



---

**ELEVE DIRECTEUR D'HOPITAL**

**Promotion 2009-2011**

Date du Jury : **décembre 2010**

---

**Le rôle des instruments  
médico-économiques issus de la T2A.**

**L'analyse du pôle urgences de l'hôpital Lyon Sud.**

---

**Benoît RIBOT**

## Remerciements

Cette travail a été réalisé dans le cadre d'un partenariat entre l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique et le Centre de Gestion Scientifique de l'Ecole Nationale des Mines de Paris.

Je tiens à remercier Monsieur Jean-Claude MOISDON, chercheur à l'Ecole Nationale des Mines de Paris, qui non seulement a été à l'initiative de ce travail, mais de plus m'a apporté tout au long de mes travaux, son expérience et ses conseils éclairés.

J'exprime également toute ma gratitude à Monsieur Yves Servant, directeur du Groupement Hospitalier Sud des Hospices Civils de Lyon, pour son accueil tout au long de mon stage au sein de ce centre hospitalier universitaire très dynamique.

Je suis aussi très reconnaissant à Madame Caroline REVELIN, directeur des services financiers du Groupement Hospitalier Sud des Hospices Civils de Lyon, pour sa patience et sa disponibilité pour échanger sur ce sujet.

J'exprime enfin toute ma reconnaissance à Monsieur Vincent PIRIOU, chef du pôle urgence, à Madame Muriel MARQUES, cadre administratif du pôle urgence et à Madame Dominique COMBARNOUS, cadre supérieur de santé du pôle urgence, et à tous les professionnels soignants et médicaux d'avoir accepté de répondre à toutes mes questions, de manière professionnelle et impliquée.

# Sommaire

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Une suite complète d'outils de gestion à visée stratégique et opérationnelle.....</b>	<b>5</b>
1.1 De nombreux instruments de gestion tant au niveau central qu'au niveau déconcentré.....	5
1.1.1 Les outils de la comptabilité analytique.....	5
1.1.1.1 Le compte de résultat analytique (CREA).....	5
1.1.1.2 Le tableau coût casemix (TCCM).....	7
1.1.2 Les tableaux de bord.....	9
1.1.2.1 Les tableaux de bord d'indicateurs de performance .....	9
1.1.2.2 D'autres tableaux de bord éparses.....	11
1.1.2.3 Les tableaux de bord des directions fonctionnelles.....	12
1.1.2.4 Perspective de clôture du titre 1 personnel non médical du pôle.....	12
1.1.3 Les rapports d'analyse.....	13
1.1.4 Les émetteurs et les destinataires des outils.....	13
1.1.5 L'évolution récente des outils de gestion .....	14
1.2 Une utilisation stratégique, une utilisation opérationnelle.....	16
1.2.1 L'orientation et l'arbitrage à moyen terme.....	16
1.2.1.1 Le cadre budgétaire : retour à l'équilibre budgétaire et lean management	16
1.2.1.2 La préparation de l'EPRD et les chantiers efficience.....	18
1.2.1.3 La fixation des objectifs de dépenses du pôle et des CR.....	20
1.2.1.3.1 Dépenses de Titre 1.....	20
1.2.1.3.2 Dépenses de Titre 2 DMPH hors MO et DMI en sus.....	20
1.2.1.3.3 Dépenses de titre 2 (exploitation) : produits non stériles, linge, petites fournitures et dépenses de titre 3 (exploitation) : hôtelier et FGG (frais de gestion générale).....	21
1.2.1.3.4 Dépenses de titre 3 (investissements hôteliers).....	22
1.2.1.3.5 Dépenses de titre 3 (investissements équipements non médical et médical entre 500 et 10.000 € HT).....	22
1.2.1.3.6 Dépenses de titre 3 (investissements équipements non médical et médical supérieurs à 10.000 € HT).....	22
1.2.1.4 La fixation des objectifs d'activité du pôle et des CR.....	22
1.2.1.4.1 Le nombre d'entrées CR.....	24
1.2.1.4.2 L'évolution du taux de marge brute.....	25
1.2.1.4.3 Les autres objectifs.....	25
1.2.2 Le suivi infra annuel : détecter les écarts, expliquer puis réagir.....	26
1.2.2.1 La circulation de l'information de gestion : de l'outil à la communication .....	26
1.2.2.2 La méthode d'analyse .....	27
1.2.2.2.1 L'identification et l'explication des écarts imprévus .....	27
1.2.2.2.2 L'exemple : l'étrange comportement de la réanimation médicale ...	28
1.2.2.3 Les actions correctrices.....	28
<b>2 Un appui au pilotage du pôle urgence, appelant à la vigilance.....</b>	<b>30</b>
2.1 L'appropriation des outils par les acteurs du pôle.....	30
2.1.1 Le catalyseur d'un dialogue de gestion.....	30
2.1.1.1 Un langage commun aux gestionnaires et aux acteurs de santé.....	30
2.1.1.2 L'animation d'équipe et l'unité du pôle facilitées.....	31
2.1.1.3 Le rôle prépondérant du DSF et du DIM .....	31
2.1.2 Une culture médico-économique naissante au sein du pôle.....	32

2.1.2.1 Une responsabilisation croissante des acteurs.....	32
2.1.2.2 Une volonté de se comparer pour obtenir des changements.....	32
2.1.2.3 Une culture de l'efficience en cours de diffusion au sein des unités du pôle .....	33
2.1.2.4 Proposition pour insérer un volet financier pour les logiciels de santé.....	34
2.1.3 Une réorganisation des soins aux contours restreints.....	35
2.1.3.1 Une démarche locale .....	35
2.1.3.2 Le début d'une approche rationnelle.....	36
2.1.4 La qualité de la prise en charge des patients en baisse ?.....	37
2.2 Les limites des outils de gestion .....	40
2.2.1 Une opacité, source de confusion et d'exclusion.....	40
2.2.1.1 Des indicateurs pas véritablement choisis .....	40
2.2.1.2 Confusion pour les néophytes.....	41
2.2.1.3 Des outils non adaptés au changement de périmètre .....	41
2.2.1.4 Au final, des outils réservés à des initiés.....	43
2.2.1.5 Proposition pour démocratiser l'usage des outils de gestion.....	43
2.2.2 Des outils d'une fiabilité relative , en particulier pour la détection des anomalies.....	44
2.2.2.1 Des données remises en cause.....	44
2.2.2.2 La formation d'écrans .....	45
2.2.2.3 Des anomalies non détectées par les outils.....	46
2.2.3 Les freins à l'action.....	47
2.2.3.1 La résistance culturelle .....	47
2.2.3.2 Des informations à l'état brut incomprises donc inexploitées.....	48
2.2.3.2.1 CREA et TCCM d'anesthésiologie.....	49
2.2.3.2.2 Les dépenses de personnel non médical des réanimations.....	50
2.2.3.3 Les marges de manœuvre du pôle pour réagir face aux conclusions tirées des outils de pilotage .....	52
2.2.4 Menace pour l'unité institutionnelle ?.....	53
2.2.4.1 L'indicateur devient l'objectif .....	53
2.2.4.2 La concurrence intra-HCL.....	53
<b>Conclusion.....</b>	<b>56</b>
Annexe -1 : liste des CR et des UF du PAM Urgences (juin 2010).....	57
Annexe -2 : répartition des postes de dépense dans la comptabilité analytique des HCL...	58
Annexe -3 : répartition des recettes dans la comptabilité analytique des HCL.....	63
Annexe-4 : tableau de bord Business Object (Qlikview) .....	69
Annexe-5 : perspective de clôture pour enveloppe personnel non soignant (titulaire et stagiaires, contractuels, intérimaires).....	77
Annexe-6 : destinataires et émetteurs des outils de gestion .....	84
Annexe-7 : tableau de bord USC.....	85
Annexe-8 : étude détaillée du mécanisme de simulation budgétaire DMPH par CR.....	87
Annexe-9 : fiche bilan d'un service.....	93
Annexe-10 : marge brute du pôle urgences.....	96
Annexe-11 : la création de l'USC et de l'UHCD.....	97
Annexe-12 : budget personnel non médical de la réanimation .....	107
Annexe-13 : comparaison entre les services de réanimation des HCL.....	108
Bibliographie.....	109
Résumé.....	113

## Liste des sigles utilisés

- AS : aide-soignant
- ASH : agent de service hospitalier
- ATU : accueil et traitement des urgences
- ACHA : unité de chirurgie ambulatoire
- CCAM : classification commune des actes médicaux
- CCM : comité consultatif médical
- CHLS : centre hospitalier Lyon Sud
- CR : centre de responsabilité.
- CREA : comptes de résultat analytique
- DAEL : direction des affaires économiques et logistiques (niveau central HCL)
- DIM : département d'information médicale
- DMPH : dépenses médicales et pharmaceutiques
- DMS : durée moyenne de séjour
- DP : direction du personnel (niveau groupement)
- DPAS : direction du personnel et de l'action sociale(niveau central HCL)
- DRFCG : direction des finances et du contrôle de gestion (niveau central HCL)
- DSE : direction des services économiques
- DSF : direction des services financiers (niveau groupement)
- DSII : direction du système d'information et de l'informatique
- ENC : échelle nationale des coûts
- ENCC : échelle nationale des coûts à méthodologie commune
- Entrées CR : admission d'un patient dans un service (centre de responsabilité CR)
- Entrées ER : admission d'un patient dans l'établissement
- EPRD : état prévisionnel des recettes et des dépenses
- GHM : groupe homogène de malades
- GHS : groupement hospitalier (sud)

HAS : Haute Autorité de la Santé

HCL : Hospices Civils de Lyon

ICR : indice de coût relatif

IPG : indice de performance globale

MIG : mission d'intérêt général

MCO : médecine chirurgie obstétrique

NBAM : nomenclature des actes de biologie médicale

ONDAM : objectif national des dépenses d'assurance maladie

PAM : pôle d'activité médicale

PGFP : plan global de financement prévisionnel

PM : personnel médical

PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information

PnM : personnel non médical

RSS : résumé standardisé de sortie

RUM : Résumé unitaire médical

SAU : service d'accueil des urgences

SC : surveillance continue

SSR : soins de suite et de réadaptation

TCCM : tableau coût case-mix

T2A : tarification à l'activité

UCU : unité de chirurgie d'urgence

UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée

USC : unité de surveillance continue

UF : unité fonctionnelle

VMCT : valeur moyenne du cas traité en euros de la journée d'hospitalisation dans le CR.  
Cette valeur inclut le tarif du GHS et les suppléments éventuels (réanimation, SI...)

*« Je trouve que la médecine est le meilleur métier de tous, car soit qu'on fasse bien, soit qu'on fasse mal, on est toujours payé de la même sorte. » Molière, le médecin malgré lui*

## Introduction

Annoncé lors des débats parlementaires consacrés à la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2003, le plan Hôpital 2007 était conçu selon son promoteur, Jean-François Mattéi, pour « *redonner espoir et ambition au monde hospitalier* ». Il comportait deux volets essentiels : le premier, l'introduction d'un nouveau mode de financement des établissements de santé, visait à établir l'égalité de traitement entre les secteurs public et privé dans le cadre d'un processus de convergence et incitait à la recherche d'efficience dans la gestion des établissements. Le second structurait les établissements de santé publics en pôles d'activité.

Premier pilier de la réforme, la mise en place de la T2A obligeait les établissements à passer d'une logique de délivrance d'autorisations de dépenses à celle d'une comparaison des dépenses et des recettes générées par l'activité, selon le principe général : « vous gagnez ce que vous avez produit et vous dépensez ce que vous avez gagné ». **Or les recettes sont, par nature, incertaines**, car basées sur un niveau d'activité prévisionnel et des tarifs encadrés révisables annuellement - plutôt à la baisse dans le cadre de la convergence tarifaire. Le gestionnaire doit, dès lors, piloter une structure dont il ne maîtrise ni le volume ni le prix de la production. Le niveau élevé des coûts fixes et la faiblesse des taux de marge impliquent d'**optimiser la productivité** tout en pistant les sources d'inefficience.

**Par conséquent, l'établissement qui vise l'équilibre budgétaire est soumis, dans le cadre mouvant de la T2A, à une pression directe sur ses coûts.**

Depuis son introduction, la T2A incite les établissements à développer de **nouveaux outils de pilotage de leurs activités et de leurs coûts** pour suivre les recettes et les dépenses, leur évolution et leur structure ainsi que d'autres paramètres médico-économiques comme la qualité du codage et l'efficacité de la chaîne de facturation, le taux d'utilisation des équipements ou la durée de séjour. Seule la mise en place d'un système de gestion et de comptabilité performant peut en effet permettre d'identifier les causes précises des écarts éventuels et de mettre en oeuvre des actions correctives tant sur le plan stratégique qu'organisationnel, de mesurer l'impact budgétaire des décisions de gestion, et, finalement, d'assurer un pilotage T2A efficace.

Second volet du plan Hôpital 2007, la modernisation de la **gouvernance** des hôpitaux publics prévoyait la création de **pôles d'activité**. Le passage à la T2A a fait basculer le monde hospitalier dans la culture des recettes, domaine dans lequel le corps médical est



le prescripteur. Dès lors, comme le pôle était devenu l'échelon pertinent de la gestion médico-économique, il semblait naturel d'impliquer les médecins et plus généralement les soignants dans cette dimension.

Dans ce cadre, les Hospices Civils de Lyon (**HCL**) se sont organisés rapidement en pôles d'activité, découpés selon une logique territoriale et de spécialité, dans le souci d'atteindre un seuil optimal pour donner du sens à la délégation de gestion (300 à 600 personnes par pôle). Vingt cinq pôles médicaux ou médico-techniques ont été créés, répartis en vingt pôles au sein de cinq groupements hospitaliers et en cinq pôles transversaux. La mise en place des pôles vise à instaurer une gestion réactive, au plus près de la production d'activité, selon le principe de **subsidiarité**, en proposant des solutions d'intéressement et dans le respect des orientations stratégiques définies dans le projet d'établissement. En contrepartie de ce pouvoir de décision, chaque pôle reçoit, sous forme contractuelle, des **moyens d'assurer ses missions et d'atteindre ses objectifs**. L'atteinte des objectifs donne lieu à un intéressement du pôle, selon des modalités spécifiques définies après l'évaluation du contrat.

Le pôle urgences a été créé en juin 2006 au Centre Hospitalier Lyon Sud (CHLS), partie intégrante du Groupement Hospitalier Sud (GHS). Son périmètre, en 2010, comprend un service d'accueil des urgences (SAU), une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), une unité d'urgences chirurgicales (UCU), une unité de réanimation (médicale et chirurgicale, surveillance continue), une unité d'anesthésie d'urgence (déchocage), une unité d'anesthésie réglée et une unité de médecine légale. Ces sept centres de responsabilité (CR) sont ensuite subdivisés en unités fonctionnelles (UF) dont la liste figure en Annexe-1. Au trio de pôle est venu s'adjoindre depuis 2010 un directeur référent – le directeur des services financiers ici. Son rôle est de sensibiliser le pôle urgences aux enjeux institutionnels et de l'accompagner dans ses projets mais pas de s'immiscer dans sa gestion courante. Sous l'impulsion du cadre administratif dynamique, ce pôle et ses services se sont appropriés les exigences induites par le mode de financement de la T2A. La gestion fine des coûts de production, de l'activité et de quelques paramètres médico-économiques est devenue une préoccupation croissante, même si ce pôle pâtit de l'absence de maîtrise du recrutement de ses patients – contrairement à d'autres pôles – ainsi que d'une grande dépendance de fonctionnement vis-à-vis des autres pôles cliniques.

Or la réforme de la tarification à l'activité (T2A) vise non seulement à réguler au niveau économique global l'ensemble du système hospitalier mais aussi à inciter fortement chaque établissement à modifier son organisation en vue de l'obtention d'une meilleure

performance et à ajuster la consommation des ressources au niveau de la production. Dans cette perspective, **quelle place occupent les nouveaux outils de gestion inspirés par la T2A dans l'évolution de l'organisation du pôle urgences du CHLS ?** Cette question se situe au coeur de mon étude. Selon Morin et Delavallée<sup>1</sup> (2000), l'organisation a plusieurs figures. D'abord, celle d'un système conçu comme "*un ensemble finalisé d'éléments en interaction*", parce que dans une organisation on identifie des objectifs à réaliser, des moyens tant matériels qu'humains pour les réaliser, des dirigeants qui mettent en place des techniques et des systèmes de gestion, en organisant les interactions entre toutes les composantes, et des "*façons de faire*" qui ont acquis une certaine réputation d'efficacité avec le temps. Mais l'organisation a aussi une autre figure, celle d'un système social, "*un ensemble de relations concrètes entre des individus interdépendants*" qui mettent en œuvre des décisions pour atteindre des objectifs. On identifie, dans ces quelques lignes, deux tendances dominantes : une tendance tournée vers le **fonctionnement des systèmes** et une autre orientée vers l'étude des **rapports humains**. Ces deux facteurs apparaissent, dans mon étude, très souvent imbriqués.

Il convient de souligner ici quelques difficultés soulevées lors de la réalisation de ces travaux.

Primo, la mesure de l'évolution d'une organisation, le pôle, se heurte à l'inexistence de celui-ci lors de l'instauration de la T2A. En second, il n'est pas aisé d'établir une nette distinction entre l'observation des effets de la T2A sur l'organisation d'un pôle et les transformations de long terme, structurelles ou conjoncturelles, dues à d'autres déterminants. En effet, des changements exogènes (changement de la patientèle, nouvelles pathologies, développement des services d'urgence dans les cliniques, démographie médicale et soignante, normes de sécurité, influence des laboratoires pharmaceutiques<sup>2</sup>, évolutions réglementaires et tarifaires) et endogènes (innovations techniques et thérapeutiques, gains de productivité suite à la réduction du temps de travail, recommandations de bonnes pratiques) ont pu modifier les conditions de travail, les pratiques et les structures. Enfin, l'établissement de santé et, de manière indirecte, chaque pôle sont dorénavant évalués au travers d'un système unifié autour de trois principes, le contrat pluriannuel d'objectif et de moyens, l'équilibre budgétaire et la certification, assortis de contrats opposables (le contrat de bon usage du médicament). Les gestionnaires doivent, en cas de conflit entre les conclusions tirées des outils mis en place dans le cadre de la T2A et les trois objectifs évoqués ci-dessus privilégier l'atteinte de ces derniers, ce qui n'est pas sans soulever des difficultés.

---

<sup>1</sup> Morin, P. & Delavallée, E. (2000). Le manager à l'écoute du sociologue. Paris : Editions d'organisation.

<sup>2</sup> Selon l'association pour une Formation et une information médicale indépendante (FORMINDEP)

Ces influences potentielles multiples sont une limite à la précision de l'étude et nous proposons, sinon pour nous en affranchir, mais au moins pour les minimiser, de constater les changements d'organisation au travers du prisme des outils de gestion inspirés par la T2A. Ces nouveaux outils sont utilisés à la fois, d'un point de vue stratégique, pour définir les moyens et les objectifs du pôle et, d'un point de vue opérationnel, pour assurer un suivi de gestion, par le pôle lui-même ou par d'autres entités, la direction financière et la direction générale principalement (I). Favorisant à la fois la culture médico-économique et l'optimisation des structures au sein du pôle, l'emploi de ces instruments de gestion se heurte cependant aux changements de structures, à la formation d'écrans, à l'existence de freins culturels et intellectuels ainsi qu'à une délégation de gestion parfois insuffisante au regard des plans d'action que les outils suscitent. De plus, un oubli de la finalité de ces outils pourrait aboutir à une compétition fratricide entre les pôles, pourtant interdépendants (II).

\*\*\*

# **1 Une suite complète d'outils de gestion à visée stratégique et opérationnelle**

Issus de la comptabilité analytique ou simples suivis d'indicateurs, les outils de gestion fournissent au pôle, mais aussi à la direction, une aide à la prise de décision stratégique et opérationnelle le concernant.

## ***1.1 De nombreux instruments de gestion tant au niveau central qu'au niveau déconcentré***

L'objectif poursuivi depuis plusieurs années par les HCL est d'informatiser la plupart des processus et des métiers intervenant dans le système d'information, en particulier le dossier médical et paramédical du patient, le circuit du médicament, la facturation et le codage, les fonctions administratives. Le croisement des données des infocentres sectoriels (activité, ressources humaines, gestion économique et financière, ...) permet de corréler finement l'activité, les recettes générées et les dépenses constatées dans les unités de soins et de mettre à disposition des décideurs de la direction et du pôle des outils d'aide au pilotage.

### **1.1.1 Les outils de la comptabilité analytique**

La direction des ressources financières et du contrôle de gestion (DRFCG), direction transversale des HCL, produit une comptabilité analytique en coûts complets par unité fonctionnelle (UF), en conformité avec le guide national et à partir de laquelle sont construits les comptes de résultat d'exploitation analytique (CREA) des HCL, des groupements, des pôles ou des centres de responsabilité ainsi que les tableaux coûts casemix (TCCM) par centre de responsabilité.

#### ***1.1.1.1 Le compte de résultat analytique (CREA)***

Le CREA mesure la contribution d'une unité de production de granularité variable - centre de responsabilité (CR), pôle, groupement, HCL - au résultat économique de l'établissement en intégrant les recettes directes et indirectes ainsi que les coûts directs et indirects pour définir un coût complet. Les CREA sont bâtis sur le modèle de l'échelle nationale des coûts à méthodologie commune (ENCC) : il s'agit d'une approche analytique (au sens où elle opère des retraitements de la comptabilité générale), rétrospective (sur exercice clos) et annuelle.

La ventilation des dépenses, détaillée dans l'Annexe-2 se fait en deux étapes, que le séjour soit mono-CR ou multi-CR. Dans un premier temps, les dépenses sont affectées,

au **coût réel** dans la mesure du possible, **directement** à chaque UF. Les dépenses restantes sont réparties dans un deuxième temps entre les pôles selon des unités d'œuvre.

Les dépenses **d'imagerie, de biologie et d'anesthésiologie** sont facturées aux services cliniques en fonction de leur consommation réelle (nombre d'ICR ou de B réellement consommés, hors activité externe), valorisées non pas selon le coût de production mais selon le tarif de référence obtenu à partir des données de l'ENCC. Ce mode de facturation a l'avantage de pénaliser le service qui prescrit trop de B ou d'ICR et de faire reposer les surcoûts de production sur le service producteur (recettes au tarif de l'ENCC). La facturation des prestations médico-techniques permet aussi de fixer des objectifs à chaque secteur et les services cliniques ne supportent pas la totalité du déficit de l'établissement.

Les recettes, détaillées en Annexe-3, sont les recettes **réellement encaissées** et non pas le résultat d'une simulation par rapport à l'activité. Le taux d'encaissement au comptant du CHLS est insatisfaisant, ce qui induit d'une part un léger décalage entre les recettes figurant au CREA et l'activité réalisée sur la période et d'autre part un risque de non recouvrement, en particulier sur l'activité externe. L'affectation des recettes concernant un séjour multi-CR est effectuée selon la **méthode de groupage des résumés d'unité médicale (RUM)**. Chaque passage dans un service est codé virtuellement et donne un GHS virtuel par service. Le séjour est décomposé en plusieurs RUM. On associe à chaque RUM un GHM et donc un GHS. On répartit le GHS réel par CR (du même pôle ou non) proportionnellement au poids du RUM. Par exemple, supposons qu'un séjour composé de deux RUM soit associé à un GHS de 300 €. Le codage du premier RUM donnerait un GHS de 200 € et celui du deuxième 400 €. La recette interne pour le CR qui a pris en charge le premier séjour est de  $300 \times 200 / 600$  € et celle de l'autre CR est de  $300 \times 400 / 600$  €. Les recettes des tarifs 2 (prélèvement d'organes, aphérèses sanguines, dialyse, radiothérapie) et 3 (suppléments journaliers) sont attribuées aux CR producteurs. La méthode du groupage des RUM présente l'avantage de tenir compte à la fois de la durée du séjour, de la qualité du codage dans chaque unité et des actes qui y ont été réalisés. En revanche, elle va à l'encontre du modèle initial de programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) dans lequel le séjour est une synthèse des RUM et non une juxtaposition des RUM.

Pendant longtemps, le débat a porté sur la méthodologie (manière d'obtenir des chiffres) plus que sur les résultats du CREA eux-même. Ce débat est quasiment dépassé. La méthodologie de construction des CREA aux HCL se perfectionne régulièrement, dans le double souci de rattacher toujours plus directement les recettes et les dépenses de

chaque CR et de pouvoir ensuite rapprocher les données avec celles de l'ENCC. Car si le CREA constate la performance de l'entité, il n'en identifie pas les inducteurs. La constitution du tableau coût case-mix (TCCM) par entité de production de soins réalise ce lien.

### **1.1.1.2 Le tableau coût casemix (TCCM)**

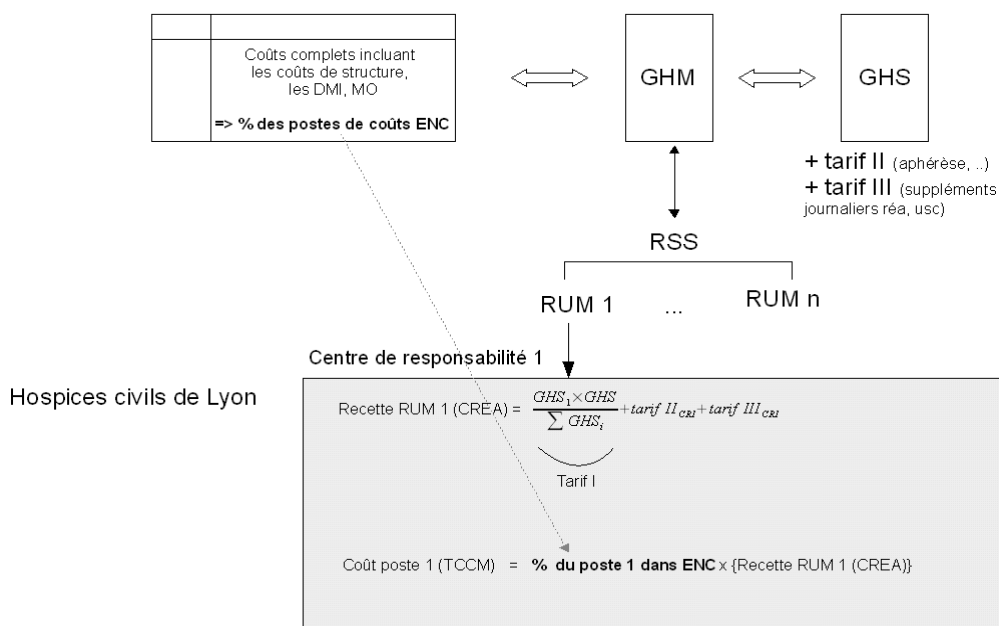
Le tableau coût case-mix (TCCM) **compare, pour chaque CR, les coûts directs et indirects liés aux GHM** avec ceux d'un établissement virtuel ayant le même case-mix et dont les coûts directs et indirects de production sont ceux issus de l'ENCC.

Le but du TCCM n'est pas d'atteindre le coût moyen de la référence mais de valoriser pour chaque secteur ses points forts et de tenter d'appréhender et de résorber ses points faibles. Il constitue donc un outil stratégique d'interrogation sur l'efficacité de l'organisation et des processus utilisés par le CR et l'ensemble des entités qui sont à l'interface. La direction des services financiers (DSF), entité locale du Groupement Hospitalier Sud (GHS) rappelle souvent que le TCCM n'est pas la certification des pratiques médicales, la liberté de prescription étant maintenue, et que les acteurs doivent dépasser le débat sur la fiabilité des informations du PMSI et concentrer principalement leur attention sur les tendances et les grands écarts.

La DRFCG compare les coûts des HCL à des tarifs ENCC après répartition. Elle calcule, pour chaque GHM, la contribution relative de chaque poste de dépenses (en %) dans la constitution du coût moyen de production du GHM dans l'ENCC. Les molécules onéreuses et les DMI payés en sus dans le dispositif T2A sont incluses pour tous les GHM et le coût complet contient les coûts de structure. La méthode de groupage des RUM attribue à chaque RUM (CR) un tarif GHS virtuel. Pour chaque RUM, poste coût<sub>A</sub> = poids relatif ENC du poste coût<sub>A</sub> x [le tarif GHS virtuel du CR + tarif<sub>II+III</sub> du RUM].

Le tarif II est comptabilisé ici uniquement si l'activité est réalisée au profit de patients hospitalisés.

## Coûts moyens de l'ENC



Ce mode de calcul est, selon le DIM, une bonne approche de la situation réelle concernant les recettes et la durée du séjour dans le CR. En revanche, même s'il y a bien une corrélation étroite entre les coûts des GHM et les tarifs des GHS, les tarifs n'intègrent pas tous les éléments de coûts constatés dans l'ENC et le ministère fixe les tarifs de certaines pathologies arbitrairement, dans un souci par exemple de santé publique.

De manière plus générale, le TCCM est un outil construit originellement autour d'un case-mix diversifié, idéalement celui d'un hôpital. La forte spécialisation des CR aux HCL nuit à la variété du case-mix et donc à la pertinence et à la cohérence explicative de la référence de l'ENC. De plus, l'absence de recettes GHS directes dans les unités logistiques ou médico-techniques, remplacées par des recettes virtuelles, introduit un biais d'appréciation de la performance de ces entités. Le SAU n'a pas de TCCM et celui de l'anesthésiologie est difficilement interprétable. Enfin, le CREA et le TCCM sont des outils annuels stratégiques qui ne permettent pas le pilotage opérationnel infra annuel des pôles, ni l'élaboration d'une prévision.

## 1.1.2 Les tableaux de bord

En complément des outils de pilotage stratégique, les tableaux de bord *mensuels* accompagnent aux HCL le pilotage infra-annuel du pôle et des centres de responsabilité.

### 1.1.2.1 **Les tableaux de bord d'indicateurs de performance**

Opérationnels depuis 2008, ces tableaux de bord proposent, au sein d'un même logiciel, un suivi synthétique et visuel d'un ensemble d'indicateurs listés en partie dans l'Annexe-4. Une page de garde dans chaque domaine présente les indicateurs principaux du pôle, tandis que d'autres indicateurs sont disponibles dans les onglets. Les données sont présentées au niveau du pôle et déclinées par CR puis par UF. Le suivi est mensuel ou en cumulé, avec une indication de l'écart à l'objectif mensualisé fixé au contrat et une possibilité d'un accès aux données des deux derniers exercices. L'outil est personnalisable et autorise la sauvegarde permanente de la sélection active en cours ainsi que les modifications de présentation réalisées dans le tableau de bord. Mais il est impossible de créer sa propre feuille en panachant les thèmes (RH, activité, ...) ce qui pourrait être utile aux chefs de service pour suivre l'activité de leur unité uniquement.

Les indicateurs renseignés dans le tableau de bord ont été choisis par un groupe de travail piloté par la DRFCG, en collaboration avec la DSF des GH et les trios de pôle. Une évolution de ces outils intervient deux fois par an, à partir des remontées d'informations et des enrichissements souhaités par l'ensemble des utilisateurs, en particulier des cadres administratifs de pôle.

Les tableaux de bord, généralement mensuels, recensent des **indicateurs financiers** (consommation de ressources, certaines dépenses de titre 1, 2 et 3, estimation trimestrielle des recettes des tarifs I, II et III, pourcentage des suppléments de réanimation sur le total de suppléments) et des **indicateurs opérationnels** sur le processus de formation de ces coûts : nombre de séances, d'actes, de consultations et de séjours, durée moyenne de séjour (DMS), nombre de repas et de draps livrés, nombre de mensualités de personnels non médicaux par catégorie, taux d'absentéisme du personnel non médical et les motifs, taux d'occupation des lits en service, fermetures de lits, taux de recueil dans le PMSI saisis au plus tard 10 jours après la sortie de l'UF. Des **indicateurs sentinelles** précisent annuellement, par pôle et par CR, les caractéristiques des séjours (âge moyen des patients, nombre moyen et part des séjours de moins de 24h), les effectifs en personnel médical (PM) et non médical (PnM) dont les secrétaires, la production en euro et la valeur moyenne du cas traité (VMCT) par jour, la production



d'indices de coût relatif (ICR) des actes CCAM<sup>3</sup> réalisés par le CR, la consommation d'ICR d'imagerie et celle de biologie (comparée à la référence ENC) et la performance globale du service (nombre de résumés standardisés de sortie (RSS) et valeur de l'indice de performance globale<sup>4</sup> (IPG) pour l'hospitalisation, la part des séjours provenant des urgences et de ceux de 0j). Une analyse des trois premiers groupes homogènes de malades (GHM) de chaque CR (effectif, DMS réelle et de référence, % du chiffre d'affaire représenté) est également proposée. Trop succincte, cette analyse est complétée par la diffusion du **case-mix trimestriel complet** qui est plébiscitée par les médecins bien qu'apportant peu d'éléments structurants, étant donné sa variété (plus de 200 GHM en réanimation médicale ou chirurgicale). Les **indicateurs croisés** tels que la production en euros et le nombre de séjours et de consultations par équivalent temps plein (ETP) de PM ou de PnM, la production en euros par lit et leur comparaison avec les autres unités des HCL sont en revanche très révélateurs de l'efficacité du service. Ils peuvent induire un changement de pratique et d'organisation.

Tous ces indicateurs ont été sélectionnés en fonction de leur capacité à refléter rapidement des tendances ou des évolutions maîtrisables par l'équipe de pôle, de leur simplicité de compréhension et du caractère univoque de leur interprétation. A titre d'illustration, la **DMS** exprime la capacité de l'établissement à optimiser son organisation et à réduire ses coûts. Elle est certes liée à la gravité de l'état des patients qui ne relève bien sûr pas de la qualité de la prise en charge par l'unité (voir le chapitre 1.2.2.2 sur la réanimation médicale). Mais sa corrélation au taux d'occupation et de rotation des lits et à la qualité des interfaces entre les services cliniques et les services médico-techniques fait de la DMS un bon indicateur de l'efficacité du travail en équipe et de la performance collective de l'unité et de l'établissement. Enfin, la DMS conditionne directement la capacité d'accueil de nouveaux patients et donc la facturation de nouveaux GHS. Le **taux d'occupation des lits** mesure l'utilisation des ressources matérielles et humaines donc le taux d'amortissement des coûts fixes, repère les leviers d'action en terme d'organisation avec les unités d'aval de médecine et de chirurgie du Centre hospitalier Lyon Sud (CHLS). Cet indicateur doit être interprété en fonction de la dimension des unités de soins (nombre de lits) et des coûts fixes de personnel. L'**évolution mensuelle des entrées et séances**, quant à elle, fournit une bonne approximation de la progression des recettes dont une estimation est publiée trimestriellement aux HCL. Le département d'information médicale (DIM) espère prochainement être en mesure de fournir une valorisation

---

3 Classification commune des actes médicaux

4 Comparaison de la durée moyenne de séjour des RSS réalisés en tout ou partie dans le CR (et non pas des RUM) à la durée moyenne de séjour de la base nationale. Un indice supérieur à 100 signifie que les durées de séjours des séjours hospitaliers réalisés en tout ou partie dans le CR sont plus longues à activité égale que les durées de séjours de la base de référence (base nationale). Inversement, un indice inférieur à 100 signifie que les durées de séjours des séjours hospitaliers réalisés en tout ou partie dans le CR sont plus courtes à activité égale que les durées de séjours de la base de référence.

mensuelle des GHM grâce à une simulation plus précise des recettes des séjours en cours. Enfin, les publications scientifiques ne sont pas suivies dans le cadre de ces tableaux de bords mais le pôle urgences est peu concerné en raison du faible nombre de médecins bi-appartenant (hospitalo-universitaires).

