



MeaH

Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers

Usage de la comptabilité analytique hospitalière dans les hôpitaux publics et PSPH

– Approfondissement –

Rapport de fin de phase 2

Juin 2007



SOMMAIRE

1.	Avant-propos	1
1.1.	La production des outils : rappel de la phase 1	1
1.2.	La définition des plans d'actions.....	4
2.	Les actions effectives : présentation thématique	7
2.1.	Analyse d'un secteur particulier.....	7
2.1.1.	Audit du bloc opératoire sur H1	7
2.1.2.	Impacts de la qualité du codage à l'hôpital H7	9
2.1.3.	Impacts de l'activité à l'hôpital H7	10
2.1.4.	Etudes médico-économiques à l'hôpital H8.....	10
2.2.	Élaboration de nouveaux outils de gestion	12
2.2.1.	La structuration de la fonction contrôle de gestion à H2.....	12
2.2.2.	Outils de pilotage économique et financier à l'hôpital H6	13
2.2.3.	Elaboration participative de tableaux de bord à l'hôpital H7	15
2.2.4.	Simulation des effets économiques du remplacement d'un médecin à l'hôpital H7	15
2.2.5.	Elaboration d'un TCCM prévisionnel à l'hôpital H8.....	16
2.3.	Aide à la stratégie.....	16
2.3.1.	Analyse prospective sur H3 : reprise d'une activité d'hématologie aiguë	16
2.4.	Aide à la contractualisation.....	20
2.4.1.	Contractualisation à l'hôpital H3.....	20
2.4.2.	Contractualisation à l'hôpital H4	21
2.4.3.	La longue marche de la contractualisation à l'hôpital H5.....	23
3.	Les grands enseignements	25
3.1.	Les difficultés de modélisation.....	25
3.2.	Deux catégories d'incertitude	25
3.3.	Un usage raisonnable et raisonné des outils.....	26
3.4.	Une nécessaire construction collective.....	26
3.5.	Le bon usage est-il celui auquel on pense ?	27
4.	L'évaluation du chantier	28
4.1.	L'analyse de la valeur.....	28
4.2.	L'évaluation de la démarche MeaH	30
5.	Conclusion	33
6.	Les prochaines étapes	34



1. Avant-propos

1.1. La production des outils : rappel de la phase 1

Le lecteur de cette synthèse du chantier d'approfondissement pourra utilement se reporter au rapport de phase I du chantier pour avoir des informations sur le déroulement de la première phase (phase I : élaboration des outils et choix des actions). Rappelons-en ici l'essentiel :

L'objectif principal de ce chantier d'approfondissement est de compléter le premier chantier pilote (2003-2005) sur le sujet des outils de comptabilité analytique, et surtout **leur usage**. Ainsi, huit établissements hospitaliers publics ont été sélectionnés en 2005 pour les développer **et surtout pour les utiliser**,

Ces établissements sont les suivants :

- Les CH d'Annecy, de Colmar, de Courbevoie Neuilly, de Lunéville, de Melun, de Périgueux, et de Saint-Dié ;
- Le CHU de Toulouse.

Les cabinets conseils les accompagnant au cours de ces travaux sont Ineum et Price WaterhouseCoopers.

Ces huit établissements, présentant au début du chantier des degrés de maturité divers par rapport à l'élaboration des outils (*a fortiori* par rapport à leur usage), se sont focalisés sur deux outils qui leur ont semblé essentiels : le CREA (Compte de RÉSultat Analytique par pôle¹) et le TCCM (Tableau Coûts Case-Mix), également par pôle. A ce titre, la nouvelle gouvernance s'est révélée constituer un incitatif au développement des outils, aussi puissant que la T2A.

Les difficultés techniques concernant cette construction d'outils ont été assez nombreuses pendant la phase I ; elles ont été résolues par les uns et les autres dans le cadre d'un artisanat relativement solitaire (avec l'aide des consultants MeaH cela dit), peu de formalisation générale existant sur la déclinaison au niveau d'un pôle (ou d'une entité quelconque) d'outils comme le CREA ou le TCCM. Cette constatation a entraîné du côté de la MeaH, et dans la perspective d'un chantier de déploiement lancé en 2006, le déclenchement d'une opération de capitalisation, confiée à l'ENSP.

Au final, le résultat de la phase I peut se résumer dans le tableau suivant (situation début 2006), qui figure dans le rapport intermédiaire².

¹ Au début du chantier, l'état d'avancement des établissements dans la nouvelle gouvernance était variable, si bien qu'en toute rigueur, il vaudrait mieux parler d'entité (pôle, service, département etc.). Pour simplifier nous utiliserons le concept de pôle, d'autant qu'à la fin du chantier, tous les établissements s'étaient organisés en ce sens.

² A partir de ce stade du rapport, les établissements sont anonymisés.



	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
Outils développés								
- TCCM global	X	X	En cours	X	X	X	X	X
- TCCM pôle	X	X		En cours	X	En cours	X	X
- CE global		X	X	X	X	X	X	X
- CE pôle		X	X	X (par UF)	En cours	En cours	X Service	X Service
Données utilisées								
- Coûts réels	2004, 2005	2004, 2005	2005	2005	2005 2006	2005	2005 2006 (en cours)	2004 2005 2006 (en cours)
Périodicité								
- Annuelle	TCCM	CE, TCCM		TCCM, CE		CE, TCCM		CE, TCCM
- Infra-annuelle	Autres TB	Autres TB	Autres TB CE (sem.)	Autres TB	CE Budgets	TdB Budgets	CE, TCCM, TdB	CE (semest.)
Diffusion								
- Bilatérale	X	X	X (autres)			?		
- Générale	X		X (autres)	X	X	?	X	X

Par ailleurs, rappelons ci-après, grâce à deux exemples, la forme générale d'un CREA et d'un TCCM.

Pour mémoire :

Le CREA fournit pour un pôle ses recettes (T2A, DAC, titre 2, molécules onéreuses, MIGAC etc.) et ses dépenses directes et indirectes, ces dernières obéissant à des règles de répartition analogues à celles de l'Etude Nationale des Coûts (ENC).

Le TCCM pour sa part utilise la nomenclature des coûts partiels de l'ENC ; pour les catégories de dépenses correspondantes, on peut alors confronter le réel du pôle considéré aux dépenses d'un pôle fictif qui aurait le même case-mix que lui.



Exemple de CREA :

Dépenses		1er sem 05	Recettes		1er sem 05
Groupe 1		8 726 538	DAC hospitalisation (hors recettes patients)		13 022 051
Groupe 2		1 784 904	Recettes T2A (hors recettes patients)		4 114 141
Groupe 3		205 539	Recettes hospitalisation		17 136 192
Groupe 4		271 244	DAC consultation		202 927
Total dépenses directes		10 716 981	Recettes consultations-T2A		67 642
Laboratoires		1 196 364	Recettes consultations		270 569
Blocs opératoires		1 876 445	Recettes patients (TM & FJ)		910 855
Anesthésiologie		1 548 200	MIGAC et part MERRI (inventaire par UA)		481 836
Radiologie		654 943	MERRI		1 900 000
Explorations Fonctionnelles (externes au pôle)		77 977	Recettes subsidiaires (dont activité libérale)		15 466
Kinésithérapie		112 930	Financement interne (Act nelles et AOL recherche)		
Total prestations médicales		5 466 858	Autres recettes		3 308 157
Restauration		670 773	DAF (Psychiatrie et SSR)		0
Blanchisserie		178 492			
Eau gaz électricité		413 758			
Accueil des malades		242 696			
Nettoyage-gardiennage		169 947			
Gestion du personnel		158 125			
Gestion administrative du pôle		306 098			
Autre gestion administrative (Management, sites, solde des pôles logistiques)		4 721 564			
Total prestations hôtelières et administratives		6 861 453			
Total général dépenses		23 045 292	Total général recettes		20 714 919

