l'on veut éviter toute dérive financière.
- Nécessité de dépenser mieux et de réduire les dépenses inutiles. Le contrôle de gestion doit permettre des études fines sur certains postes de dépenses, en particulier les dépenses médicales et pharmaceutiques.
- Nécessité d'un outil de redéploiement des moyens en interne. Les budgets de service supposent la ventilation des ressources par centre de responsabilité.

Comment :

- Il s'agit de trouver des points de comparaison, d'arriver à corréler grâce à une comptabilité analytique fine les coûts aux activités. La fonction de contrôle de gestion est d'inciter tous les décideurs d'une structure à réagir lorsque les indicateurs, acceptés par tous, sont « au rouge ».
- Il est nécessaire de réaliser un découpage de l'établissement pertinent et cohérent, prenant en compte les spécificités des services. Il importe dans ce contexte de bien identifier les pôles de comparaison pour construire un constat pertinent de la performance économique des activités.
- Enfin, le contrôle de gestion participe à l'établissement des plans de développement et de réorganisation. Les résultats obtenus peuvent être utilisés aussi bien dans la rédaction d'un nouveau projet médical que dans un souci de restructuration des services.

Pour quels résultats :

- l'élaboration et la mise à jour des nomenclatures (fichier de structures, guide des imputations) ; elles constituent le fondement incontournable du contrôle de gestion.
- L'organisation et la collecte de l'information qui doit permettre d'assurer le traitement de données de qualité dans des conditions les moins fastidieuses possibles.
- L'exploitation des données recueillies, impliquant des connaissances en matière de statistiques, d'économétrie...
- La publication des résultats : il s'agit de participer à autant de réunions en interne, qu'il est nécessaire pour expliquer les méthodes utilisées ou apporter des commentaires complémentaires aux résultats obtenus. Il s'agit aussi de publier des notes périodiques d'informations .

L'expérience du Centre Hospitalier de Blois nous semble intéressante à ce sujet. Cette structure a mis en place un comité d'experts chargé d'évaluer l'exploitation des données. Cette évaluation est centrale en ce sens qu'elle est un point de rencontre pour de nombreux professionnels hospitaliers qui ne partagent pas a priori les mêmes centres d'intérêt ; elle est participative parce qu'elle conduit tous les acteurs et les responsables à élaborer des analyses et à les valider. Elle est itérative dans la mesure où

il s'agit d'une démarche qui voit se succéder des phases de constat, de négociations, de projets, d'objectifs... Ce comité d'évaluation comprend les membres de la Direction, des représentants du personnel médical et soignant (membres du bureau de la CME), des experts internes (le RSIO , le DIM, le médecin hygiéniste, le pharmacien chef...). La présentation des tableaux de bord est vécue comme un temps fort pour les centres de responsabilité grâce à l'implication du comité d'évaluation, à la pertinence des analyses qui doivent fonder les priorités d'action, à l'harmonisation des relations entre experts internes et direction, et à la réactivité des médecins et des équipes soignantes.

CONCLUSION

Lors de notre premier stage d'observation en 1998 au Centre Hospitalier de Dax, nous avons relevé un désir très fort de la communauté médicale d'être associée au processus décisionnel de l'établissement et en particulier en matière budgétaire.

Une situation financière plus tendue en 1999, la rédaction d'un SROS moins favorable pour l'établissement (affectation des lits de néonatalité à l'hôpital de Mont de Marsan), les incertitudes pesant sur l'avenir du thermalisme, conduisent les médecins, représentés par un nouveau président de la CME, à s'intéresser de près au devenir de leur établissement.

Les projets des tutelles, l'offre de soins concurrentielle, la constitution de réseaux sont autant de sujets d'actualité que la communauté médicale ne peut ignorer ; elle prend conscience que tous ces projets peuvent avoir des répercussions sur leur propre situation et donc sur leur service. L'identification du corps médical à l'institution hospitalière se renforce.