### 1.1.2.2 D'autres tableaux de bord éparses

D'autres tableaux de bord indépendants et plus sobres viennent en complément de ce panel d'indicateurs intégrés.

Un premier tableau de bord concerne l'**activité**. Les actes CCAM, les consultations NGAP, le casemix par pôle et par CR sont par exemple extraits du PMSI par la DRFCG et le DIM. Les actes CCAM et les consultations NGAP sont suivis mensuellement par CR et par pôle en volume et en valeur, avec une comparaison avec l'exercice précédent. Le case-mix de chaque CR est détaillé, chaque trimestre, dans ces tableaux de bord qui précisent pour chaque GHM le nombre de résumés standardisés de sortie (RSS) distincts et les recettes en euros hors tarifs II. Le taux de facturation des suppléments de réanimation et de surveillance continue (SC) font en effet l'objet d'une surveillance trimestrielle par CR à part.

Le tableau suivant résume, par CR, le type de suivi effectué dans ce cadre.

	Case-mix (trimestriel)	Suppléments (trimestriel)	CCAM actes (mensuel)	NGAP consultations (mensuel)
Réanimations	X	Réanimation		
SAU			X	X (sans hospitalisation)
UCU	X		X bloc	
Anesthésie urgence (déchocage)	X		X	X (sans hospitalisation)
Anesthésie réglée			X	X (sans hospitalisation)
UHCD	X		X (addictologie, psychiatrie)	
USC	X	Surveillance Continue		

Les **dépenses médicales et pharmaceutiques DMPH** de chaque CR, hors molécules onéreuses et dispositifs médicaux implantables, sont listées chaque mois par produits en volume et en valeur, et mises en regard avec l'exercice précédent.

Enfin, un rapport mensuel relatif à l'**exhaustivité et la qualité du codage** est adressé par le DIM à la DSF et à chaque responsable de CR pour le CR le concernant. Ce tableau de bord présente des données d'exhaustivité des RUM (nombre mensuel de RUM sans diagnostic, à J+30) et la distribution de l'activité globale du CR ou des sept premiers GHM dans les différents niveaux de sévérité, comparée à la moyenne des HCL et à la moyenne nationale. Ce tableau de bord a été initialisé dans le cadre du projet sur l'amélioration du codage prévu par CAP 2013.

#### **1.1.2.3 Les tableaux de bord des directions fonctionnelles**

La direction du personnel et de l'action sociale (DPAS) et son correspondant au niveau groupement hospitalier, la direction du personnel (DP) élaborent par pôle un tableau des mouvements nominatifs prévisionnels du personnel non médical, servant d'appui à leur rencontre mensuelle de suivi avec le cadre supérieur de pôle et le cadre administratif.

La direction des affaires économiques et logistiques (DAEL) et son correspondant dans les groupements hospitaliers, la direction des services économiques (D.S.E.) listent, par pôle, les évolutions des consommations en volume et en valeur de chaque compte budgétaire (titre 2 : produits non stériles et linge; titre 3 : hôtelier et fournitures de gestion générale), et leurs écarts par rapport à l'exercice antérieur. Une attention particulière est apportée, par pôle, aux locations de matériels à caractère médical (supports préventifs d'escarres) et aux repas commandés en regard du nombre de repas théoriques calculé en fonction de l'activité. Toute évolution de consommation ou de dépense supérieure à 20% par rapport à l'année précédente est surlignée en rouge et analysée lors de la réunion quadrimestrielle de la DAEL avec le cadre administratif du pôle.

#### **1.1.2.4 Perspective de clôture du titre 1 personnel non médical du pôle**

L'attaché du pôle urgences est le seul cadre administratif à élaborer des perspectives de clôture mensuelles de l'enveloppe PnM, destinées au chef de pôle et au directeur référent du pôle (Annexe-5). Cet outil de gestion spécifique au pôle urgences vise à évaluer le respect de l'enveloppe budgétaire du titre 1 PnM qui lui a été allouée pour l'exercice et est une aide à la décision pour adapter les embauches de fonctionnaires et le recours à des contractuels et des intérimaires.

Il est construit à partir, d'une part, de valeurs réelles en PnM constatées par les indicateurs de ressources humaines et l'arrêté de paie et d'autre part, de valeurs prospectives dépendant des mouvements prévisionnels de personnel, des recours à des postes de contractuels lors des années précédentes et des dates de sortie des écoles paramédicales.

Le cadre en déduit pour les mois à venir, le nombre de CDD et intérimaires que l'on peut recruter, ainsi que les recrutements à effectuer. De manière astucieuse, le pôle recrute en surnombre, à leur sortie d'école, des infirmières diplômées d'Etat (IDE) et des infirmières anesthésistes diplômées d'Etat (IADE) afin d'anticiper au mieux les départs naturels d'IDE et d'IADE. Il est en effet quasiment impossible de recruter ces catégories de personnel en cours d'année. Le surcoût, en début d'année, est moindre que l'appel à des intérimaires dont la venue est toujours incertaine, surtout pour les IADE.

### 1.1.3 Les rapports d'analyse

La DSF du groupement hospitalier sud élabore un **point activité mensuel MCO, recettes de titre 3, dépenses de titre 1,2, 3, perspectives de clôture des dépenses de titre 2,3 à destination des directeurs fonctionnelles, de la direction générale du GHS et de la gouvernance centrale des HCL**. Ce rapport d'analyse reprend les données sur l'activité et les dépenses déjà présentes dans les tableaux de bord précédemment mentionnés. Les principales évolutions du mois, au niveau CR, par rapport à l'objectif et à l'exercice précédent, du volume d'entrées CR<sup>5</sup> et de séances, des dépenses de titre 1 PnM, de titre 2 DMPH et de titre 3 hôtellerie et logistique sont mises en lumière et expliquées par la DSF.

La DSF reprend également dans son **rapport d'analyse de la situation du Groupement Hospitalier Sud** qu'elle transmet à la direction, les évolutions significatives d'activité MCO et les dépenses de titre 1, 2 et 3 au niveau du groupement hospitalier uniquement, commentées succinctement, et auxquelles elle joint le suivi des actions proposées pour améliorer la situation constatée. La création de l'unité de surveillance continue (USC) et de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), la fusion des équipes non médicales du service d'accueil des urgences (SAU) et de l'UHCD, le renforcement des contrôles de la DSE sur les demandes de prestations, le recrutement de personnel non médical (IADE et IDE) afin d'éviter la fermeture de salles de réveil et de bloc opératoire sont des exemples d'actions concernant le pôle des Urgences en 2009.

### 1.1.4 Les émetteurs et les destinataires des outils

Les utilisateurs de la direction et du pôle ont accès aux données brutes permettant, à leur niveau, le pilotage de l'entité sous leur responsabilité. L'interprétation de ces données est fournie dans des rapports écrits à la direction (chapitre 1.1.3) et se fait oralement au personnel du pôle lors de réunions formelles (conseil de pôle, bureau de pôle, réunions avec la direction, comité de gouvernance locale<sup>6</sup>) ou de rencontres bilatérales entre les

5 Nombre d'entrées dans le service (CR)

6 Réunion mensuelle, au niveau du groupement hospitalier, des directeurs et des chefs de pôle du groupement

émetteurs de ces données et le trio ou les chefs de service.

Par ailleurs, concernant les tableaux de bord des indicateurs de performance, la direction et la directrice des services financiers ont accès aux informations de tous les pôles qu'ils peuvent éventuellement agréger pour obtenir le résultat du groupement hospitalier par exemple. Les utilisateurs du pôle, recensés par le cadre administratif de pôle et habilités par la DRFCG, ont, quant à eux, accès aux données de leur pôle uniquement. Mais l'intégration en juin 2010 des indicateurs sentinelles à ce tableau qui est par ailleurs consultable plus facilement sous forme web depuis avril 2010 relance actuellement le débat sur l'intérêt de cette restriction. Ces indicateurs sentinelles comparent, en effet, les différents CR au sein des HCL et étaient auparavant diffusés de manière plus confidentielle dans « un cahier d'indicateurs », prioritairement aux chefs de service. Désormais ceux-ci sont de fait plus largement accessibles et cacher une partie des résultats du pôle nuit à l'unité de la démarche. Le tableau figurant à l'Annexe-6 établit la correspondance entre les émetteurs et les destinataires de ces informations.

#### 1.1.5 L'évolution récente des outils de gestion

Les outils évoluent à la demande de la gouvernance centrale, de la DSF et des pôles. La tendance est à la conversion plus systématique d'indicateurs d'activité en données financières (recettes liées à l'activité, aux suppléments de réanimation, aux chambres individuelles), au regroupement des tableaux de bord dans un outil unique de consultation, à l'intégration d'indicateurs plus spécialisés (blocs opératoires). Une plus grande précision est également accordée aux imputations de dépenses et au suivi des actions d'amélioration de la situation financière. Enfin, certains indicateurs peuvent être suivis ponctuellement. L'activité des urgences fait ainsi l'objet d'une attention particulière depuis avril 2009, suite à l'ouverture d'un service d'accueil des urgences à la clinique des Portes du Sud et à la volonté affichée par les HCL de réduire la perte financière représentée par les transferts hors HCL de patients ayant pu être pris en charge par l'un de ses établissements. Une réflexion transversale aux HCL est par ailleurs en cours sur le choix d'indicateurs pertinents (indicateurs qualité, efficacité, productivité) sur l'activité des urgences, dans le cadre d'une réorganisation transversale potentielle.

---

hospitalier, des représentants du Comité Consultatif Médical (CCM)

\*\*\*

*La gamme d'outils de gestion destinée à l'analyse de l'activité du pôle et mise à la disposition de ce dernier est très large. Conçus originellement par la gouvernance centrale, ces instruments évoluent constamment dans le but de s'adapter aux désirs de leurs utilisateurs. La variété des données collectées et les comparaisons temporelles ou avec des référentiels nationaux offrent une mesure de la performance médico-économique du pôle et constituent une aide potentielle à son pilotage. Je propose toutefois d'**homogénéiser la fréquence de production** des données des tableaux de bord, en particulier des recettes et des ratios médico-économiques. Une production mensuelle pourrait dynamiser le pilotage et augmenter la réactivité des dirigeants. La granularité de la comptabilité analytique pourrait aussi être améliorée et passer à une **analyse en coûts complets par séjour**, condition pour une étude plus fine du portefeuille d'activités du pôle. Enfin, le pôle devrait être en mesure de **suivre ses dépenses de personnel médical**, élément important de son compte de résultat.*

## **1.2 Une utilisation stratégique, une utilisation opérationnelle**

Les outils de gestion fournissent des signaux mettant en perspective les mouvements conjoncturels et invitant à percevoir les évolutions structurelles du pôle. Ils offrent par conséquent un socle de données préalables à l'établissement des contrats de pôle et permettent, en phase d'exécution, le suivi de l'application des mesures sur lesquelles le pôle s'est engagé.

### **1.2.1 L'orientation et l'arbitrage à moyen terme**

Depuis l'avènement de la T2A, les établissements de santé prennent seuls le risque économique du financement de leurs stratégies. En contrepartie, une stratégie efficace permet à un établissement d'augmenter ses ressources, par le développement de services nouveaux, la conquête de parts de marché sur ses concurrents, l'optimisation de son organisation, la maîtrise de ses coûts. La détermination d'objectifs d'activité et de dépenses par centre de responsabilité existait avant l'introduction de la T2A aux HCL. Le déploiement aux HCL d'une panoplie d'instruments de gestion - TCCM, CREA, tableaux de bord – contribuent, par leurs données et les tendances qui en émergent, à l'élaboration des objectifs et des moyens figurant dans les contrats de pôle, dans le cadre notamment d'efforts de gestion collectifs (les chantiers efficience). L'EPRD reste cependant fortement dépendant du plan de retour à l'équilibre inscrit dans le projet d'établissement 2009-2013.

#### **1.2.1.1 *Le cadre budgétaire : retour à l'équilibre budgétaire et lean management***

Les HCL ont fait du redressement de leur situation comptable un enjeu crucial. En 2008, le déficit du compte de résultat principal rapporté aux produits était de 6,94 %, bien au-delà des 2% réglementaires. Ces difficultés résultent, d'une part de l'introduction puis la généralisation rapide de la T2A qui a pénalisé cet établissement historiquement surdoté, par une période de forts investissements et, d'autre part, de la taille des HCL et leur manque de réactivité pour faire face aux évolutions de l'activité, de la réglementation et des technologies. Les conclusions de l'audit du cabinet KPMG, reprises dans le projet d'établissement 2009-2013, préconisaient de réduire le déficit d'exploitation des HCL, par tranche annuelle et structurelle de 24 M€ / an, soit 91 M€ d'ici 2013, essentiellement par réduction progressive des coûts de production.

La maîtrise de la masse salariale (titre 1) vise à dégager 9 M€ par an, par la baisse du nombre de mensualités de remplacement, la suppression des primes non réglementaires, le non-remplacement des départs à la retraite et l'optimisation des organisations (services normés, blocs). L'évolution des dépenses médicales et pharmaceutiques (titre 2) doit se

limiter à une augmentation moyenne annuelle de 2%, par l'informatisation du circuit du médicament, la maîtrise des prescriptions, la redéfinition de la sous-traitance de certains équipements biomédicaux. Enfin, la gouvernance centrale des HCL a fait l'hypothèse d'une évolution limitée à 0,5% par an des dépenses hôtelières (titre 3). La création d'une direction des achats a pour objectif de réduire les prix d'achat en diminuant le nombre de fournisseurs selon une standardisation des produits et des prestations, en particulier de maintenance.

Des gains obtenus par l'allongement des durées d'amortissement et la valorisation du patrimoine (revalorisation de loyers et vente de biens) complètent cette recherche de marges de manœuvre pour le rétablissement des grands équilibres financiers aux HCL.

### Extrait du PGFP des HCL 2009-2013

Montant de l'effort d'ici 2013 = 173 M€	Efforts de gestion général (dont efforts 2009)	99,4 M€
	<u>Dépenses Titre 1 - Personnel</u> :	36,9 M€
	Médical : 8,5 M€	
	Non Médical : 28,4 M€	
	<u>Dépenses Titre 2 - Médicales</u> :	43,0 M€
	<u>Dépenses Titre 3 - Hôtelières</u> :	10,8 M€
	<u>Recettes Titre 2 (ticket modérateur)</u> :	2,8 M€
	<u>Recettes Titre 3 (recettes subsidiaires)</u> :	5,9 M€
	<u>Titre 1 de recettes : recettes d'activité issues du Projet Médical (recettes d'assurance maladie)</u> :	14,8 M€
	<u>Valorisation du patrimoine DNA</u> :	22 M€
<u>Dépenses d'amortissements &amp; frais financiers</u> :	37 M€	
	Frais Financiers : 33 M€	
	Amortissements : 4 M€	

Les comptes 2009 affichent un net redressement des HCL, le déficit d'exercice hors dotation non affectée passant de 95M€ en 2008 à 77M€ à 2009. « *La situation est encourageante mais les efforts ne doivent pas être relâchés* » répétait Paul Castel, le directeur général des HCL, en juin 2010 devant l'assemblée des cadres de direction. « *L'essentiel du redressement passe par des économies, le volet recettes devant toutefois être consolidé* ».

Les HCL mènent, depuis 2009, 140 projets au niveau institutionnel, échelonnés sur 3 ans. D'après Julien Samson, directeur général adjoint aux HCL, ces projets sont abordés « *avec un triple objectif d'amélioration de l'efficacité, de la qualité et des conditions de travail. Nous nous inscrivons dans une démarche de lean management* ». Le **lean management** est un ensemble de techniques de gestion visant à éliminer toutes les



activités sans valeur ajoutée (manutention inutile, traitement inadéquat) et les pertes (de temps, de matières, d'argent ...) afin de réduire les stocks excessifs, d'optimiser la qualité et d'augmenter la productivité. Dans le cadre de cette démarche, les acteurs opérationnels, personnel soignant, médical et administratif participent à des ateliers. Chaque projet débute par un état des lieux puis se poursuit par l'élaboration d'un plan d'actions qui fait ensuite l'objet de tests in situ sur une période de six à huit semaines. Le cas échéant, les solutions sont amendées avant d'être dupliquées au sein des HCL et adaptées aux spécificités locales. Quelques projets concernent le pôle urgences du CHLS : la création d'une unité de surveillance continue, la mise en place d'une unité d'hospitalisation de courte durée, la convergence des effectifs des services normés (réanimation) vers les effectifs réglementaires.

L'évolution de chaque projet est renseignée dans une fiche normalisée par les HCL reprenant le contexte du projet, les objectifs, l'état d'avancement général du projet et le suivi détaillé des plans d'actions et des livrables, les arbitrages demandés à l'instance décisionnelle, le suivi des risques, le choix d'indicateurs à surveiller. La fiche concernant le projet création d'une USC est jointe en Annexe-7.

#### **1.2.1.2 La préparation de l'EPRD et les chantiers efficience**

Au-delà des 140 projets ciblant une thématique précise et souvent transversale, les HCL déclinent les objectifs du projet d'établissement par groupements puis par pôles au travers de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD). La préparation de l'EPRD passe par une phase de diagnostic sur les groupements et les pôles puis par l'élaboration de plans d'action permettant une amélioration du résultat des pôles. Ces mesures s'articulent autour d'une optimisation des moyens délégués dans les pôles, une plus grande maîtrise des prescriptions et sur le développement d'activités médicales nouvelles.

En mai, **la DRFCG analyse les comptes de résultat analytique** des pôles et des groupements de l'exercice passé pour établir un ordre de priorité des chantiers. Elle classe les pôles selon leur taille (produits, effectifs), leur taux de marge brute, les indicateurs croisés (TCCM, indicateurs sentinelles), les grandes masses financières (résultat), la capacité à financer l'ensemble de leurs charges ou seulement leurs charges directes ou à défaut leurs charges de personnel. Cinq à dix « **chantiers efficience** » sont fixés à partir de ces classements, du logigramme de décomposition du résultat des pôles et de chantiers du projet d'établissement. Le niveau d'étude s'arrête aux pôles, la DRFCG ne pouvant expliquer les données des CR dont elle ne connaît en général pas le contexte. Les pôles en grande difficulté, à l'exception des pôles structurellement déficitaires, font

l'objet d'études de restructuration conduites par la gouvernance centrale, en concertation avec la direction de la stratégie, les chefs de pôle et les directions de groupement.

Les pôles ou les groupements doivent nécessairement ouvrir ces « **chantiers efficience** ». Pour l'année 2011, le volet « recettes » des chantiers efficience vise le taux d'occupation (et la DMS) des services d'hospitalisation complète et de semaine, le taux d'utilisation des blocs opératoires, des plateaux d'imagerie et de biologie, la saturation des services à tarification spécifique (suppléments journaliers ou tarifs particuliers par exemple : soins palliatifs), l'utilisation des vacations médicales (nombre de RSS par ETP médical), l'efficience du recueil et du codage de l'activité médicale (taux d'exhaustivité, optimisation, limitation du risque d'indus, ...). Le volet « dépenses et prescriptions » s'intéresse à la situation par rapport aux effectifs adaptés à l'activité, aux prescriptions d'imagerie et de biologie, à l'organisation des secrétariats médicaux (consultations). Certains chantiers ne s'imposent toutefois qu'à certains pôles ou groupements (exemple du turn over des plateformes d'hospitalisation de jour pour les pôles chirurgie et médecine). Ces chantiers sont axés prioritairement selon une logique de performance médico-économique. En outre, chaque pôle ou groupement peut examiner tout autre chantier complémentaire comme la mise en place d'une USC au pôle urgences du CHLS par exemple.

En juin, la DSF de chaque groupement hospitalier analyse les comptes de résultats analytiques des entités qui la concernent et propose, en concertation avec les pôles et la direction de groupement, des **plans d'action** correspondants. L'objectif – ambitieux - est de réduire de l'ordre d'un tiers par an sur les trois exercices 2011 à 2013 le déficit pour rétablir l'équilibre financier. En général, tout développement d'activité médicale doit afficher des dépenses de titre 1, 2, 3 inférieures à 65% des dépenses totales, elles-mêmes couvertes par les recettes, ce qui implique souvent une augmentation de la productivité médicale, paramédicale et logistique. Les pistes de développement d'activités nouvelles, basées sur les évolutions des techniques et des traitements, proviennent naturellement des acteurs médicaux (chef de pôle ou de service), tandis que les propositions de réduction des dépenses et de restructurations émanent essentiellement des directions de groupement (non renouvellement de poste suite à un départ entraînant parfois la fermeture d'une entité, par exemple les suites de soins au SAU), des difficultés financières avérées nécessitant une réorganisation (le service de rhumatologie au pôle médecine).

A la fin de l'année, les plans d'action d'efficience et, après arbitrage, les nouvelles activités sont déclinés dans le budget des pôles. Les objectifs de dépenses, d'activité et de recettes figurent dans les contrats de pôle signés en début d'année suivante. Ils sont

mensualisés en intégrant les variations saisonnières des années précédentes (attention aux années exceptionnelles : H1N1, ...) puis ventilés par CR et par compte. Ils alimentent les outils de gestion.

### **1.2.1.3 La fixation des objectifs de dépenses du pôle et des CR**

Le montant des enveloppes budgétaires est fixé à partir d'un cadrage général de la direction générale des HCL. L'effort demandé est ensuite réparti en s'aidant des données issues des outils de gestion, avec une contrainte forte sur les dépenses de personnel et les investissements.

#### **1.2.1.3.1 Dépenses de Titre 1**

Les objectifs de dépenses de titre 1 sont définis selon les effectifs cibles en personnel non médical. Ceux-ci ont été définis par la direction du personnel et des affaires sociales (DPAS) et la direction centrale des soins. Il s'agit d'un modèle théorique de dotation d'effectifs en fonction de la taille de l'unité. Par définition, ils ne sont pas réajustés annuellement sauf en cas d'erreurs manifestes dans certaines définitions ou de révision massive du modèle tarifaire. Les objectifs du titre 1 (en euros) sont établis dans un premier temps sur l'entité juridique des HCL en fonction du cadrage annuel de l'EPRD (analyse des effets prix de l'année suivante, impact des décisions prises pendant l'année en cours sur les mouvements de postes en équivalent année pleine, ...). Ils sont ensuite ventilés par la DPAS selon les groupements puis par groupement selon les pôles et enfin, en accord avec le chef de pôle, selon les CR. Le pôle peut réaffecter seul des crédits entre CR, ce qu'il fait rarement.

Le pôle ne dispose en revanche pas de délégation budgétaire du titre 1 pour le personnel médical. Les effectifs sont définis par la direction des affaires médicales (DAM) et la gouvernance centrale sur proposition du chef de pôle. Si le pôle veut par exemple créer un poste de praticien hospitalier, il doit supprimer trente vacations de praticien attaché (barème HCL).

#### **1.2.1.3.2 Dépenses de Titre 2 DMPH hors MO et DMI en sus**

La DRFCG notifie aux DSF des groupements hospitaliers un budget global DMPH, hors DMI et MO facturables en sus des GHS, déterminé à partir d'une enveloppe globale fixée par la direction générale en fonction du PGFP et d'une **simulation d'évolution budgétaire** des DMPH par CR à périmètre d'activité constant, à partir des perspectives de clôture budgétaire et de recettes de l'année en cours.

L'algorithme de simulation du budget DMPH, dont le fonctionnement est analysé en

Annexe-8, favorise en réalité la reconduction de l'enveloppe DMPH réellement dépensée lors du précédent exercice. Dans cette annexe, **je propose une autre méthode de calcul du budget DMPH**, s'appuyant à la fois sur le budget relatif de l'année précédente et non plus sur la consommation réalisée, sur l'évolution de ce budget en rapport avec celle de l'activité et selon un ratio de consommation DMPH issu de l'ENC, et sur une réduction des écarts de consommation par rapport à l'ENC.

Chaque DSF ventile ensuite ce budget, **sans algorithme particulier**, dans les pôles et les CR. Les crédits sont répartis en fonction des dépenses de l'année passée, des objectifs d'activité de l'année suivante, des restructurations prévues ou récentes. A titre d'illustration, la perte par le CR « unité chirurgie d'urgence » de deux de ses vingt lits a conduit à une réduction budgétaire proportionnelle à celle du nombre de journées d'hospitalisation perdues, atténuée immédiatement par les objectifs ambitieux de densification de l'activité de cette unité. La diminution du budget résultant de la dépossession par ce CR des UF « bloc d'urgence » et « bloc orthopédie » a été chiffrée grâce aux dépenses de ces UF. La même méthode a été utilisée pour le rattachement de l'UF « USC » au CR « réanimation polyvalente » ou pour la scission de l'anesthésiologie, en anesthésiologie réglée et anesthésiologie d'urgence.

Ce budget est ensuite soumis au pôle, alloué par CR et mensualisé. Le pôle en a le contrôle direct et peut en modifier la ventilation entre CR, même en cours d'année, ce qu'il ne fait pas dans la pratique pour éviter de déstabiliser les unités de soins dans leur gestion.

#### **1.2.1.3.3 Dépenses de titre 2 (exploitation) : produits non stériles, linge, petites fournitures et dépenses de titre 3 (exploitation) : hôtelier et FGG (frais de gestion générale)**

La direction des affaires économiques et logistiques (DAEL) propose à la gouvernance centrale un budget d'exploitation pour les titres 2 et 3 à partir des consommations *réalisées* pendant l'année écoulée auxquelles sont ajoutés un effet de structure (évolution des activités et de la structure des groupements et des HCL), un effet sur les prix (inflation, effets escomptés des consultations) et un effet volume (standardisation des produits). Cette proposition est consolidée à l'échelle des HCL et ajustée par la DRFGC puis ventilée par groupement hospitalier au prorata du budget après prise en compte de l'effet structure. La direction des services économiques (D.S.E.), correspondante de la DAEL dans chaque groupement hospitalier, gère *seule* ces enveloppes et présente régulièrement des perspectives de clôture par compte à la DAEL. La D.S.E traite directement les demandes des services, sans passer par le pôle, en arbitrant selon leur degré d'urgence ou de priorité (les dépenses affectant les conditions de travail sont prioritaires par exemple).

#### **1.2.1.3.4 Dépenses de titre 3 (investissements hôteliers)**

Le budget de titre 3, investissements hôteliers, est divisé en trois enveloppes : la première, de faible montant (120 k€), est déléguée aux pôles par la DAEL. Une autre enveloppe est gérée au niveau de chaque groupement par la DSE qui recense auprès des pôles les besoins puis arbitre en fonction du degré d'urgence du besoin, de l'ancienneté de l'équipement, du nombre de pannes. Les grands projets spécifiques figurent sur une troisième enveloppe gérée directement par la DAEL.

#### **1.2.1.3.5 Dépenses de titre 3 (investissements équipements non médical et médical entre 500 et 10.000 € HT)**

Les équipements hôteliers, médicaux et non médicaux d'une valeur comprise entre 500 et 10.000 € HT relèvent d'une enveloppe budgétaire déléguée par la DAEL aux D.S.E des groupements hospitaliers qui la répartissent ensuite entre les pôles en fonction des enveloppes obtenues les années précédentes et des projets du pôle. Les investissements des pôles doivent être d'une part, à 80% minimum des renouvellements d'équipements et le restant des nouvelles acquisitions et d'autre part, à 70% des demandes à exécuter lors du premier semestre et à 30% des demandes optionnelles, à exécuter s'il n'y a pas eu d'imprévu lors du second semestre. La D.S.E conseille toujours aux pôles de conserver une marge pour parer aux imprévus. La fongibilité est totale pour les dépenses variables placées sous le contrôle direct du pôle.

#### **1.2.1.3.6 Dépenses de titre 3 (investissements équipements non médical et médical supérieurs à 10.000 € HT)**

Les crédits sont gérés directement par la DAEL, voire la gouvernance centrale si les montants sont très importants. Le recensement des besoins est réalisé auprès des pôles par la D.S.E. du groupement hospitalier. Le programme d'équipements est élaboré par la DAEL et la commission des équipements médicaux de la CME<sup>7</sup>, par ordre de priorité et en cohérence avec le projet médical, l'évolution de l'activité du service et les objectifs institutionnels. Depuis mai 2010, toutes les demandes d'investissements sont classées selon trois critères : le plan stratégique prime sur le plan courant; le soin prime sur le confort; le médical prime sur l'hôtelier.

#### **1.2.1.4 La fixation des objectifs d'activité du pôle et des CR**

Même si l'essentiel du redressement financier des HCL passe par des économies, la gouvernance des HCL affirme sa détermination pour consolider les recettes et soutenir tout projet de nature à augmenter l'activité et conquérir des parts de marché.

---

<sup>7</sup> s'il s'agit d'équipement médical

### Extrait du PGFP des HCL 2009-2013

Evolution moyenne annuelle en % à partir de 2010	Evolution annuelle PGFP tendanciel en M€	Evolution annuelle PGFP cible en M€	Ecart annuel moyen en M€
Recette titre 1 : Assurance Maladie (2,6% Vs 2,9%)	31,2	35,1	+ 3,9
Recette titre 2 : Activité hospitalière (3% Vs 3,5%)	3,3	3,9	+ 0,6
Recettes titre 3 : Autres produits (3% Vs 3,5%)	4,4	5,2	+ 0,8

La gouvernance centrale des HCL fixe le montant des recettes en fonction de la feuille de route tracée par le PGFP, de l'activité de l'exercice en cours, de l'évolution de l'ONDAM et des tarifs, des modifications structurelles aux HCL, du déficit autorisé par l'ARS mais peu de la concurrence. La prévision de recettes (+1,5% par exemple) et l'objectif *global* d'activité qui en découle pour les HCL (+2% par exemple pour le nombre d'entrées ER<sup>8</sup>) sont déclinés ensuite pour chaque groupement hospitalier. Ensuite, la **DSF fixe les objectifs** en terme de recettes et d'activité avec les chefs de pôle puis les objectifs en terme d'activité avec les chefs de service dans le cadre de la préparation du contrat de pôle. Les objectifs de recettes sont calculés sur les estimations tarifaires de l'année suivante et **mensualisés** en fonction de la saisonnalité de l'activité observée dans le passé, du nombre de jours fériés du mois et des fermetures prévues de lits. Ces rencontres sont un moment d'échanges privilégié entre la DSF et les services pour commenter leurs résultats, leur expliquer les changements de méthode de calcul le cas échéant et leur indiquer des pistes d'économies, comme par exemple la séniorisation des prescriptions<sup>9</sup>.

**Pour alimenter la discussion**, la DSF s'appuie sur les grandes masses financières de l'année précédente figurant dans le CREA et le TCCM et sur les indicateurs médico-économiques rapportant l'activité aux effectifs ou au nombre de lits. De plus, la DSF élabore une **fiche bilan** pour chaque service (voir Annexe-9). Y sont présentés, lorsque le service s'y prête, l'activité (le nombre d'entrées CR, le nombre de journées, l'indice de performance globale, la DMS, le taux d'occupation des lits), l'exhaustivité des RUM (taux de recueil à 10 jours), les dépenses du budget DMPH, les recettes totales du CR par type de tarif et le détail des sept premiers GHM du CR (le nombre de RSS, la DMS, l'indice de performance globale (IPG), les recettes des tarifs I et III, le pourcentage du chiffre d'affaire représenté). Les consultations sont faiblement valorisées financièrement et ne font donc l'objet que d'un suivi très succinct par la DSF. D'une manière générale, les valeurs, dans

8 Seules les entrées ER (établissement) importent à la gouvernance centrale. C'est un biais de la méthode mais les entrées ER impliquent peu les services qui ne gèrent que des séjours dans leur unité.

9 Les prescriptions des internes sont vérifiées par un médecin sénior.

cette fiche, sont autant que possible comparées à celles de l'année précédente et aux objectifs de l'année en cours. En revanche, la date de validité de ces données varie selon leur source et leur nature. Les données concernant l'activité et les dépenses sont extraites automatiquement chaque mois des infocentres. Une extrapolation jusqu'à la fin du mois de décembre de l'activité est alors réalisée pour fournir une première estimation de l'écart, en année pleine, entre l'activité estimée et l'objectif. D'autres données, comme l'IPG, les recettes et l'analyse des GHM en hospitalisation complète sont fournies trimestriellement par le DIM.

Le **contexte** de l'année suivante est également un élément qu'il faut anticiper. Ainsi la vacance de postes de praticiens, la fermeture programmée de lits (travaux, congés annuels, restructuration de service) sont des sources de variation prévisible de l'activité.

Le développement de nouvelles activités est rare au pôle urgences. L'activité de ce pôle reste en effet par nature imposée par ses missions (urgences, UHCD, réanimation) ou dépendante de l'activité chirurgicale (anesthésiologie). La création d'un centre d'allergo anesthésie résulta, en fait, d'une opportunité plutôt que d'une stratégie, un praticien du pôle urgences du CHLS ayant accepté de reprendre cette activité qui fermait à l'Hôpital Edouard Herriot. La création de l'USC et de l'UHCD ne fut, en réalité, qu'une réorganisation de services et de lits, suite à un changement tarifaire et à une mise en conformité avec la réglementation. L'évolution de l'offre de soins du pôle urgences ne devrait, à mon avis, pas être motivée uniquement par des opportunités ou des obligations réglementaires mais aussi par l'aboutissement d'une **revue de son portefeuille d'activités** par le trio de pôle et la direction, mise en perspective avec l'activité des autres pôles.

Enfin, ces objectifs sont parfois renégociés par les pôles directement avec la gouvernance centrale au moment de la signature de leur contrat de pôle.

#### 1.2.1.4.1 Le nombre d'entrées CR

Le pôle Urgences s'est engagé à densifier son activité. Il convient toutefois de noter que l'activité du pôle urgences dépend uniquement des admissions non programmées, par essence non prévisibles et peu maîtrisées quant au case-mix et au nombre de patients. Il est difficile, dans ces conditions, d'être pleinement responsable du nombre d'entrées CR.