Exemple de TCCM :

	Unité X	Référence Base ENC	DIFFERENCE	HOPITAL
1) Personnel médical	373 399,21	458 872,07	-22,89%	-14,37%
2) Personnel soignant	1 543 115,55	1 552 342,60	-0,60%	22,29%
3) Autres personnels	361 974,68	381 315,55	-5,34%	12,16%
4) TOTAL SALAIRES	2 278 489,44	2 392 530,23	-5,01%	15,79%
5) Consommables médicaux	428 400,76	494 066,24	-15,33%	14,01%
6) Amort., location et autres dépenses cliniques	19 618,91	47 309,55	-141,14%	14,18%
7) Coût direct MCO (= 4 + 5 + 6)	2 726 509,11	2 933 906,01	-7,61%	15,46%
8) Logistique médicale	122 262,17	147 892,30	-20,96%	13,90%
90) TOTAL ACTES	681 551,75	997 531,89	-46,36%	9,69%
101) Restauration	118 086,02	168 414,98	-42,62%	-56,32%
102) Blanchisserie	40 068,76	58 535,45	-46,09%	-2,61%
103) Logistique autres	1 057 660,20	1 095 956,53	-3,62%	21,52%
104) TOTAL LOGISTIQUE	1 215 814,98	1 322 906,97	-8,81%	15,57%
110) Structure	166 078,65	233 321,19	-40,49%	-8,21%
TOTAL GENERAL	4 912 216,65	5 635 558,36	-14,73%	13,31%



1.2. La définition des plans d'actions

Concernant la définition des plans d'actions, les discussions en CTN ont permis de distinguer quatre types d'utilisation des outils mis au point : a) l'analyse d'un secteur particulier, b) la mise au point d'outils supplémentaires, c) la stratégie d'établissement, d) la contractualisation. Ces quatre types d'utilisation sont repris ci-dessous, en listant au fur et à mesure les actions décidées début 2006 par les huit établissements, telles qu'elles apparaissent dans le rapport intermédiaire :

a) Analyse d'un secteur particulier

L'examen des résultats des CREA et TCCM peut conduire à approfondir les raisons pour lesquelles tel ou tel secteur présente des particularités au niveau des chiffres (en général un déficit important). Dans ce cas, comme on l'a dit, CR et TCCM servent de signaux, insuffisamment explicites, et des investigations complémentaires sont nécessaires avant d'entreprendre des actions.

H1 demande au consultant MeaH une analyse du fonctionnement des blocs, que les TCCM global et par pôle montrent déficitaires. Cette démarche doit aussi conduire à des propositions d'actions visant à une meilleure maîtrise des coûts et à préparer l'association future avec une clinique privée. Des outils de suivi doivent également être élaborés par le consultant.

Dans une perspective voisine, **H8** désire approfondir la situation de l'ensemble pédiatrie/néonatalogie, qui, au regard des résultats CR et TCCM, apparaît très coûteux. Là aussi, le consultant est chargé, en relation avec la direction des finances et le responsable médical, d'en déduire des propositions d'actions.

b) Mise au point d'outils

Comme on l'a vu, l'élaboration des CR et TCCM par pôle ne s'inscrit pas sur une page blanche : si les établissements de la mission MeaH n'avaient que partiellement fait l'effort de développer ces deux outils liés à la fois à la T2A et à la nouvelle gouvernance, ils s'étaient déjà munis pour la plupart de systèmes d'indicateurs. Pour certains d'entre eux, il s'agit maintenant de réfléchir à l'articulation entre des instruments de gestion qui relèvent plutôt de la pléthore que de la rareté. L'exercice de calcul accompli pendant la première phase a pu suggérer par ailleurs l'idée de nouveaux outils. Signalons ici qu'à ce sujet l'un des objectifs du chantier MeaH était de promouvoir le lien qui peut être établi entre T2A et problématiques organisationnelles. Véritable passerelle entre la direction financière et les pôles et/ou services, CR et TCCM se veulent avant tout comme des outils de dialogue et d'assimilation « positive » de la T2A dans un contexte d'optimisation des organisations.

L'ambition de **H2** est à présent de structurer la fonction contrôle de gestion, qui, jusqu'ici, a très peu utilisé les outils de comptabilité analytique, et de l'amener à se fonder, en routine, sur une batterie adaptée et cohérente d'outils de suivi mensuels.

H6 se lance dans une entreprise ambitieuse de modélisation. Il a depuis longtemps la pratique de constitution des outils développés dans le cadre du chantier (voir tableau sur la



situation initiale des établissements). Il voudrait maintenant compléter ces instruments en les liant entre eux dans un modèle global. Plus exactement il voudrait que le consultant l'aide à élaborer un modèle permettant le bouclage entre TCCM, CR, et EPRD. Il ne s'agit donc plus seulement d'outils d'évaluation économique, mais d'outils de pilotage économique **et** financier, permettant d'établir des liaisons entre activité, ressources, résultat, situation financière (trésorerie, capacité d'investissement ...).

H7, qui a déjà l'expérience de la contractualisation, a lui aussi le projet de mettre sur pied un système de suivi en routine, mais à destination des pôles. C'est donc le système de pilotage des responsables de pôle qui est ici visé, sachant que les contrats ont déjà été établis.

c) Stratégie et prospective

On sait que se servir à l'hôpital des outils type CREA ou TCCM dans la seule optique de rééquilibrage des ressources n'est pas chose facile compte tenu du champ de forces en cause. Une autre voie est l'accompagnement des projets des professionnels, d'en analyser grâce à ces outils les forces et les faiblesses, d'en déduire les implications au niveau des moyens etc.

H3 voudrait disposer d'une analyse sur les perspectives de redémarrage d'une activité de cancérologie aiguë, qui avait été abandonnée il y a quelques années, parce que jugée très coûteuse, et qui est remise au goût du jour dans le cadre du SROS et de la désignation de l'établissement comme hôpital référent. L'analyse passe par celle du contexte local (bassin de population, concurrence, etc.), les outils mis au point dans le cadre du chantier permettant essentiellement des simulations liant activité et ressources nécessaires.

d) Contractualisation

C'est d'une certaine façon l'usage attendu des outils élaborés, notamment le TCCM, qui permet de repérer les situations problématiques des différents pôles. Les contrats peuvent porter aussi bien sur des éléments de maîtrise des coûts que sur des activités à développer. Selon les établissements la démarche envisagée sur la phase II peut viser des degrés divers d'aboutissement.

H3 compte contractualiser en phase II avec un pôle expérimental, le pôle médico-chirurgical, dans le cadre d'un contexte contraint, dominé par la nécessité du retour à l'équilibre de l'établissement. Il s'agit de définir le périmètre, les mécanismes d'intéressement, les procédures de concertation ainsi que les conditions de généralisation à l'ensemble des pôles.

H4 entreprend une démarche analogue, mais avec l'ensemble des pôles. Il prévoit également de fournir aux pôles les outils de pilotage leur permettant de suivre la réalisation des contrats.

H5 de son côté voudrait mettre l'accent sur les prestataires des pôles (plateau technique, logistique), prestataires éventuellement organisés en pôles, mais non munis de recettes T2A. L'objectif est donc plutôt ici de mettre sur pied une contractualisation transversale, axée sur la définition d'unités d'œuvre et des objectifs associés.



Qu'en est-il à présent du déroulement concret de ces actions et quel bilan peut-on en tirer, à la fin de ce chantier d'approfondissement ?