L'élaboration du projet médical dans les prochains mois doit être l'occasion de donner un cadre officiel au rôle managérial des chefs de services et accroître le décloisonnement de services. Il est urgent de faire cesser les incompréhensions et les fantasmes entre deux mondes que la force des choses oblige à collaborer. La déconcentration budgétaire peut être une manière d'expérimenter de nouvelles modalités d'association des médecins au processus de décision. Chaque établissement devra choisir sa solution mais l'analyse des multiples innovations locales peut être utile pour progresser dans ce sens.

Enfin, tout concourt à une nouvelle réflexion sur l'organisation du travail, autour d'un projet global de service à la personne malade. Le patient doit être au cœur de toute démarche et le travail d'équipes autour de lui est indispensable. Comme l'indique Dominique TONNEAU, professeur à l'Ecole des Mines de Paris, « *la coordination est au cœur de l'approche globale du malade* ». La déconcentration budgétaire n'est pas une fin en soi, elle doit être un outil dans la réalisation de cet objectif.

GLOSSAIRE

budget de service : prévue par le décret du 11 août 1983 et reprise par la loi hospitalière du 31 juillet 1991, à l'article L714-13 du code de santé publique, la mise en place de budgets de services, repose sur trois notions essentielles : la déconcentration des moyens au niveau du service, la délégation de responsabilités au service qui gère son propre budget, l'évaluation des résultats.

centre de responsabilité : selon le décret du 11 août 1983, les centres de responsabilité doivent correspondre à un ensemble coordonné de moyens humains et matériels présentant un caractère stable, mis en œuvre sous une responsabilité unique, au bénéfice d'une mission, d'une fonction, d'une ou plusieurs activités. Ils sont divisés en centres d'activités qui regroupent des unités fonctionnelles.

Le terme de budget de services est remplacé dans l'ordonnance de 96 par budget de centres de responsabilité mais qui résultent d'un découpage différent de celui prévu en 83.

Contractualisation interne : démarche volontaire, facultative, définie par les ordonnances du 24 avril 96, le décret du 18 avril 97 et la circulaire du 21 avril 97, la contractualisation interne vise une adaptation des méthodes de gestion hospitalière par la responsabilisation des équipes hospitalières. Elle se traduit par la constitution de centres de responsabilité et l'élaboration de contrats de délégation de gestion.

Contrôle de gestion : Il a pour objectif de permettre la décentralisation des responsabilités, favoriser la coordination entre les responsables opérationnels par la mise en place d'un langage commun ; il mesure l'efficacité et l'efficience d'une organisation, en confrontant les résultats obtenus avec les objectifs initialement assignés mais aussi avec les moyens mis en œuvre. Souvent liée au directeur des affaires financières, cette mission devient de plus en plus transversale et donc indépendante.

Délégation de gestion : le Code de Santé Publique prévoit que : « les centres de responsabilité bénéficient de délégations de gestion de la part du directeur. Ces délégations font l'objet d'un contrat négocié par le responsable du centre 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 ». La circulaire du 21 avril 97 précise par ailleurs 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 d'établissements publics de santé. Dans ce cadre, la délégation de gestion peut notamment prendre la forme, selon de modalités qui pourront différer d'un établissement à l'autre, d'une délégation de signature ».

GHM : groupe homogène de malades : Le GHM a vocation à présenter une double homogénéité :

- médicale : le GHM regroupe des séjours de malades présentant des caractéristiques diagnostiques et thérapeutiques à peu près équivalentes
- économiques : le GHM regroupe des malades ayant consommé les mêmes ressources hospitalières.