Pourtant, cet indicateur tend à se généraliser. Entre 2007 et 2009, l'objectif assigné aux réanimations était un nombre de journées annuel. L'intérêt n'était pas tant le nombre de journées que le taux de facturation des suppléments journaliers. Aussi depuis 2010, l'objectif d'activité pour les réanimations et la surveillance continue est-il, comme pour les autres services, un nombre d'entrées CR auquel on a ajouté un objectif de taux de

facturation de forfaits journaliers rapporté au nombre de journées réalisées.

#### 1.2.1.4.2 L'évolution du taux de marge brute

L'évaluation d'un pôle selon l'évolution du taux de marge brute<sup>10</sup> a été réclamée par le chef de pôle chirurgie pour isoler les efforts de gestion de l'exploitation courante du pôle.

Or le taux de marge brute du pôle urgences a été ramené de 11,9 % à -0,88 % entre 2008 et 2009, en raison des modifications induites dans la valorisation de l'activité par la V11 de la nomenclature tarifaire. Le détail des calculs figure à l'Annexe-10. Le pôle, au moment de la négociation de l'avenant de son contrat fin 2009, prévoyait de mener des projets extrêmement restructurants, bouleversant le périmètre du pôle et des CR. Dans ces conditions, l'évolution du taux de marge brute entre 2009 et 2010 n'était pas considérée comme un indicateur pertinent pour les CR du pôle urgences. Cependant, le chef de pôle a tenu à s'engager, comme les autres pôles, sur une évolution globale au pôle du taux de marge brute, certes symbolique, de 0.2 point, sous réserve de règles de tarification de l'activité comparables sur la période.

Cet objectif, qui donne pourtant lieu à un intéressement, ne peut pas être suivi avec beaucoup de précision en cours d'année car il nécessite des retraitements comptables. Son évolution en tendance peut cependant être approchée grâce aux différents indicateurs mis à disposition du pôle.

#### 1.2.1.4.3 Les autres objectifs

Un objectif de taux de recueil dans le PMSI saisi au plus tard dix jours après la sortie de l'UF est fixé au pôle urgences pour accélérer les encaissements et augmenter la trésorerie des HCL.

Depuis 2010, dans un souci d'engendrer de nouvelles recettes, les HCL incitent les centres de responsabilité à facturer les chambres individuelles. Au sein du pôle des urgences, seule l'unité chirurgicale d'urgence dispose de chambres individuelles et doubles et est donc concernée par cet objectif de facturation des chambres particulières.

Ces deux objectifs sont suivis en routine par les outils de gestion.

---

<sup>10</sup> Marge brute = (Recette totale - Aide à la Contractualisation) – (Personnel + Dépenses médicales + Actes médico-techniques + Blanchisserie + Restauration); Taux de marge brute = Mg Brute / (Recette totale - Aide à la Contractualisation)



### 1.2.2 Le suivi infra annuel : détecter les écarts, expliquer puis réagir

Les tableaux de bord et les réunions qu'ils alimentent sont à l'origine d'une démarche d'évaluation régulière de l'atteinte des objectifs par type d'activité et du respect des ressources allouées (budget). Ils aident à mettre en lumière les vraies problématiques et à prendre les bonnes décisions.

#### 1.2.2.1 *La circulation de l'information de gestion : de l'outil à la communication*

**Dix neuf agents** du pôle urgences - trio de pôle, cadres, chefs de service et quelques médecins – peuvent accéder aux outils de gestion, en plus des cadres de direction et des agents du contrôle de gestion. Les utilisateurs les plus actifs<sup>11</sup> sont la directrice des services financiers, le cadre supérieur de pôle, le cadre administratif, le directeur du groupement et le directeur général adjoint des HCL. Les chefs de service limitent généralement leur consultation aux informations concernant leur CR. Quant aux cadres de santé, ils n'ont pas encore pris l'habitude, dans l'ensemble, de regarder en ligne ces tableaux de bord.

Pour multiplier les sources possibles d'information auprès des acteurs de soins du pôle, le cadre administratif transmet, par courrier électronique, au chef de pôle, au cadre supérieur de santé et aux cadres de santé, un **extrait trimestriel** de ces tableaux de bord concernant, par CR, l'absentéisme, les recettes liées à l'activité et les consommations DMPH ainsi que la perspective de clôture mensuelle qu'elle réalise sur le titre 1 (personnel non médical).

La diffusion des informations de gestion au sein du pôle ne se limite pas à la consultation directe ou d'extraits des tableaux de bord. La communication est en effet très fluide et permanente entre le cadre administratif, le cadre supérieur de santé et le chef de pôle. Le cadre administratif intervient, lorsqu'un écart a été observé dans le budget du pôle (dépenses de titre 1, DMPH), aux réunions mensuelles organisées par le cadre supérieur de santé avec les cadres de santé. De même, le chef de pôle évoque au cours de ses entretiens informels avec les chefs de service, leur niveau d'activité et de dépenses. Les résultats financiers et les principaux résultats des tableaux de bord (dépenses de PnM, DMPH, activité) font fréquemment l'objet d'un point de l'ordre du jour des **conseils de pôle**<sup>12</sup> et des **réunions du bureau de pôle**<sup>13</sup>. Ils sont présentés par le cadre administratif ou par le directeur référent de pôle (ici le DSF), qui ont analysé au préalable l'activité et instruit les écarts imprévus pour en préciser les causes. Des actions correctives peuvent

---

11 Au mois de juin 2010, seules 3 des 19 personnes se sont connectés au moins une fois au tableau de bord

12 Réunions quadrimestrielles

13 Réunions trimestrielles

être proposées en concertation avec le chef de pôle et les chefs de service concernés. Les cadres de santé et les chefs de service relaient ensuite, oralement et de manière condensée, cette information à leurs équipes lors des **relèves ou des réunions de service**, qui constituent quasiment le seul vecteur d'information du personnel soignant et médical. Des récapitulatifs informels sur l'activité réalisée et les principaux GHM traités sont parfois **affichés** dans les bureaux médicaux

A ce dialogue de gestion au sein du pôle s'ajoutent des rencontres entre le chef de pôle et la direction – direction fonctionnelle ou de groupement, gouvernance centrale - lors de points d'étape institutionnels ou relatifs à la conduite de projets. Ces moments sont mis à profit par les instances dirigeantes pour évoquer les grandes tendances repérées par les outils de gestion dans un but pédagogique et de recherche de solutions.

Quant à la direction du personnel, la direction des soins et la direction des services économiques, elles se concentrent sur des extractions réalisées directement dans l'infocentre et concernant leur domaine de compétences uniquement. La direction du personnel, accompagnée de la direction des soins, a ritualisé une rencontre mensuelle avec le cadre supérieur et le cadre administratif au sujet du mouvement prévisionnel de personnel du pôle et des hypothèses de remplacement. La direction des services économiques fait de même, quadrimestriellement, pour les budgets de titre 2 et 3.

### **1.2.2.2 La méthode d'analyse**

#### **1.2.2.2.1 L'identification et l'explication des écarts imprévus**

La méthode d'analyse des tableaux de bord est sensiblement la même pour tous les acteurs du pôle ou de l'administration. Seuls les indicateurs regardés changent. Un premier regard balaie les grandes tendances du pôle et compare les indicateurs à ceux de l'année précédente et aux objectifs. Chaque variation importante par rapport à l'objectif ou à l'exercice passé - le terme « important » varie selon les acteurs : 20% pour la D.S.E., 10% pour le cadre administratif de pôle - donne lieu à une investigation plus fine au niveau des CR voire des UF pour connaître le contexte et en identifier l'origine.

Ces évolutions anormales, identifiées par les outils de gestion, sont mises en regard avec la progression de l'activité, l'évolution des pratiques médicales et soignantes, les événements inhabituels survenus, les restructurations. Certaines causes semblent alors évidentes comme la fermeture de lits ou d'unités, les journées de grèves, un événement exceptionnel, la modification de la répartition comptable entre les unités. D'autres tendances restent inexplicables à première vue et chaque acteur demande des explications à la personne référente selon l'ordre hiérarchique. Au final, le cadre

administratif, en lien avec le chef de pôle et le cadre supérieur, se mettra en relation avec le cadre de santé ou les chefs de service pour obtenir une compréhension fine de cette variation et proposer le cas échéant des actions correctrices. L'investigation peut également mobiliser le département d'information médicale qui analyse à son tour les informations du PMSI liées à l'évolution insolite.

A titre d'exemple, la consommation d'attaches poignets est passée au premier quadrimestre 2010 de 1000 à 1627. Cette hausse était imputable au fait qu'elles ne sont plus lavées et sont désormais à usage unique.

#### 1.2.2.2 L'exemple : l'étrange comportement de la réanimation médicale

D'autres constats mêlant plusieurs indicateurs nécessitent des enquêtes plus approfondies. Ainsi, en février 2009, la directrice des services financiers et le cadre administratif ont constaté que le service de réanimation connaissait une progression de son activité par rapport à 2008 (+10,86 % soit +115 journées) avec simultanément une forte diminution du nombre d'entrées CR et une très forte augmentation de la DMS et du taux d'occupation moyenne. Cette tendance s'est poursuivie et même accentuée jusqu'en juillet 2009 : l'activité cumulée depuis le début de l'année y était élevée (+ 11,08 % soit + 265 journées) avec toujours une forte diminution du nombre d'entrées CR (- 57 soit - 19,39 % / 2008) mais une DMS très élevée (+ 3,07 jours / 2008 sur la période) et un taux d'occupation des lits élevé (+ 6 % / 2008 à 91,37 %).

De manière concomitante, les dépenses cumulées depuis le 1 janvier 2009 de titre 2 DMPH, hors dispositif médical implantable (DMI) et molécule onéreuse (MO), ont augmenté très sensiblement dès février 2009 dans le service de réanimation médicale (+70 126 € / budget (+65%) et +66 159 € / 2008 (+60%)), dans des proportions beaucoup plus importantes que celles de l'augmentation d'activité.

En mars 2009, le cadre administratif analysa minutieusement les écarts de consommation de DMPH. L'étude révéla que la surconsommation provenait de quelques produits pharmaceutiques chers, administrés en grande quantité à quelques patients. La présence dans le service de réanimation médicale de patients extrêmement lourds, hémophiles pour certains, avec une durée de séjour anormalement longue expliquait cette évolution temporaire et ne nécessitant donc pas de changement de pratique.

#### 1.2.2.3 Les actions correctrices

Outre l'identification et l'**explication du phénomène**, l'exploitation des indicateurs des outils de gestion peut conduire à la mise en place d'un **plan d'action, initié par le pôle ou la direction**. Au sein du pôle, le cadre administratif suit rigoureusement les dépenses

en particulier celles pour lesquelles la délégation de gestion est importante, comme les DMPH. A titre d'exemple, la consommation cumulée de dispositifs médicaux stériles en anesthésiologie a été anormalement élevée en 2009 (+18% par rapport aux objectifs, +3,7% par rapport à 2008, et un nombre d'actes stable). Des actions ciblées sur des produits sur-consommés ont été lancées par les médecins aidés des pharmaciens, destinées à limiter la consommation au strict nécessaire. Le rappel des durées de traitement, des propositions de substitution de techniques ou de produits dans le cadre du conseil pharmaceutique et une seniorisation des prescriptions ont porté leurs fruits en termes de maîtrise budgétaire. L'arrêt du suivi individuel de ces produits a légèrement atténué cette dynamique. Le chef de pôle souhaite donc rester vigilant et renouveler de telles opérations à la fin de l'année 2010.

\*\*\*

*Somme toute, bien que perfectibles, les outils de pilotage constituent un mode de communication de premier ordre. Ils facilitent, en effet, le diagnostic annuel et infra-annuel, relatif à la compétitivité du pôle et au respect de ses objectifs. Ils apportent aussi une aide précieuse pour cibler des économies, décider de l'allocation de moyens ou définir les objectifs. A ce titre, **le nouvel algorithme de calcul du budget DMPH** que je propose, prend en considération l'évolution de l'activité de l'entité et les consommations issues du référentiel national. Je suggère également que le trio de pôle effectue régulièrement une **revue du portefeuille d'activités du pôle** afin d'ajuster son offre, sans déroger à ses missions premières. Toutefois, l'utilisation de ces outils de pilotage ne peut pas être exclusive dans la prise de décision, chaque acteur appréciant également, à son niveau, le contexte des HCL ou du pôle urgences.*

\*\*\*

Les outils de gestion stratégiques et opérationnels influencent les instances dirigeantes polaires et celles de l'hôpital dans le pilotage du pôle urgences. Mais quelles incidences ont ces données médico-économiques et financières sur les acteurs du pôle, sur leurs pratiques, leurs modes de coordination et leurs cultures professionnelles, sur les processus de décision et l'organisation du pôle ? Ces effets ne révèlent-ils pas concomitamment certaines limites de l'utilisation de ces outils de gestion ?

## **2 Un appui au pilotage du pôle urgence, appelant à la vigilance**

Les instrumentations de gestion constituent l'un des leviers pour inculquer aux acteurs une approche médico-économique dans la gestion de leur pôle. Le pôle et l'établissement doivent toutefois veiller au maintien du côté fédérateur de ces outils pour éviter une balkanisation de l'établissement et l'exclusion des non-initiés.

### **2.1 L'appropriation des outils par les acteurs du pôle**

Les outils de gestion promeuvent un dialogue et une culture médico-économique au sein du pôle urgences qui dépassent le simple constat. De nouveaux outils ou indicateurs sont ainsi créés facilitant, par exemple, les réorganisations dans les unités de soins. Cependant, pour éviter toute déviance, l'utilisation des outils de gestion doit être couplée avec l'évaluation de la qualité de prise en charge du patient.

#### **2.1.1 Le catalyseur d'un dialogue de gestion**

Les outils de gestion aux HCL offrent une vision certes simplifiée mais lisible d'une réalité souvent complexe, dans le souci constant de rapprocher de la situation réelle la ventilation des charges et des produits dans les différents CR. Les données de gestion sont de moins en moins contestées et forment un socle pour alimenter un dialogue entre producteurs de soins et agents administratifs ou pour animer les équipes au sein du pôle. Désormais, le contrôle de gestion et le département d'information médicale (DIM) sont des acteurs incontournables.

##### **2.1.1.1 Un langage commun aux gestionnaires et aux acteurs de santé**

La T2A et la nouvelle gouvernance ont favorisé le dépassement du clivage entre la vision économique et la vision médicale de l'hôpital où les médecins affichent « l'éthique comme valeur refuge » en préservant l'intérêt individuel du patient et où les gestionnaires se reposent sur des constats économiques et l'intérêt collectif<sup>14</sup>. La responsabilisation des médecins dans la gestion implique d'évaluer, dans un langage compris et accepté de tous, les conséquences de leurs pratiques sur les dépenses et les recettes de leur établissement et en retour d'anticiper l'impact des mesures économiques sur les prises en charge. Les outils de gestion nourrissent un dialogue désormais régulier aux HCL, entre deux rationalités légitimes et parfois disjointes, la rationalité médicale et la rationalité gestionnaire, au sein du pôle et entre le pôle et la direction. La direction et les médecins

---

<sup>14</sup> Frédéric Moatty, Mihaï Dinu Gheorghiu, Danièle Guillemot, 2009, « *Changements organisationnels et informatisation dans les établissements hospitaliers français* » in Bercot R., Mayère A. (dir.), Organisation et communication au sein des systèmes de santé – Colloque Ottawa 2009, La Plaine-Saint-Denis, Centre documentaire de la Maison des sciences de l'homme de Paris Nord, coll. « Actes colloques », pp. 107-118.

prennent appui sur les données des tableaux de bord pour évaluer, par exemple, un projet récemment lancé (recettes, dépenses, absentéisme). Le directeur du GHS consulte les indicateurs de productivité médico-économiques et les comparaisons avec les unités semblables des HCL avant de répondre à une demande de moyens supplémentaires.

### **2.1.1.2 L'animation d'équipe et l'unité du pôle facilitées**

L'outil de gestion apporte des éléments qui crédibilisent le discours du dirigeant et fédèrent les acteurs autour d'un constat puis d'objectifs correctifs. J'ai ressenti, pendant les réunions de pôle, une unité des acteurs autour des chiffres du pôle qui étaient présentés et qui jouaient le rôle de juge de paix. Quoi de plus motivant en effet que de voir ses efforts matérialisés par des résultats en amélioration ? En revanche, chacun sait qu'un mauvais chiffre dans une unité pénalise tout le pôle. Je n'ai pas remarqué non plus de stigmatisation d'un CR très déficitaire, l'anesthésiologie par exemple, que l'on aurait pu craindre en instaurant les pôles et la T2A. Chacun se sent impliqué dans les résultats du pôle, peut-être aussi parce que tous les CR sont déficitaires. J'en conclus donc que les outils de gestion participent *indirectement* à l'unité du pôle urgences.

### **2.1.1.3 Le rôle prépondérant du DSF et du DIM**

L'élaboration des outils de gestion mobilise, pour la remontée des informations, les producteurs de soins, la pharmacie centrale, les directions fonctionnelles et le bureau des entrées et, pour la production, le retraitement et l'analyse des résultats, la directrice des services financiers et le médecin de l'information médicale (DIM). Ces deux derniers acteurs sont devenus incontournables avec la T2A. Garant du chiffre financier et producteur des outils de gestion, le contrôle de gestion assure aussi une mission de diagnostic, de construction et d'évaluation de plans de progrès, et de conseil aux dirigeants du pôle et à la direction générale. Il transmet enfin une culture médico-économique aux professionnels de santé et leur apprend à se servir des outils mis à leur disposition par l'Institution et conçus autour de notions qui leur sont familières. Il est donc logique et encourageant que, dans ce contexte, l'analyse du personnel médical devienne plus pertinente que celle du Directeur des services financiers. Le DIM apporte, quant à lui, la connaissance des activités cliniques et relie les données économiques et médicales. Aucune activité nouvelle ne peut être lancée aujourd'hui aux HCL sans une étude médico-économique de marché et de rentabilité.

## 2.1.2 Une culture médico-économique naissante au sein du pôle

### **2.1.2.1 Une responsabilisation croissante des acteurs**

La gestion décentralisée selon le principe de subsidiarité implique désormais les équipes médicales et soignantes pour l'atteinte d'objectifs opérationnels de croissance d'activité, d'exhaustivité du codage, de durée de séjour et de maîtrise des unités d'œuvre dont ils sont les prescripteurs. Le DIM du CHLS confirme le sentiment qui s'est dégagé de mes entretiens : les chefs de pôle ou de service et certains médecins portent un intérêt croissant aux outils de gestion et veulent comprendre les méthodes de valorisation de leur activité et d'imputations de leurs charges. Ils sont aussi demandeurs de conseils pour mieux coder et m'assurent choisir, avec le logiciel d'assistance au codage, la combinaison hiérarchique des diagnostics et des co-morbidités qui optimise les recettes.

### **2.1.2.2 Une volonté de se comparer pour obtenir des changements**

La culture du mimétisme est très forte aux HCL. La généralisation des outils comme le TCCM, les comparaisons médico-économiques au sein du pôle ou des HCL, les références aux bases nationales ont incité les utilisateurs à se comparer à des entités semblables en vue de s'évaluer ou de négocier des changements. Si les chefs de service et les chefs de pôle contestent généralement toute démarche comparative en leur défaveur, arguant de la spécificité de leur activité, ils n'hésitent pas à utiliser des arguments comparatifs dans le cas contraire. Ce fut le cas en juillet 2010 où les chefs des pôles chirurgie et urgence ont présenté à la direction générale une comparaison des effectifs IADE par groupement pour faire valoir leur sous-effectif et la légitimité à recruter neuf des quatorze IADE sortant d'école en octobre 2010. Enfin, les syndicats sont enclins à comparer des dépenses en personnel d'un service avec celles d'un autre service moins productif au sein du CHLS ou d'autres établissements des HCL pour revendiquer davantage de postes par exemple.

**Je propose d'accompagner ce désir de se comparer** à des entités semblables à la sienne en procurant au personnel un accès plus étendu aux données médico-économiques et aux résultats de l'ensemble des unités des HCL. Il est certes assez difficile de comparer les résultats du pôle urgences du CHLS avec ceux d'autres pôles des HCL car la structure des pôles diffère d'un groupement à l'autre. Au groupement Est, les réanimations sont réparties dans chaque pôle et les urgences du groupement Nord sont fermées la nuit. La comparaison entre CR reste cependant possible. Elle fournit une indication assez pertinente du positionnement d'un service par rapport aux autres et constitue ainsi une source d'émulation entre entités, qu'il conviendra toutefois d'encadrer.

### **2.1.2.3 Une culture de l'efficience en cours de diffusion au sein des unités du pôle**

Qualifié de « créatif et stratège en devenir » par le cadre supérieur et de « chef d'orchestre, légitime et incontournable pour décider » par la cadre administratif, le chef de pôle imprègne sa personnalité au pôle, par son dynamisme, son souci de la rentabilité et de la sécurité du patient. Le cadre administratif, aidé par le directeur adjoint référent, veille scrupuleusement au respect des enveloppes budgétaires déléguées et avertit le chef de pôle en cas d'évolution anormale. Le cadre supérieur accompagne les cadres de santé pour respecter les objectifs du pôle, essentiellement budgétaires. Le directeur adjoint référent établit la synthèse de la situation financière du pôle et des CR. Hormis pour le trio de pôle, l'intégration des logiques médico-économiques apparaît partielle chez les acteurs qui peinent à s'engager sur la voie de la recherche d'efficience des processus de prise en charge.

Les **cadres de santé** ne suivent réellement que les budgets délégués au pôle mais n'ont généralement pas les moyens de réagir spontanément en cas de dérapage car « le personnel soignant se sent peu concerné ». Les gains d'efficience sont finalement imposés par les restrictions budgétaires, les réductions d'effectifs et l'informatisation. Ainsi, le dossier de soins est informatisé en réanimation depuis 2000. Les protocoles et les prescriptions sont saisis dans un logiciel qui génère une alerte lorsqu'il faut réaliser un soin infirmier, ce qui simplifie la tâche des infirmiers. La culture médico-économique rime pour les cadres de santé avec recyclage et économie. La diminution des budgets d'équipements a resserré les liens entre les cadres du pôle qui, avant de demander un achat, ont pris l'habitude de s'échanger le matériel inutilisé. Tout doit être justifié et le départ d'un agent n'est plus automatiquement remplacé par une embauche. En effet, si le cadre administratif de pôle annonce « qu'il faut faire des efforts sur le budget du personnel non médical », cela signifie clairement qu'en cas d'absence d'un agent, l'unité restera en sous-effectif si aucune personne du pool n'est disponible et qu'aucun cadre ne peut détacher l'un de ses agents. Des tâches sont dans ce cas reportées au lendemain ou confiée à du personnel moins gradé et les formations supprimées (25% de places de formations perdues au niveau CHLS). Ce système de bourse d'échange informel de matériel inutilisé ou de demande ponctuelle d'agents est limité au pôle ou au cercle de connaissances du cadre. Il gagnerait, à mon avis, à être officialisé et étendu transversalement à tous les pôles sous la forme d'une application informatique.

Les **chefs de service** sont conscients de l'existence d'objectifs d'activité et de dépenses et suivent essentiellement l'activité de leur service. Leur marge de manœuvre est, toutefois, selon eux, limitée. Le nombre des entrées dépend des passages aux urgences. Ils cherchent cependant à affiner les pratiques médicales dans leur service au vu des



résultats mais gardent à l'esprit que la partie médicale prime sur la finance. Il est vrai que l'identité traditionnelle du médecin hospitalier d'un CHU est fondée sur l'excellence clinique et la notoriété scientifique, avec un fort investissement dans la technique et l'innovation. La course à l'efficacité et le suivi de ses activités limitent, selon lui, sa liberté d'action et désacralisent son métier. Selon un chef de service de réanimation, « la principale marge de manœuvre pour le praticien est l'exhaustivité et la qualité du codage, la réanimation étant une entité structurellement déficitaire ». Des **médecins** ont, cependant, intégré le fait qu'entre deux modes de prise en charge ayant la même efficacité, en termes de qualité et de sécurité pour le patient, il est raisonnable de choisir le plus économique. De l'aveu même d'un médecin, il s'agit de « bien soigner et le moins cher possible ». La lutte contre la sur-prescription, mentionnée dans le contrat de pôle, et la surconsommation de médicaments sont fréquemment citées. Dans cette optique, le déploiement du logiciel CristalNet a limité les doublons de prescription. Les praticiens évitent désormais de prescrire des analyses la nuit, s'ils savent qu'ils n'en liront pas les résultats, et essaient de prescrire des analyses pertinentes. Enfin ils vérifient les prescriptions des internes.

#### **2.1.2.4 Proposition pour insérer un volet financier pour les logiciels de santé**

Me faisant l'écho de certains acteurs médicaux et soignants, **je propose d'afficher les prix**, même approximatifs, des produits pharmaceutiques et des analyses dans le logiciel de prescription, de commandes de produits et celui de la saisie des actes infirmiers.

La connaissance de ces coûts serait de nature à insuffler une culture médico-économique aux soignants et amènerait, de manière pédagogique, les praticiens à opérer un arbitrage coût / bénéfice en toute connaissance de cause avant de prescrire et à assimiler les obligations de gestion. De plus, chaque praticien devrait avoir un relevé des coûts de ses propres prescriptions, avec en regard, les coûts et les recettes des séjours. Cette démarche d'autorégulation est préférable, à mon avis, à la rédaction de protocoles qui encadreraient la liberté de prescrire. Cette traçabilité individuelle et aux résultats moyennés mettrait un terme au rejet sur les confrères des mauvaises pratiques ou sur la gravité des cas traités. Elle constituerait certainement un catalyseur d'actions important pour le responsable médical qui souhaite créer une prise de conscience collective. Si la valorisation instantanée des prestations est possible lors du codage de l'activité médicale, l'estimation des coûts, indirects notamment, d'un séjour nécessite en revanche des retraitements réalisables en fin d'année seulement. Une solution serait d'approximer un coût moyen journalier par lit pour tout le service en se référant aux coûts de l'année précédente.

### 2.1.3 Une réorganisation des soins aux contours restreints

Les outils de gestion mettent en lumière les résultats financiers déficitaires de tous les CR du pôle urgences. En conséquence, un effort pour accroître leur efficacité intrinsèque s'impose. Or le pôle urgences maîtrise peu son activité. Son levier d'action principal pour augmenter son efficacité repose donc essentiellement sur la performance de l'organisation, en particulier celle des soins. Cette réorganisation des soins est généralement conduite par les cadres de santé concernés, avec l'appui parfois du cadre supérieur de santé. Son périmètre dépasse alors rarement leur unité de soins. En outre, d'autres outils de gestion, moins consensuels et moins robustes que ceux liés à la T2A, fournissent une aide pour parvenir à une restructuration moins empirique.

#### **2.1.3.1 Une démarche locale**

Les évolutions significatives vers une organisation performante sont le fruit, soit d'une stratégie pleinement volontaire du pôle validée par la direction, la fusion des réanimations et la création de l'Unité de Surveillance Continue (USC) par exemple, soit de mesures imposées par les HCL, comme les restrictions budgétaires, les réductions d'effectifs et l'informatisation. Quelle que soit la situation, les cadres de santé sont les principaux acteurs des réorganisations. Cet isolement, rompu partiellement au niveau du pôle par l'intervention du cadre supérieur de santé, explique la portée limitée des changements organisationnels. L'accompagnement trop discret de la direction des soins, ne favorise pas les réorganisations transversales pour fluidifier les relations avec les unités d'aval (médecine, chirurgie, soins de suite, gériatrie) ou prestataires (biologie, imagerie, ...).

Pour illustrer ce propos, le **regroupement des deux services de réanimation** en janvier 2010 a officialisé une entraide déjà effective entre les équipes, médicales et soignantes, et une mutualisation des équipements, en raison de la proximité géographique et thématique des deux unités. Le but est d'accentuer cette coopération, par une coordination des éventuelles fermetures de lits, un partage de compétences, un programme qualité commun et l'élaboration de procédures médicales et paramédicales communes. Cette démarche, certes louable et nécessaire, n'intègre pas **une réorganisation des flux et des processus** de fonctionnement de la réanimation en interface avec les autres unités du pôle ou non, dans l'optique d'améliorer la qualité de la prise en charge (DMS, iatrogénie, infections nosocomiales, ...), l'utilisation des ressources humaines et matérielles (délais, emploi) et la satisfaction du personnel (moins d'absentéisme).

De même, la **répartition des pools** témoigne de ce cloisonnement fonctionnel. Actuellement, chaque CR dispose d'un pool d'agents non médicaux et planifie leur

affectation au sein de ses UF pour remplacer des agents absents, les plages libres pouvant toutefois être utilisées par un autre CR du pôle. Le rattachement des agents du pool à des CR avait été décidé par le cadre supérieur de santé du pôle il y a quelques années, pour leur faciliter l'accès aux formations continues et les intégrer à une équipe, leur évitant ainsi de se voir imposer systématiquement leurs dates de congés. Mais cette répartition par CR privilégie la spécialisation et va à l'encontre de la polyvalence des agents du pool : seuls les agents du pool de réanimation sont formés aux soins de réanimation par exemple. De plus, cette organisation manque de souplesse, face à un absentéisme variant beaucoup selon les années et les unités. Le taux d'absentéisme de la réanimation chirurgicale est passé de 7,2% en 2008 à 13,6% en 2009, celui de l'UHCD de 8,8% à 6,5% tandis que celui du SAU restait à 6%. La présence de ce pool réservé au CR et l'assurance d'être remplacé en cas d'absence favoriseraient selon la direction du personnel les absences faiblement justifiées. Il serait, à mon avis, préférable de centraliser le pool au niveau du pôle, et d'inviter les agents à être polyvalents en changeant de type d'unités régulièrement.

Le projet de **réorganisation transversale des structures d'urgences** contredit ce constat d'une vision trop locale des réorganisations. Une réflexion est actuellement menée par la gouvernance centrale sur l'opportunité qu'il y aurait en termes économiques et de fluidité de la filière interne, de regrouper, par exemple, la prise en charge des urgences chirurgicales sur un seul site la nuit ou les jours fériés.

### **2.1.3.2 Le début d'une approche rationnelle**

Le cadre supérieur du pôle urgences manifeste une volonté croissante de disposer d'outils (audit, points oméga) pour rationaliser ces réorganisations et chiffrer la charge en soins.

La réduction des effectifs non médicaux, aides-soignantes (AS) et agents de service hospitalier (ASH), se concrétise dans les unités de soins par des suppressions de postes lors de départs naturels d'agents. Cette diminution subie de postes est, dans la mesure du possible, anticipée par le cadre de santé, accompagné la plupart du temps par le cadre de santé supérieur. Celle-ci lui impose de réorganiser son unité en recensant les tâches effectuées par l'équipe puis en réactualisant les profils de poste des agents restants dans un souci de rationalisation et d'optimisation. A titre d'exemple, un cadre de santé, mandaté par le pôle, a réactualisé ou créé selon l'unité, un référentiel des pratiques des ASH puis évalué la conformité du travail des ASH avec ce référentiel. Suite à la réalisation de cet **audit** en réanimation, des tâches concernant le ménage des chambres et le ramassage des poubelles ont été nouvellement réparties entre les AS et ASH selon un programme

horaire modifié.

De même, l'équipe médicale et d'encadrement de la réanimation chirurgicale se sont inspirées des **points Oméga**<sup>15</sup> (échelle de cotation globale des actes de soins d'un séjour de réanimation) pour mesurer objectivement la charge en soins ressentie<sup>16</sup>. Le principe de ces évaluations est généralisable à d'autres unités de soins<sup>17</sup>. Elles peuvent fournir une aide à la décision dans l'affectation ponctuelle ou pérenne de ressources. D'ailleurs, l'ATIH élabore actuellement un modèle prédictif de la charge en soins par séjour, à partir des indicateurs de Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée (SIIPS) et des variables du PMSI pour obtenir dans l'étude nationale de coûts MCO (ENC) une clé de répartition des charges de personnel soignant entre les GHM autre que la simple durée de séjour.

Enfin, l'utilisation des **chemins cliniques**, adaptés à des prises en charge standardisées de pathologies fréquentes, semble difficile aux acteurs de santé du pôle urgences. Les pathologies sont d'après eux trop variées.

#### 2.1.4 La qualité de la prise en charge des patients en baisse ?

La pression budgétaire entretenue par les outils de gestion se concrétise, notamment, par une réduction des effectifs soignants et par des pics d'activité. Le **personnel paramédical du pôle urgences ressent majoritairement une dégradation de la qualité** de la prise en charge des patients. Des **études**<sup>18</sup> montrent cependant que lorsqu'ils sont confrontés à un dilemme entre qualité et délais, la qualité est privilégiée par plus des trois quarts du personnel médical et soignant. De plus, les réponses aux **questionnaires** de sortie entre 2004 et 2009 diffèrent peu aussi bien pour l'ensemble du CHLS que pour le pôle urgences. La qualité des soins de nuit comme de jour était jugée satisfaisante en 2009 par 98 % des patients ayant répondu au questionnaire de sortie comme en 2004. La proportion des patients la qualifiant d'excellente s'était même accrue, passant de 70 à 79% le jour et de 66 à 70% la nuit. La disponibilité du personnel de nuit comme de jour respecte les mêmes proportions et la même tendance. Même si l'évaluation de la qualité des soins par le patient est intuitive et ne reflète que l'une des composantes de la qualité, elle reste fondamentale et constitue, avec les prestations hôtelières et l'information reçue, l'un des éléments utilisés par le patient pour différencier

---

15 Les points Oméga sont une adaptation des points SIIPS pour la réanimation.

16 D.Combarous, A. Pitiot, K. Bennour, F. Delerue, Dr J.M Grozel, 2008, étude de la charge en soins techniques dans un service de réanimation, réanimation nord - Centre Hospitalier Lyon Sud.

17 Les indicateurs suivis à l'USC et à l'UHCD ont été adaptés. Ceux à l'UHCD ne sont pas retraduits en points.

18 Direction des ÉTUDES et RÉSULTATS, *L'organisation du travail à l'hôpital : évolutions récentes*, N° 709 • novembre 2009

l'offre de soins<sup>19</sup>.