2. Les actions effectives : présentation thématique

2.1. Analyse d'un secteur particulier

2.1.1. Audit du bloc opératoire sur H1

Objectif

Le TCCM global élaboré à l'hôpital H1 pour l'année 2005 a révélé un écart net et défavorable (+60%) entre les coûts du bloc opératoire et les coûts de référence. Ce constat « sec » ne s'accompagne pas, on le sait, de moyen de compréhension des chiffres obtenus, si ce n'est par l'intermédiaire d'une dissociation entre coûts de personnel et autres composantes des dépenses. En l'occurrence, les dépenses de personnel ne s'écartaient que de 15% de la référence. Aussi, face à cette énigme, et dans la seconde phase du chantier MeaH, l'établissement s'est orienté vers un audit du fonctionnement de son bloc.

Déroulement

Le consultant ayant en charge cet hôpital a effectué trois types de travaux : il s'est d'abord efforcé de préciser les résultats économiques de l'unité pour dégager des pistes d'interprétation plus fine ; il a procédé par ailleurs à une analyse quantitative du fonctionnement du bloc. Il s'est enfin livré à un examen qualitatif de ce même fonctionnement. Ces opérations lui ont permis de proposer un certain nombre de préconisations.

Cette intervention s'est appuyée sur l'observation, des entretiens avec les personnels médicaux et soignants, le dépouillement et la saisie des fiches opératoires des patients sur huit mois en 2006, les calculs TCCM, et, fait qu'il convient de souligner, l'utilisation du recueil de bonnes pratiques édité par la MeaH dans le cadre de son chantier « blocs opératoires ». On verra que ce dernier élément a pris une certaine importance dans cette étude, et qu'au total cet audit représente en soi une action transversale reliant entre eux deux chantiers pilotes de la MeaH.

Résumé des travaux et des constatations

1) Analyse financière

L'analyse financière a essentiellement consisté à préciser le diagnostic apporté par le TCCM global en élaborant les TCCM partiels relatifs aux quatre services utilisateurs des quatre salles du bloc (chirurgies A, B, C et maternité, qui a son propre bloc obstétrical tout en utilisant partiellement le bloc central). Les calculs ont porté sur une consolidation bloc + anesthésie, ces deux composantes du plateau technique étant habituellement séparées au niveau du TCCM. Cette consolidation n'a d'ailleurs pas été sans poser problème, dans la mesure où il a fallu ventiler les dépenses d'anesthésie entre le bloc général et le bloc obstétrical.

Les TCCM par services font apparaître des surcoûts par rapport à la référence, plus importants et plus homogènes pour le bloc lui-même que pour l'anesthésie.



Au total, l'approfondissement de la démarche économique n'a pas permis de dégager de résultats supplémentaires par rapport au constat global, tous les services utilisateurs apparaissant contribuer aux surcoûts observés.

2) Analyse quantitative du fonctionnement

Le consultant a recueilli un certain nombre de données (essentiellement les fiches opératoires des patients sur huit mois), lui permettant d'établir des statistiques et de progresser ainsi dans la compréhension des problèmes du bloc. Nous les résumons ci-dessous :

- Part urgences/programmation : 27 % des opérations sont réputées « urgentes⁴ » ;
- Durée des interventions : près de la moitié des opérations (46 %) durent moins de vingt minutes ;
- Sévérité : 23 % des opérations ne demandent qu'une anesthésie locale ou locorégionale ;
- Temps d'attente des chirurgiens entre deux interventions : forte variabilité, 46 minutes en moyenne ;
- Utilisation du référentiel MeaH en matière de blocs opératoires : le rapport entre le TROS (Temps Réel d'Occupation des Salles) et le temps de mise à disposition des salles (TMD) est de 32 %⁵.

Ces résultats orientent sur un certain nombre de pistes à la fois descriptives et prescriptives : l'importance des opérations de courte durée, dont beaucoup ne nécessitent pas, de toute évidence, le déploiement des moyens associés traditionnellement à un bloc tourné vers les opérations lourdes, peut suggérer le détournement d'un certain nombre d'actes vers des salles spécialisées légères (types salles d'urgence, ou salles intermédiaires, dites « salles propres »). Cette problématique est également importante quant aux interruptions entre opérations, qui prennent d'autant plus d'importance que les opérations sont courtes.

3) Analyse qualitative

L'observation a permis de constater un certain nombre de traits positifs du fonctionnement du bloc : forte implication des soignants (taux d'absentéisme nul) et du Chef du Bloc, gestion

⁴ Cette réputation d'urgence est simplement assise sur le fait que la programmation du bloc se fait le jeudi pour la semaine suivante et que toute opération se glissant ensuite dans le programme est qualifiée d'« urgente ». Il peut ne pas s'agir d'urgence au plein sens du terme, mais par exemple de report. Cela dit, urgentes ou non, ces insertions dans le programme opératoire sont perturbantes.

⁵ Les calculs ne sont pas tout à fait ceux de la MeaH, dans la mesure où une pratique instituée à H1 consiste à laisser le patient opéré en bloc pendant son réveil, la remise en état de la salle s'effectuant en parallèle ; les fiches opératoires ne donnent que l'heure de sortie de la salle du malade, alors que dans les travaux MeaH, ce qui compte est l'heure de remise à niveau de la salle. Le consultant a supposé qu'en l'occurrence les deux heures coïncidaient, ce qui peut être faux dans certains cas.



des flux physiques des flux de matériel efficace, collecte et suivi des données cliniques exhaustif⁶, etc.

En revanche, c'est au niveau du schéma général de gouvernance du bloc que le consultant note des problèmes, l'organisation n'étant pas suffisamment structurée et prise en charge collectivement par l'ensemble des opérateurs. Plus précisément, il recommande à l'hôpital H1 de tendre vers le modèle de gestion interne préconisé par la MeaH, pour lequel nous renvoyons le lecteur à l'ouvrage « Gestion et organisation des blocs opératoires dans les hôpitaux et cliniques », édité chez Berger-Levrault.

Conclusion et recommandations

Pour le consultant, le fonctionnement du bloc de H1 souffre manifestement d'un manque de maturité organisationnelle, qui pourrait expliquer ses médiocres performances économiques.

Ses préconisations ont pour la plupart été déjà évoquées : une planification calquée sur la démarche MeaH, une programmation plus rigoureuse et laissant moins de place à de fausses urgences, des dispositifs de supervision créant une réelle gestion collective, l'orientation des actes peu complexes vers d'autres équipements. Il faut y ajouter des améliorations au niveau du système d'information, notamment le recueil des heures de remise en état des salles et celui des annulations d'opérations, accompagnées de leurs causes.

Commentaires

On a là un cas exemplaire de la potentialité d'alerte économique offerte par la comptabilité analytique. Le résultat d'un outil (en l'occurrence le TCCM global) déclenche toute une batterie d'analyses diverses, quantitatives ou qualitatives. On aura repéré qu'en dehors de cette fonction d'alerte, les outils eux-mêmes n'apportent pas le cadre explicatif des écarts constatés. Pour autant l'analyse organisationnelle, comme on l'a vu assez complexe, ne clôt pas le dossier ; elle débouche sur une hypothèse, cela dit fort vraisemblable compte tenu des données, d'un déficit de régulation d'ensemble. Il pourrait y avoir une autre explication, du côté d'une sous activité récurrente. Le consultant évoquait d'ailleurs l'idée d'un redimensionnement de l'offre, idée qui pourrait être mise à profit si les évolutions organisationnelles mises en place ne donnaient que peu de résultats. Or le TCCM, tel qu'il existe à l'heure actuelle, ne donne pas d'indication sur l'activité (ICR d'un côté pour l'ENC, et toujours K de l'autre, situation qui est amenée à changer avec la CCAM).

2.1.2. Impacts de la qualité du codage à l'hôpital H7

L'hôpital H7, à partir du diagnostic issu de l'édition des CREA, a mis l'accent sur les recettes des consultations, et a constaté des faiblesses dans la saisie des actes en CCAM. La simple divulgation des résultats a conduit à une évolution notable des comportements à ce niveau et a apporté à l'établissement un surcroît de revenus équivalent à environ 400 k€ par an.

⁶ Bien que méritant d'être davantage informatisé, d'après le consultant.