ICR : indice de coût relatif : A chaque code acte CDAM correspond un ICR. La méthode retenue a été de calculer pour chaque acte un standard en terme de mobilisation de ressources. L'ICR a une valeur relative et positionne les actes les uns par rapport aux autres sur une échelle de mobilisation croissante. Il est décomposé en trois sous indices résultant d'une analyse de la mobilisation des médecins, de l'activité du personnel soignant, des consommations de ressources matérielles.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- ARBUZ** Georges et **DEBROSSE** Denis – Réussir le changement de l'hôpital – Inter éditions – 1996
- BARTOLI** Annie – Le management dans les organisations publiques – Dunod – 1998
- CLEMENT** Jean Marie – Réflexions pour l'hôpital – Les études hospitalières - 1998
- COCA** Elias – l'ISA et le PMSI - Comment mieux gérer les établissements hospitaliers – Berger Levrault - 1998
- GERVAIS** Michel - Contrôle de gestion - Economica – 1997
- LETEURTRE** Hervé et **VAYSSE** Michel – Les tableaux de bord de gestion hospitalière – Berger Levrault - 1994
- PRIX DU CONSEIL SCIENTIFIQUE DU PMSI** – Les budgets de services de soins médicalisés – Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille- 1995
- PRIX DU CONSEIL SCIENTIFIQUE DU PMSI** – Le PMSI en gestion interne – Centre Hospitalier de Blois – 1996
- RAPPORT DU CRIMA** – Collège Régional d'Information Médicale en Aquitaine – Réunion du 09 juin 1998 –
- GUIDE METHODOLOGIQUE DE COMPTABILITE ANALYTIQUE HOSPITALIERE** – Bulletin Officiel – Solidarité santé- Tome 1-2-3 – n 97/2 bis

Articles

- AUMERAS** Patrick et **DEBROSSE** Denis – La délégation de gestion – Entreprise Santé n°15 – mai juin 1998 – pages 16-17
- BLATTER** Stéphane – L'information médicale : enjeu stratégique pour le management des systèmes de santé- Gestions hospitalières – juin/juillet 99 – n° 389
- BRUGERON** Jean Marie – L'organigramme de direction, outil privilégié d'un management rénové – Gestions hospitalières – Février 1998 n°373
- CALMON** Michel – Contractualisation interne et délégation de gestion – Revue Hospitalière de France – N°6 – novembre décembre 1997 – pages 832 à 843
- COULIER** Jean Pierre, **BIDAUT** Anne, **ALEXANDRE** Joël - Une carte d'identité médico-économique pour les services de soins - La lettre d'informations Hospitalières - Lettre des Systèmes d'information médicalisés n°31-3 - p 9 à 12

ESPER Claudine – Le contrat interne dans les établissements publics de santé, notion de fait ou de droit – JurisSanté – n°20 – janvier 1998

FAUJOUR Véronique, **PENAUD** Marc, **BIRON** Noëlle – Nouveaux outils de gestion, l'ère de la gestion partagée – Gestions hospitalières – n°377 – juin/juillet 1998

GUERRERO Isabelle – Une lecture de l'hôpital public fondée sur une triple approche de la structure – Journal d'Economie Médicale – 1997 n° 5

HAGENMULLER Jean Baptiste – Quelques exemples de gestion déconcentrée à l'étranger – Gestions hospitalières – n° 385 - Avril 1999

LEONARD Jean Louis – DIM et management – Gestions Hospitalières – Novembre 95

MAURY François – L'hôpital change – Gestions hospitalières – juillet 1997 – n° 367

PELJAK Dominique : Le management de subsidiarité au service des hôpitaux – Gestions hospitalières – juillet 1997 – n° 367

TONNEAU Dominique – L'hôpital et son organisation – Gestions Hospitalières – n° 342 – janvier 95

Références réglementaires

Ordonnance n°96.346 du 24.04.96 relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée

Décret n° 97.374 du 18.04.97 relatif à la délégation de signature des directeurs d'établissements publics de santé

Circulaire n°97.304 du 21.04.97 relative à la contractualisation interne dans les établissements publics de santé

Loi n°91.748 du 31.07.91 portant réforme hospitalière