Les craintes des professionnels de santé sont toutefois fondées. Certes, il n'existe pas de lien direct de causalité entre la T2A et la qualité de la prise en charge car la T2A agit sur l'établissement et la qualité dépend beaucoup de l'organisation de l'offre de soins. Mais l'enseignement de la culture médico-économique, l'omniprésence des chiffres financiers véhiculés par les outils de gestion et la recherche de la performance récompensée par un intéressement ne risquent-ils pas d'exercer une influence indirecte délétère sur les producteurs de soins ? La sélection des patients, la réduction de la quantité ou de l'intensité des soins non justifiée médicalement, la sortie prématurée de patients entraînant un risque de complication et de réhospitalisation sont des exemples possibles de ces effets pervers. Pourtant, l'organisation mondiale de la santé (OMS) réconcilie financement et qualité en définissant la qualité comme « un assortiment d'actes à chaque patient conformément à l'état de l'art, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène pour sa grande satisfaction ».

**L'utilisation des outils de gestion doit donc être régulée**, d'une part, par le respect des recommandations sur les meilleures pratiques et de la déontologie soignante et médicale et, d'autre part, par la volonté de ne pister que les sources d'inefficience (chaînage des processus, redondance) et de non-qualité (erreurs, dysfonctionnements, préjudices).

Les outils de gestion liés à la T2A doivent de plus être couplés avec un **pilotage de la qualité de la prise en charge**. La certification des établissements de santé et l'instauration de pratiques exigibles prioritaires (PEP), le recueil annuel obligatoire d'indicateurs de qualité (IPAQSS<sup>20</sup>), le signalement des événements indésirables, l'évaluation des pratiques professionnelles témoignent de l'engagement fort des autorités de tutelle pour que la mise en place d'indicateurs de performance hospitalière ne se résume pas au financement. D'autres outils sont utilisés aux HCL : les réunions de concertation pluridisciplinaires, la diffusion des bonnes pratiques et des référentiels des sociétés savantes, la mise en place de comités de mortalité-morbidité. Une réflexion est également en cours pour définir des indicateurs pertinents pour toutes les structures d'urgence des HCL.

---

19 Zeynep Or, Thomas Renaud (Irdes), *Quel lien entre volume d'activité des hôpitaux et qualité des soins en France ?* Questions d'économie de la santé, irdes, n°149, décembre 2009

20 Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

Je pense que l'évolution du taux de réadmission ou de celui de résistance des bactéries aux antibiotiques, de la perte de la traçabilité des produits sanguins labiles, le délai de prise en charge aux urgences, le délai entre la décision et la réalisation du transfert d'un patient vers une unité d'aval sont des indicateurs prédictifs à bien des égards de la qualité de cette prise en charge. La mise en regard, voire le croisement, d'indicateurs médico-économiques avec ceux de la qualité pourrait fournir un éclairage supplémentaire sur l'entité concernée et faciliter ensuite les arbitrages sur les choix d'organisation, de pratiques ou d'allocation de moyens en confrontant les priorités de prise en charge aux préoccupations de gestion.

\*\*\*

*En somme, le processus d'acculturation des acteurs du pôle urgences à la dimension économique est engagé, avec une intensité toutefois variable selon l'implication des professionnels dans la gestion du pôle ou des services. Au niveau médical, l'appropriation progressive des outils et le rôle croissant du contrôle de gestion et de l'information médicale dans la gestion du pôle témoignent du décroisement en cours des rationalités médicale et gestionnaire. Pour amplifier cette tendance, je conseille d'**insérer un volet financier dans les logiciels de prescription et de divulguer les données médico-économiques des entités plus largement** parmi le personnel des HCL. Du côté des soins, l'organisation se rationalise peu à peu mais de façon limitée au niveau de l'unité de soins, voire du service, et en réaction à des mesures prises pour améliorer la situation économique. Je suggère donc de procéder à des **réorganisations de manière plus transversale et proactive**, sans attendre d'y être contraint par la gouvernance centrale ou le contexte. Enfin, afin de parer à toute déviance et d'obtenir une adhésion pleine des acteurs, il conviendrait de **coupler la mesure de la performance médico-économique et celle de la qualité**.*

## **2.2 Les limites des outils de gestion**

Une lecture rapide et non commentée des données des outils de gestion peut générer de l'incompréhension, de l'exclusion et finalement de l'inaction ce qui va à l'encontre de leur objectif premier. De plus, l'utilisation de ces outils, sans un cadrage institutionnel rappelant l'unité de l'établissement, peut conduire à une concurrence interne nocive pour l'hôpital.

### **2.2.1 Une opacité, source de confusion et d'exclusion**

La conception des outils apparaît aux utilisateurs du pôle à bien des égards obscure et non adaptée, complexité qui s'ajoute à celle du modèle tarifaire et de son évolution. Les outils de gestion sont de fait réservés à un petit cercle d'initiés.

#### **2.2.1.1 Des indicateurs pas véritablement choisis**

Les outils de gestion liés à la T2A sont considérés par l'imaginaire collectif comme des auxiliaires du pouvoir, des serviteurs dociles des intentions des dirigeants des HCL et de la DRFCG qui ont présidé à leur élaboration. En réalité, le marché des outils de gestion offre aujourd'hui à profusion des produits destinés à éclairer la conduite des organisations mais a normalisé les indicateurs. Ceux inclus dans les tableaux de bord des HCL ont été retenus parmi des indicateurs classiques de contrôle de gestion hospitalière, selon un **critère d'efficacité d'analyse** et dans une optique de maîtrise des dépenses et de retour à l'équilibre financier. Ils ont été sélectionnés en fonction de leur capacité à refléter rapidement des tendances ou des évolutions maîtrisables par l'équipe de pôle, de leur simplicité de compréhension et du caractère univoque de leur interprétation. Les tableaux de bord de pilotage des pôles contenaient originellement une vingtaine d'indicateurs sur quatre axes distincts : activité, recettes, ressources, dépenses. Leur élaboration initiale par la direction centrale a garanti leur cohérence et permis leur consolidation mais en consultant de façon limitée les pôles.

On entre désormais dans une seconde phase, celle où les utilisateurs, ayant eux-mêmes plus finement identifié leurs besoins d'informations, sollicitent des adaptations des outils à leurs spécificités. Une évolution de ces outils intervient deux fois par an, décidée par la DRFCG à partir des remontées d'informations et des enrichissements souhaités par l'ensemble des utilisateurs. Cette phase est primordiale car un tableau de bord n'est efficace que si son utilisateur se l'approprie mais elle conduit à l'inflation des indicateurs ou à la frustration en cas de refus des demandes. Pour gagner en lisibilité, il serait appréciable que chacun puisse accéder uniquement aux indicateurs qu'il estime pertinents en fonction de ses centres d'intérêt et de ses leviers d'action, soit via des profils

pré-définis, soit en les définissant lui-même. Les cadres de santé et les praticiens n'ont par exemple, pas les mêmes préoccupations, les uns s'intéressent aux dépenses tandis que les autres concentrent leur attention davantage sur l'activité.

### **2.2.1.2 Confusion pour les néophytes**

Le fonctionnement du PMSI et la construction du TCCM et du CREA sont opaques pour la plupart des intervenants. Le chef de pôle urgences avoue ne pas comprendre toutes les subtilités de l'élaboration d'un compte analytique. Le point de vue du chef de pôle rejoint celui des médecins, des cadres de santé et du personnel soignant qui considèrent que leur formation en finances et en management est insuffisante. Dans les tableaux de bord, certains constats peuvent paraître en effet paradoxaux : en 2009, le nombre de mensualités de personnel en équivalent temps plein (ETP) était tout juste équilibré par rapport à l'objectif alors que les dépenses en personnel ont beaucoup diminué (-799 934€ soit -3,6% par rapport au budget). De même, un service qui réaliserait une activité en forte croissance mais aurait des dépenses supérieures aux crédits alloués devrait réduire ses dépenses ce qui pénaliserait le développement de son activité. Enfin, le choix arbitraire des clefs de répartition de certaines charges fixes et du coût des prestations inter-pôles est un facteur de déstabilisation.

L'arrêté du 11 juin 2010 relatif à la loi HPST portant sur la formation des chefs de pôle apporte un début de réponse puisque tout chef de pôle devra suivre une formation d'au moins soixante heures comprenant en particulier un apprentissage de la gestion budgétaire et financière, des systèmes d'information hospitaliers, du pilotage médico-économique et de la performance hospitalière. Je propose que les cadres du pôle et les chefs de service, et idéalement tous les médecins, assistent aussi à un **enseignement** d'initiation à ces techniques et disposent d'un **vademecum des principaux outils de gestion** pour avoir un niveau de compréhension suffisant des mécanismes financiers.

### **2.2.1.3 Des outils non adaptés au changement de périmètre**

Les outils de gestion sont peu adaptés aux restructurations et aux changements de marché ou de méthode d'imputation qui rendent inopérantes les comparaisons temporelles voire induisent les utilisateurs non avertis en erreur. Les tableaux de bord sont en effet alimentés pour la plupart, par des extractions automatisées de différents infocentres du système d'information. Ainsi le changement de prestataire lors de la passation d'un nouveau marché occasionne un changement de référence (code barre) du produit ce qui perturbe les gestionnaires dans le suivi du produit. De même, les indicateurs d'une entité dont le périmètre a été modifié ne sont pas recalculés



rétroactivement par le système. Le pôle urgences est souvent cité en exemple pour sa capacité à se restructurer par la direction des HCL. La fusion UHCD-SAU, le regroupement des blocs réglés et ceux de la chirurgie d'urgence en 2009, la création de l'USC, de l'UHCD, la fusion des deux réanimations, la distinction de l'anesthésie d'urgence et de l'anesthésie réglée en 2010 sont des projets qui ont bouleversé le périmètre de ce pôle. En 2009, le pôle a été acteur d'autres modifications structurelles :

- transfert d'une activité de chirurgie programmée du pôle urgences au pôle de chirurgie et fermeture du CR correspondant (le CR 36129 de Chirurgie viscérale) ;
- transfert au pôle de chirurgie des UF « bloc urgences » et « bloc orthopédie ».
- suppression de deux lits au sein de l'Unité chirurgicale d'Urgence;
- accueil d'une activité d'hôpital de jour d'Allergo Anesthésie en provenance de l'hôpital Edouard Herriot.

Sans ces explications, les objectifs d'activité 2010 du pôle urgences surprennent. La comparaison avec les réalisations et les objectifs des années antérieures reste néanmoins difficile et nécessite des retraitements.

#### Entrées CR 2010 et taux d'évolution par rapport à 2009

<b>Objectifs d'activité 2010 du pôle urgence</b>				
<b>CR</b>	<b>Intitulé</b>	<b>Entrées CR 2010</b>	<b>taux d'évolution / 2009</b>	
<b>36017</b>	REANIMATION CHIRURGICALE	1280	78,27%	Réanimation polyvalente + SIPO en 2010
<b>36019</b>	SERVICE MEDECINE URGENCE	3800	3,51%	
<b>36029</b>	UNITE CHIRURG D URGENCE	2700	-3,36%	- 2 lits depuis Août
<b>36035</b>	REANIMATION MEDICALE			SUPPRESSION EN 2010 => CR 36017
<b>36064</b>	ANESTHESIOLOGIE (dechocage)			TRANSFERT DECHOCAGE => CR 36130
<b>36130</b>	ANESTHESIE D'URGENCE	525	100,00%	DECHOCAGE
<b>36129</b>	CHIRURGIE VISCERALE			SUPPRIME EN 2010
		<b>8305</b>	<b>-0,06%</b>	

Enfin, les méthodes de construction employées par la comptabilité analytique évoluent chaque année, ce qui rend les comparaisons temporelles difficiles et nécessite un retraitement des comptes, diligenté par la DRFCG. En 2009, les comptes de résultat ont ainsi fait l'objet de nombreuses modifications par rapport à la version de 2008 afin de faciliter le rapprochement des données avec celles de l'ENCC. Celles-ci se manifestent essentiellement au niveau du prix de facturation interne des actes médico-techniques qui

ne comprennent plus leurs dépenses de titre 2, lesquelles sont désormais directement enregistrées sur les lignes correspondantes du CR médico technique, comme c'est le cas dans l'ENCC. Les actes ICR d'anesthésie étaient avant 2009, facturés aux services consommateurs selon leur coût de revient. Donc une partie des dépenses d'anesthésiologie, y compris les dépenses de personnel, étaient imputées aux services consommateurs. Le CR Anesthésiologie du pôle urgences ne touchait pas de recettes. Depuis 2009, toutes les dépenses de personnel sont affectées au CR du pôle urgence, avec en échange des recettes internes calculées en fonction du nombre d'ICR évaluées au coût ENC et versées au CR Anesthésiologie par les services consommateurs. Les dépenses de personnel médical dans le CREA ont, par conséquent, bondi de 1.026.057 à 5.191.732 € entre 2008 et 2009, et les recettes de 2.114.555 à 10.314.142 € à la stupefaction générale, les effectifs médicaux n'ayant pas augmenté.

#### **2.2.1.4 Au final, des outils réservés à des initiés**

Un point capital dans la variation des appréciations des professionnels interrogés sur les outils de gestion est leur degré d'engagement dans les changements et leur capacité à faire évoluer les résultats du pôle, allant – pour schématiser - de l'identification à cette démarche, pour ceux qui en sont les auteurs, à de la prudence, de la réserve et des critiques, pour ceux qui les subissent, souvent avec difficultés. La DRFCG, la DSF et la direction bien sûr mais aussi le trio de pôle se sont pleinement appropriés les outils de gestion ou se forment pour le faire. Les chefs de service, quelques médecins et dans une moindre mesure, les cadres de santé manifestent une volonté de comprendre et de s'acculturer à ces mécanismes. En revanche, certains médecins et surtout le personnel soignant restent largement éloignés de ces problématiques, souhaitant pérenniser une époque où les services d'urgence étaient des services relativement épargnés par les restrictions budgétaires.

#### **2.2.1.5 Proposition pour démocratiser l'usage des outils de gestion**

Dans le contexte actuel, chaque acteur a un rôle à jouer dans le pilotage médico-économique du pôle. Je propose de sensibiliser l'ensemble des acteurs par une **communication et des indicateurs adaptés** au type de personnel et d'unité. Cette diffusion serait limitée à une dizaine d'indicateurs, au niveau de l'UF ou du CR, choisis en fonction de la capacité d'intervention des protagonistes : deux à quatre indicateurs médico-économiques, deux à quatre indicateurs de recettes et de dépenses, un à deux indicateurs sur les ressources humaines, un à deux indicateurs sur la qualité et un à deux indicateurs relatifs à des actions entreprises visant à corriger à court terme les dérives observées. Idéalement, ces indicateurs feraient l'objet, de la part du directeur des services

financiers, d'une analyse synthétique assortie de propositions d'actions correctrices. Une grande variété de média serait utilisée pour toucher tous les professionnels : courrier électronique, affichage, tract, réunion. Je suggère également que le directeur des services financiers organise des sessions pour former ces catégories de personnel à l'interprétation des données de gestion les concernant.

### 2.2.2 Des outils d'une fiabilité relative , en particulier pour la détection des anomalies

Le côté rassurant et confortable des outils peut parfois masquer des imperfections qui leur sont intrinsèques.

#### **2.2.2.1 Des données remises en cause**

Une certaine opacité des outils, conjuguée à la primauté accordée à la logique machine, peut dissimuler des erreurs et des biais qui, une fois découverts, suscitent une méfiance générale de la part des agents vis-à-vis des outils de gestion ou même aboutissent au rejet de ces instruments.

Lors de mon stage, j'ai à plusieurs reprises relevé des chiffres aberrants dans des tableaux de bords, provenant d'**erreurs d'imputation** dans les unités fonctionnelles des ressources humaines (internes, praticiens multi-affectés, personnel non médical). Le cadre administratif de pôle vérifie pourtant deux fois par an ces imputations, malheureusement sans que les acteurs compétents les corrigent systématiquement dans le système d'information. De façon identique, le suivi du nombre de repas consommés n'est pas réellement effectué par la DSE qui estime que les données affichées sont incohérentes et fausses. Une demande de mise en conformité faite à la direction du système d'information et de l'informatique (DSII) n'a pas été suivie d'effet. Plus ponctuellement, la mise en place en novembre 2009 d'un nouveau logiciel de saisie de l'activité médicale et de facturation web100T a retardé l'enregistrement des actes et de l'activité, qui s'est traduite par une baisse fictive de l'activité pendant cette phase de déploiement du logiciel.

Le **codage de l'activité** médicale est également à l'origine d'imprécisions. Réalisé pourtant à la source, ce qui favorise une plus grande implication du corps médical et, en théorie, une saisie plus exhaustive, le codage est dans les faits d'une qualité inégale selon les services. Chaque service a une pratique différente : au déchocage, toute l'activité est codée par un seul praticien; en anesthésie, ce sont les chirurgiens qui codent pour les actes des anesthésistes : le codage des actes de bloc génère automatiquement des actes d'anesthésiologie. D'une manière générale, tous les praticiens déplorent passer

beaucoup de temps à coder sans être certains de la qualité de ce codage. Ils utilisent d'ailleurs parfois des thésaurus désuets ou omettent de renseigner le champ « venue du patient en raison d'une ALD » ce qui rend le dossier non facturable. Ils constatent surtout leur manque de formation et de culture du « codage », source selon eux d'une perte importante de revenus pour l'hôpital. Le chef de pôle envisage sérieusement de recourir à un technicien d'information médicale pour auditer pendant trois mois, l'ensemble du codage du pôle.

La **validité du TCCM** est régulièrement remise en cause à cause des biais introduits par l'échelle nationale des coûts (ENC). L'ENC est une enquête auprès d'un échantillon d'établissements et donc de séjours. Les coûts moyens par GHM ne sont que des estimateurs de « vraies valeurs » inconnues, sensibles à la composition de l'échantillon d'établissements qui, il est vrai, contient peu de grands établissements universitaires. Un décret paru en 2010 apporte une première réponse et intègre les HCL dans l'échantillon de l'ENC (MCO et SSR). De plus, cette variabilité est réduite par une technique de redressement et les séjours atypiques, en coût et en durée, sont éliminés. Malgré ces précautions, l'**estimation du coût** moyen de chaque GHM est affectée d'une **erreur relative de l'échantillonnage** : il y a environ 95 chances sur 100 pour que le 'vrai' coût moyen soit compris entre la borne basse et la borne haute. Pour les GHM de moins de 30 séjours (160 sur 2270 GHM), on se contente d'extrapoler le coût à partir du niveau inférieur ou supérieur de gravité du même GHM. A titre subsidiaire, l'ENC est établi pour un case-mix par séjour et non par RUM. Pour un case-mix donné, on ne sait pas dans quel service le patient a séjourné. Il est donc difficile de chiffrer, par service, les dépenses de l'ENC pour un casemix.

#### **2.2.2.2 La formation d'écrans**

Le niveau d'agrégation des indicateurs ou de granularité dans l'analyse et donc d'imprécision s'accroissent avec le niveau hiérarchique de la personne qui les consulte. Or un indicateur synthétique au « vert » rassure le dirigeant mais forme un excellent écran pour les exécutants qui peuvent ainsi garder une grande liberté dans leurs actions. Il en est de même des analyses se focalisant uniquement sur des évolutions et omettant d'évaluer les valeurs absolues. Deux exemples illustrent ces risques.

Le suivi des dépenses de titre 2 DMPH est réalisé mensuellement par le cadre administratif de pôle qui vérifie la conformité de ces dépenses avec l'objectif mensualisé. En cas de forte évolution positive ou négative, le suivi s'affine et s'effectue par CR en fonction de ses objectifs et de l'activité réalisée puis éventuellement par UF et par produit. En utilisant cette méthode et, par pure coïncidence, les tendances de consommation

opposées de deux CR passeraient inaperçues, pourvu que le solde des dépenses du pôle reste conforme à l'objectif.

La DSE rencontre les cadres administratifs de pôle tous les quatre mois pour passer en revue les dépenses des services économiques exprimées en volume et en euros, par CR ou par produit. La méthode employée par le cadre administratif de pôle tout comme la DSE consiste à mettre en exergue les évolutions anormales par rapport à l'exercice précédent ou aux objectifs. Des explications sont alors demandées au pôle sur cette variation. Cette méthode n'est pas dépourvue de limites car une consommation élevée mais sans évolution anormale ne sera ainsi jamais examinée. Des ratios comparatifs à services identiques pourraient être calculés pour pointer ce type de situations.

### **2.2.2.3 Des anomalies non détectées par les outils**

Les raisons qui ont conduit à la création d'une unité d'hospitalisation de courte de durée (UHCD) et d'une unité de surveillance continue (USC) relativisent la portée véritable des outils de gestion financiers. Originellement, ces créations figuraient dans les objectifs du contrat 2007-2010 du pôle urgences pour le mettre en conformité avec les textes réglementaires. Mais ce projet avait du mal à se concrétiser, en raison de la résistance des chirurgiens et des urgentistes, ainsi que de l'octroi systématique jusqu'en 2008 des suppléments de surveillance continue (SC), pour les 8 lits de SC du service médical d'urgence (SMU). La nouvelle classification des GHM (v11) en mars 2009 mit fin à cette situation et conditionna l'obtention du supplément journalier de SC à l'état du patient. Tous les acteurs, direction et pôle, acceptèrent la chute inéluctable des recettes du SMU (-32% en 2009) qu'ils attribuaient à une surestimation passée du nombre de places de SC dans le SMU. Cette perte de recettes mise à part, les outils de gestion indiquaient des résultats encourageants pour le SMU : le nombre d'entrées CR du SMU en hausse, une durée moyenne de séjour en baisse et des dépenses maîtrisées.

La situation aurait pu perdurer longtemps car aucun outil de gestion ne permettait, automatiquement, de recenser les séjours relevant de la surveillance continue au sein du CHLS. Mais le pôle de chirurgie demandait régulièrement des renforts en personnel non médical (PnM) en raison de malades « lourds » et souhaitait déclarer des lits de surveillance continue dans ses unités. Le DIM fut chargé par la DSF, en novembre 2009, d'évaluer la dispersion des séjours relevant de la SC. Il recensa 10 980 journées d'hospitalisation éligibles au supplément de SC, dont 11% seulement au SMU, soit un manque à gagner sur une année de 3,5 M€. Le projet s'est alors rapidement concrétisé et l'USC et l'UHCD ont été inaugurés le 3 mai 2010.

La genèse et la conduite plus détaillées de ce projet figurent en Annexe-11.

### 2.2.3 Les freins à l'action

Les tableaux de bord ne sont utiles que si les informations remontées sont exploitées et accompagnées d'actions correctrices. La résistance culturelle à l'utilisation d'outils médico-économiques, l'incompréhension des informations ou l'absence de marge de manoeuvre s'y opposent.

#### 2.2.3.1 **La résistance culturelle**

Les questions financières souffrent souvent d'une **connotation négative** parmi le personnel du pôle. Le personnel paramédical des HCL partage souvent l'idée selon laquelle son appartenance à un établissement public l'exonèrerait de toute préoccupation financière ou bien que les questions économiques ne concerneraient que la Direction. L'absence à leurs yeux de signes forts de la part du directeur général sur le thème du retour à l'équilibre financier, par le biais d'une intervention magistrale par exemple, corrobore leur sentiment. Pour eux, la T2A accompagnée de ses outils de gestion se résume à des réductions d'effectifs, néfastes à l'hôpital public. Cette prise de distance par rapport aux outils de gestion, témoin de cette marge d'autonomie des acteurs dont parle Michel Crozier<sup>21</sup>, s'observe également parmi les médecins. Un chef de pôle aux HCL n'a-t-il pas refusé en 2010 de signer l'avenant annuel à son contrat de pôle, considérant « ce contrat comme découlant purement de la logique financière ». Beaucoup de praticiens du pôle urgences considèrent le codage comme un moyen imposé d'implication dans la gestion de l'établissement et estiment qu'il ne relève pas de leur métier. A cet égard, une interne de réanimation médicale disait en parlant de l'emprise de l'argent sur la médecine qu'elle avait l'impression de soigner « une carte vitale et un porte monnaie ».

Les outils de gestion offrent une vision normative du pôle où l'activité, les recettes, les dépenses, les ratios de productivité font l'objet de mesures. Mettre tout en chiffres, jusqu'au coût de la vie serait contraire à l'**éthique** d'après les médecins. Pourtant, l'article 8 du code de déontologie (article R.4127-8 du code de la santé publique) précise que, « dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à *ce qui est nécessaire* à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins ». Le choix des prescriptions est donc libre mais raisonné, dans le respect des balances bénéfice/risque et bénéfice/coût. Le code de la Sécurité sociale éclaircit ce deuxième aspect en spécifiant dans son article L.162-2-1 que « les médecins sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur la plus stricte économie

---

21 M. Crozier, E. Friedberg, *l'acteur et le système*, Le Seuil 1977

compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins ». Rose-Marie Van Lerberghe, lorsqu'elle était directrice générale de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris, avait demandé au Comité consultatif national d'éthique (CCNE) de se prononcer sur les critères à utiliser pour fonder une décision équitable face à des impératifs souvent contradictoires : « préserver la santé d'un individu et gérer au mieux celle d'une communauté de personnes ». L'avis rendu par le CCNE<sup>22</sup> avait encouragé à « réintégrer la dimension éthique et humaine dans les dépenses de santé, afin de permettre à l'hôpital de remplir de manière équilibrée l'ensemble de ses missions [sociales en particulier], et pas uniquement les plus techniques ou les plus spectaculaires ». Le CCNE conclut que les aspects budgétaires doivent être pris en compte. Mais, assure-t-il, « la garantie d'un accès juste aux soins de qualité n'est pas en contradiction avec une rigueur économique ». Le CCNE préconise de rendre aux arbitrages leur dimension politique sans les déléguer aux seuls responsables hospitaliers, en approfondissant la concertation entre les responsables décisionnels et les acteurs de santé.

### **2.2.3.2 Des informations à l'état brut incomprises donc inexploitées**

Hormis les rapports d'activité mensuels publiés par la DSF, les outils de gestion livrent des informations à l'état brut, sans commentaire. Si beaucoup de données sont simples à comprendre, d'autres nécessitent des connaissances sur la T2A (les différents types de tarifs par exemple) ou le croisement avec d'autres indicateurs pour caractériser une situation et permettre de formuler des recommandations (les dépenses de PnM avec l'absentéisme ou le nombre de lits ou les recettes, ...). Par manque de compétence ou de temps, les acteurs du pôle sous-exploitent les résultats des tableaux de bord. Les données inexploitées sont soit mal interprétées, soit ignorées par les destinataires. Les réunions (conseil de pôle, bureau de pôle, entretien avec les chefs de service et les cadres de santé) sont l'occasion pour la directrice des services financiers de commenter ces données médico-économiques mais sans doute trop brièvement. **Une fiche écrite sur la performance des services et des pôles, établie conjointement par le contrôle de gestion et le DIM et assortie de commentaires et de pistes d'actions offrirait aux chefs de service et aux cadres de santé un éclairage rapide sur l'évolution à donner à leur service.**

Les deux exemples qui suivent illustrent ce constat.

---

22 CCNE - avis 101, 2007: Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé

### 2.2.3.2.1 CREA et TCCM d'anesthésiologie

Le déficit du CREA d'anesthésiologie représente 39% de celui du pôle urgences. Les dépenses de personnel de ce CREA représentent 96% de ses dépenses totales (50% médical et 46% non médical) et 110% des recettes de sa production médicale. Celles-ci sont composées pour 9% des séjours au déchocage (GHS), pour 5% de consultations pré-anesthésiques et pour 86% de recettes internes qui regroupent les ICR, facturés au service consommateur à la valeur de l'ENC correspondant à la somme des coûts de personnel, d'amortissement, d'entretien et de maintenance du matériel médical. La comparaison entre dépenses et recettes, virtuelles essentiellement, s'assimile plutôt à celle entre dépenses réelles et charges théoriques cibles. Le prix de l'acte ICR étant fixé a priori, les anesthésistes pourraient être tentés d'agir sur le seul levier à leur disposition, l'effet volume, pour faire évoluer leurs recettes. Ce phénomène est difficilement envisageable car les actes d'anesthésie sont liés à ceux de chirurgie. Il convient néanmoins de s'interroger sur les raisons de ce déficit abyssal et du surcoût de l'ICR d'anesthésiologie aux HCL par rapport à celui issu de l'échantillon ENC (3,75 € versus 3,67 €)<sup>23</sup>.

Deux explications peuvent être avancées.

La première concerne l'affectation des IADE. Au CHLS, les IADE sont toutes rattachées au CR anesthésiologie mais certains établissements membres de l'échantillon ENC les affectent à celui du bloc également (ce qui réduit d'autant les charges du CR anesthésiologie dans ce cas). Le périmètre non normalisé des charges d'anesthésiologie contribue donc à la minoration des coûts ENC dans ce domaine.

La deuxième piste relève des missions réelles des anesthésistes. Outre l'activité de déchocage, de bloc opératoire et de salle de soins post interventionnels, ces médecins assurent de facto le suivi médical des patients après leur opération à la place du chirurgien. Les praticiens anesthésistes du pôle urgences sont donc multi-affectés au pôle urgences (50% au bloc, 30% en consultation) et au pôle de chirurgie (20%). Cette multi-affectation sous-estime peut-être le temps passé par les anesthésistes dans les unités d'hospitalisation. De plus, la multi-affectation, qui a pourtant des répercussions sur les charges ENC, n'est pas uniformisée parmi les établissements de santé de l'échantillon national.

---

<sup>23</sup> Calculé sur un périmètre identique : Personnel + Amortissements, entretien et maintenance des matériels médicaux



**Je pense que le CHLS gagnerait à mieux tracer l'activité réelle des anesthésistes et à officialiser leurs tâches et celles des chirurgiens en ce qui concerne le séjour post-opératoire des patients<sup>24</sup>. D'une part, cela ferait apparaître clairement les coûts de personnels dans les deux pôles et d'autre part, cela responsabiliserait aussi les médecins anesthésistes au codage exhaustif des comorbidités que le chirurgien, qui s'est éloigné quelque peu du patient après l'opération, peut négliger.**

#### 2.2.3.2.2 Les dépenses de personnel non médical des réanimations

Nous avons vu que le **TCCM** n'était pas toujours fiable. Ses résultats sont fréquemment rejetés pour cette raison. L'exemple des **dépenses de personnel non médical en réanimation** est intéressant puisque les effectifs sont normés. En 2009, les dépenses en personnel non médical laissaient apparaître un écart de +74% pour la réanimation médicale du CHLS avec celles issues de la base nationale soit 1.398.592 € (+106% pour la réanimation chirurgicale du CHLS soit 1.620.058 €). De telles différences restaient sans explication pour le personnel de l'hôpital et mises sur le compte d'erreurs dans la construction du TCCM. Après avoir vérifié auprès de la DRFCG que le TCCM n'était pas entaché d'erreurs, j'ai cherché à expliquer cette différence par des facteurs simples. Mais l'absentéisme important (14%), l'ancienneté du personnel, le sureffectif de 8,5 ETP environ pour chaque unité n'en expliquent qu'une infime partie (voir l'Annexe-12).

L'explication reste ailleurs.

D'abord, cette différence peut être imputée en partie à la méthode de calcul des coûts ENC utilisée par les HCL. Les **suppléments journaliers** sont affectés à tous les postes de dépenses - calculés dans l'ENC hors suppléments - selon leur poids relatif. Or ces suppléments sont destinés plutôt à financer les dépenses de personnel. Ce lissage pénalise toutefois les CR de réanimation de tous les établissements utilisant cette méthode et d'autres CR de réanimation aux HCL n'ont pas de tels écarts de dépenses.

Ensuite, selon la méthode utilisée par les HCL pour construire le TCCM, les coûts de l'ENC pour chaque poste sont proportionnels à l'**activité du service**. Un service avec une faible activité se voit affecter des coûts ENC faibles<sup>25</sup>. Les recettes de la réanimation chirurgicale sont effectivement inférieures à celles des autres services de réanimation chirurgicale des HCL, en raison, d'une part, d'un taux de facturation des suppléments de réanimation (tarif 3) moindre et, d'autre part, de recettes GHS (tarif 1) basses. Les recettes GHS (tarif 1) de la réanimation médicale sont inférieures à celles des autres réanimations médicales. La comparaison dans l'Annexe-13, des résultats de plusieurs

24 Les pôles chirurgie et urgence établiront en septembre 2010 un « règlement intérieur » pour répartir officiellement leurs contributions au sein de l'unité de chirurgie d'urgence (UCU).

25 cf. méthode de calcul du TCCM utilisée aux HCL.

services de réanimations des HCL apporte de nouveaux éléments.

#### Recettes : tarif GHS (tarif 1)

Le taux d'occupation moyenne des unités de réanimation du CHLS était pourtant de 90% en 2009 pour ces deux réanimations, un taux identique à celui des autres réanimations des HCL. Mais leur indice de performance globale (**IPG**) est élevé, et même si les bornes hautes sont rarement dépassées, un séjour trop long au CHLS pénalise toutes les unités d'hospitalisation concernées, qui doivent couvrir leurs coûts en se partageant un forfait identique quelle que soit la durée du séjour. La durée excessive d'un séjour mono-unité ou multi-unité réduit donc pour les CR les recettes GHS (tarif 1) rapportées par journée et par lit. La réanimation médicale a souffert de ce phénomène en 2009, avec une durée moyenne de séjour (**DMS**) élevée en comparaison à celle des autres réanimations médicales des HCL, ce qui a contribué à une réduction du financement des unités de soins par le forfait GHS rapporté à une journée.

Une comparaison selon le niveau de gravité révèle que les **séjours de niveau 4** ont représenté en 2009 une part du chiffre d'affaires des deux réanimations du CHLS moindre qu'au sein des autres réanimations des HCL avec a contrario une part plus importante des séjours de niveau 1. La valeur moyenne du cas traité (**VMCT**) par **séjour** (tarif 1+2+3) était également très basse en réanimation chirurgicale. La qualité du codage pourrait être en cause.

Enfin, l'**exhaustivité du codage** est à parfaire. 30 jours après la sortie de l'unité, 32% des RUM n'avaient pas de diagnostic principal. On peut toutefois considérer que ce retard dans le codage décale les résultats de l'activité régulièrement sans créer de baisse.

#### Tarif 3 (suppléments réanimation ou soins intensifs)

**La faiblesse des recettes de tarif 3** en réanimation chirurgicale découle du faible **taux de facturation des suppléments** de réanimation en 2009.

Du côté des dépenses réelles de personnel, la réanimation médicale aura des dépenses de personnel PnM comparables à celles des autres réanimations des HCL une fois les effectifs ramenés à la norme. En revanche, le retour à des effectifs normés en réanimation chirurgicale ne suffira pas, les dépenses PnM / lit étant encore de 257 k€ par an et par lit. Ce CR inclut le coût du personnel mobilisé autour du **lit de semaine soins intensifs post-opératoires (SIPO)** et l'enveloppe 460 k€ est certainement trop élevée au regard de celle des autres réanimations.