Dans ce même ordre d'idée, un travail analogue sur la réanimation a permis d'infléchir les pratiques de codage des IGS.

2.1.3. Impacts de l'activité à l'hôpital H7

Les outils médico-économiques mis au point par H7 ont permis de comprendre que l'origine des surcoûts se trouvait dans la baisse d'activité en obstétrique (-8% entre 2003 et 2005). Des actions de formation auprès du personnel, une amélioration des conditions d'hébergement des parturientes, une intervention des obstétriciens et des sages-femmes auprès des anesthésistes pour qu'ils proposent de façon plus systématique des péridurales ont entraîné une augmentation de l'activité d'environ 15 % en 2005.

2.1.4. Etudes médico-économiques à l'hôpital H8

L'établissement H8 constituait sans doute le site le moins avancé de l'échantillon en matière de comptabilité analytique, mais également en matière de nouvelle gouvernance. Au cours de la première phase du chantier MeaH, il a réussi à mettre sur pied des TCCM et CREA par service, en reprenant la méthodologie du guide national et en l'adaptant par des procédures rigoureuses.

Les résultats lui ont permis de repérer un certain nombre de zones de sous-productivité apparente, sur lesquelles, dans la seconde phase, il a entrepris des analyses particulières, avec ou sans l'aide du consultant MeaH.

Ces analyses de coûts ont été facilitées, dans un contexte qui ne leur étaient pas *a priori* favorables, par certains engagements des services administratifs vis à vis de services cliniques sur divers sujets (comme une enquête de satisfaction sur les transports ou l'élaboration d'une procédure d'approvisionnement global, ou encore une amélioration de la communication sur les travaux), "promesses" destinées à favoriser l'implication des professionnels de soins dans le développement et l'usage des outils de la comptabilité analytique.

A noter également l'affichage calculé d'un pôle Administration lié à l'émergence de la nouvelle gouvernance, concomitante au chantier MeaH. Une des difficultés de l'opération, cela dit, a résidé, là comme dans beaucoup d'endroits, en la réticence évidente de certaines directions fonctionnelles à s'engager dans la dynamique de changement.

1) Etude sur les consultations externes

Les CREA élaborés ont montré un déficit extrêmement important (1,3 M€) des consultations externes indifférenciées⁷. Un groupe de travail a été constitué, au sein duquel étaient

⁷ Comme on le sait ce n'est pas à partir du TCCM que de tels signaux sur les consultations peuvent apparaître, puisque le TCCM ne porte que sur l'hospitalisation court séjour. Elles sont par ailleurs quasi-systématiquement



représentées la direction générale, la DRH, la direction des soins, la direction des finances, et dans le cadre duquel l'activité du premier trimestre a été passée au crible : les flux de patients par praticien ont été évalués ainsi que des coûts beaucoup plus détaillés que dans le CREA. A l'issue de ces analyses, certaines vacations ont été supprimées, et du personnel des consultations redéployé.

2) Etude sur les dépenses pharmaceutiques

Les TCCM par service ont montré des coûts importants sur les dépenses pharmaceutiques. Un groupe de travail constitué du pharmacien, de chefs de service et d'un cadre de service de la direction des finances, a audité les processus de commande/livraison et stockage des produits pharmaceutiques dans les services. Il a mis au point des indicateurs de suivi des consommations par UF et proposé de nouvelles méthodes de gestion de stocks.

3) Etude des surcoûts de personnel médical dans le service Pédiatrie Néonatalogie

Le TCCM du service Pédiatrie Néonatalogie a montré un surcoût de plus de 90 % des dépenses de personnel médical par rapport au service de référence issu de l'ENC. Avec l'aide du consultant MeaH, un groupe de travail constitué du chef du service concerné, de la direction des finances, de la DRH a tout d'abord vérifié et validé les hypothèses de répartition du travail médical entre hospitalisation et consultation, a ensuite procédé à la séparation dans deux TCCM distincts de la pédiatrie et de la néonatalogie, en mettant l'accent sur la répartition des temps de travail des médecins entre les deux secteurs. La partie néonatalogie se révélant être la cause principale des surcoûts, la comparaison aux réglementations en matière de normes à respecter relatives à la néonatalogie a également été effectuée. Ces calculs n'ont pas abouti à des décisions précises mais ont plutôt révélé une cohabitation parfois difficile, compte tenu d'effets de seuil, entre la planification, sous l'angle de la normalisation qu'elle propose concernant les ressources, et la tarification, sous l'angle des critères d'efficience qu'elle induit.

4) Etude des surcoûts de restauration et de blanchisserie

Les TCCM ont mis en évidence des surcoûts à la fois sur la restauration et sur la blanchisserie. Mais sur ces deux secteurs une autre référence est possible : celle de la base de données dite d'Angers, car hébergée et maintenue par cet établissement avant de l'être par la FHF, et qui raisonne en coûts par activité.

C'est pourquoi dans un premier temps un groupe de travail, composé par la direction des finances, la direction de services économiques, le correspondant pour l'hôpital du prestataire extérieur et la direction générale, a confronté les coûts de restauration à ceux de la base d'Angers, en tentant d'identifier les éléments de surcoût. Ce constat a abouti à des décisions concrètes : fermeture le week-end du self d'un des deux sites de l'hôpital, injonction au prestataire quant à une division par deux de la facture d'intérim, offre de prestations de repas à l'extérieur, pour rentabiliser une cuisine surdimensionnée.

déficitaires si on leur applique la méthode CREA. C'est donc l'importance du déficit qui seul peut constituer l'alerte, et sa confrontation aux chiffres globaux de l'hôpital (en l'occurrence un budget de 48 M€)



L'étude sur la blanchisserie suit une méthodologie analogue ; elle était toujours en cours à la fin du chantier MeaH.

2.2. Élaboration de nouveaux outils de gestion

2.2.1. La structuration de la fonction contrôle de gestion à H2

L'hôpital H2 était peu avancé en matière d'outils de comptabilité analytique au début du chantier MeaH. En revanche il s'était fortement engagé dans la nouvelle gouvernance, étant structuré en pôles dès le début 2004 et ayant mis en place dans la foulée, sous la houlette d'un directeur très volontariste en la matière, une formule d'intéressement faisant intervenir des indicateurs classiques (activité en journées, en lettres-clefs, consommations, dépenses, etc.), afin de répartir entre les pôles un montant donné en investissement. Un intéressement plus pérenne, conduisant à des recrutements par les pôles, avait également vu le jour, mais nécessitait une fiabilisation et une routinisation des outils de la comptabilité analytique, notamment le CREA, sur lequel était fondé cet intéressement. C'est pour cette raison que H2 avait postulé au chantier MeaH, et que sa première action, au cours de l'année 2006, a consisté à créer et consolider une fonction contrôle de gestion, qui n'existait pas auparavant dans l'établissement.

Le contrôleur de gestion est arrivé au cours de l'année 2006. Une des tâches essentielles du consultant a été de travailler avec lui sur les outils CREA et TCCM, de préciser les règles de calcul et de ventilation, de mettre sur pied des outils d'analyse de la qualité des affectations du personnel aux différentes UF etc. Signalons que cette phase de travail a mis à jour des problèmes méthodologiques peu traités par ailleurs, comme celui de la rémunération des hébergements, ayant donné lieu à des échanges en CTN et à un développement particulier dans l'ouvrage méthodologique rédigé pour la MeaH par l'ENSP.

Des fiches d'analyse des CREA et des TCCM par pôles ont été créées, permettant aux responsables de pôles de disposer des définitions exactes des termes utilisés et de guides pour interpréter les résultats.

Des objectifs en matière de diffusion des outils et de dialogue de gestion ont par ailleurs été déterminés pour 2007 : production trimestrielle des CREA/TCCM (H2 produit des tableaux présentant conjointement les résultats des deux outils), avec diffusion des fiches d'analyse à T+1 mois. Rencontre de tous les pôles par trimestre pour la revue du CREA/TCCM de chaque pôle.