Cette analyse a nécessité le retraitement par mes soins des données du DIM et de la DRFCG mais est difficilement réalisable au niveau du pôle. D'une part, certaines données ne sont pas accessibles au pôle. Et, d'autre part, les emplois du temps chargés et l'urgence des choix laissent peu de temps au personnel du pôle et, même à la direction, pour instruire les dossiers avant de formuler un jugement.

### **2.2.3.3 Les marges de manœuvre du pôle pour réagir face aux conclusions tirées des outils de pilotage**

Aux HCL, la gestion de certaines enveloppes est déléguée au pôle, tandis que d'autres restent du ressort des directions fonctionnelles.

	<b>Budget délégué au pôle</b>	<b>Budget géré par la direction fonctionnelle</b>
Titre 1	PnM	PM (DAM)
Titre 2	DMPH	Exploitation (petites fournitures, linge, produits non stériles) : D.S.E
Titre 3	Investissements hôteliers	Exploitation (hôtellerie), investissements hôteliers pour des projets spécifiques : D.S.E
Titre 3	Investissements médicaux et non médicaux entre 500 et 10.000 €	Investissements médicaux et non médicaux supérieurs à 10.000 € : D.S.E

Cette délégation de gestion importante et dont le périmètre est en cours d'extension en 2010 se traduit pour le chef de pôle, par la possibilité de disposer de l'opportunité de décisions concernant l'organisation du pôle, et de prise d'initiatives dans les domaines délégués. Ce n'est que dans ce cadre là que les outils de gestion ont une signification et un intérêt. Le pôle doit avoir suffisamment d'autonomie pour agir, lorsque les outils de gestion l'y invitent, en vue du respect de son contrat interne.

Ainsi, le pôle gagnerait à voir sa délégation élargie à la gestion du personnel médical, ce qui lui permettrait d'avoir une plus ample marge de manoeuvre pour atteindre ses objectifs.

Les objectifs du pôle sont mensualisés par CR. Mais l'absence de délégation de gestion au niveau des CR et donc de capacité à agir seul rend inutile toute contractualisation du pôle avec les CR.

## 2.2.4 Menace pour l'unité institutionnelle ?

Les outils de gestion offrent la tentation pour les utilisateurs de privilégier l'atteinte de leurs objectifs en oubliant leur finalité et la nécessaire coopération au sein de l'institution.

### **2.2.4.1 *L'indicateur devient l'objectif***

L'amélioration de l'indicateur peut devenir un objectif et non plus un moyen. Un bon gestionnaire n'est-il pas celui qui respecte ses objectifs et optimise les indicateurs selon lesquels il sera jugé ? Des unités de soins et certains praticiens dans des pôles d'aval, évitent d'accueillir les patients des urgences ayant trop de complications pour minimiser leur charge de travail en soins, leur DMS et ainsi maximiser leurs recettes. La mise en place des objectifs de la T2A a accentué ce phénomène dans quelques services d'aval, ce qui handicape les unités des urgences dont le recrutement est imprévisible. Dans le même ordre d'idées, la maîtrise des enveloppes budgétaires par substitution de techniques ou de produits peut induire des nouvelles dépenses dans d'autres unités. Ainsi, le remplacement de l'usage unique par du matériel à usage multiple devant être stérilisé, mais plus économique pour l'unité consommatrice, se traduit par des coûts supplémentaires dans les unités de stérilisation.

### **2.2.4.2 *La concurrence intra-HCL***

La valorisation des prestations inter-pôles, nécessaire pour disposer d'une comptabilité analytique par pôle, peut mener à une relation marchande conflictuelle entre les pôles alors qu'elle devrait être collaborative et incitative. Le risque est double, de voir, d'une part, la création de filières parallèles pour certaines prestations en dehors de toute logique institutionnelle, ou, d'autre part, la priorité accordée par chaque pôle à l'atteinte de ses objectifs sans prise en considération du processus complet de soins au niveau de l'hôpital. Ainsi le transfert d'un patient dans un établissement de santé concurrent des HCL ne change pas les comptes du pôle des urgences mais représente une perte d'activité pour les HCL. Le directeur du groupement hospitalier sud aime à rappeler que « dans un CHU, certaines activités spécifiques au CHU ne peuvent être déficitaires que par la présence de centres de responsabilité excédentaires ». Il déplore toutefois que « certains services excédentaires comme l'endocrinologie, la médecine interne, la rhumatologie se sentent créanciers de l'hôpital et exigent par exemple des créations de postes, tandis que l'établissement doit en supprimer plus de cinquante cette année ». Il confirme ce que Philippe MOSSE<sup>26</sup> constatait : « A l'hôpital, c'est la concurrence

---

<sup>26</sup> Philippe MOSSE, 2005, « L'économie du système hospitalier ; le délicat problème de l'incitation » Health Management Review, Moscou, Vol 3, pp. 50- 64

monopolistique et non la coopération qui est l'horizon des stratégies et des comportements des professionnels », ce qui se traduit par la définition de territoires fermés, renforcée et légitimée par la logique de spécialisation médicale. Ce phénomène s'observe aussi entre groupements hospitaliers : certains rechignent parfois à financer une partie des dotations d'amortissements des investissements réalisés par d'autres ou bien refusent à faire des « sacrifices » qui pourraient ensuite combler les déficits d'autres groupements.

Pour éviter que la performance collective ne se résume à une somme de performances individuelles, les HCL ont édité dès 2005, une charte de bon fonctionnement entre pôles aux HCL, qui formalise les relations entre deux ou plusieurs pôles d'activité. Cette charte rappelle l'interdépendance des pôles, l'obligation d'informer les autres pôles des impacts potentiels de l'évolution de ses activités et de son fonctionnement. Elle clarifie également l'affectation partagée des moyens humains et matériels et l'imputation des coûts et des recettes. Le contrat interne de 2007 du pôle urgences stipulait que le pôle gériatrie et de médecine s'engageaient à contribuer à l'activité de post-urgence. Ce même contrat évoquait, pour structurer la prise en charge des patients, des contractualisations possibles avec le pôle médecine et avec le pôle chirurgie qui ne se sont pas concrétisées.

La mise en place d'un comité de gouvernance local mensuel dans chaque groupement, composé du directeur du groupement et de son équipe de direction, du président du CCM et des chefs de pôle, constitue une avancée importante dans le dialogue entre les pôles et la direction et entre les pôles eux-mêmes.

La réponse que l'on pourrait aussi apporter au repli sur soi et au risque de concurrence interne stérile serait d'insérer, dans les contrats de pôle, des **objectifs transversaux inter-pôles** de prise en charge globale du patient, par exemple les délais moyens d'obtention des examens et de leurs résultats, d'obtention d'un avis de spécialiste, ou de réalisation de la mutation d'un patient. Les pôles ne se percevraient plus en situation de concurrence mais bien de complémentarité les uns les autres.

\*\*\*

*Deux menaces principales guettent les outils de gestion. Premièrement, certaines données des outils de gestion peuvent demeurer sous-exploitées en raison de freins idéologiques, d'une délégation insuffisante au pôle ou bien d'une incompréhension des résultats bruts faute de formation ou d'analyse commentée. Des actions de **formation** et une **sélection d'indicateurs** adaptés aux acteurs et **commentés** pourraient limiter ce dernier risque. Deuxièmement, une utilisation excessive et non vigilante des outils ne garantit pas un pilotage exemplaire du pôle et peut menacer l'unité institutionnelle par une*

*concurrence fratricide entre entités et un repli de chaque pôle sur ses objectifs. La direction a toute sa place dans le maintien de cette unité ainsi que dans la fixation d'objectifs transversaux inter-pôles de bonne prise en charge globale du patient.*

\*\*\*

## Conclusion

Le pôle urgences du centre hospitalier Lyon Sud a connu de fortes transformations souvent inspirées et accompagnées par les outils de gestion liés à la mise en place de la T2A. Ces modifications, souhaitées ou induites, affectent aussi bien l'organisation du pôle et de ses centres de responsabilité que les mentalités des acteurs. Elles s'inscrivent différemment dans l'espace et dans la durée. Il est donc difficile d'évaluer leurs effets qui ne se manifestent que progressivement. Mais l'observation des grandes tendances esquissées par ces évolutions rend explicites leur signification et le positionnement des acteurs qui portent ou subissent le changement.

Ainsi, l'instrumentation de gestion a insufflé une culture médico-économique et une aspiration à l'efficacité dans les décisions stratégiques et opérationnelles du pôle. Les outils de gestion sont même parvenus à réunir les deux lignes d'autorité, médicale et administrative, autour d'un langage commun et rationnel. Mais ils pourraient, paradoxalement, être à la source, d'une part, d'un schisme entre les initiés, très impliqués dans la gestion, et ceux qui la délaissent, volontairement ou par incompréhension, et d'autre part, d'un cloisonnement entre les pôles, voire les centres de responsabilité au sein d'un pôle, en raison de la primauté accordée à leur performance individuelle au détriment de la performance collective de l'établissement. **Pour prévenir ces deux écueils, il convient d'adapter les outils de gestion tant sur le fond que sur la forme aux acteurs et de fournir un cadre favorable à la coopération entre les entités, en imposant aux pôles, par exemple, des objectifs transversaux de prise en charge du patient.**

**Enfin, l'utilisation des outils de gestion dans la prise de décision ne doit pas être exclusive.** Elle doit être complétée par le respect des recommandations sur les meilleures pratiques et de la déontologie, et par un pilotage de la qualité de la prise en charge. Seule cette complémentarité garantira que ce sont bien des cercles vertueux qui se développent à travers ce couplage observation / mesure.

## Annexe -1 : liste des CR et des UF du PAM Urgences (juin 2010)

	UF	Nombre de lits
SAU 36018	Unité commune CR	
	SAU urgences	
	SAU suites de soins	
36017 Réanimation médicale et chirurgicale	Unité commune CR	
	Réanimation médicale	14
	Réanimation chirurgicale	11
	Unité de surveillance continue	9
	Soins intensifs post-opératoires	2
	MIGAC MERRI CRB Biotheque sepsis	
36019 UHCD	Unité commune CR	
	UHCD	14
	Unité médico sociale	4
	Zone surveillance de très courte durée	1
	CS psychiatrie	
	Équipe liaison et sons en addictologie	
36029 unité chirurgicale d'urgence UCU	Unité commune CR	
	unité chirurgicale d'urgence UCU	9
	Unité post urgences viscérales 01	8
	Unité traumatolo ostéo articulaire	9
36064 Anesthésie réglée	Unité commune CR	
	Nombreuses UF de consultations d'anesthésie	
	Nombreuses UF d'anesthésie	
	HdJ allerge anesthésie	1
36130 Anesthésie d'urgence	Unité commune CR	
	SSPI bloc conventionnel	
	Anesthésie bloc d'urgence	
	Anesthésie imagerie	
	déchocage	1
	Consultation anesthésie urgence	
	Consultation anesthésie imagerie	
36983 Compte commun PAM	Pool jour PAM	
	Pool nuit PAM	
	Gestion PAM	
36089 Médecine légale	Consultation psychiatrie victimologie	



## Annexe –2 : répartition des postes de dépense dans la comptabilité analytique des HCL

<b>Poste</b>	<b>Répartition</b>
Personnel médical	Affectation <b>directe</b> au service au coût <i>réel</i>
Personnel non médical	Affectation <b>directe</b> au service au coût <i>réel</i>
Pools remplacement	Affectation <b>directe</b> au service au coût réel si connu sinon ventilé au poids budgétaire des PnM
<b>Total dépenses de personnels</b>	
Spécialités pharmaceutiques	Affectation <b>directe</b> au service au coût réel
Spécialités pharmaceutiques facturables en sus du GHS	Affectation <b>directe</b> au service au coût réel
Consommables médicaux	Affectation <b>directe</b> au service au coût réel
DMI	Affectation <b>directe</b> au service au coût réel
DMI facturables en sus du GHS	Affectation <b>directe</b> au service au coût réel
Produits sanguins	Affectation <b>directe</b> au service au coût réel
Entretien et maintenance des matériels médicaux	Affectation <b>directe</b> au service au coût réel
Amortissement des matériels médicaux	Affectation <b>directe</b> au service au coût réel
<b>Total dépenses médicales</b>	
Actes extérieurs et autres actes	Affectation <b>directe</b> au service au coût réel
Laboratoire	Charges de personnel, les amortissements et maintenance des matériels médicaux ventilées sur les services consommateurs selon le nombre de B consommés valorisés au tarif de référence de l'ENC (les consommables médicaux utilisés sont facturés au coût réel et incluses dans les dépenses médicales)
Imagerie	Charges de personnel, les amortissements et maintenance des matériels médicaux ventilées sur les services consommateurs selon le nombre de ICR consommés valorisés au tarif de référence de l'ENC (les consommables médicaux utilisés sont facturés au coût réel et incluses dans les dépenses médicales)
Radiothérapie	pôle urgences non concerné
Exploration fonctionnelle	Charges de personnel, les amortissements et maintenance des matériels médicaux des services producteurs ventilées sur les services consommateurs selon le nombre de ICR consommés (les consommables médicaux utilisés sont facturés au coût réel et incluses dans les dépenses médicales)

<b>Poste</b>	<b>Répartition</b>
Anesthésiologie	Charges de personnel, les amortissements et maintenance des matériels médicaux ventilées sur les services consommateurs selon le nombre de ICR consommés valorisés au tarif de référence de l'ENC (les consommables médicaux utilisés sont facturés au coût réel et incluses dans les dépenses médicales)
Bloc	Charges de personnel, les amortissements et maintenance des matériels médicaux du bloc ventilées sur les services consommateurs selon le nombre de ICR consommés (les consommables médicaux utilisés sont facturés au coût réel et incluses dans les dépenses médicales)
Urgences	Charges de personnel, les amortissements et maintenance des matériels médicaux des urgences ventilées sur les services consommateurs selon le nombre de patients hospitalisés dans ce service issus des urgences (les consommables médicaux utilisés sont facturés au coût réel et incluses dans les dépenses médicales)
Rééducation (cas MCO)	Charges de personnel, les amortissements et maintenance des matériels médicaux des urgences ventilées sur les services consommateurs selon le nombre de journées d'hospitalisation (les consommables médicaux utilisés sont facturés au coût réel et incluses dans les dépenses médicales)
<b>Total actes médico-techniques</b>	
DIM	Dépenses affectées aux services selon leur nombre d'entrées et séances
Pharmacie	Dépenses affectées aux services selon leurs dépenses du titre 2
Stérilisation	Dépenses affectées aux services cliniques selon les dépenses de DMI et consommables médicaux des services.
Génie biomédical	Dépenses affectées aux services selon leurs montants d'actif brut de matériel médical enregistrés.
Hygiène hospitalière et vigilances	Dépenses d'hygiène hospitalière ventilées en fonction du nombre de dossiers ouverts pour le service
Accueil et gestion des malades (BDE, archives, ...)	Dépense ventilée sur les services cliniques en fonction du nombre de dossiers ouverts.
Blanchisserie	Dépense ventilée sur les services cliniques en fonction du nombre de journées et séances réalisées.
Restauration	Dépense de restauration ventilée sur les services cliniques en fonction du nombre de repas commandés pour la partie hors biberonnerie et en fonction du nombre de journées de nouveaux nés pour la biberonnerie.
Transports	Dépenses de transport ventilées en fonction de la consommation de transports.
Assurances	Dépenses ventilées sur les services cliniques en fonction de leur poids budgétaire

<b>Poste</b>	<b>Répartition</b>
Fournitures, affranchissement, télécoms, créances irrécouvrables...	Dépenses ventilées sur les services cliniques en fonction de leur poids budgétaire
Services hôteliers (eau, gaz, électricité, traitement des déchets...)	Dépenses ventilées sur les services cliniques en fonction de leur poids budgétaire
Entretien - maintenance	Dépenses ventilées sur les services cliniques en fonction de leur poids budgétaire
Informatique	Dépenses ventilées sur les services cliniques en fonction de leur poids budgétaire
Services administratifs (gestion du personnel, crèches)	Dépense ventilée sur les services cliniques en fonction de leur dépense en PNM pour la gestion du personnel non médical et les services au bénéfice du personnel et en fonction de leur dépense en PM pour les affaires médicales.
Services administratifs à caractère général	Dépenses ventilées sur les services cliniques en fonction de leur poids budgétaire
<b>Total logistique</b>	
Frais financiers	Dépenses ventilées sur les services cliniques en fonction de leur poids budgétaire
Amortissements (hors matériel à caractère médical)	Dépenses ventilées sur les services cliniques en fonction de leur poids budgétaire
<b>Total structure</b>	
<b>TOTAL DEPENSES CREA</b>	

Les coûts sont valorisés en dépenses directes pour la partie coûts variables et les effectifs sont suivis sur une base d'ETP.

Les dépenses de personnel médical et non médical directement affectées sur les services cliniques sont complétées par des dépenses de pools de remplacement. Depuis 2010, les coûts des pools de remplacement sont ventilés en fonction des consommations réelles de pools par CR (pour ceux connus) et au prorata des ETP PnM pour les autres (au sein du pôle et/ou du groupement hospitalier) : 1 CR pour tous les pools de remplacement du pôle, jour et nuit.

Les dépenses médicales correspondent à celles directement affectées sur les services cliniques. Certaines dépenses (prothèses notamment) sont affectées sur les blocs et ventilées dans un second temps.

Les dépenses médico-techniques sont ventilées en fonction des unités d'œuvre consommées par les CR cliniques (Indices de Coûts Relatifs, actes de biologie, utilisation du SMUR, contribution à la prise en charge des urgences, minutes de rééducation en SSR, ...)

- Les dépenses de laboratoire sont facturées aux services cliniques en fonction de la consommation *réelle* (nombre de B réellement consommés, hors activité externe), valorisée au tarif de référence ENCC du laboratoire concerné. Il existe 11 types de laboratoires qui ont chacun une valorisation de référence (selon les données de l'ENCC 2007). Chaque laboratoire des HCL a été classé selon la typologie nationale.
- Les dépenses d'imagerie et d'anesthésiologie sont facturées aux services cliniques en fonction de la consommation réelle (nombre d'ICR réellement consommés, hors activité externe), valorisée au tarif de référence (selon les données de l'ENCC 2007).
- Ce mode de facturation a l'avantage de pénaliser le service qui prescrit trop (beaucoup de facturation de B et d'ICR) et de faire reposer les surcoûts de production sur le service producteur (recettes au tarif ENCC).

Dépenses de logistiques : Pour toutes les dépenses de logistique, une part est initialement ventilée sur les services médico-techniques en fonction des clés de ventilation décrites dans la partie logistique. Cette part est ensuite reventilée sur les services cliniques en fonction des unités d'œuvre décrites dans la partie dépenses médico-techniques. [la partie des dépenses de logistiques ventilées sur les unités médico-techniques est ensuite reventilée sur les unités cliniques]

	imagerie	réanimation	UHCD	
DIM	120	100	110	

Puis :

	imagerie	réanimation	UHCD	
DIM		100 + 50 (selon la clé répartition imagerie)	110 + 70 (selon la clé répartition imagerie)	

Les dépenses de logistique directe correspondent aux fonctions supports directement en lien avec l'activité des services cliniques (blanchisserie, restauration, accueil et gestion des malades, logistique médicale, nettoyage, ...). Les modalités de ventilation sont proportionnelles à l'activité du service (nombre de séjours, nombre de journées, consommations médicales, ou à défaut au poids budgétaire).

Les dépenses de logistique et de structure supportées par les services sont minorées, à hauteur du déficit HCL (soit une imputation de 94,6% de la dépense d'origine).

#### Les dépenses liées à la recherche

Concernant la prise en charge des surcoûts lié à la recherche, il convient de veiller à l'imputation plus fine des dépenses sur les UF de la Direction de la Recherche Clinique, qui concentre les recettes liées aux activités de recherche afin de moins pénaliser le pôle ; Un groupe de travail à l'échelle institutionnelle est mandaté pour parvenir à une meilleure lisibilité de la contribution du pôle aux recettes générées par la recherche.

## Annexe –3 : répartition des recettes dans la comptabilité analytique des HCL

<b>Type de recette</b>	<b>Répartition</b>
Activité d'hospitalisation MCO (Titre 1 + 2, y.c. suppléments journaliers)	Recettes affectées sur les services cliniques, pour le titre 1 et le titre 2, en fonction de la ventilation des GHS réalisée par le DIM (selon la méthodologie des euros par CR).
Spécialités pharmaceutiques MO payées en sus du GHS	Recettes ventilées sur les services cliniques en fonction de leurs consommations de MO facturables en sus.
Dispositifs médicaux implantables DMI payés en sus du GHS	Recettes ventilées sur les services cliniques en fonction de leurs consommations de DMI facturables en sus.
Activité d'hospitalisation SSR (Titre 1 + 2)	Recettes ventilées sur les services cliniques en fonction de leur production de points IVA 2009 (activité groupée selon l'algorithme national).
Activité d'hospitalisation Psy (Titre 1 + 2)	recettes affectées directement aux services concernés.
Recours exceptionnels	Recettes ventilées en fonction du nombre de séjours relevant des activités faisant l'objet de ce type de financement.
Recettes internes des services médico-techniques faisant l'objet d'une refacturation interne (laboratoires, imagerie et anesthésie)	Recettes affectées aux services producteurs en fonction du nombre d'unités d'œuvre (B, P ou ICR) produites pour les patients hospitalisés.
Activité externe - Consultations (titre 1 + 2)	Recettes ventilées au réel sur les services cliniques (tant pour le titre 1 que le titre 2). La distinction consultations/actes est réalisée sur la base des éléments figurant dans la base des statuts E <sup>27</sup> . Ces recettes incluent les ATU pour les services d'urgences.
Activité externe - Actes (titre 1 + 2)	
<b>Total recettes "production médicale"</b>	

<sup>27</sup> Base de données des HCL contenant les actes externes CCAM et NABM par trimestre

<b>Type de recette</b>	<b>Répartition</b>
M.E.R.R.I. Part modulable - Publications	Recettes ventilées sur les services cliniques selon les règles nationales en fonction du nombre point SIGAPS des publications (décompte sur 32 points). Il peut y avoir double compte pour une même publication (quand la publication est attachée à plusieurs médecins de différents CR) ce qui a pour conséquence de répartir une enveloppe plus importante que celle allouée aux HCL. Cette différence est compensée par une baisse de l'enveloppe des MERRI fixes.
M.E.R.R.I. Part modulable - Etudiants	Recettes ventilées sur les services cliniques selon les règles nationales en fonction du nombre d'étudiants.
M.E.R.R.I. Part modulable - Brevets	Recettes ventilées sur les services cliniques selon les règles nationales en fonction du nombre de brevets.
M.E.R.R.I. Part modulable - Essais cliniques	Recettes ventilées sur les services cliniques selon les règles nationales en fonction et du nombre d'essais cliniques.
M.E.R.R.I. Part fixe	Recettes ventilées sur les services cliniques en fonction de leur production médicale (hors SSR qui ne bénéficie pas de financement MERRI).
<b>Total recettes "Production scientifique"</b>	
Forfait d'accueil des urgences	Recettes ventilées sur les services en fonction du nombre de passages réalisé.
Forfaits de coordination de prélèvement d'organes et de greffes	Recettes ventilées sur les services concernés en fonction des critères de l'agence de biomédecine relatifs au calcul du FAG (nombre de greffes, nombre de patients inscrits au fichier, nombre de donneurs vivants, nombre d'allogreffes).
Missions d'intérêt général (incluant les MERRI variables)	recettes ventilées sur les services cliniques sur la base de l'enquête réalisée fin 2008/début 2009.
Permanence des soins hospitaliers	recettes ventilées en fonction du nombre de tours de garde et d'astreintes réalisés dans les différents services.
Aide à la contractualisation	Recettes ventilées sur les services cliniques du MCO au prorata des charges de structure. De ce fait, toutes les charges de structures sont financées par les crédits AC.
Chambres particulières	recettes directement affectées aux services concernés.
Redevances sur l'activité libérale	recettes directement affectées aux services concernés.
Autres recettes subsidiaires	recettes ventilées au réel sur les services cliniques.
<b>Total recettes "forfaits et autres recettes"</b>	

## La production médicale

. Les recettes d'hospitalisation MCO sont allouées aux services producteurs, sur la base des tarifs nationaux (GHS), en tenant compte des règles de facturation. Les recettes variables sont valorisées sur la base des entrées du CR pour les pôles qui prennent en charge des patients conjointement avec d'autres pôles. La méthode de valorisation a été mise au point par le département d'information médicale et est identique pour tous les pôles.

. Les recettes varient en fonction de l'activité. Elles sont valorisées sur la base des objectifs d'activité déclinés en chiffre d'affaires prévisionnel lié à l'activité d'hospitalisation, sur la base du GHS moyen par discipline du pôle. La même méthode est utilisée pour la valorisation de l'activité externe. Les suppléments journaliers liés aux activités de réanimation, soins intensifs et surveillance continue font partie de ce groupe de recettes, de même que les suppléments journaliers en cas de séjour d'une durée supérieure à la borne haute.

. Les recettes des molécules MO & DMI sont réparties en fonction des dépenses constatées sur les CR concernés. Les MO et DMI sont facturés en sus des forfaits T2A sur la base du taux de remboursement fixé par l'ARH. Leur montant figure à la fois en dépense et en recette (montant identique).

. Les recettes de SSR sont allouées aux services producteurs, sur la base de la valorisation des points IVA (nouveau modèle de tarification SSR à partir des indices de valorisation de l'activité), en tenant compte des règles de facturation

. Les recettes de consultations et actes externe sont allouées aux services producteurs, en tenant compte des règles de facturation.

. Les activités de recours exceptionnel reconnues par le ministère (suite à une enquête annuelle) sont ventilées entre les services par déclinaison du modèle national (2,5 M€ en 2009)



### Les recettes liées à la production scientifique reflètent le modèle national des MERRI :

La réforme du financement des MERRI a été mise en œuvre à compter de la campagne tarifaire 2008. La réforme a consisté à passer de deux compartiments (MERRI fixes et variables) à trois compartiments de financement des MERRI (socle fixe, parts modulable et variable), les deux derniers compartiments étant majoritaires (60%) afin de créer une incitation au développement de la recherche.

En 2007, il avait été arbitré une montée en charge progressive du nouveau modèle : 15% de l'effet revenu en 2008, 35% en 2009, 65% en 2010, 100% en 2011. Cependant, l'application de ce schéma s'avéra complexe dans une gestion pluri-annuelle dans la mesure où la dotation cible change chaque année en fonction de l'évolution des paramètres du modèle et des valeurs des différents indicateurs. Aussi pour 2010, le principe d'un passage à 100% de l'effet revenu est retenu et a offert une meilleure visibilité et compréhension du modèle. Toutefois, dans le respect de l'enveloppe MERRI globale et afin de compenser partiellement (à hauteur de 31,4%) et temporairement les effets revenus des établissements perdants, il a été mobilisé pour 2010 uniquement, une enveloppe de 22,1 millions d'euros au bénéfice de ces derniers. Cette enveloppe correspondait aux mesures nouvelles MERRI 2010 (15,1 millions d'euros) et à un abattement de 10% des gains des gagnants (7 millions d'euros).

Le socle *fixe* : prorata de la production médicale (hospitalisation MCO + consultations) à chaque CR, sur la base d'une enveloppe prédéterminée

Le socle *modulable* : financement sur la base...

- du nombre d'étudiants (en médecine en DCEM 2, 3 et 4, en odontologie en DCEO 2, 3 et 4 et en 5<sup>e</sup> année de pharmacie)
- du score de publications SIGAPS (selon le nouveau modèle de décompte des points, 32 points max par publication)
- du nombre de brevets
- du nombre d'essais cliniques (la déclinaison par CR n'a pas permis d'intégrer les points SIGREC pour l'année 2009)

Chaque indicateur a une valeur nationale qui est appliquée par CR.

Le socle *variable* (appel à projets, structures, ...) est alloué à chaque CR concerné. Le financement est intégré à la ligne MIG

Les HCL ont survalorisé la part des publications (+13 M€ au détriment de la part fixe, opération interne aux HCL) **pour répartir différemment l'enveloppe MERRI dans les**

**CR** et prendre en compte intégralement les publications ayant des auteurs multiples. D'une manière générale, le montant des MERRI versées aux HCL diminue en raison de la baisse du nombre de brevets déposés et de la chute du nombre d'inclusions de patients (bien souvent car les patients ne sont pas tracés).

La recherche clinique est financée par des fonds publics ou privés

**10% des activités de recherche financés par les fonds publics** : L'unité de recherche clinique des HCL (URC), dont une antenne est basée au CHLS, accompagne prioritairement en 2009 les pôles urgences, chirurgie et SSR. Elle recherche des financements pour des projets, réalise un soutien aux inclusions et aux coordination d'études. Le coût de l'URC par projet est estimé à :

- 15 à 25h pour la lettre d'intention
- 60 à 140 h pour le protocole
- 10 à 20h d'aide méthodologique
- 20 à 40h pour la publication
- + 10 à 20% du temps d'un senior

**90%** de l'activité de recherche est financée par **l'industrie**. Actuellement, les pôles facturent de plus en plus leurs surcoûts aux industriels. 5 à 6 études cliniques portant sur des protocoles sont en cours de réalisation au pôle urgences. Elles sont toutes financées par l'industrie.

## Les financements par dotations, forfaits, ou recettes subsidiaires

. Le financement des missions d'intérêt général (MIG) est alloué aux services producteurs, isolé dans des UF spécifiques, selon une répartition décidée au moment de la première attribution et est proportionnelle aux dépenses de l'UF par MIGAC. A titre d'exemple, la mission d'intérêt général « Permanence des soins hospitaliers » (créée au niveau national par un débasage des tarifs des GHS) a été répartie par déclinaison du modèle national :

- Sur la base des gardes et astreintes arrêtées par la commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS) des HCL
- Retrait des lignes financées par d'autres dispositifs (urgences par les forfaits annuels, SAMU/ SMUR en Migac, SSR par la DAF, ...)
- Distinction de la continuité des soins (c'est-à-dire pour des patients déjà hospitalisés et donc financée par les tarifs) de la permanence des soins (nouveaux patients nécessitant des soins urgents, objet de cette dotation). Cette distinction est fixée à 66% pour les gardes et 46% pour les astreintes
- Ventilation entre CR sur la base des coûts standards arrêtés par la DGOS et selon les clés ci-dessus

. Forfait annuel urgence et financement (FAU & ATU) : il s'agit du financement des services d'urgences, déterminé en fonction du nombre de passages aux urgences

. Forfaits annuels prélèvements d'organe et greffes (CPO & FAG) : il s'agit du financement des coordinations de prélèvements d'organes et de greffes. La recette est ventilée par déclinaison du modèle national (nombre de greffes, nombres de prélèvements, nombre de patients inscrits, ...)

. AC (aides contractuelles) : elles financent des charges financières et sont réparties en fonction des dépenses de structure (hors services SSR qui ont ce financement intégré dans la DAF).

. Les recettes subsidiaires pour chambres particulières et redevance de l'activité libérale sont présentées explicitement dans le CREA. Les autres recettes subsidiaires concernent pour l'essentiel des remboursements de frais et des subventions.

**Annexe-4 : tableau de bord Business Object (Qlikview)**

## Activité

### Mouvements

NOM	DESCRIPTION	FORMULE DE CALCUL	FREQUENCE MISE A JOUR	OBJECTIF	SOURCE	Niveaux de Zoom					Comparaison Données		Comparaison Objectif		Représentation
						PAM	CR	UF	Sous- Groupe Dépense (PM/PMM, DM/PH...)	Grade	Statut (TIT, STG, CT)	Cumul annuel (E: Jan- mar05 / Jan- mar05)	Comparaison Mensuelle (E: Jan05 / Jan05)	Cumul annuel (E: Jan- mar05 Réal / Jan-mar05 Obj)	
Nombre d'entrées CR	Nombre d'entrées réalisées par CR et par mois	Dénombrément des entrées réalisées dans un CR	au plus tard le 7 de chaque mois (chargement des données du mois précédent)	Augmenter l'activité	Synthese	X	X	X				X	X	Courbe/Tableau	
Nombre de venues en Hôpital de jour	Nombre de venues réalisées en Hôpital de Jour par CR et par mois	Dénombrément des passages de patients dans un CR d'une durée < 24h, indiquant habituellement sa fréquence thérapeutique dans un but thérapeutique	au plus tard le 7 de chaque mois (chargement des données du mois précédent)	Augmenter l'activité	Synthese	X	X	X				X	X	Courbe/Tableau	
Durée Moyenne Séjour	La Durée Moyenne de Séjour (DMS) correspond au nombre moyen de jours d'un séjour d'un patient dans une Unité Fonctionnelle. Elle se calcule à partir de la durée de séjour et des entrées réalisées dans l'Unité Fonctionnelle.	* Durée Moyenne Séjour dans l'UF = Nb journées d'hospitalisation dans l'UF / Nb total d'entrées UF * Durée Moyenne Séjour dans le CR = Somme (Nb journées d'hospitalisation) pour chaque UF du CR / Somme (Nb total d'entrées CR) * Durée Moyenne Séjour dans le PAM = Somme (Nb journées d'hospitalisation) pour chaque UF du PAM / Somme (Nb total d'entrées CR)	au plus tard le 7 de chaque mois (chargement des données du mois précédent)	Augmenter l'activité	Synthese	X	X	X			X	X		Tableau	
Taux d'Occupation	Correspond au Taux d'occupation réel des lits de chaque Unité Fonctionnelle d'hospitalisation	* Taux d'occupation de l'UF = Nb de journées d'hospitalisation de l'UF / Nb de journées-lits exploitables de l'UF * Taux d'occupation du CR = Somme (Nb de journées d'hospitalisation) pour chaque UF du CR / Somme (Nb de journées-lits exploitables) pour chaque UF du CR * Taux d'occupation du PAM = Somme (Nb de journées d'hospitalisation) pour chaque UF du PAM / Somme (Nb de journées-lits exploitables) pour chaque UF du PAM	au plus tard le 7 de chaque mois (chargement des données du mois précédent)	Augmenter l'activité	Synthese	X	X	X			X	X		Tableau	
Nombre d'IVG	Nombre total d'IVG réalisés	Dénombrément des IVG réalisés (IVG < 12h, IVG 12 à 24h, IVG > 24h, IVG médicamenteuses)	au plus tard le 7 de chaque mois (chargement des données du mois précédent)	Augmenter l'activité	Synthese	X	X	X			X	X		Tableau	

## Actes

NOM	DESCRIPTION	FORMULE DE CALCUL	FREQUENCE MISE A JOUR	OBJECTIF	SOURCE	PAM	CR	UF	Sous Groupe Dépense (PMPHM, DMPH ...)	Grade	Statut (TIT, STG, CT)	Cumul annuel	Comparaison Mensuelle	Cumul annuel	Comparaison Mensuelle	Type Analyse (Jauge, Courbe, Histo, ...)
												(Ex: janv-mars06 / janv-mar05)	(Ex: Janv06 / Janv05)	(Ex: janv-mars06 Réal / janv-mar06 Obj)	(Ex: Janv06 Réal / Janv06 Obj)	
<b>Nombre de consultations</b>	Nombre total de consultations réalisées	Dénombrement des actes de consultation (lettre clé commence par 'C') réalisés	au plus tard le 10 de chaque mois (chargement des données du mois précédent)	<i>Augmenter l'activité</i>	Synthese	X	X	X				X	X			Tableau
<b>Activité des Blocs Opératoires</b>	Nombre d'interventions et d'ICR réalisés par les blocs opératoires	Dénombrement des actes et des ICR réalisés par les blocs opératoires	le 25 de chaque mois (chargement des données du mois précédent)	<i>Augmenter l'activité</i>	DIM	X	X	X				X	X			Tableau

## Autres

NOM	DESCRIPTION	FORMULE DE CALCUL	FREQUENCE MISE A JOUR	OBJECTIF	SOURCE	PAM	CR	UF	Sous Groupe Dépense (PMPHM, DMPH ...)	Grade	Statut (TIT, STG, CT)	Cumul annuel	Comparaison Mensuelle	Cumul annuel	Comparaison Mensuelle	Type Analyse (Jauge, Courbe, Histo, ...)
												(Ex: janv-mars06 / janv-mar05)	(Ex: Janv06 / Janv05)	(Ex: janv-mars06 Réal / janv-mar06 Obj)	(Ex: Janv06 Réal / Janv06 Obj)	
<b>Actes de Biologie</b>	Nombre de B et P prescrits / réalisés par CR biologie et ACP, et par mois		au plus tard le 10 de chaque mois (chargement des données du mois précédent)	<i>Maîtriser la prescription</i>	Synthese	X	X	X				X	X			Courbe/Tableau
<b>Actes de Biologie réalisés pour des établissements extérieurs</b>	Nombres de B et P réalisés par CR pour des établissements ou labo extérieurs		au plus tard le 10 de chaque mois (chargement des données du mois précédent)	<i>Optimiser les recettes</i>	GEMA	X	X	X				X	X			Courbe/Tableau

## Dépenses

SOUS DOMAINE	NOM	DESCRIPTION	FORMULE DE CALCUL	FREQUENCE MISE A JOUR	OBJECTIF	SOURCE	PAM	CR	UF	Sous Groupe Dépense (PM/PHM, DMPH ...)	Grade	Statut (TIT, STG, CT)	Cumul annuel (Ex: janv- mars06 / janv- mar05)	Comparaison Mensuelle (Ex: Janv06 / Janv05)	Cumul annuel (Ex: janv- mars06 Réal / janv-mar06 Obj)	Comparaison Mensuelle (Ex: Janv06 Réal / Janv06 Obj)	Type Analyse (Jauge, Courbe, Histo, ...)
TITRE 2	Dépenses Titre 2 par LB	Dépenses réalisées par CR et par mois pour les grands groupes de dépense du titre 2		au plus tard le 6 de chaque mois (chargement des données du mois précédent)	Maîtriser la prescription	Synthese	X	X	X	X			X	X	X	X	Courbe/Tableau
TITRE 2	Budget Titre 2 par LB	Crédit Annuel Autorisé (Budget Primitif + Virements de crédits) alloué par CR, par mois et par compte	Budget Prévisionnel récupéré depuis OFA puis Budget Exécutoire récupéré depuis SYNTHESE	au plus tard le 6 de chaque mois (chargement des données du mois précédent)	Maîtriser la prescription	OFA / Synthese	X	X		X							Courbe/Tableau
TITRE 1	Dépenses Titre 1 PHM par LB et par catégorie EPRD	Dépenses réalisées par CR et par mois et par catégorie : titulaire/stagiaire, CDI, CDD sur poste vacant, CDD de remplacement.	Le découpage en catégorie a été fourni par la DPAS : il ne suit pas exactement le découpage en poste de dépenses	au plus tard le 6 de chaque mois (chargement des données du mois précédent)	Respecter l'enveloppe de personnel non médical	Synthese	X	X	X	X					X	X	Courbe/Tableau
TITRE 1	Budget Titre 1 PHM par LB et par catégorie EPRD	Budget alloué par CR, par mois et par item : personnel permanent (titulaire, stagiaire, CDI), personnel non permanent (CDD sur poste vacant, CDD sur poste permanent)	Budget Prévisionnel récupéré depuis OFA puis Budget Exécutoire récupéré depuis SYNTHESE	au plus tard le 6 de chaque mois (chargement des données du mois précédent)	Respecter l'enveloppe de personnel non médical	OFA / Synthese	X	X		X							Courbe/Tableau
DEPENSES DAEL	Suivi des dépenses liées à la fonction économique	Dépenses réalisées par CR et par mois pour quelques comptes ciblés (fournis par la DAEL)	Suivi des dépenses associées à une liste de comptes fournie par la DAEL	au plus tard le 6 de chaque mois (chargement des données du mois précédent)	Maîtriser les dépenses	Synthese	X	X	X				X	X			Courbe/Tableau





## Logistique

NOM	DESCRIPTION	FORMULE DE CALCUL	FREQUENCE MISE A JOUR	OBJECTIF	SOURCE	PAM	CR	UF	Sous Groupe Dépense (PM/PHM, DMPH ...)	Grade	Statut (TIT, STG, CT)	Cumul annuel (Ex: janv- mars06 / janv- mar05)	Comparaison Mensuelle (Ex: Janv06 / Janv05)	Cumul annuel (Ex: janv- mars06 Réal / janv-mar06 Obj)	Comparaison Mensuelle (Ex: Janv06 Réal / Janv06 Obj)	Type Analyse (Jauge, Courbe, Histo, ...)
Décélération des repas	Consommation des repas servis aux patients dans les services comparée aux repas théoriques attendus	Repas commandés (consommés) = repas produits par l'UCPA (repas + petits dejeuners) pour le service Repas théoriques = calculés à partir de l'activité du service 1 acte IVG réalisé = 1 repas 1 Venue HJ réalisée = 1 repas 1 journée hospit réalisée hors REA et REA NEONAT = 2,3 repas 1 journée hospit réalisée en REA = 0,75 repas	Chargement mensuel	Maîtriser la production des repas	DAEL / Direction de la Restauration	X	X	X						X	X	Tableau / Courbe
Dotation des draps	Consommation des draps dans les services comparée à la dotation	Ecart entre dotation et consommation de draps	Chargement mensuel	Maîtriser la consommation des draps	DAEL / Fonction Textile	X	X	X						X	X	Tableau / Courbe

## Exemples graphiques

### Synthèse au niveau PAM



Zoom sur les entrées CR par CR (comparaison uniquement avec les objectifs mensualisés pour une période donnée : N, N-1, avec un alerteur)



Zoom sur les entrées CR / UF (comparaison uniquement par rapport à N-1, avec un alerteur)

Détail Entrées CR				
UF	Réalisé 2009	Réalisé 2010	Ecart	Ecart %
36103:REA CHIR NORD	266	252	-14	-5,26%
36110:USMCC UNITE SURV MED ET C...	385	349	-36	-9,35%
36123:CHIRURGIE D URGENCE	439	496	57	12,98%
36125:UNITE POST URGENCE	131	102	-29	-22,14%
36140:REA MED SUD	202	268	66	32,67%
36142:SIPPO SOINS INTENSIFS CHIR	162	134	-28	-17,28%
36149:ZSTCD ZONE SURVEILLANCE D...	78	46	-32	-41,03%
36155:UNITE MEDICALE DE COURTE ...	1 352	1 555	203	15,01%
36317:HC CHIR VISCERALE	159	0	-159	-100,00%
36326:DECHOCAGE	266	269	3	1,13%
36551:URGENCE TRAUMATO OSTEO ...	843	750	-93	-11,03%
36555:UNITE MEDICO SOCIALE	0	21	21	-
<b>Total</b>	<b>4 283</b>	<b>4 242</b>	<b>-41</b>	<b>-0,96%</b>

## **Annexe-5 : perspective de clôture pour enveloppe personnel non soignant (titulaire et stagiaires, contractuels, intérimaires)**

L'attaché du pôle urgences actualise mensuellement un tableau de bord de suivi de l'enveloppe PNM, construit à partir des indicateurs RH et de paie. L'objectif est de **respecter l'enveloppe financière** du titre 1 PNM attribuée dans l'EPRD pour le pôle urgences , contenant aussi bien les contractuels, les titulaires ou stagiaires, les intérimaires.

### Enveloppe du titre 1 PNM de l'EPRD notifiée au pôle par DRH

Chaque année, la Direction du personnel et de l'action sociale (DPAS) notifie au pôle urgences l'enveloppe du titre 1 PNM de l'EPRD qui lui est attribuée.

Pour 2010, le budget PNM est de 19 755 236 € avec un effectif de 409,43 ETP (soit **4913,16 mensualités**) dont 23,5 contrats à durée déterminée (CDD) sur poste vacant et remplacement (soit **282 mensualités**). Le coût moyen annuel budgété par statut tient compte du glissement vieillesse technicité (GVT) et des augmentations générales de salaire.

## PAM URGENCES

### NOTIFICATION EPRD 2009

STATUT	COUT MOYEN ANNUEL	nb ETP	BUDGET EUROS ARRONDIS
TIT/STAG	49 372,35	423,26	20 897 341
CDI	51 636,85	0,75	38 728
CDD PV	35 275,76	5,50	194 017
CDD R	36 045,61	18,00	648 821
		<b>447,51</b>	<b>21 778 906</b>
CPTES DIVERS (intérim, indemnités perte emploi, ....)			70 547
<b>TOTAL GENERAL</b>			<b>21 849 453</b>

### NOTIFICATION EPRD 2010

STATUT	COUT MOYEN ANNUEL	nb ETP	BUDGET EUROS ARRONDIS
TIT/STAG	49 048,39	384,43	18 855 672
CDI	48 645,67	1,50	72 969
CDD PV	32 541,08	5,50	178 976
CDD R	32 256,38	18,00	580 615
		<b>409,43</b>	<b>19 688 231</b>
CPTES DIVERS (intérim, indemnités perte emploi, ....)			67 005
<b>TOTAL GENERAL</b>			<b>19 755 236</b>

L'enveloppe et le nombre d'équivalent temps plein (ETP) sont définis mensuellement. Le coût moyen budgété pour un CDD sur poste vacant est par exemple de 32 541,08 €. Bien que les enveloppes ne soient normalement pas fongibles entre les statuts, une tolérance est toutefois admise dans le sens titulaires vers contractuels.

La différence entre le nombre d'ETP notifiés entre 2009 et 2010 s'explique essentiellement par le transfert du bloc chirurgical d'urgence au pôle de chirurgie.

<b>EPRD</b>	<b>2009</b>	<b>447,51</b>
36983	Effort prod.	-2,00
36029	Transfert bloc urgences vers PAM CHIRURGIE	-36,50
36064	Transfert SSPI vers PAM CHIRURGIE	-2,00
36064	Transfert d'HEH : secrétaire médicale	0,50
36064	Transfert du PAM CHIRURGIE : secrétaire médicale	0,50
36064	Régularisation année pleine arrivée gynéco mai 2009	1,67
36019	Réajustement poste CDI (1 TIT = 0,75 CDI)	-0,25
<b>EPRD 2010</b>		<b>409,43</b>

### La perspective de clôture

L'attaché du pôle urgences a construit ce tableau de perspective de clôture pour suivre la consommation de l'enveloppe du titre 1 du personnel non médical PNM et adapter les embauches de fonctionnaires et les recrutements de contractuels et d'intérimaires si nécessaire.

Ce tableau utilise les coûts moyens budgétés notifiés par la DPAS (exemple : pour un CDD sur poste vacant, le coût annuel moyen est de 32 541,08 € soit 2711 € par mois) et le nombre d'ETP prévus (en tenant compte des départs / arrivées des agents permanents ou temporaires). Toutefois, le nombre d'ETP réellement rémunérés par le pôle peut dépasser celui prévu tant que l'enveloppe financière est respectée.

Chaque mois, l'attaché du pôle urgences actualise les valeurs de ce tableau en remplaçant les valeurs prospectives des mois passés par les valeurs réelles du coût salarial et de l'effectif figurant sur l'arrêté de paie de la DPAS.

- Perspective de clôture pour les agents permanents, fonctionnaires et contractuels de durée indéterminée.

1. Personnel Titulaire/Stagiaire							Cout moyen budgété	Cout moyen réalisé
Budget H	ETP Rémunérés (réel)	ETP Budgétés	Ecart	DEPENSES	BUDGET	ECART		
JANVIER	380,14	367,12	13,02	1 333 965	1 500 565	-166 600	4 087,32 €	3 509,14 €
FEVRIER	374,76	379,81	-5,05	1 514 882	1 552 428	-37 546	4 087,37 €	4 042,27 €
MARS	378,62	385,66	-7,04	1 593 985	1 576 350	17 635	4 087,37 €	4 209,99 €
AVRIL	391,33	380,77	10,56	1 599 511	1 556 364	43 147	4 087,37 €	
MAI	396,08	379,88	16,23	1 618 926	1 552 571	66 355	4 087,37 €	
JUIN	392,28	384,56	7,72	1 603 394	1 571 834	31 560	4 087,37 €	
JUILLET	392,28	382,63	9,65	1 603 394	1 563 964	39 430	4 087,37 €	
AOÛT	393,28	381,68	11,6	1 607 481	1 560 068	47 413	4 087,37 €	
SEPTEMBRE	392,78	381,72	11,06	1 605 437	1 560 230	45 207	4 087,37 €	
OCTOBRE	398,83	383,77	15,06	1 630 166	1 568 598	61 568	4 087,37 €	
NOVEMBRE	398,83	382,88	15,98	1 630 166	1 564 839	65 327	4 087,37 €	
DÉCEMBRE	398,83	422,74	-23,91	1 630 166	1 727 859	-97 693	4 087,37 €	
<b>Total :</b>	<b>4 688,04</b>	<b>4613,16</b>	<b>74,88</b>	<b>18 971 470</b>	<b>18 855 672</b>	<b>115 798</b>	<b>49 048,39 €</b>	
FIN MARS	1 133,52	1 132,59	0,93	4 442 832	4 629 343	-186 511		

2. Personnel en CDI							Cout moyen budgété	Cout moyen réalisé
Budget H	ETP Rémunérés (réel)	ETP Budgétés	Ecart	DEPENSES	BUDGET	ECART		
JANVIER	0,75	1,32	-0,57	2 738	5 369	-2 631	4 054,40 €	2 074,24 €
FEVRIER	1,51	1,49	0,02	5 190	6 039	-849	4 053,57 €	3 507,96 €
MARS	1,50	1,49	0,01	4 923	6 034	-1 111	4 053,77 €	3 359,80 €
AVRIL	1,50	1,49	0,01	6 081	6 045	36	4 053,77 €	
MAI	1,50	1,49	0,01	6 081	6 036	45	4 053,77 €	
JUIN	1,50	1,49	0,01	6 081	6 047	34	4 053,77 €	
JUILLET	1,50	1,50	0	6 081	6 075	6	4 053,77 €	
AOÛT	1,50	1,50	0	6 081	6 067	14	4 053,77 €	
SEPTEMBRE	1,50	1,50	0	6 081	6 066	15	4 053,77 €	
OCTOBRE	1,50	1,50	0	6 081	6 093	-12	4 053,77 €	
NOVEMBRE	1,50	1,50	0	6 081	6 085	-4	4 053,77 €	
DÉCEMBRE	1,50	1,73	-0,23	6 081	7 013	-932	4 053,77 €	
<b>Total :</b>	<b>17,26</b>	<b>18,00</b>	<b>-1</b>	<b>67 577</b>	<b>72 969</b>	<b>-5 392</b>	<b>48 645,67 €</b>	
FIN MARS	3,76	4,30	-0,54	12 851	17 442	-4 591		

Le nombre d'ETP budgétés découle de l'effectif permanent présent (fonctionnaire et CDI) ajusté en fonction des départs et des recrutements prévisionnels.

ETAT PREVISIONNEL DES MOUVEMENTS PERSONNEL PERMANENT-ANNEE 2010

NOM	GRADE	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	TOTAL
SORTIE ECOLE	IADE										8			
GRIGNOT	IADE								1					
PASSI	IADE										1			
DELORE	IADE				0,8									
...	IDE					1								
CORBEL	ASD							-1						
BRAMANT	IDE				1									
CARREVALI	IDE						1							
BERNOFF	IDE													
LAMBERT	ASD					1								
EMLEA	IDE					0,25								
<b>TOTAL</b>		0,00	0,00	0,00	2,80	4,75	-2,80	-1,00	1,00	-0,50	6,05	0,00	0,00	
<b>TOTAL ESP</b>		<b>380,14</b>	<b>374,76</b>	<b>378,62</b>	<b>391,33</b>	<b>396,08</b>	<b>393,28</b>	<b>392,28</b>	<b>393,28</b>	<b>392,78</b>	<b>398,83</b>	<b>398,83</b>	<b>398,83</b>	<b>4689,04</b>
<b>Cumul des mensualités</b>			754,90	1133,52	1524,85	1920,93	2314,21	2706,49	3099,77	3492,55	3891,38	4290,21	4689,04	

- Perspective de clôture pour les agents temporaires, CDD et intérimaires.

### 3. Personnel en CDD sur Poste vacant

Budget H	ETP Rémunérés (réel)	ETP Budgétés	Ecart	DEPENSES	BUDGET	ECART	Cout moyen budgété	Cout moyen réalisé
JANVIER	5,00	4,69	0,31	10 467 €	12 706 €	-2 239 €	2 709,17 €	2 093,40 €
FEVRIER	5,00	5,48	-0,48	12 879 €	14 858 €	-1 979 €	2 711,31 €	2 575,80 €
MARS	2,00	5,32	-3,32	5 899 €	14 414 €	-8 515 €	2 709,40 €	2 949,50 €
AVRIL	7,00	5,34	1,66	14 484 €	14 484 €	0 €	2 712,36 €	
MAI	5,00	5,40	-0,40	14 636 €	14 636 €	0 €	2 710,37 €	
JUIN	5,00	5,73	-0,73	15 525 €	15 525 €	0 €	2 709,42 €	
JUILLET	5,00	5,37	-0,37	14 556 €	14 556 €	0 €	2 710,61 €	
AOÛT	5,00	5,42	-0,42	14 709 €	14 709 €	0 €	2 713,84 €	
SEPTEMBRE	5,00	5,42	-0,42	14 709 €	14 709 €	0 €	2 713,84 €	
OCTOBRE	5,00	5,38	-0,38	14 599 €	14 599 €	0 €	2 713,57 €	
NOVEMBRE	5,00	5,44	-0,44	14 753 €	14 753 €	0 €	2 711,95 €	
DÉCEMBRE	5,00	7,01	-2,01	19 027 €	19 027 €	0 €	2 714,27 €	
<b>Total :</b>	<b>59,00</b>	<b>66,00</b>	<b>-7,00</b>	<b>166 243 €</b>	<b>178 976 €</b>	<b>-12 733 €</b>	<b>32 540,11 €</b>	
FIN MARS	12,00	15,49	-3,49	29 245 €	41 978 €	-12 733 €		

### 3. Personnel en CDD sur remplacement

Budget H	ETP Rémunérés (réel)	ETP Budgétés	Ecart	DEPENSES	BUDGET	ECART	Cout moyen budgété	Cout moyen réalisé
JANVIER	23,19	16,94	6,25	55 890 €	45 540 €	10 350 €	2 688,38 €	2 410,09 €
FEVRIER	22,26	19,50	2,76	61 402 €	52 418 €	8 984 €	2 688,00 €	2 758,40 €
MARS	15,50	18,46	-2,96	44 682 €	49 629 €	-4 947 €	2 688,00 €	2 882,71 €
AVRIL	10,86	19,29	-8,43	29 192 €	51 843 €	-22 651 €	2 688,00 €	
MAI	14,00	19,54	-5,54	37 632 €	52 535 €	-14 903 €	2 688,00 €	
JUIN	19,00	20,91	-1,91	51 072 €	56 220 €	-5 148 €	2 688,00 €	
JUILLET	24,00	20,50	3,50	64 512 €	55 093 €	9 419 €	2 688,00 €	
AOÛT	29,00	20,27	8,73	77 952 €	54 490 €	23 462 €	2 688,00 €	
SEPTEMBRE	19,00	14,61	4,39	51 072 €	39 262 €	11 810 €	2 688,00 €	
OCTOBRE	15,00	13,54	1,46	40 320 €	36 407 €	3 913 €	2 688,00 €	
NOVEMBRE	14,00	13,64	0,36	37 632 €	36 654 €	978 €	2 688,00 €	
DÉCEMBRE	27,00	18,80	8,20	72 576 €	50 524 €	22 052 €	2 688,00 €	
<b>Total :</b>	<b>232,81</b>	<b>216,00</b>	<b>16,81</b>	<b>623 934 €</b>	<b>580 615 €</b>	<b>43 319 €</b>	<b>32 256,38 €</b>	
FIN MARS	60,95	54,90	6,05	161 974 €	147 587 €	14 387 €		

DIVERS (intérimaires, indemnités pour perte d'emploi, frais d'accident de travail, remboursement voyage DOM, ...)

Budget H	DEPENSES	BUDGET	ECART
JANVIER	-28 179 €	7 198 €	-8 300 €
FEVRIER	11 787 €	5 058 €	6 729 €
MARS	16 554 €	5 058 €	11 496 €
AVRIL	7 427 €	5 058 €	2 369 €
MAI	7 427 €	5 058 €	2 369 €
JUIN	7 427 €	5 058 €	2 369 €
JUILLET	7 427 €	5 058 €	2 369 €
AOÛT	7 427 €	5 058 €	2 369 €
SEPTEMBRE	7 427 €	5 059 €	2 368 €
OCTOBRE	7 427 €	5 059 €	2 368 €
NOVEMBRE	7 427 €	5 058 €	2 369 €
DÉCEMBRE	7 427 €	9 225 €	-1 798 €
<b>TOTAL</b>	<b>67 005 €</b>	<b>67 005 €</b>	<b>0 €</b>
FIN MARS	162 €	17 314 €	-17 152 €



Ces valeurs sont agrégées et une extrapolation jusqu'à la fin de l'année en cours indique l'écart des dépenses en PNM par rapport à l'enveloppe budgétée.

<b>SITUATION ETP A FIN MARS 2010</b>		
CONSOMMES	1210,23	
BUDGETES	1207,28	
ECART	<b>-2,95</b>	DEFAVORABLE
<b>SITUATION ETP A FIN DECEMBRE 2010</b>		
CONSOMMES	4997,11	
BUDGETES	<b>4913,16</b>	
ECART	<b>-83,95</b>	FAVORABLE
<b>SITUATION EUROS A FIN MARS 2010</b>		
DEPENSES	4 647 064 €	
BUDGET	4 853 664 €	
ECART	<b>206 600 €</b>	FAVORABLE
<b>SITUATION EUROS A FIN DECEMBRE 2010</b>		
DEPENSES	19 896 229 €	
BUDGET	<b>19 755 237 €</b>	
<b>ECART A FIN DECEMBRE 2010</b>	<b>-140 992 €</b>	<b>DEFAVORABLE</b>

On en déduit donc pour les mois à venir, le nombre de CDD et intérimaires que l'on peut recruter en fonction d'une part de la distribution des postes de contractuels des années précédentes et des dates de sortie des écoles paramédicales.

PAM URGENCES  
 CONSOMMATIONS MENSUALITES REALISEES TIT STAG CDI  
 M.MARQUES Source Tableaux de bord BO

	JANV	FÉVR	MARS	AVR	MAI	JUIN	JUIL	AOÛT	SEPT	OCT	NOV	DÉC	
2007	428,59	421,52	422,41	424,50	429,29	430,31	431,71	434,64	422,84	429,43	427,45	419,74	5122,43
	<b>8,37%</b>	<b>8,23%</b>	<b>8,25%</b>	<b>8,29%</b>	<b>8,38%</b>	<b>8,40%</b>	<b>8,43%</b>	<b>8,49%</b>	<b>8,25%</b>	<b>8,38%</b>	<b>8,34%</b>	<b>8,19%</b>	<b>100%</b>
2008	424,98	414,18	416,89	420,80	419,86	421,09	420,90	424,95	414,56	413,74	417,18	422,55	5031,68
	<b>8,45%</b>	<b>8,23%</b>	<b>8,29%</b>	<b>8,36%</b>	<b>8,34%</b>	<b>8,37%</b>	<b>8,36%</b>	<b>8,45%</b>	<b>8,24%</b>	<b>8,22%</b>	<b>8,29%</b>	<b>8,40%</b>	<b>100%</b>
2009	424,99	421,00	416,77	422,30	421,77	422,46	427,76	422,17	416,73	421,44	421,27	410,80	5049,46
	<b>8,42%</b>	<b>8,34%</b>	<b>8,25%</b>	<b>8,36%</b>	<b>8,35%</b>	<b>8,37%</b>	<b>8,47%</b>	<b>8,36%</b>	<b>8,25%</b>	<b>8,35%</b>	<b>8,34%</b>	<b>8,14%</b>	<b>100%</b>

CONSOMMATIONS MENSUALITES REALISEES CONTRACTUELS (poste vacants et remplacements)

	JANV	FÉVR	MARS	AVR	MAI	JUIN	JUIL	AOÛT	SEPT	OCT	NOV	DÉC	
2007	16,29	20,09	24,14	16,96	17,42	22,94	22,25	24,51	20,29	12,36	12,65	21,82	231,72
	<b>7,03%</b>	<b>8,67%</b>	<b>10,42%</b>	<b>7,32%</b>	<b>7,52%</b>	<b>9,90%</b>	<b>9,60%</b>	<b>10,58%</b>	<b>8,76%</b>	<b>5,33%</b>	<b>5,46%</b>	<b>9,42%</b>	<b>100,00%</b>
2008	20,82	23,3	23,81	23,87	30,53	28,77	34,94	35,58	27,84	24,17	24,76	29,48	327,87
	<b>6,35%</b>	<b>7,11%</b>	<b>7,26%</b>	<b>7,28%</b>	<b>9,31%</b>	<b>8,77%</b>	<b>10,66%</b>	<b>10,85%</b>	<b>8,49%</b>	<b>7,37%</b>	<b>7,55%</b>	<b>8,99%</b>	<b>100,00%</b>
2009	29,91	27,53	19,65	19,89	23,33	25,62	21,57	27,07	20,83	20,67	20,04	30,26	286,37
	<b>10,44%</b>	<b>9,61%</b>	<b>6,86%</b>	<b>6,95%</b>	<b>8,15%</b>	<b>8,95%</b>	<b>7,53%</b>	<b>9,45%</b>	<b>7,27%</b>	<b>7,22%</b>	<b>7,00%</b>	<b>10,57%</b>	<b>100,00%</b>

MOYENNE DES CONTRACTUELS sur 3 ans	JANV	FÉVR	MARS	AVR	MAI	JUIN	JUIL	AOÛT	SEPT	OCT	NOV	DÉC	
	<b>7,94%</b>	<b>8,46%</b>	<b>8,18%</b>	<b>7,18%</b>	<b>8,33%</b>	<b>9,21%</b>	<b>9,26%</b>	<b>10,29%</b>	<b>8,17%</b>	<b>6,64%</b>	<b>6,67%</b>	<b>9,66%</b>	<b>100,00%</b>

<b>2010</b>	<b>28,19</b>	<b>27,26</b>	<b>17,5</b>	17	18	22	28	33	23	18	18	32	<b>282</b>
<b>%</b>	<b>10%</b>	<b>10%</b>	<b>6%</b>	6%	6%	8%	10%	12%	8%	6%	6%	11%	<b>99,98%</b>

Le recrutement excessif d'infirmières diplômées d'Etat (IDE) en CDD en décembre à leur sortie d'école (recrutées 6 mois en CDD puis stagiaires) et d'infirmières anesthésistes diplômées d'Etat (IADE) (stagiaires car déjà fonctionnaires) s'explique par la volonté du pôle d'anticiper au mieux les départs naturels d'IDE et d'IADE au cours de l'année. Le surcoût en début d'année est moindre que l'appel à des intérimaires dont la venue est toujours incertaine, surtout pour les IADE. Ainsi, le CHLS a d'ors et déjà décidé de recruter 8 IADE à la sortie de leur école. Cette valeur ne doit pas être modifiée sous peine de subir une pénurie d'IADE en 2011.

Dans la situation présente, une réduction du nombre de contractuels semble s'imposer pour respecter l'enveloppe financière du titre 1 PNM.

## Annexe-6 : destinataires et émetteurs des outils de gestion

	Fréquence	HCL				Groupement Sud					pôle						
		Direct. Générale	DRFCG	Dépt. Information Médicale	DPAS	Direct. Générale	Contrôle de gestion DSF	Direct. Personnel	Direct. Services Economiques	Direct. soins	Chef pôle	Cadre administratif pôle	Cadre supérieur pôle	Chefs service	Praticiens	Cadre unité	Personnel soignant
CREA, TCCM	A	D	E			D	E <sup>28</sup>				D	D	D				
Rapport d'analyse de la situation du GHS (format imposé par DG)	M	D	D			D	E	D	D	D							
Point activité MCO et perspectives de dépenses et de recettes titre 3 par pôle	M	D	D			D	E	D	D	D							
Cahier d'indicateurs	A	D	E	E		D	D				D			D			
Suivi mensuel exhaustivité par CR aux HCL	M	D	D	E		D	D				D			D			
Tableaux de bord Qlickview (consultation du système d'information)	M	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D		D	
Actes CCAM, NGAP	M		SI			D	E <sup>29</sup>	D	D	D	D	D	D	D	D <sub>30</sub>	D	
Casemix par pôle et par CR	T		SI			D	E <sup>31</sup>	D	D	D	D	D	D	D	D <sub>32</sub>	D	
Dépenses DMPH (extraction du système d'information)	M					D	E	D	D	D	D	D	D	D	D <sub>33</sub>	D	
Recettes par activité et par pôle	T <sup>34</sup>			E		D	E	D	D	D	D	D	D	D	D <sub>35</sub>	D	
Suivi dépenses DP par pôle	M				E	D	D	E	D	D	D	D	D				
Suivi dépenses D.S.E. par pôle (extraction du système d'information)	Q								E <sup>36</sup>			D				D	
Perspective de clôture titre 1 PnM du pôle	M						D <sub>37</sub>				D	E	D			D	

A : annuel, Q : quadrimestriel, T : trimestriel, M : mensuel; E : émetteur, D : destinataire

28 Collabore avec DRFCG

29 Mise en forme

30 Certains praticiens gestionnaires ou intéressés

31 Mise en forme

32 Certains praticiens gestionnaires ou intéressés

33 Certains praticiens gestionnaires ou intéressés

34 Prochainement M.

35 Certains praticiens gestionnaires ou intéressés

36 Réunion mais extraction permanente des données

37 Au titre de directeur référent du pôle urgence et non de contrôleur de gestion

## Annexe-7 : tableau de bord USC

 Hôpitaux de Lyon	<b>Tableau de bord projet</b>	 Les HCL construisent l'avenir !
---	-------------------------------	--

CONTEXTE
<p>Actuellement département d'hospitalisation des urgences réparti sur trois secteurs: 1/ SMU (12 lits) 2/ ZTCD (1 lit) 3/ Surveillance continue (6 lits)            Besoin identifié d'optimiser l'organisation de ces lits car il n'y a pas de secteur d'UHCD (contrainte réglementaire), ni lit de SC très sous utilisé aux urgences, tandis qu'un nombre significatif de patients relevant de la SC sont dans d'autres services (par exemple en chirurgie générale), avec une perte de recettes significative pour l'établissement.</p> <p>Sur le plan financier : montant annuel des recettes sur 9 lits d'USC = entre 857 et 964 k€ (entre 428 et 482 k€ pour l'année 2010 de mai à décembre).</p> <p>Du coup la mission du projet est de transformer le SMU en une UHCD de 18 lits et de mettre en place une USC médico-chirurgicale de 14 lits en cible 2011, avec une phase intermédiaire à 9 lits dès le 26 avril. Si l'expérience est concluante, le dimensionnement à terme de l'USC pourra être révisité à la hausse. Cette USC est localisée sur des lits de chirurgie d'urgence</p>

OBJECTIFS
<b>Quantitatifs</b>
Augmentation des recettes SC de 1,3-1,5 millions d'euros
Adapter les effectifs des différentes unités (USC et UHCD) aux effectifs cibles HCL
<b>Qualitatifs</b>
Se conformer aux exigences réglementaires en termes d'UHCD tout en limitant les pertes de recettes
Assurer la bonne mutualisation des effectifs SAU/UHCD
Garantir une prise en charge adaptée à chaque patient selon son profil

EQUIPE PROJET		
Prénom NOM	Fonction HCL (poste et rattachement (GH, PAM, Direction, ...))	Rôle dans le projet
Mme Revelin	Direction financière GHS	
Dr Grozel	Réanimateur	
Pr David	Chef de service urgences	
Dr Jacob	Chef de service Adjoint urgences	
Pr Piriou	Chef de pôle	
Mme Marquez	Attachée PAM urgences	
Mme Chapet	Cadre soins USC	
Mme Combarous	Cadre sup PAM	

INSTANCE DE PILOTAGE	
<b>Rôle</b>	Copilotage Direction de groupement/Chef de PAM
<b>Composition</b>	SERVANT Yves Directeur de groupement; REVELIN Caroline Directeur référent chef de projet; PIRIOU Vincent Chef de PAM; DAVID Jean Stéphane Chef de service; JACOB Xavier Chef de service adjoint; GROZEL Jean Michel Chef de projet médical USC; COMBARNOUS Dominique CSS; MARQUES Muriel Cadre gestionnaire du PAM Urgences
<b>Périodicité</b>	Trimestrielle

I- ETAT GENERAL				
Appréciation globale du projet à date :		Etat d'avancement (suivi des actions et des livrables)		
		Réalisés / Livrés	A réaliser/ A livrer	
		0	2	
Arbitrages demandés				
N°	Arbitrage	Décisionnaire	Date d'arbitrage demandée (JJ/MM/AAAA)	
1	Positionnement vis-à-vis du mouvement social au SAU/UHCD	Direction de groupement / DG	15/04/2010	
2				
3				
4				
5				
Suivi des risques				
N°	Risque	Catégorie	Niveau de risque	Commentaires
1	UHCD : refus des équipes de la mutualisation et des gains d'effectifs - grèves	Risque social	Fort	Grèves - débrayage des équipes entre 14 et 16h
2	UHCD : manque de fluidification en aval et pertes de recettes si DMS >48h	Mobilisation / motivation des équipes HCL	Fort	Fraction significative de patients présentant des problèmes de placement en aval
3	Interfaces USC / unités chirurgicales pour les urgences chirurgicales	Interdépendances	Moyen	risque de saturation rapide de la capacité lits dans la première phase à 9 lits
4	Management médical : amertume de certains urgentistes de la perte de l'activité de surveillance continue et mobilisation inégale des chefs de service du PAM Médecine sur les enjeux de la réforme	Mobilisation / motivation des équipes HCL	Moyen	Réunion en cours de programmation entre PAM Médecine et PAM Urgences + réunions avec certaines spécialités (gériatrie et soins palliatifs)
5	Ouverture de l'USC différée d'une semaine (3 mai au lieu du 26 avril) du fait d'une mise en place tardive des logiciels et matériels par le prestataire	Impact qualité / continuité service	Fort	Impact faible car ouverture progressive = 5 lits la 1ère semaine, puis la totalité (soit 9 lits) à partir du 3 mai

II- SUIVI D'IMPACT							
Indicateurs							
N°	Indicateur	Unité	Formule de calcul	Valeur cible	Valeur précédente	Valeur à date	Commentaires
1	Taux de patients à plus de 24h de DMS en UHCD	%	Nb patients à plus de 24h de DMS à l'UHCD / total patients	0%	à définir	à définir	Indicateur complémentaire : DMS de l'UHCD en nbre de journées
2	Recettes engendrées par l'USC	Euros	Nb séjours x euros par séjour	1.3-1.5 en 2011	à définir	à définir	Augmentation de recettes ciblée sur le Supplément Surveillance Continue
3	Nb séjours relevant de l'USC hors USC (alternativement estimation de recettes perdues)	Nb séjours ou euros	à préciser	0	à définir	à définir	
4	Delta ETPs et Masse salariale (MS)	Nb ETPs et euros	ETPs/MS N-ETPs/MS N-1 //	120 000 € / 1,45ETPs	NA	NA	Périmètre = ensemble du PAM Urgences
5	Absentéisme	%	à préciser	<8%	à définir	à définir	

III- SUIVI D'AVANCEMENT						
Plan d'actions / Livrables						
N°	Action / Livrable	Responsable de l'action/ du livrable	Date de réalisation / livraison prévue (JJ/MM/AAAA)	Date de réalisation / livraison effective (JJ/MM/AAAA)	Etat de l'action / du livrable	Commentaires
1	Mise en place de l'USC et de l'UHCD	Caroline Revelin / Dr Grozel & Dr Jacob	26/04/2010		A réaliser / A livrer	
2	Point d'étape et retour d'expérience	à définir	01/08/2010		A réaliser / A livrer	
3						
4						

## Annexe-8 : étude détaillée du mécanisme de simulation budgétaire DMPH par CR

Pour répartir l'enveloppe globale DMPH par groupement hospitalier, la DRFCG effectue une **simulation d'évolution budgétaire** par CR pour l'année suivante à périmètre d'activité constant, à partir des perspectives de clôture budgétaires et de l'atteinte des objectifs de l'année en cours.