Les tableaux de bord déjà en place restent mensuels, avec production des fiches d'analyse à T+45 jours. Rencontre de deux pôles par mois pour revue de la fiche d'analyse des indicateurs et suivi des plans d'actions éventuels.

Cette organisation et les outils développés dans ce cadre ont été présentés aux responsables de pôles dans une série de réunions où le contrôleur de gestion était assisté par le consultant MeaH. Six pôles ont été rencontrés en septembre 2006, avec un ordre du



jour commun à ces réunions : présentation des outils, présentation de l'organisation du dialogue de gestion, retour sur l'analyse des résultats des outils.

Les réactions et commentaires des responsables de pôles sur ces rubriques se sont révélés intéressants : tout d'abord il y a très peu de contestation à la fois sur la structure des outils et sur l'organisation du dialogue de gestion. Deux remarques seulement ont porté sur le tableau de bord, soit pour proposer des indicateurs supplémentaires, soit pour souligner que dans le cadre de l'intéressement, alimenté par ce tableau de bord, les pôles n'avaient pas de possibilité d'action sur certains indicateurs/objectifs. Pour le dialogue de gestion, un seul responsable de pôle a émis une critique portant sur la fréquence trop importante à ses yeux (mensuelle) de parution du tableau de bord. En revanche, aucune réaction sur les modes de fabrication et d'usage des CREA. On retrouve là une caractéristique générale du processus actuel de déploiement de la T2A dans le système hospitalier, à savoir une certaine séduction opérée par l'outil auprès du corps médical et une représentation d'un outil tel le CREA comme étant relativement naturelle.

L'essentiel des discussions a en fait porté sur l'analyse des résultats des outils : indicateurs du tableau de bord apparaissant peu cohérents avec les chiffres du CREA, évolutions étranges des dépenses de plateau technique, biologie ou imagerie, interrogations sur les recettes des urgences et leur répartition sur les pôles, sur les déficits des consultations, sur l'importance des charges logistiques affectées au pôle, sur la non valorisation T2A de certaines activités etc. Sur tous ces points le contrôle de gestion s'est engagé à procéder à une analyse particulière.

On peut donc conclure de cette action que H2 est véritablement engagé dans une démarche de consolidation de ses outils de gestion et de renforcement du dialogue de gestion.

2.2.2. Outils de pilotage économique et financier à l'hôpital H6

L'établissement H6 avait une bonne expérience de comptabilité analytique, et avait déjà mis en place de nombreux outils : TCCM, compte de résultats, indicateurs médico-économiques, etc. En revanche, cet appareillage gestionnaire était peu articulé à des démarches organisationnelles, et ne faisait donc l'objet que d'un usage modéré. La mise en place de la nouvelle gouvernance et d'une organisation en pôles offrait par conséquent un espace privilégié d'accueil de ces outils, en les inscrivant dans des nouveaux enjeux mobilisateurs pour l'institution. Les travaux avec H6 ont visé à épauler l'établissement dans la construction de ses outils analytiques dans un contexte de montée en charge d'une organisation en pôles, avec deux objectifs principaux :

- Définition des modalités de fixation des budgets des différents pôles ;
- Détermination des marges de manœuvre financière que les pôles pouvaient dégager pour permettre à l'établissement de réaliser son programme pluriannuel d'investissement.

Plus précisément, il s'est agi d'essayer d'articuler trois types de démarches et d'outils, qui sont souvent traités de manière disjointe sans souci de cohérence de leurs résultats : le TCCM, le compte de résultat et l'EPRD. L'idée a été de créer un bouclage entre ces outils :



le TCCM permet de repérer la position du pôle et les postes comptables sur lesquels des surcoûts apparaissent ; il est ainsi à la base des objectifs médico-économiques qu'on peut fixer dans un contrat de pôle. Le compte de résultat vient à chaque fin de période indiquer les performances du pôle et permet de suivre l'atteinte ou non des objectifs contractualisés. Enfin le budget est déterminé à partir des évaluations précédentes, et donne le cadrage général dans lequel la marge de manœuvre interne du pôle peut intervenir, eu égard à ses objectifs. Afin que le budget demeure en lien permanent avec la réalité économique de l'hôpital et du pôle, il fait l'objet d'une réactualisation trimestrielle.

L'étude a donc visé à définir d'une part les postes budgétaires qui pouvaient faire l'objet d'une déconcentration, ainsi que les règles applicables (par exemple, jusqu'où accepter la fongibilité des lignes), le calendrier annuel de la procédure budgétaire, et les acteurs impliqués (mise au point d'un comité de régulation qui associe direction et corps médical, chargé d'examiner les résultats des pôles et de conduire les négociations avec ces derniers pour l'année suivante).

Parallèlement au travail sur les budgets et le processus, le chantier a permis d'établir des règles précises de calcul des comptes de résultats. Plusieurs points de difficultés ont ainsi pu être résolus, comme par exemple, le mode de répartition de la recette DAC, celui des recettes encaissées en régie, l'identification des unités d'œuvre pour certaines activités, telles que la kinésithérapie, ou encore le problème des prestations croisées.

Enfin, l'établissement a cherché à concevoir des nouveaux outils de simulation et de planification financière, qui permettent de profiter de la nouvelle logique et marge de manœuvre offerte avec la mise en place du régime EPRD. En effet, dans ce nouveau cadre, les notions de crédits budgétaires et de séparation section exploitation/section investissement n'ont plus cours, et donc les établissements hospitaliers peuvent adopter pour la simulation et la planification financière les mêmes outils que les organismes privés. C'est bien l'équilibre global du financement de l'hôpital qui est désormais en jeu. Il en découle que la planification réalisée peut désormais reposer sur de nouvelles règles, que les équipes ont cherché à définir (comme par exemple l'idée que c'est la marge dégagée par les activités de soins qui permet à l'établissement d'investir et non plus des crédits budgétaires tels les amortissements et les provisions, ou encore celle que la trésorerie constitue le juge de paix financier de l'organisation puisque c'est à son niveau que s'évalue la pérennité de toute stratégie financière et en particulier d'investissement).

L'établissement a ainsi mis en place un nouveau modèle permettant de relier les différents mécanismes clés de l'institution hospitalière, et proposant finalement une nouvelle conception du fonctionnement de l'établissement : ce sont les pôles, à travers leurs contrats, qui deviennent les producteurs de ressources de l'organisation et qui peuvent influencer sur le niveau de dépenses général. Les investissements, pendant et après leur réalisation, peuvent avoir une influence importante sur la production de soins et donc sur l'équilibre économique de la structure. Le BFR peut venir absorber une partie de la marge dégagée par l'exploitation si l'hôpital ne recouvre pas rapidement ses recettes. Enfin, l'ensemble de la gestion se résume au niveau du solde de trésorerie qui synthétise l'ensemble des mouvements financiers de l'hôpital. Le consultant a ensuite tenté d'opérationnaliser ce modèle, en le testant sur trois scénarios (scénario de stagnation, scénario de dynamique non régulée, scénario de la dynamique maîtrisée).



- Scénario de stagnation : L'excédent de trésorerie dégagé dans ce scénario ne permet pas de réaliser les investissements prévus et l'improbable suppression de l'ensemble des investissements ne permettrait pas le retour à une situation saine (on emprunte pour rembourser des emprunts). Ce scénario ne peut être retenu ;
- Scénario de dynamique non régulée : une croissance dynamique permettrait le retour à une situation saine, sous réserve de geler 100% des investissements jusqu'en 2011. Ce scénario ne peut être retenu ;
- Scénario de la dynamique maîtrisée : ce scénario permet de conserver un volume d'investissement conséquent par an. Néanmoins, il ne faut pas perdre de vue que ces marges de manœuvre n'existent que par un effort conséquent pour l'amélioration de l'Excédent Brut d'Exploitation.

Reste aujourd'hui à déterminer si l'objectif de progression de l'activité prévu dans le troisième scénario est conforme aux possibilités de l'établissement.

2.2.3. Elaboration participative de tableaux de bord à l'hôpital H7

L'établissement H7 a mis l'accent sur la coopération administratifs/médecins au niveau même de la fabrication et de la présentation des instruments issus de la comptabilité analytique (CREA et TCCM par pôle), conçus essentiellement comme étant des outils à disposition des pôles. C'est ainsi qu'un groupe de travail, réunissant la direction générale, la direction des finances, trois médecins dont le DIM, un cadre de santé, a été mis sur pied pour concevoir les outils en question, et notamment pour effectuer les choix essentiels qui sont à la base des calculs (multi séjours, ventilation de la DAC, etc.). Cette démarche est intéressante, car il semble essentiel qu'un certain nombre de conventions de calcul importantes au niveau de la comptabilité analytique fassent l'objet d'une décision claire et partagée au niveau de l'ensemble des parties prenantes. La répartition de la DAC, par exemple, n'est pas un problème technique, mais un problème de politique générale de l'établissement (anticipe-t-on ou non les effets d'une T2A aboutie ?).

De même, le groupe de travail a opté pour l'édition mensuelle des CREA par pôle, et a proposé un lissage des dépenses théoriquement annualisées (amortissements, assurances etc.).

Enfin il a conçu un guide méthodologique d'aide à la lecture des instruments CREA et TCCM, dans un langage compréhensible par tous : ce guide reprend les objectifs de la démarche, la définition des outils, le découpage en SA et en UF, les principes d'affectation des charges directes, les principes de déversement des charges indirectes, les recettes et correctifs à y apporter, etc.

2.2.4. Simulation des effets économiques du remplacement d'un médecin à l'hôpital H7

L'établissement H7 s'est livré à des calculs assez fins sur la perspective économique liée au remplacement d'un de ses médecins en 2006. Le travail a consisté à évaluer les recettes



marginales consécutives à l'activité du médecin sur la période d'absence considérée, en répertoriant son activité sur la même période en 2005 et en la valorisant (avec l'hypothèse de la T2A à 35 % pour les hospitalisés et 100 % pour les actes externes), puis à simuler les mêmes éléments dans le cadre d'un remplacement partiel. La confrontation des résultats correspondants avec les dépenses directes consécutives au remplacement a fourni un bilan, qui, sans conduire à une décision automatique (d'autres paramètres sont évidemment en cause et on atteint là la limite « micro » de ce type de démarche), a contribué à éclairer ce type de choix, fréquent dans le système hospitalier.

2.2.5. Elaboration d'un TCCM prévisionnel à l'hôpital H8

Comme dans les autres hôpitaux, les budgets prévisionnels à l'hôpital H8 se fondaient sur la reconduction des dépenses historiques, modulées par un certain nombre d'éléments nouveaux. Il a paru intéressant aux responsables de l'établissement d'essayer un autre raisonnement : en se fondant sur le dernier case-mix disponible (premier semestre 2006), des prévisions d'activité ont été élaborées pour 2007, valorisées avec les derniers coûts connus de l'ENC. Cet exercice a permis notamment de comparer les lignes de dépenses de personnel de l'hôpital fictif au réel 2006 extrapolé, et ainsi d'identifier les secteurs sur lesquels il fallait faire des efforts.

2.3. Aide à la stratégie

2.3.1. Analyse prospective sur H3 : reprise d'une activité d'hématologie aiguë

Objectifs de l'action

L'hôpital H3 est en phase de retour à l'équilibre ; dans ce contexte il a développé le dialogue de gestion avec les pôles qu'il a créés dans le cadre de la nouvelle gouvernance (qui sont au nombre de 9), dialogue s'appuyant également sur la mise en place d'une instrumentation gestionnaire importante, mais dans un premier temps non médicalisée. C'est pour pallier ce manque qu'il a participé au chantier d'approfondissement de la MeaH et qu'il a élaboré, avec l'aide des consultants qui lui étaient délégués, les TCCM et CREA par pôle.

Concernant la phase 2 du chantier, H3 a choisi de tester deux applications de la comptabilité analytique : l'outillage de la contractualisation avec les pôles, dont il sera question ci-après, et la simulation économique d'une nouvelle activité, qui est résumée dans ce paragraphe.

En fait, il ne s'agit pas réellement d'une nouvelle activité, mais de la reprise d'une activité d'hématologie aiguë jugée très coûteuse, qui avait donc fait l'objet d'une diminution très forte, et que H3 envisageait d'abandonner totalement, compte tenu de sa situation économique globale. Dans le cadre du SROS3 de la région, l'ARH a demandé à l'hôpital de revenir sur sa décision, visant une meilleure répartition de cette activité sur son territoire, et sensible par ailleurs au fait que le CHU voisin, sur qui les patients étaient dirigés, se plaignait d'une saturation très forte de ses moyens. L'hôpital H3 s'est alors posé la question des impacts économiques d'un tel retour en arrière.



Déroulement

L'étude a été conduite par le consultant MeaH, en étroite collaboration avec la direction financière et le contrôle de gestion. Des réunions ont été organisées avec les médecins responsables de l'activité, le directeur général, le directeur de la stratégie, le DIM.

La démarche était achevée en juillet 2006.

Méthode

Il était prévu initialement des investigations préalables sur la demande : bassin de recrutement, positionnement des structures hospitalières autres, évolutions de la population et de ses caractéristiques, corrélativement des pathologies en cause sur le plan quantitatif et qualitatif.

Compte tenu de la difficulté de l'exercice et de l'incertitude potentielle forte de ses conclusions, une démarche plus modeste a été choisie : comme la forte diminution de l'activité d'hématologie aiguë s'était produite entre 2004 et 2005, il a été décidé de se contenter d'évaluer ce qu'aurait donné une activité de ce type équivalente en 2005 à ce qu'elle avait été en 2004. Sur la base de cette hypothèse, les calculs se sont déroulés de la façon suivante :

1) Analyse des évolutions du service d'onco-hématologie entre 2004 et 2005

L'activité analysée, l'hématologie aiguë, est prise en charge par le service d'onco-hématologie, lui-même inclus dans le pôle dit médico-chirurgical. Il a d'abord donc fallu élaborer un CREA à un niveau plus fin que celui qui avait été fait pour le pôle. Les estimations des dépenses et recettes (recettes « réelles », c'est-à-dire tenant compte du pourcentage T2A, 10% en 2004 et 25% en 2005), ont conduit à un excédent de 471 k€ en 2005 contre un déficit constaté de 522 k€ en 2004. Les causes d'une telle variation n'étaient pas seulement liées à l'évolution de l'activité, mais aussi à une diminution importante des dépenses directes.

L'examen de l'activité confirme une baisse importante des leucémies aiguës (-40 %), portant surtout sur les patients âgés de plus de 60 ans (-61 %). En revanche, les soins palliatifs prennent de plus en plus d'importance dans l'activité d'hématologie aiguë.

2) Hypothèses sur l'activité et les ressources du service en cas de reprise de l'hématologie aiguë

Un certain nombre d'hypothèses simplificatrices ont du être faites pour simuler les effets sur le CREA du service d'une augmentation de l'activité d'hématologie aiguë :

- Reprise du volume d'activité 2004 pour l'hématologie aiguë ;
- Maintien du volume d'activité soins palliatifs au niveau 2005 ;
- Maintien du volume d'activité de l'hématologie non aiguë au niveau 2005, le volume total de l'activité oncologie étant par ailleurs contraint par la capacité du service, qui ne change pas.



Quant aux dépenses, on suppose que les dépenses de personnel et les consommations autres que celles des produits médicaux ne changent pas.