Les résultats ont toutefois été modulés pour l'année 2010 par un effort d'économie exceptionnel sur les achats, notifié à la pharmacie centrale qui s'est traduit par une réduction de l'équivalent de 2,2% du budget DMPH 2009.

### Extrait de la simulation du budget DMPH 2010 faite par la DRFCG pour le pôle urgence

L'EPRD 2010 a prévu pour le pôle urgence un budget Titre 2 (DMPH hors DMI et MO en sus) de l'ordre de 4 024 k€, en diminution de 3.12 % par rapport aux dépenses constatées sur l'exercice 2009 compte tenu des modifications de périmètre du pôle.

### Budget titre 2 DMPH hors DMI et MO en sus de l'EPRD 2010 du pôle urgence

CR	PAM	LIBELLE CR	NOTIFICATION EPRD 2010	POUR INFORMATION			
				DEPENSES STRUCTURE 2010	DEPENSES 2009-2%	evol% objectif 2010/entrées 2009	evol seances 2010/2009
36017	PSUDURG	REANIMATION MEDICALE ET CHIRURGICALE	<b>1 761 706</b>	1 789 240	1 753 455	11,00%	
36018	PSUDURG	SCE ACCUEIL DES URGENCES SALI	<b>345 656</b>	356 645	349 512		
36019	PSUDURG	SERVICE MEDECINE URGENCE	<b>291 684</b>	317 716	311 362	3,51%	
36029	PSUDURG	UNITE CHIRURG D URGENCE	<b>366 453</b>	407 983	399 823	-3,36%	
36064	PSUDURG	ANESTHESIOLOGIE	<b>377 293</b>	383 372	375 705		187,23%
36129	PSUDURG	CHIRURGIE VISCERALE	<b>0</b>	4 328	4 241		
36130	PSUDURG	ANESTHESIE D URGENCE (ex 36064)	<b>881 041</b>	894 070	876 189	0,00%	
		TOTAL PAM URGENCE	<b>4 023 833</b>	4 153 354	4 070 287		

### Etude détaillée du mécanisme de simulation budgétaire DMPH par CR

La simulation budgétaire est l'outil de gestion qui sert à la DRFCG pour établir le budget DMPH des groupements hospitaliers. L'algorithme utilisé part de la consommation réelle DMPH de l'année en cours et la module en fonction des objectifs d'activité fixés pour l'année à venir, de la performance par rapport aux dépenses de l'ENC, du respect pendant l'année en cours des objectifs d'activité, du budget DMPH alloué initialement et

celui relatif à l'évolution de l'activité.

### Algorithme de calcul du budget DMPH par la DRFCG

<b>Budget N+1 initial</b> =	<b>Enveloppe N =</b> consommation hors crédits non reductibles Comedims et mise à 0 des dépenses négatives.	<i>Précisions</i>
<b>Evolution d'activité</b>	+/- 10 % de l'écart de recette fixé comme objectif	10 % de l'écart entre le chiffre d'affaire N et la prévision N+1. Le chiffre d'affaire est estimé à partir des entrées et séances valorisées à la VMCT du service.
<b>Tenue du budget</b>	<b>- 10 % du dépassement pour les services n'ayant pas respecté leur budget DMPH</b>	10 % du dépassement de budget (Enveloppe N – Budget N)
<b>Performance / ENC</b>	<b>- 0,2 % de l'enveloppe N pour les services surdotés de plus de 10%</b>	Lorsque l'indice ENC (*) est supérieur à 1,1 <b>- 0,2 % de l'enveloppe N</b>
<b>Respect des objectifs</b>	<b>- 10 % de l'écart relatif pour les services n'ayant pas respecté leurs objectifs et ayant dépassé leur budget relatif</b>	Budget relatif : Budget (N) x CA réel (N) / CA objectif (N)  Si CA réel (N) < CA objectif (N) et Enveloppe (N) > Budget relatif Alors une pénalité est appliquée : 10 % x [ Budget relatif - Enveloppe (N) ]
<b>Tenue du budget relatif</b>	<b>+ 10 % de l'écart relatif pour les services ayant respecté leurs objectifs et tenu leur budget relatif</b>	Budget relatif : Budget (N) x CA réel (N) / CA objectif (N)  Si CA réel (N) > CA objectif (N) et Enveloppe (N) < Budget relatif Alors un bonus est appliqué : 10 % x [ Budget relatif - Enveloppe (N) ]

\*L'indice ENC, est un indice de performance d'un CR dans sa gestion des DMPH par rapport à la moyenne constatée dans l'ENC pour un case-mix équivalent. Celui-ci se définit comme le rapport des consommations de DMPH du CR et des consommations de DMPH pour un même case mix dans l'ENC. Afin d'être dans le même périmètre que l'ENC, seules les consommations liées à l'activité d'hospitalisation sont prises en compte. Cet indice porte uniquement sur les éléments inclus dans le GHS, les **MO et DMI facturables en sus sont exclus**. Seuls sont retenus les prothèses (incluses dans le GHS), les consommables médicaux et les produits sanguins labiles.

Ainsi, on a : indice ENC = DMPH CR / DMPH ENC

Avec :

DMPH CR = Total dépenses médicales - (Molécules onéreuses + DMI en sus)

DMPH ENC = Total dépenses médicales - (Molécules onéreuses + DMI en sus) (Pour un case mix équivalent)

Ce mode de calcul des budgets DMPH prévisionnels favorise les unités qui ont dépassé leur budget DMPH. La simulation ci-dessous montre en effet la prépondérance de l'enveloppe N (consommation DMPH réalisée pendant l'année N) dans la détermination du budget DMPH de l'année N+1. Dans cette simulation, j'ai inclus systématiquement la correction liée à la performance ENC puisque quasiment tous les CR ont un indice ENC supérieur à 1,1 au pôle urgence. L'exemple illustre le fait qu'à objectif d'activité équivalent pour l'année N+1, un service ayant atteint ses objectifs d'activité se verrait notifier un budget DMPH bien supérieur s'il a fortement augmenté ses dépenses DMPH pendant l'année N (cas n°1) que celui qui a respecté ses objectifs (cas n°2). De même, un service ayant fortement augmenté son activité et ayant largement dépassé ses objectifs de dépenses DMPH (cas n°3) recevrait un budget DMPH supérieur à celui d'un service ayant augmenté dans les mêmes proportions son activité mais ayant respecté son budget relatif DMPH (cas n°4). Afin d'avoir un budget DMPH confortable les années suivantes, le pôle pourrait donc laisser glisser son budget DMPH une année (cas n°5). De plus, la méthode de calcul du budget DMPH normalise les augmentations autorisées de dépenses DMPH qu'elle fixe à 10% de l'augmentation des recettes liées à l'activité médicale réalisée (cas n°6) ou prévisionnelle (cas n°7). Plutôt que d'avoir un ratio uniforme de 10% pour tous les pôles, il serait à mon sens plus judicieux d'utiliser le **ratio dépenses DMPH de l'ENC / dépenses totales ENC** par CR, calculable dans le TCCM.

#### Simulation du budget DMPH par la DRFCG

	budget N	enveloppe N (dépenses réelles)	CA réel N	CA objectif N	Prévision activité N+1	budget N+1 (inclut -0,2% enveloppe N pour ENC)	
CA N > objectifs N	200	220	1000	1000	1040	<b>219,56</b>	(1)
	200	200	1000	1000	1040	<b>203,6</b>	(2)
	200	220	1030	1000	1040	<b>217,16</b>	(3)
	200	206	1030	1000	1040	<b>205,99</b>	(4)
	200	240	1030	1000	1040	<b>233,12</b>	(5)
	200	210	1100	1000	1100	<b>209,58</b>	(6)
	200	200	1000	1000	1100	<b>209,6</b>	(7)



Enfin la méthode de calcul du budget DMPH vise à se rapprocher des dépenses observées dans l'échantillon ENC à dose trop homéopathique et peu incitative pour les pôles. Il conviendrait, eu égard au nouveau ratio proposé, d'indexer ce pourcentage à **l'écart constaté entre les dépenses DMPH du CR et celles calculées par l'ENC.**

Les valeurs utilisées dans cet algorithme,  $\pm 10\%$ ,  $-0,2\%$  sont choisies et modifiées arbitrairement chaque année par la DRFCG pour tenir dans le budget global qui leur est alloué par la gouvernance centrale.

Je propose de réduire les indicateurs en suivant trois axes.

L'évolution du budget DMPH dépendrait de celle de l'activité prévisionnelle, dans les proportions observées dans l'ENC, en supposant de manière approximative que les dépenses de l'ENC sont couvertes par les recettes GHS.

Ensuite, le budget DMPH pour les services surdotés de plus de 10% par rapport au budget de l'ENC (10% est considérée être la marge d'erreur de l'ENC) aurait vocation à se rapprocher progressivement de celui-ci. Le budget serait tronqué d'une partie du taux de différence entre les dépenses DMPH inscrites au TCCM du CR et celles de l'ENC. Le raisonnement par taux et non par valeurs brutes évite de mélanger la logique de comptabilité budgétaire incluant les coûts directs (le budget DMPH en cours de définition) et la logique de comptabilité analytique qui contient des coûts directs et indirects (celle utilisée dans le TCCM).

Enfin, l'unité serait tenue de respecter son budget relatif DMPH qui tient compte de l'évolution réelle de son activité, même si cela reste un moyen pour les unités d'augmenter leur budget DMPH en s'affranchissant de la contrainte du ratio ENC calculé précédemment.

<b>Budget N+1 initial =</b>	<b>Enveloppe N</b> = consommation hors crédits non reconductibles Comedims et mise à 0 des dépenses négatives.	<b>Précisions</b>
<b>Evolution d'activité prévisionnelle</b>	Ratio_enc_CR % de l'écart algébrique de recette fixé comme objectif	Ratio_enc_CR : DMPH_ENC hors MO & DMI en sus / Total_dépenses_ENC  Ratio_enc_CR x [écart algébrique entre le chiffre d'affaire N et la prévision N+1]  Le chiffre d'affaire est estimé à partir des entrées et séances valorisées à la VMCT du service.
<b>Performance / ENC</b>	pourcentage de l'enveloppe N pour les services surdotés de plus de 10%	Lorsque l'indice ENC est supérieur à 1,1, on retire : 5% x enveloppe N x [(1/indice ENC) - 1]
<b>Tenue du budget proportionnellement à l'activité</b>	Ecart pour les services n'ayant pas respecté leurs objectifs DMPH proportionnellement à leur activité	Budget relatif : Budget (N) x CA réel (N) / CA objectif (N)  Retirer l'écart (si valeur négative uniquement) : [ Budget relatif - Enveloppe (N) ]

Le budget DMPH des CR médico-techniques non dotés d'objectifs de recettes devrait suivre la moyenne de l'évolution des budgets DMPH des CR cliniques du groupement hospitalier pondérée par leurs dépenses DMPH réelles de l'année N soit un pourcentage d'évolution égal à :

$$\frac{\sum [budget\ DMPH_{(N+1)} - dépenses\ DMPH\ réelles_{(N)}]}{\sum dépenses\ DMPH\ réelles_{(N)}}$$

Les simulations donnent alors les résultats suivants :

#### Simulation du budget DMPH selon la nouvelle méthode proposée

PROPOSITION ratio ENC de 16% (UCU)	enveloppe N (dépenses réelles)	CA réel N	CA objectif N	Prévision activité N+1	Indice ENC	budget N+1		
	budget N							
	200	220	1000	1000	1040	1,56	<b>202,47</b>	(1)
	200	200	1000	1000	1040	1,56	<b>202,83</b>	(2)
	200	220	1030	1000	1040	1,51	<b>203,88</b>	(3)
	200	206	1030	1000	1040	1,51	<b>204,12</b>	(4)
	200	240	1030	1000	1040	1,51	<b>203,55</b>	(5)
	200	210	1100	1000	1100	1,41	<b>206,93</b>	(6)
	200	200	1000	1000	1100	1,56	<b>212,43</b>	(7)

La simulation proposée s'appuie non plus sur la consommation réalisée l'année passée mais sur le budget relatif de l'année précédente calculé au regard des recettes réalisées, pénalisant ainsi ceux qui n'ont pas atteint leurs objectifs d'activité. L'évolution de ce budget est aussi liée aux prévisions d'activité rapportées à un ratio approximatif de consommation DMPH issu de l'ENC. Il dépend aussi davantage des écarts de consommation par rapport à l'ENC. L'évolution autorisée du budget DMPH dépend du CR et est de 16% de l'évolution prévue des recettes dans notre exemple.

La nouvelle méthode de simulation appliquée au pôle urgence donne un budget DMPH en baisse de 8% par rapport à la méthode employée par la DRFCG. Le rôle moins central accordé aux consommations réelles de l'année écoulée et l'importance de l'écart avec l'ENC expliquent principalement ces différences des CR cliniques. L'évolution du budget des CR médico-techniques suit la moyenne pondérée de l'évolution des budgets des CR cliniques de tout le groupement hospitalier, soit dans notre échantillon ici, -10%.

en k€	budget N	enveloppe N (dépenses réelles)	CA réel N	CA objectif N	Prévision activité N+1	Indice ENC	budget N+1	Budget N+1 après effet prix -2,2% enveloppe N	ratio DMPH ENC/TOTAL dépenses ENC
CR CLINIQUES									
rea med et chir	1602	1778	3506	3683	3961	1,98	1558,36	<b>1519,24</b>	0,17
UHCD	337	289	4827	4470	4996	0,7	312,09	<b>305,73</b>	0,1
UCU	1934	1935	7227	7486	6984	1,56	1793,48	<b>1750,91</b>	0,16
anesthésiologie urgence	894	894	424	444	424	2,66	825,83	<b>806,17</b>	0,17
CR MEDICO TECHNIQUES									
anesthésiologie réglée	383	383	55	0	150	0	342,8	<b>334,37</b>	
SAU	330	356	0	0	0	0	318,63	<b>310,8</b>	

Cette méthode de calcul est certainement plus juste même si les variations sont importantes et probablement difficilement acceptables par les acteurs de soins. Notons toutefois que les DMPH ne représentent qu'une faible part des dépenses totales des CR et du pôle. L'enjeu est relatif.

## Annexe-9 : fiche bilan d'un service

### CR XXXX – SERVICE - Pr XXXXX

07/12/2009

OBJECTIF D'ACTIVITE 2010 ET SITUATION DES DMPH

\*\*\*

1] ACTIVITE					
SITUATION A FIN OCTOBRE					
	Objectif à fin nov 2009	Réalisé à fin nov 2009	Ecart réalisé 2009/ objectif	Réalisé à fin nov 2008	Ecart réalisé 2009/ réalisé 2008
Entrées SERVICE	2 660	2 547	-113	2 956	-409
CR XXXX	de janv à avril	159			+159
UF XXXX	de mai à nov	180			
Séances ACHA fin aout	10	32	+22	8	+24

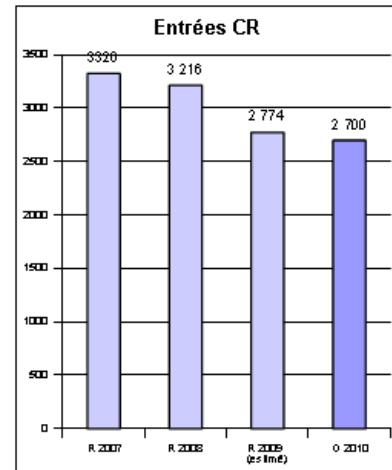
SITUATION A FIN DECEMBRE 2009					
	Objectif à fin décembre 2009	Estimé 2009	Ecart Estimé 2009/ objectif	Réalisé 2008	Ecart estimé 2009/ réalisé 2008
Entrées SERVICE	2 894	2 774	-120	3 216	-442
CR XXXX	de janv à avril	159			
UF XXXX	de mai à nov	208			
Séances ACHA	14	48	+34	19	+29

OBJECTIF ANNEE 2010			
	Objectif 2009	Taux d'évolution / estimé 2008	Commentaire
Entrées CR XXXX	2 700	-2,7%	<b>ATTENTION</b> : suppression définitive de 2 lits dans le service depuis août 2009 => ~220 patients / mois. Ajouter 370 entrées sur UF XXXX (CR XXXX).
Séances ACHA	50	4,2%	Ok

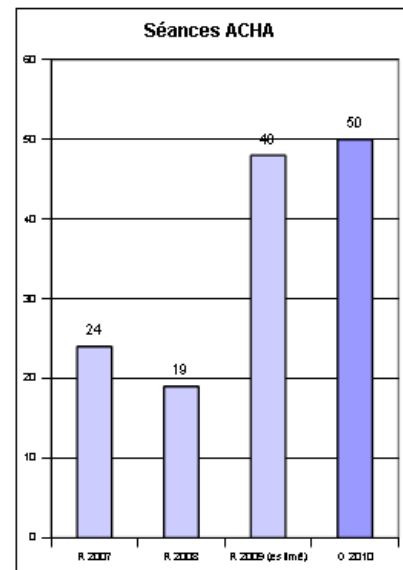
EVOLUTION DE L'IPG (Indice de Performance Globale = rapport entre la DMS des RSS du service et celle de la base nationale)	
2006	106
2007	105
2008	104
2009	111

EXHAUSTIVITE DES RUM		
RECUEILS A 10 JOURS		Nb recueils total à fin AOUT 2009
NB	%	
1 481	77,95%	1 900

2] DMPH (hors maintenance, MO et DMI)			
SITUATION BUDGETAIRE A FIN NOVEMBRE 2009			
Budget à fin NOVEMBRE 2009	Dépenses à fin NOV 2009	Ecart	Commentaire
1 752 K€	1 782 K€	+30 K€	



R = réalisé O = objectif



### 3] RECETTES TOTALES DU CR EN EUROS ( 9 premiers MOIS)

Version V10 des GHM	GHS	ACHA 1ER SEMESTRE	TOTAL
2006	6 778 K€	68 K€	6 846 K€
2007	6 734 K€	22 K€	6 756 K€
2008	6 331 K€	5 K€	6 336 K€
2009	5 303 K€		5 303 K€

### 4] GHM du SERVICE en HOSPIT.COMPLÈTE (9 PREMIER MOIS 2009)

GHM avec un effectif >= 16

Racine	Libellé du GHM V11	DMS de référence DALI	Nombre de RSS distincts	%	% cum	DMS des RSS	IPG du GHM	Tarif I	Tarif III	% CA
08C492	Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	12,6	118	7,0	7,0	11,5	91,2	475 350 €	- €	9,0
08C391	Interventions sur l'avant-bras, niveau 1	2,5	96	5,7	12,7	3,3	131,7	173 607 €	- €	3,3
08C321	Interventions sur la jambe, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	5,8	87	5,2	17,9	6,5	111,1	211 692 €	- €	4,0
08C091	Appendicectomies non compliquées, niveau 1	3,8	69	4,1	22,0	3,8	101,4	134 171 €	- €	2,5
08C472	Prothèses de hanche pour traumatismes récents, niveau 2	12,8	46	2,7	24,7	10,4	80,8	186 501 €	- €	3,5
08C473	Prothèses de hanche pour traumatismes récents, niveau 3	14,4	30	1,8	26,5	18,4	127,7	122 956 €	- €	2,3
08C351	Interventions sur le bras, coude et épaule, niveau 1	4,5	27	1,6	28,1	5,9	131,2	64 794 €	- €	1,2
08M371	Fractures du bras et de l'avant-bras, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	2,5	27	1,6	29,7	3,4	135,8	31 214 €	- €	0,8
06M061	Occlusions intestinales non dues à une hernie, niveau 1	4,5	25	1,5	31,2	5,6	124,3	43 123 €	- €	0,8
06C043	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon, niveau 3	20,4	24	1,4	32,6	22,1	108,5	186 387 €	- €	3,5
06M062	Occlusions intestinales non dues à une hernie, niveau 2	7,9	24	1,4	34,0	7,8	98,7	61 338 €	- €	1,2
09M031	Traumatismes de la peau et des tissus sous-cutanés, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	1,8	24	1,4	35,5	2,3	132,3	18 134 €	- €	0,3
08C493	Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	17,9	23	1,4	36,8	16,2	90,5	113 563 €	- €	2,1
08M261	Fractures du rachis, niveau 1	5,1	22	1,3	38,1	7,5	146,3	31 919 €	- €	0,8
08C491	Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	9,6	21	1,2	39,4	8,7	89,8	61 063 €	- €	1,2
06C081	Appendicectomies compliquées, niveau 1	5,7	20	1,2	40,6	5,9	102,8	47 926 €	- €	0,9
07C131	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale pour affections aiguës, niveau 1	5,6	20	1,2	41,7	6,6	118,2	58 565 €	- €	1,1
08C421	Interventions non mineures sur les tissus mous, niveau 1	3,1	20	1,2	42,9	3,4	108,8	42 258 €	- €	0,8
06M031	Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	3,9	18	1,1	44,0	4,9	127,6	25 441 €	- €	0,5
06M042	Hémorragies digestives, niveau 2	8,2	18	1,1	45,1	7,6	92,3	43 518 €	- €	0,8
04M121	Pneumothorax, niveau 1	5,0	17	1,0	46,1	4,2	84,1	12 722 €	- €	0,2
07M101	Pancréatites aiguës, niveau 1	7,5	17	1,0	47,1	7,4	98,2	41 633 €	- €	0,8
07M021	Affections des voies biliaires, niveau 1	4,4	16	1,0	48,0	5,4	122,6	31 146 €	- €	0,8
08C322	Interventions sur la jambe, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	9,9	16	1,0	49,0	18,7	188,5	57 486 €	- €	1,1
08C471	Prothèses de hanche pour traumatismes récents, niveau 1	11,9	16	1,0	49,9	10,3	86,3	50 668 €	- €	1,0

**H48 = 1 GHM avec un effectif >= 3**

Racine	Libellé du GHM V11	DMS de référence DALI	Nombre de RSS distincts	%	% cum	DMS des RSS	IPG du GHM	Tarif I	Tarif III	% CA
09M031	Traumatismes de la peau et des tissus sous-cutanés, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	1,8	32	9,1	9,1	1,0	.	21 266 €	- €	0,4
08C391	Interventions sur l'avant-bras, niveau 1	2,5	30	8,5	17,6	1,0	.	47 307 €	- €	0,9
09C101	Autres interventions sur la peau, les tissus sous-cutanés ou les seins, niveau 1	2,8	24	6,8	24,4	1,0	.	36 380 €	- €	0,7
08M371	Fractures du bras et de l'avant-bras, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	2,5	21	6,0	30,4	1,0	.	20 006 €	- €	0,4
06C141	Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales, niveau 1	2,8	20	5,7	36,1	1,0	.	20 259 €	- €	0,4
08M181	Suites de traitement après une affection de l'appareil musculo-squelettique ou du tissu conjonctif, niveau 1	2,1	19	5,4	41,5	1,0	.	20 705 €	- €	0,4
08C441	Autres interventions sur la main, niveau 1	1,5	16	4,5	46,0	1,0	.	21 849 €	- €	0,4
09C081	Interventions sur la région anale et périanale, niveau 1	1,8	16	4,5	50,6	1,0	.	18 080 €	- €	0,3
01M201	Commotions cérébrales, niveau 1	0,9	13	3,7	54,3	1,0	.	6 604 €	- €	0,1
08M071	Fractures, entorses, luxations et dislocations de la jambe à l'exception de l'avant-pied, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	2,5	12	3,4	57,7	1,0	.	10 813 €	- €	0,2
06M121	Douleurs abdominales, niveau 1	1,5	10	2,8	60,5	1,0	.	8 003 €	- €	0,2
08M211	Entorses, luxations et dislocations du bras et de l'avant-bras, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	1,3	10	2,8	63,4	1,0	.	8 781 €	- €	0,2
08C461	Autres interventions sur les tissus mous, niveau 1	2,5	9	2,6	65,9	1,0	.	14 057 €	- €	0,3
06M09T	Autres affections digestives, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	0,7	8	2,3	68,2	1,0	.	5 357 €	- €	0,1
09M05T	Lésions, infections et inflammations de la peau et des tissus sous-cutanés, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	0,6	7	2,0	70,2	1,0	.	4 349 €	- €	0,1
08M221	Fractures, entorses, luxations et dislocations de la main, niveau 1	1,0	5	1,4	71,6	1,0	.	3 872 €	- €	0,1
11C051	Interventions transurétrales ou par voie transcutanée, niveau 1	3,0	4	1,1	72,7	1,0	.	4 622 €	- €	0,1
05C111	Autres interventions de chirurgie vasculaire, niveau 1	7,6	3	0,9	73,6	1,0	.	1 663 €	- €	0,0
05M22E	Autres affections de la CMD 05 avec décès : séjours de moins de 2 jours	1,0	3	0,9	74,4	1,0	.	1 855 €	- €	0,0
08C351	Interventions sur le bras, coude et épaule, niveau 1	4,5	3	0,9	75,3	1,0	.	2 300 €	- €	0,0
08C371	Interventions sur le pied, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	3,3	3	0,9	76,1	1,0	.	3 963 €	- €	0,1
08C471	Prothèses de hanche pour traumatismes récents, niveau 1	11,9	3	0,9	77,0	1,0	.	3 035 €	- €	0,1
08M04T	Fractures de la hanche et du bassin, très courte durée	0,6	3	0,9	77,8	1,0	.	2 014 €	- €	0,0
08M261	Fractures du rachis, niveau 1	5,1	3	0,9	78,7	1,0	.	3 790 €	- €	0,1

**H48 = 0**

Racine	Libellé du GHM V11	DMS de référence DALI	Nombre de RSS distincts	%	% cum	DMS des RSS	IPG du GHM	Tarif I	Tarif III	% CA
11C05J	Interventions transurétrales ou par voie transcutanée, en ambulatoire	0,0	5	15,6	15,6	0,0	.	5 611 €	- €	0,1
08K02J	Affections de l'appareil musculo-squelettique sans acte opératoire de la CMD 08, avec anesthésie, en ambulatoire	0,0	4	12,5	28,1	0,0	.	3 445 €	- €	0,1
08M371	Fractures du bras et de l'avant-bras, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	2,5	2	6,3	34,4	0,0	.	2 150 €	- €	0,0
09K02J	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins sans acte opératoire de la CMD 09, avec anesthésie, en ambulatoire	0,0	2	6,3	40,6	0,0	.	1 643 €	- €	0,0
09M03T	Traumatismes de la peau et des tissus sous-cutanés, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	0,0	2	6,3	46,9	0,0	.	1 189 €	- €	0,0
01K06J	Affections du système nerveux sans acte opératoire avec anesthésie, en ambulatoire	0,0	1	3,1	50,0	0,0	.	496 €	- €	0,0
01M201	Commotions cérébrales, niveau 1	0,9	1	3,1	53,1	0,0	.	691 €	- €	0,0
03C16J	Autres interventions chirurgicales portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou le cou, en ambulatoire	0,0	1	3,1	56,3	0,0	.	1 097 €	- €	0,0
04M111	Signes et symptômes respiratoires, niveau 1	1,6	1	3,1	59,4	0,0	.	915 €	- €	0,0
05M12T	Troubles vasculaires périphériques, très courte durée	0,4	1	3,1	62,5	0,0	.	737 €	- €	0,0
06C041	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon, niveau 1	9,4	1	3,1	65,6	0,0	.	786 €	- €	0,0
06C211	Autres interventions sur le tube digestif par laparotomie, niveau 1	6,6	1	3,1	68,8	0,0	.	669 €	- €	0,0
06K06J	Affections digestives sans acte opératoire de la CMD 06, avec anesthésie, en ambulatoire	0,0	1	3,1	71,9	0,0	.	786 €	- €	0,0

## Annexe-10 : marge brute du pôle urgences

	PAM		reanimation chirurgicale		reanimation médicale		UHCD		UCU		anesthésiologie	
	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008
Dépenses de personnels	23 826 398	16 130 235	3 821 170	3 863 476	3 899 955	4 075 340	3 398 159	2 954 804	2 718 853	3 641 639	9 988 260	1 594 977
Dépenses médicales (DMPH)	6 130 014	3 284 903	1 225 988	1 057 372	1 450 192	954 808	468 129	343 062	1 669 629	667 914	1 316 076	261 747
Actes médico-techniques	6 676 996	9 403 341	958 591	879 852	1 029 869	746 197	1 079 027	1 629 919	2 980 418	5 269 953	629 091	877 420
Blanchisserie	181 453	204 797	25 615	27 691	29 310	29 360	44 963	48 032	79 645	98 495	1 921	1 219
Restauration	400 704	588 491	21 859	79 570	23 559	84 367	125 739	138 023	229 513	283 028	34	3 502
<b>TOTAL DEPENSES</b>	<b>37 215 564</b>	<b>29 611 767</b>	<b>6 053 223</b>	<b>5 907 962</b>	<b>6 432 885</b>	<b>5 890 072</b>	<b>5 116 017</b>	<b>5 113 840</b>	<b>7 678 057</b>	<b>9 961 029</b>	<b>11 935 383</b>	<b>2 738 865</b>
	0	0										
Recettes CREA	39 491 173	36 052 481	6 519 008	6 029 531	6 731 527	6 133 822	6 196 513	9 985 582	9 729 983	11 788 990	10 314 142	2 114 555
Aide à la Contractualisation	2 598 554	2 442 209	555 510	574 922	506 692	496 369	447 346	410 280	684 837	752 343	404 168	208 295
<b>VALEUR AJOUTEE BRUTE</b>	<b>36 892 619</b>	<b>33 610 271</b>	<b>5 963 498</b>	<b>5 454 609</b>	<b>6 224 835</b>	<b>5 637 453</b>	<b>5 749 166</b>	<b>9 575 302</b>	<b>9 045 146</b>	<b>11 036 647</b>	<b>9 909 974</b>	<b>1 906 260</b>
<b>EXCEDENT BRUT D'EXPLOITATION ou MARGE BRUTE</b>	<b>-322 945</b>	<b>3 998 504</b>	<b>-89 725</b>	<b>-453 353</b>	<b>-208 049</b>	<b>-252 619</b>	<b>633 150</b>	<b>4 461 462</b>	<b>1 367 089</b>	<b>1 075 618</b>	<b>-2 025 409</b>	<b>-832 605</b>
<b>TAUX de MARGE BRUT</b>	<b>-0,9%</b>	<b>11,9%</b>	<b>-1,5%</b>	<b>-8,3%</b>	<b>-3,3%</b>	<b>-4,5%</b>	<b>11,0%</b>	<b>46,6%</b>	<b>15,1%</b>	<b>9,7%</b>	<b>-20,4%</b>	<b>-43,7%</b>

	2008		2009	
	MARGE BRUTE	TAUX DE MARGE BRUTE	MARGE BRUTE	TAUX DE MARGE BRUTE
réanimation chirurgicale	-453 353	-8,31%	-89 725	-1,50%
réanimation médicale	-252 619	-4,48%	-208 049	-3,34%
UHCD	1 367 089	46,59%	633 150	11,01%
UCU	1 075 618	9,75%	1 367 089	15,11%
anesthésiologie	-832 605	-43,68%	-2 025 409	-20,44%
PAM	3 998 504	11,90%	-322 945	-0,88%

## Annexe-11 : la création de l'USC et de l'UHCD

Les raisons qui ont conduit à la création d'une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) et d'une unité de surveillance continue (USC) illustrent la portée véritable des outils de gestion financiers.

Originellement, ces créations figuraient dans les objectifs du contrat 2007-2010 du pôle urgences et dans son projet de pôle. Le CHLS disposait en 2007 d'une organisation d'urgence compacte et polyvalente, médicochirurgicale. La proximité des différentes unités participantes à l'urgence, au rez-de-chaussée du bâtiment médico-technique facilitait des interactions très positives entre urgentistes, réanimateurs, chirurgiens et psychiatres. Mais cette organisation **n'était pas en adéquation avec les textes réglementaires**.