A partir de ces hypothèses, l'exercice consiste à construire un CREA sur l'année 2005 avec une activité hématologie aiguë maintenue par rapport à 2004. La simulation sur l'année 2006 et *a fortiori* sur les années postérieures aurait exigé trop d'hypothèses supplémentaires sur les évolutions de l'ensemble des segments de l'activité d'oncologie.

3) Etude des dépenses de groupe 2 (consommations médicales)

Compte tenu des hypothèses précédentes, ce sont les seules dépenses impactées par la déformation simulée de l'activité en 2005. Une analyse fine des produits en cause a dû être effectuée, ainsi que de leurs consommations par patient, en se limitant aux trois produits les plus importants (plaquettes CPA, globules rouges, antibiotiques coûteux). C'est ainsi que sur l'année 2005, on a pu distinguer les dépenses pour l'oncologie, pour l'hématologie non aiguë, et pour l'hématologie aiguë. La simulation a alors consisté à appliquer la structure des dépenses de l'hématologie aiguë en supposant que cette dernière revenait au niveau de 2004 en ce qui concerne l'activité ; l'hypothèse supplémentaire introduite à ce titre étant une proportionnalité de ce type de dépense au nombre de séjours concernés.

4) Etablissement des dépenses prospectives du service d'onco-hématologie

Compte tenu des hypothèses précédentes, la partie « dépenses » du CREA simulé du service ne pose pas de problème : il suffit d'ajouter les nouvelles dépenses d'hématologie aiguë aux autres dépenses de groupe 2 (oncologie et hématologie non aiguë), les dépenses des autres groupes ayant été supposées inchangées.

5) Etablissement des recettes prospectives du service d'hématologie aiguë

L'activité simulée d'hématologie aiguë est valorisée avec les tarifs T2A 2005. En revanche, l'estimation des recettes pour les autres activités pose problème : en effet, compte tenu de la saturation du service, il est exclu de supposer ces recettes constantes : si l'activité hématologie aiguë augmente, les autres activités diminuent. Comme il est très aventureux de faire des hypothèses fines sur les diminutions respectives des différentes lignes de produit en cause, une démarche forfaitaire a été choisie : on diminue les recettes T2A de ces activités au prorata de la diminution du nombre de lits qu'elles auraient occupés en 2005 compte tenu de la nouvelle activité hématologie aiguë (on peut en effet facilement estimer le nombre de lits occupés en moyenne par cette dernière activité à partir du case-mix et des DMS). Cette proportionnalité entre recettes et nombre de lits est plus intuitive que scientifiquement prouvée, mais le consultant et les responsables de l'hôpital n'ont pas trouvé d'autre moyen simple pour aboutir à ce type de résultat.

On obtient ainsi les recettes T2A (100 %) correspondant au scénario simulé. Il reste à prendre en compte qu'en 2005, la T2A ne couvrait que 25 % des produits facturables des établissements, et qu'à l'hôpital H3, le complément (la DAC) est ventilé sur les pôles au prorata de leurs recettes T2A à CREA des autres pôles inchangés, les calculs précédents conduisent aux recettes totales du service, GHS et DAC (les recettes autres, forfaits



hospitaliers, tickets modérateurs, recettes subsidiaires étant marginales et simplement reprises des observations 2005).

Résultats

Les résultats finaux de ces hypothèses et de ces calculs sont résumés dans le tableau suivant :

	Somme 2004	Somme 2005	Somme 2005 corrigé sans substitution	2005 corrigé - substitution 1,55 lits
Groupe 0	36,04	33,14	33,14	33,14
Groupe 1	1 818,14	1 827,05	1 827,05	1 827,05
Groupe 2	3 197,79	3 001,92	3 226,67	3 226,67
Groupe 3	54,92	49,71	49,71	49,71
Groupe 4	22,90	21,62	21,62	21,62
Total	5 129,79	4 933,44	5 158,19	5 158,19
Total après répartition logistique	6 373,76	6 165,56	6 390,31	6 390,31
				0
Total après répartition logistique + n	7 794,71	7 602,63	7 827,38	7 827,38
				0
Total Analytique des Dépenses	7 872,97	7 680,15	7 904,90	7 904,90
Valorisation T2A	577,10	1 410,55	1 453,16	1 362,51
DAC	4 301,80	3 833,28	3 941,31	3 710,96
Remboursement des molécules onéreuses	1 966,57	2 145,51	2 145,51	2 145,51
Recette de la facturation	504,82	760,72	760,72	760,72
Recettes subsidiaires	0,86	1,37	1,37	1,37
MIGAC	0,00	0,00	0,00	
Total analytique des Recettes	7 351,16	8 151,43	8 302,06	7 981,07
Resultat net analytique	-521,82	471,29	397,17	76,17

On constate alors que si le CREA du service s'était redressé en 2005, notamment du fait de la diminution de l'activité d'hématologie aiguë, mais aussi du fait d'efforts de gestion, le CREA simulé (avec effet de substitution d'activité) est tout juste bénéficiaire. Compte tenu des hypothèses faites, dont beaucoup sont « raisonnables » sans appartenir pour autant à la catégorie des hypothèses certifiées, le résultat est pour le moins fragile, et l'on peut légitimement estimer que la reprise de cette activité est économiquement risquée.

C'est en tout cas ce que pensent les responsables de H3 qui, à l'issue de cette analyse, ont pris langue avec leur ARH pour envisager avec elle des dispositifs susceptibles de diminuer ce risque.



Commentaires

Ce cas est emblématique d'un usage possible de la comptabilité analytique : l'évaluation économique d'une évolution de l'activité en prospectif. On peut donc considérer qu'à ce titre, cet instrument peut être d'une aide précieuse dans la construction d'une stratégie d'établissement. Cela dit, on voit également que pour aboutir à des résultats sans passer par des calculs et estimations trop complexes, on est obligé de se fonder sur des hypothèses et des simplifications en nombre non négligeables. Le résultat final doit donc être analysé avec prudence ; il est probable qu'une modification d'une ou *a fortiori* de plusieurs hypothèses choisies précédemment pourrait faire basculer le solde vers les valeurs négatives. Tout ce que l'on peut affirmer, comme on l'a fait ci-dessus, est le caractère risqué de cette reprise d'activité. Evidemment une telle observation est spécifique au cas traité ; d'autres entreprises de même nature peuvent conduire à des résultats plus nets.

Une dernière observation peut être faite : la rencontre, sinon la confrontation, entre T2A et planification. En théorie, il ne devrait pas y avoir de contradiction : le SROS3 conduit à des affectations d'activité, qui sont ensuite correctement rémunérés par la T2A, si les patients suivent. Evidemment une telle cohérence peut ne pas se traduire au niveau microéconomique, dans des contextes particuliers. Ici, on suppose bien que les patients hématologiques aigus vont revenir, mais ce sont toutes les hypothèses faites sur le fonctionnement des unités (constance du personnel et des autres dépenses que celles du groupe 2, évolution des produits pharmaceutiques, substitution entre activités) qui se situent à un niveau de détail dans lequel n'entrent ni l'ENC ni donc la T2A, qui conduisent à un résultat problématique quant à la cohérence des deux dispositifs princeps de la régulation hospitalière.

2.4. Aide à la contractualisation

2.4.1. Contractualisation à l'hôpital H3

L'établissement H3, en sus de l'analyse effectuée sur le développement potentiel d'une activité d'hématologie aiguë, a profité de la seconde phase du chantier MeaH pour réfléchir sur son processus de contractualisation/intéressement interne et pour commencer à le mettre en place en 2007.