En effet, dès 2006, le CHLS était enjoint de créer une **une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)** : le schéma régional d'organisation des soins (SROS 3) 2006-2010 prévoyait d'une part dans ses objectifs, *« d'identifier, dans chaque structure d'urgence, une zone d'hospitalisation de courte durée. Chaque établissement autorisé devrait avoir individualisé, conformément aux textes réglementaires, à proximité immédiate des urgences, une unité d'hospitalisation de courte durée avant Janvier 2008. Cette installation devra être mise en œuvre prioritairement dans les services d'urgence les plus importants (au dessus de 20.000 passages) »*. D'autre part, l'article D6124-22 du code de santé publique (décret n°2006-577 du 22 mai 2006) confirmait le besoin que *« la structure d'urgence dispose notamment [...] d'une unité d'hospitalisation de courte durée comportant au moins deux lits, dont la capacité est adaptée à l'activité de la structure. [...] »*. **Enfin, la fonction UHCD n'était pas individualisée** mais était assurée de façon diffuse :

- dans le couloir central du service d'accueil d'urgence (SAU) où 1200 malades par an séjournaient plus de 12h sur un brancard et près de 1500 plus de 10h. Ils y recevaient des soins dépassant largement le cadre d'une consultation d'urgence et qui n'étaient pas valorisés.
- au service médical d'urgence (SMU) où environ la moitié des patients séjournaient moins de 2 nuits avant retour à domicile ou transfert en médecine.
- dans les services de chirurgie (hors unité chirurgicale d'urgence UCU) : 1400 patients y étaient directement transférés annuellement avec une proportion de malades



médicaux qui pouvait atteindre 30% faute d'autres lits disponibles. Ces patients médicaux perturbaient le fonctionnement programmé des services de chirurgie et n'y étaient pas gérés dans les meilleures conditions de sécurité et de rapidité avant d'être réorientés dans une unité médicale adéquate. L'équipe mobile de gériatrie prenait toutefois en charge les malades médicaux les plus âgés

- dans les services de médecine où l'hospitalisation intervenait fréquemment en dehors des heures ouvrables, ne respectant pas toujours la programmation et la spécificité du service.

**Quant à l'USC**, activité soumise depuis 2010 à une reconnaissance tarifaire, sa présence était nécessaire pour obtenir l'autorisation d'exercer une activité de réanimation. L'article R6123-38 du Code de Santé Publique précise que « *L'autorisation nécessaire à un établissement de santé pour exercer l'activité de soins de réanimation ne peut lui être accordée que [...] s'il comporte au moins une unité de surveillance continue.* ».

Par ailleurs, l'USC devait être une unité géographiquement individualisée, située à proximité immédiate de l'unité de réanimation. Or au CHLS, la fonction surveillance continue n'était pas individualisée et était répartie entre le SMU et la réanimation médicale pour les malades médicaux, entre l'UCU, les services de chirurgie et la réanimation chirurgicale pour les malades chirurgicaux. Mais le déploiement inachevé du PMSI empêchait en 2007 toute évaluation numérique de cette dispersion qui dans l'esprit de la direction comme du personnel de santé était largement sous-estimée.

Enfin, la société française d'anesthésie réanimation (SFAR-SRLF) préconisait, par souci de cohérence et de sécurité de prise en charge des malades, de placer l'USC sous la responsabilité médicale et administrative des équipes de réanimation de l'établissement, avec la présence d'un médecin exclusivement consacré à cette unité dans la journée. La SFAR-SRLF recommandait d'avoir au moins un lit de surveillance continue pour deux lits de réanimation - soit pour le CHLS une USC de 14 lits - répartis en chambres individuelles de préférence et dotés d'équipements biomédicaux et de surveillance, avec un report d'alarme ou une centrale.

Curieusement, le CHLS était le seul établissement aux HCL à ne pas disposer d'une UHCD, structure normalement adossée au SAU, et le pôle urgences souhaitait y remédier. Le service de médecine d'urgence jouait au CHLS à la fois le rôle d'UHCD et d'USC, recevant 3000 patients issus essentiellement du SAU, dont 25% pour des motifs psychiatriques en attente de lits d'aval. Selon les recommandations de la Société

Francophone de médecine d'urgence, l'UHCD du CHLS devait avoir entre 9 à 15 lits.

Ce projet d'USC était soutenu par la direction de groupement car il pouvait conforter le décloisonnement des équipes de réanimation médicale et chirurgicale et répondre à un vrai besoin de place pour les services cliniques devant être transférés dans les trois ans à venir à Lyon Sud (exemple de l'hématologie de l'hôpital Edouard Herriot).

**Mais ce projet avait du mal à se concrétiser.** L'unité 01, unité de chirurgie à la fois d'urgence et programmée, répondait le mieux aux critères géographiques et de taille de l'USC. La création de l'USC impliquait le transfert de cette activité dans les services du pôle de chirurgie. Les difficultés principales résidaient alors dans l'acceptation par son chef de service de la "banalisation" de son activité au sein de la chirurgie générale de Lyon Sud, dans la résistance vive des chirurgiens pour éviter une perte de lits de leur spécialité au profit de cette unité de médecine (USC) et des médecins urgentistes, transférant à contre-cœur l'activité de surveillance continue aux réanimateurs. De plus, le besoin en une unité de surveillance continue n'était pas réel : le SMU hébergeait peu de patients relevant de la surveillance continue, essentiellement des patients de médecine, car les chirurgiens estimaient que les patients lourds en retour de bloc opératoire étaient mieux pris en charge dans une unité conventionnelle de chirurgie que par les urgentistes du SMU. Enfin, l'imprécision entourant la dispersion géographique dans les unités de soins des patients relevant de la surveillance continue ainsi que l'octroi systématique jusqu'en 2008 des suppléments de surveillance continue, indépendamment de l'état des patients hébergés dans les 8 lits de SC du SMU ne militaient pas en faveur du lancement de ce projet.

**La nouvelle classification des GHM (v11)** en mars 2009 s'accompagna d'une réduction du périmètre de facturation des suppléments de surveillance continue (SC) au sein du SMU. Désormais, pour obtenir le forfait journalier de surveillance continue, l'unité devait héberger des patient répondant à certains critères médicaux (arrête du 27 février 2007 : forfait). De plus, l'évolution des tarifs a été particulièrement pénalisante pour le SMU (Entrées CR + 9.91 % entre 2008 et 2009 vs Recettes - 18.52 % hors suppléments SC). Tous les acteurs prirent conscience des conséquences financières inéluctables de ces mesures correspondant selon eux à une surestimation passée du nombre de places de surveillance continue au sein du SMU. Au total, les recettes du SMU ont chuté de manière prévisible de -2 355 274 € par rapport à 2008 soit -32,5%.

**Les outils de gestion indiquaient des résultats encourageants pour le SMU** : le nombre d'entrées CR du SMU dépassait de 8% ses objectifs en 2009, le taux d'occupation moyen restait stable autour de 93%, la durée moyenne de séjour diminuait et passait de 1,95j à 1,75j. Les dépenses de titre 1 et de titre 3 quant à elles étaient conformes aux objectifs assignés, celles de titre 2 hors DMI MO, hors MM, étaient en retrait de 13% par rapport aux objectifs.

Les événements auraient pu continuer ainsi longtemps, aucun outil de gestion ne permettant en routine de recenser les séjours relevant de la surveillance continue au sein du CHLS. **Mais le pôle de chirurgie demandait régulièrement des renforts en personnel non médical (PnM)** en raison de malades « lourds » et souhaitait déclarer des lits de surveillance continue dans ses unités, surtout dans celles de chirurgie générale et thoracique. La DSF souhaita, en novembre 2009, objectiver la dispersion des séjours relevant de la surveillance continue. Le DIM recensa sur les 8 derniers mois, tous les séjours au CHLS répondant à l'un des 4 critères d'éligibilité à l'USC puis chiffrà les suppléments afférents sur la période considérée et sur une période de 12 mois (extrapolation). Il ressortit de cette **étude médico-économique** que 10 980 journées d'hospitalisation étaient éligibles au supplément de surveillance continue - soit approximativement l'équivalent de 27 lits - et étaient réparties dans les services de chirurgie à 65% mais n'ont pas permis au CHLS de percevoir le supplément SC en 2009, soit un manque à gagner sur une année de 3,5 M€. Cette perte financière consécutive au nouveau mode de facturation des suppléments de SC et à la non-traçabilité des patients relevant de la SC a motivé le pôle et la DSF à agir rapidement et ont relancé le projet de création d'une USC et de la transformation du SMU, désormais dépourvu de ses lits de surveillance continue en une UHCD « réglementaire », sous la même responsabilité que le SAU.

Services	1e condition : mutation depuis la réanimation		2e condition : IGS > 7 + diagnostics +/- actes		3e condition : IGS > 15		4e condition : actes		TOTAL		TOTAL EXTRAPOLE (12 mois)	
	Nbe de RUM	Nbe de journées	Nbe de RUM	Nbe de journées	Nbe de RUM	Nbe de journées	Nbe de RUM	Nbe de journées	Nbe de RUM	Nbe de journées	Nbe de RUM	Nbe de journées
Pôle Médecine	77	1 080	0	0	3	41	4	43	84	1 114	126	1 671
									15,2%	15,2%		
Pôle Chirurgie	193	2 991	0	0	11	103	143	1 694	347	4 788	521	7 182
									63,0%	65,4%		
Pôle Urgence	73	595	3	5	21	50	12	165	109	815	164	1 223
									19,8%	11,1%		
Total CHLS	343	4 616	3	5	35	194	159	1 902	540	6 717	810	10 076
		<b>1 674 662 €</b>		1 630 €		65 852 €		644 176 €		2 386 320 €		<b>3 579 480 €</b>

Comme pour tous les développements de nouvelles activités aux HCL, une simulation du **retour sur investissement** a été conduite pour valider la pertinence de cette réorganisation.

Le manque de place à proximité de la réanimation a conduit à l'installation d'une unité de 9 lits dès le 3 mai 2010 à l'emplacement actuel de l'U01, qui conserva 8 lits. Une extension de l'USC à 14 lits est prévue en décembre 2010 si l'évaluation à 6 mois est concluante et si les chirurgiens acceptent cette nouvelle réduction de « leurs lits ». Parallèlement, le SMU (18 lits), libéré de ses lits de SC, devenait une UHCD de 14 lits et une unité d'hospitalisation médico-sociale de 4 lits.

## Le budget prévisionnel de l'USC

<b>Phase 1 (pendant 8 mois)</b>			
	<b>Dépenses (€ TTC)</b>		<b>recettes</b>
travaux			
<i>équipement en fluides de 9 chambres</i>	32 292 €	80% suppléments SC, 9 lits (8 mois)	571 152 €
<i>salle de soins et bureau médical</i>	41 860 €		
<i>accès</i>	35 880 €		
<i>rénovation chambres</i>	37 674 €		
<i>mutualisation officie UCU et U01, vestiaire</i>	11 960 €		
équipements biomédicaux	278 483 €		
renfort en personnel non médical 12.24 ETP pour capacité de 14 lits (8 mois)	324 622 €		
renfort en personnel non médical de 3 ETP ASD pendant la période à 9 lits (8 mois)	78 000 €		
<b>TOTAL</b>	<b>840 771 €</b>		<b>571 152 €</b>

<b>Phase 2 (année pleine)</b>			
travaux			
<i>équipement en fluides de 5 chambres</i>	35 880 €	80% suppléments SC, 5 lits	475 960 €
<i>aménagement d'une chambre à 2 lits</i>	12 600 €		
équipements biomédicaux	94 740 €		
renfort en personnel non médical (suppression des 3 ETP de la période transitoire)	-78 000 €		
renfort en personnel médical	0 €		
<b>TOTAL</b>	<b>65 220 €</b>		<b>475 960 €</b>

### Les recettes

La DSF chiffrera sur une année pleine le potentiel d'activité selon plusieurs scenarii (5, 9 ou 14 lits ôtés de l'unité 01), avec un taux de facturation des suppléments SC de 80 ou 90%. Les *recettes* liées à la perception du supplément SC (326 € par jour) sont récapitulées dans le tableau suivant :

<b>Potentiel de recettes (supplément SC)</b>		<b>80%</b>	<b>90%</b>
	<b>USC</b>	<b>9 lits</b>	856 728 €
<b>En Année pleine</b>	<b>5 lits</b>	475 960 €	535 455 €
	<b>14 lits</b>	1 332 688 €	1 499 274 €

Seuls les suppléments de surveillance continue ont été inclus dans les recettes car les

séjours donnent lieu à un tarif GHS. La DSF n'a pas chiffré la différence de recettes GHS suite à la transformation de l'unité 01 en unité de surveillance continue. Elle a raisonné simplement au niveau du CHLS et a estimé que la création de l'USC pouvait se résumer à une répartition nouvelle des patients au sein des unités des différents pôles, réorganisées dans une optique plus large de fluidification du parcours en aval, contractualisée dans les contrats de pôles de chirurgie et de SSR. Ainsi les patients relevant de la surveillance continue seront regroupés désormais au sein de l'USC et les patients de l'unité 01 seront pris en charge dans une autre unité du CHLS.

### Les dépenses

L'installation de l'unité de surveillance continue nécessita des travaux d'aménagement dont la grande majorité a été réalisée immédiatement dans l'optique de préparer l'extension de l'unité à 14 lits. Ces travaux n'ont pas été amortis. L'équipement biomédical des chambres distingua en revanche plus nettement dans les dépenses les phases 1 à 9 lits et 10 à 14 lits.

L'unité a été placée sous la responsabilité médicale d'un anesthésiste-réanimateur, qui conserva une activité en réanimation. Un interne est présent et assure également une activité en réanimation. L'ouverture de l'USC s'est donc faite à effectif médical constant.

Une équipe PnM commune à l'unité 01 et à l'USC a été constituée dans la perspective d'une extension ultérieure, à effectif constant, de l'USC de 9 à 14 lits. En tenant compte des recommandations des sociétés savantes, le cadre supérieur du pôle urgences et la DSF ont conclu que le projet de création de l'USC ne pouvait être lancé sans la création de 10,60 ETP de PNM et 1 ASD la nuit sur les lits chirurgicaux pendant la période « intermédiaire » à 9 lits soit 3 ETP. La transformation concomitante du SMU en UHCD a été également un moyen de financer partiellement ces dépenses nouvelles et de gagner 7,56 ETP en fusionnant les équipes soignantes du SAU et de l'UHCD, dans une perspective d'hébergement de patients nécessitant des soins moins intensifs et à l'image de l'équipe médicale fusionnée un an plus tôt en raison d'effectifs médicaux insuffisants. Mais le solde de créations de postes restait encore positif. Certes ils étaient autofinancés par les suppléments de surveillance continue mais ces recettes étaient considérées comme incertaines, l'évaluation de l'attribution de ces forfaits journaliers effectuée au début du séjour uniquement, pouvant devenir journalière prochainement (perte de 50% des forfaits au CHLS à envisager dans cette hypothèse). Ce projet aurait donc été refusé par la DG des HCL dans le contexte de contrat de retour à l'équilibre des HCL et d'effectifs cibles à atteindre. Le DSF CHLS et le pôle ont donc décidé de présenter le

chiffage en personnel des principaux projets du pôle. La réduction en cours des effectifs d'aides-soignants par rapport aux normes économisa 4,9 ETP. Mais ce gain fut atténué par l'augmentation prévue de 3,31 ETP d'infirmières motivée par l'extension des plages de la salle de soins post opératoire (SSPI) en lien avec les pics d'activité des blocs opératoires fonctionnant en 10 heures depuis 2009. Au total, l'agrégation de ces projets ramèna le nombre d'ETP soignants permanents à créer à 1,45 soit 122 106 € par an. D'un point de vue social, ces suppressions de postes ont été compensées par la création de postes et ont permis de limiter le conflit social à deux semaines de débrayage à l'UHCD.

15 04 2010

PROJETS PAM URGENCES

EVOLUTION DES ETP PAR GRADE AVEC USC à 9 lits + 8 lits chirurgie(ou évolution vers USC 14 lits )et UHCD à 14 lits + 4 lits HC

IDE			ASD			ASH			
IDE PROJET USC 14 LITS			ASD PROJET USC 14 LITS			ASH PROJET USC 14 LITS			
UCU 18 lits	EFF ACTUEL	13,25	UCU 18 lits	EFF ACTUEL	13,25	UCU 18 lits	EFF ACTUEL	4,00	
U01 20 lits	EFF ACTUEL	9,50	U01 20 lits	EFF ACTUEL	9,00	U01 20 lits	EFF ACTUEL	4,00	
		<b>22,75</b>			<b>22,25</b>			<b>8,00</b>	
UCU 18 lits	EFF NECESS	13,25	UCU 18 lits	EFF NECESS	13,25	UCU 18 lits	EFF NECESS	4,00	
USC 9 + 8	EFF NECESS	17,59	USC 14 lits	EFF NECESS	11,51	USC 14 lits	EFF NECESS	4,00	
U01	EFF NECESS	0,00	U01	EFF NECESS	0,00	U01	EFF NECESS	0,00	
		<b>30,84</b>			<b>24,76</b>			<b>8,00</b>	BESOIN
	BESOIN	<b>-8,09</b>		BESOIN	<b>-2,51</b>		GAIN	<b>0</b>	-10,60
									<b>0</b>

IDE PROJET SAU UHCD			ASD PROJET SAU UHCD			ASH PROJET SAU UHCD			
SMU	EFF ACTUEL	16,00	SMU	EFF ACTUEL	13,00	SMU	EFF ACTUEL	4,00	
SAU	EFF ACTUEL	25,00	SAU	EFF ACTUEL	17,00	SAU	EFF ACTUEL	5,00	
		<b>41,00</b>			<b>30,00</b>			<b>9,00</b>	
UHCD 14 + 4	EFF NECESS	11,72	UHCD	EFF NECESS	11,72	UHCD	EFF NECESS	2,00	
SAU	EFF NECESS	25,00	SAU	EFF NECESS	17,00	SAU	EFF NECESS	5,00	
		<b>36,72</b>			<b>28,72</b>			<b>7,00</b>	GAIN
	GAIN	<b>4,28</b>		GAIN	<b>1,28</b>		GAIN	<b>2,00</b>	7,56

IDE PROJET REA			ASD PROJET REA			ASH PROJET REA			
REA SUD	EFF ACTUEL	33,00	REA SUD	EFF ACTUEL	23,00	REA SUD	EFF ACTUEL	3,50	
REA NORD	EFF ACTUEL	33,00	REA NORD	EFF ACTUEL	23,00	REA NORD	EFF ACTUEL	3,50	
SIPO	EFF ACTUEL	0,00	SIPO	EFF ACTUEL	0,00	SIPO	EFF ACTUEL	0,00	
		<b>Total 66,00</b>			<b>Total 46,00</b>			<b>Total 7,00</b>	
REA SUD	EFF NECESS	33,00	REA SUD	EFF NECESS	21,00	REA SUD	EFF NECESS	3,50	
REA NORD	EFF NECESS	29,32	REA NORD	EFF NECESS	18,00	REA NORD	EFF NECESS	3,50	
SIPO	EFF NECESS	3,78	SIPO	EFF NECESS	2,00	SIPO	EFF NECESS	0,00	
		<b>Total 66,10</b>			<b>Total 41,00</b>			<b>Total 7,00</b>	GAIN
	BESOIN SUP	<b>-0,10</b>		GAIN	<b>5,00</b>		BESOIN SUP	<b>0,00</b>	4,90

IDE SSPI BESOIN SUP -3,31

IDE	ASD	ASH	TOTAL
<b>TOTAL PROJETS</b>	<b>BESOIN</b>	<b>-7,22</b>	<b>GAIN</b>
		<b>3,77</b>	<b>GAIN</b>
		<b>2,00</b>	<b>-1,45</b>
		<b>-346 206 €</b>	<b>147 901 €</b>
			<b>76 200 €</b>
			<b>-122 106 €</b>
+ 3 ETP ASD en renfort la nuit dans l'U01 (transition pendant la phase à 9 lits),	<b>BESOIN</b>	<b>-3</b>	
		<b>-117 693 €</b>	

**BESOIN -4,45**  
**TOTAL -239 799,00 €**

**Une évaluation à 6 mois de l'USC** sera réalisée en novembre 2010, sur la base d'indicateurs tels que :

- le taux d'occupation du service ;
- le taux de facturation des suppléments SC;
- la satisfaction des besoins de la filière médicale et chirurgicale (indicateurs qualitatifs et quantitatifs non définis) : le DIM peut estimer le nombre de séjours qui auraient dû être pris en charge par l'USC. Le chef de service de l'USC peut recenser le nombre de refus de patients et le motif. Donc on peut en déduire le nombre de patients qui n'ont pas été proposés à l'USC et ont été placés à tort dans des unités de médecine ou de chirurgie.
- le nombre de refus de patients par l'USC (pour démontrer l'utilité des 14 lits)

### **Evaluation de l'UHCD**

L'indicateur principal est la DMS. La DMS doit tendre vers moins de 24h sur les lits d'UHCD. Fin juin 2010, l'activité de l'UHCD progressait de 10,15 %, avec une DMS en baisse de 12,19 % à 1,56 jours. L'augmentation du nombre de lits dédiés, la fluidification des filières de prise en charge et la diminution corollaire des DMS permettront une augmentation significative du nombre de séjours dans cette unité.



Tableau de bord de suivi du projet par la DG des HCL

Indicateur	Unité	Formule de calcul	Valeur cible	Valeur précédente	Valeur à date	Commentaires
Taux de patients à plus de 24h de DMS en UHCD	%	Nb patients à plus de 24h de DMS à l'UHCD / total patients	0,00%	à définir	à définir	Indicateur complémentaire : DMS de l'UHCD en nbre de journées
Recettes engendrées par l'USC	Euros	Nb séjours x euros par séjour	1.3-1.5 en 2011	à définir	à définir	Augmentation de recettes ciblée sur le Supplément Surveillance Continue
Nb séjours relevant de l'USC hors USC (alternativement estimation de recettes perdues)	Nb séjours ou euros	à préciser	0	à définir	à définir	
ETP (N/N-1) et Masse salariale (MS) N/N-1	Nb ETPs et euros	ETP N/N-1 MS N/N-1	120 000 € / 1,45ETPs	NA	NA	Périmètre = ensemble du pôle Urgences
Absentéisme	%	à préciser	<8%	à définir	à définir	

Commentaires sur les indicateurs retenus

- Taux de patients à plus de 24h de DMS en UHCD : la DMS doit être < à 24 h, car forfait identique si durée > 24 (cf circulaire frontière mai 2010)
- Recettes engendrées par l'USC : suivi indirect du % de suppléments SC facturés
- Delta ETPs et Masse salariale (MS)
- Absentéisme : coût important (cf avenant 2010)

## Annexe-12 : budget personnel non médical de la réanimation

### réanimation chirurgicale

2009	Dépense Hospitalisation CHLS	Dépense standard ENC														
Personnel non médical (dont pools)	<b>3 146 034</b>	Personnel non médical		<b>1 525 976</b>												
		sureffectif/normes	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">IDE</td> <td style="text-align: right;">-1,25</td> <td style="text-align: right;">-59 938</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">ASD</td> <td style="text-align: right;">7,5</td> <td style="text-align: right;">294 000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">ASH</td> <td style="text-align: right;">2,18</td> <td style="text-align: right;">83 058</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;"><b>TOTAL UF</b></td> <td style="text-align: right;"><b>8,43</b></td> <td style="text-align: right;"><b>317 121</b></td> </tr> </table>	IDE	-1,25	-59 938	ASD	7,5	294 000	ASH	2,18	83 058	<b>TOTAL UF</b>	<b>8,43</b>	<b>317 121</b>	
IDE	-1,25	-59 938														
ASD	7,5	294 000														
ASH	2,18	83 058														
<b>TOTAL UF</b>	<b>8,43</b>	<b>317 121</b>														
		absentéisme PnM 13,7% (moyenne nationale 10%) ; inclus dans les dépenses de pool		73 724												
		<b>TOTAL</b>		<b>1 916 821</b>												
		différence inexpliquée		<b>1 229 213</b>												

### réanimation médicale

2009	Dépense Hospitalisation CHLS	Dépense standard ENC														
Personnel non médical (dont pools)	<b>3 282 234</b>	Personnel non médical		<b>1 883 642</b>												
		sureffectif/normes	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">IDE</td> <td style="text-align: right;">-1,18</td> <td style="text-align: right;">-56 581</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">ASD</td> <td style="text-align: right;">7,5</td> <td style="text-align: right;">294 000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">ASH</td> <td style="text-align: right;">2,18</td> <td style="text-align: right;">83 058</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;"><b>TOTAL UF</b></td> <td style="text-align: right;"><b>8,5</b></td> <td style="text-align: right;"><b>320 477</b></td> </tr> </table>	IDE	-1,18	-56 581	ASD	7,5	294 000	ASH	2,18	83 058	<b>TOTAL UF</b>	<b>8,5</b>	<b>320 477</b>	
IDE	-1,18	-56 581														
ASD	7,5	294 000														
ASH	2,18	83 058														
<b>TOTAL UF</b>	<b>8,5</b>	<b>320 477</b>														
		absentéisme PnM 13,6% (moyenne nationale 10%) : inclus dans les dépenses de pool		88 165												
		<b>TOTAL</b>		<b>2 292 283</b>												
		différence inexpliquée		<b>989 950</b>												

## Annexe-13 : comparaison entre les services de réanimation des HCL

2009	HEH pav G (chirurgicale) CR 21124	HEH pav N (médicale) CR 21126	Croix Rousse (chirurgicale) CR 24125	Croix Rousse (médicale) CR 24005	CHLS (chirurgicale) CR 36017	CHLS (médicale) CR 36035
Nb de lits de réa en service	14,2	15,4	8,5	13,5	12,9	11,6
Dépenses CREA PnM (k€/an)	3248	3131	2081	3132	3146	3282
Nombre ETP PnM	72	71 <sup>38</sup>	46	73	69	72
Dépenses ENC PnM (k€/an)	2741 <sup>39</sup>	2537 <sup>40</sup>	1268	2091 <sup>41</sup>	1525	1883
% absentéisme PnM	8,4	9,5	8	9,7	13,7	13,9
% Suppl. Réa / total Suppl.	93	97	95	97	87	96
Recettes GHS (tarif 1) (k€/an)	4128	2724	1728	1975	1908	1719
Recettes Suppl. (tarif 2+3) (k€/an)	3714	4113	2053	3619	2520	3368
Recettes / lit réa (k€/an)	555	449	450	415	382	396
Dépenses PnM / lit réa (k€/an)	216	208	231	208	243	282
Taux occupation	90	90	85	90	92	90
DMS	5,6	7	6,2	7,8	6,9	9,47
IPG moyen	89	114	126	124	128	132
% CA avec IPG <100	61	57	32	30	29	20
Part de RSS en mono-unités en HC (%)	15	35	17	37	6,7	22,7
% CA avec niveau de gravité 4	76	57	53	59	51	47
% CA avec niveau de gravité 3	12	24	24	19	27	30
% CA avec niveau de gravité 2	1	8	14	12	8	6
% CA avec niveau de gravité 1	11	11	9	10	14	17
Part activité réalisée en 0 ou 1 jour (%)	53	26	24	25	17	31
VMCT par séjour (tarif 1+2+3)	7526	9840	10029	10547	6822	11827
VMCT par jour (tarif 1+2+3)	1645	1348	1483	1259	1271	1216
Nombre de RSS	819	608	442	345	599	383

<sup>38</sup> sous-effectif en aides-soignants

<sup>39</sup> dépenses PnM hors réanimation ne donnant pas lieu au supplément réanimation (ou rarement) : SIPO (240 k€; lits supprimés en 2010), déchocage (213 k€; 2 lits), bloc technique (242 k€)

<sup>40</sup> dépenses PnM hors réanimation ne donnant pas lieu au supplément réanimation : Surveillance continue (215 k€), salle technique (154 k€)

<sup>41</sup> dépenses PnM hors réanimation ne donnant pas lieu au supplément réanimation : salle technique (191 k€ PnM)

## Bibliographie

### Publications

BOUSQUET F., 2004, « Quelles problématiques et quels indicateurs pour construire l'évaluation de la tarification à l'activité ? », in *Dossiers Solidarités et Santé, DREES*, n°1.

MOSSE P., 2005, « L'économie du système hospitalier ; le délicat problème de l'incitation », in *Health Management Review*, Moscou, Vol 3, pp. 50- 64.

BOUSQUET F., LOMBRAIL P., GUISET A.L. , 2006, « les effets de la mise en oeuvre de systèmes de paiements prospectifs de type T2A sur la qualité », in *Solidarité et Santé*, n° 1, p 69

MINIVIELLE E., 2007, « Le classement des hôpitaux : une nouvelle manière de rendre des comptes » in *Gérer et Comprendre*, n°91 : 36-48.

MOISOND J.-C., 2008, "Gouvernance clinique et organisation des processus de soins. Un chaînon manquant ?" in *Pratiques et organisation des soins* 39(3): 175-181.

BURELLIER F., 2008, « L'hybridation de rôle dans les hôpitaux publics : le compromis identitaire des « professionnels-managers », 19ème, Congrès de l'AGRH.

SCHILTE A., MINEVIELLE E., mars 2008, « Le classement des hôpitaux : une nouvelle manière de rendre des comptes », in *Gérer et comprendre*, n°91

COMBARNOUS D., PITIOT A., BENNOUR K., DELERUE F., Dr GROZEL J.M., 2008, « Etude de la charge en soins techniques dans un service de réanimation, réanimation nord - Centre Hospitalier Lyon Sud », Société Française d'Anesthésie Réanimation.

MOATTY F., DINU GHEORGIU M., GUILLEMOT D., 2009, « Changements organisationnels et informatisation dans les établissements hospitaliers français" in *Bercot R., Mayère A. (dir.), Organisation et communication au sein des systèmes de santé – Colloque Ottawa 2009*, La Plaine-Saint-Denis, Centre documentaire de la Maison des sciences de l'homme de Paris Nord, coll. « Actes colloques », pp. 107-118.

De POURVILLE G., 2009, « Les hôpitaux français face au paiement prospectif au cas. La mise en œuvre de la tarification à l'activité », in *Revue Economique*, 60(2) : 457-470.

LORINO PH., avril 2009, « Le contrôle de gestion après la crise », in *Revue de gestion française*, vol. 35 n°193

MARTINEZ F., Dr DOZOL A., Dr LABALETTE C., MATHIEU-GRENOUILLEAU M-C., Pr NIZARD R., CADET D., Dr SEGOUIN C., juin/juillet 2009, « Concilier efficience, qualité des soins et satisfaction des professionnels », in *Gestions hospitalières* , n°487 p 359

GUICHETEAU J., MAESTRE-LEFEVRE A., novembre-décembre 2009, « Un tableau de bord équilibré au service du pilotage médico-économique » in *Revue hospitalière de France*, n°531

ANGELE-HALGAND N., COLOMBEL P., Dr LEROUX P., novembre-décembre 2009 , « Vers l'émergence de culture polaires », in *Revue hospitalière de France*, n°531

ZEYNEP O., RENAUD T., décembre 2009, « Quel lien entre volume d'activité des hôpitaux et qualité des soins en France ? », in *Questions d'économie de la santé*, irdes, n°149

SIOURATH S., juin 2010, « Piloter en temps réel : un objectif inaccessible », in *Finances hospitalières*, n°37

### **Ouvrages**

CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, « L'acteur et le système », Le Seuil.

MORIN P., DELAVALLEE E., 2000, « Le manager à l'écoute du sociologue », Paris : Editions d'organisation.

CARRICABURU D., MENOIRET M., 2004, « Sociologie de la santé, institutions, professions et maladies », collection : Armand Colin.

LIVIAN Y.F., 2005, « Organisation. Théories et pratiques », Paris : Dunod.

LÖWY I., 2007, « Notes sur la standardisation et régulation de la médecine ». In : Tournay V. ed. *La gouvernance des innovations médicales*, Paris, PUF, 2007, 303-324.

DANET F., 2008, « Où va l'hôpital ? », Paris : Desclée de Brouwer.

CHOMIENNE H., PUPION P.C., 2009, « Autonomie et responsabilité des cadres publics, une mutation managériale », collection Ecole Supérieure de l'Education Nationale.

DOUMAIL K., 2009, « Guide pratique de la tarification à l'activité (T2A) », éditions : les études hospitalières.

### **Rapports**

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2010, « les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé », dossiers solidarité et santé n°16.

Comité Consultatif National d'Ethique, 2007: « Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé », avis 101

Inspection générale des affaires sociales, janvier 2006, « Mission d'appui sur la convergence tarifaire public privé », *rapport n° 2006-009*.

COULOMB A., février 2008, « Comité d'évaluation de la tarification à l'activité », Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES, n°76

De SINGLY C. , 2008, « mission sur le rôle des cadres de santé, à leur formation, à leurs missions et à leur valorisation ».

Rapport de la Cour des Comptes, septembre 2009, « La sécurité sociale, chap VII La mise en oeuvre de la T2A : bilan à mi-parcours. »

Direction des Études et Résultats, novembre 2009, « L'organisation du travail à l'hôpital : évolutions récentes », n° 709

VASSELLE A., novembre 2009, Rapport d'information du Sénat sur le processus de convergence tarifaire et la proposition de report de son achèvement à 2018, n°76

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

Chambre régionale des comptes, juin 2010, « audit financier sur les HCL »

### **Mémoire**

GUIBERT (Lise), 2006, „Optimisation de l'organisation et du management des services d'accueil dans le contexte T2A : l'exemple du CHI de Fréjus/Saint-Raphaël“, mémoire EHESP

### **Thèse**

FALL I., 2008, « Approche gestionnaire de la capacité organisationnelle et pilotage du progrès : apports d'un dispositif pionnier de gestion des capacités organisationnelles dans une entreprise mondialisée ». Doctorat Sciences de gestion, CGS- Centre de Gestion Scientifique, ENSMP p.313.

### **Séminaire**

Séminaire à Chamonix, *Convention on Health Analysis & Management [CHAM]*, septembre 2009, à l'initiative du Cercle Santé Société et du Cercle des Economistes, « *Soigner : de l'artisanat à l'industrie ?* »

### **Textes législatifs et réglementaires**

Arrêté du 11 juin 2010 fixant les modalités de la formation à l'exercice des fonctions de chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique

### **Sites Internet**

[www.atih.sante.fr](http://www.atih.sante.fr) (ATIH : Agence Technique de l'information sur l'Hospitalisation)

<http://www.formindep.org/L-influence-invisible-le-dossier>