En fait, dans le contexte d'un plan de retour à l'équilibre, H3 s'était déjà engagé dans une contractualisation vigoureuse avec les pôles (qui avaient partiellement commencé à voir le jour en 2004), portant sur les dépenses maîtrisables par les responsables des services, et aboutissant à des économies substantielles en 2005 et 2006 (plus de deux millions d'euros sur chaque année). Mais ces contrats ne se fondaient que sur un engagement sans contrepartie des pôles ou des services

H3 a donc décidé de mettre sur pied un système d'intéressement devant fonctionner dès 2007. La direction des finances et le contrôle de gestion, avec l'aide du consultant MeaH, ont élaboré un certain nombre de scénarios, traduits dans des simulations fournissant les impacts financiers pour les pôles. Ces scénarios étaient au nombre de six. Ils se différenciaient sur deux options :



- Les uns ne raisonnaient que sur des objectifs d'évolution des dépenses et de recettes entre 2006 et 2007 ; à ce titre, ils pouvaient être considérés comme injustes vis-à-vis des pôles ayant contribué substantiellement aux économies réalisées entre 2005 et fin 2006 dans le cadre du plan de retour à l'équilibre ; les autres prenaient en compte ces mêmes économies, par souci d'équité, cette optique étant cela dit discutable au niveau de son moindre pouvoir d'incitation ;
- Les limitations de l'intéressement constituaient la seconde variable de choix : deux scénarios partaient de plafonnements fixés a priori par pôle, deux autres d'une limitation globale pour l'ensemble de l'hôpital, les deux derniers ne fixaient pas de limites a priori.

Pour chacun de ces scénarios, des objectifs de qualité étaient susceptibles de jouer, en modulant les intéressements calculés dans une optique financière. Les critères utilisés visaient clairement à positionner les pôles à la fois dans l'institution hôpital et dans le contexte général de l'accréditation ; il pouvait s'agir de la performance du codage, du rendu des tableaux de service, ou encore des efforts de diminution de retranscription des ordonnances nominatives de pharmacie. Trois objectifs de ce type étaient fixés pour chaque pôle, et ne satisfaire qu'à l'un ou deux de ces objectifs aboutissait à une décote de l'intéressement calculé par ailleurs. En outre, les gains potentiels d'un pôle étaient destinés à ne financer que des dépenses non pérennes (formation, remplacements, consommables etc.), excluant les investissements (se traduisant en amortissements dans les comptes) et le personnel stable.

La présentation de l'ensemble des ces scénarios a donné lieu à des entretiens avec chacun des pôles. A l'issue de cette campagne d'informations et du recueil des réactions de la part des responsables des pôles, un scénario a été choisi : celui axé sur les évolutions 2006-2007 (ne prenant donc pas en compte le passé), et sur une enveloppe limitative globale pour l'établissement. Tous les contrats de pôle correspondants ont été signés début 2007. Les engagements portent sur les six premiers mois de l'année 2007, H3 devant à partir de cet été déménager sur un nouveau site, et donc vivre une période agitée à l'issue de laquelle de nouvelles règles seront fixées.

Les contrats actuels notamment raisonnent séparément sur les dépenses directes et les recettes, des objectifs distincts étant fixés sur chacun de ces éléments. La réflexion future visera à intégrer directement dans les calculs et les contrats les CREA et TCCM par pôles.

On constate que par rapport au projet que H3 avait exposé en fin de phase I, la phase II est allée finalement au-delà. Ce n'est pas avec un pôle que la direction a travaillé mais avec l'ensemble.

2.4.2. Contractualisation à l'hôpital H4

L'établissement H4 s'est fixé comme objectif de développer la contractualisation avec ses pôles. Deux formes de contrats ont été retenues :

- Une contractualisation verticale : signée entre chaque pôle et la direction ;



- Une contractualisation horizontale : signée entre les pôles cliniques et les pôles médico-techniques.

La démarche de contractualisation est prévue pour démarrer à proprement parler en 2007 (voire en 2008-2009 pour les contrats horizontaux) ; l'étude menée par le consultant commandité par la MeaH a donc visé à préparer cette démarche en élaborant les outils adaptés, notamment les outils de pilotage offerts aux pôles pour suivre leurs résultats et l'atteinte de leurs objectifs. Elle a permis également de soulever des questions sur la gouvernance des pôles (organes de suivi et de décision, intéressement, etc.) et sur les procédures de gestion des pôles (comme par exemple le caractère pluriannuel des contrats, avec renégociation possible chaque année).

La réflexion sur l'usage de la comptabilité analytique et sur sa place dans l'établissement a donc été mobilisée dans cette démarche de contractualisation essentiellement à travers la question des outils de pilotage, ce qui pourrait apparaître finalement comme un aspect parmi d'autres (même s'il nous paraît essentiel) du dispositif envisagé. Ainsi, par exemple, les outils de suivi et de pilotage d'un pôle comportent de multiples indicateurs (délais, indicateurs RH, etc.), dont seulement une petite part requiert d'être alimentée par la comptabilité analytique. Comme on le voit, le champ de l'audit a donc été plus vaste que le seul volet comptable, mais c'est à cette condition que la comptabilité analytique a le plus de chances de s'inscrire dans les problématiques organisationnelles et donc dans un usage durable au sein de l'établissement H4.

- Il est ainsi envisagé que les contrats verticaux soient effectivement pilotés grâce à des tableaux de bord, dans lesquels la comptabilité analytique permettra de calculer les coûts des différentes prestations offertes, et de les comparer aux objectifs définis en amont ;
- Les contrats horizontaux seront davantage structurés autour d'objectifs à caractère moins financier : respect de délais, de volume de production, etc., même s'ils comporteront évidemment des données sur le coût de la prestation et les prix de cession (un unique prix de cession est envisagé par prestation médico-technique, éventuellement majoré en fonction des conditions de prescription des actes tels que les délais, etc.).

La réflexion a également porté sur les structures de gouvernance de la démarche, et notamment les acteurs qui auront à participer à la gestion des outils de suivi. Le choix a porté sur une centralisation au niveau du contrôle de gestion qui effectuera à la fois, en amont, l'ensemble des calculs budgétaires pour les pôles (et préparer ainsi la détermination des objectifs) et, en aval, les outils de suivi des résultats transmis aux pôles et au conseil exécutif.

De même, les procédures (par exemple en cas de litige) et calendriers (phasage pour l'élaboration ou la révision d'un contrat) ont également donné lieu à discussions.

Enfin, une part importante des travaux a été consacrée à la réflexion sur l'intéressement. La part la plus importante de l'intéressement serait calculée en fonction du respect d'objectifs quantitatifs, mais une part serait réservée pour des objectifs plus qualitatifs.



2.4.3. La longue marche de la contractualisation à l'hôpital H5

L'établissement H5 était le plus avancé des hôpitaux de l'échantillon du chantier en matière de nouvelle gouvernance. C'est en effet courant 2001 qu'avait été voté en Conseil d'Administration le principe d'une gestion par pôle. Trois types de pôles sont distingués : les pôles cliniques, les pôles médico-techniques, les pôles logistiques. Les pôles cliniques sont conçus comme les clients des autres pôles, dits prestataires. D'une façon générale, l'établissement s'est orienté vers une conception micro-économique de l'organisation, constituée d'entités relativement autonomes, et entretenant entre elles des relations essentiellement fondées sur des contrats codifiés (prix de prestation, objectifs quantifiés etc.).

Dans ce cadre, l'établissement cherchait à instrumenter ces nouveaux modes de gestion et s'était donc porté candidat au chantier MeaH avec deux objectifs : la construction et l'usage des TCCM (global et par pôle), ainsi que des CREA par pôle.

C'est donc dans un contexte de dynamique positive forte que s'est déroulée l'intervention du consultant MeaH dans cet établissement, en tout cas du côté des responsables de pôles médicaux, très désireux de disposer d'outils leur permettant de piloter à la fois leur pôle et leurs interactions avec les pôles prestataires.

Dans la phase I du chantier, des séminaires animés par le consultant ont permis d'une part de préciser les règles de gestion en vigueur, notamment au regard des délégations de budget aux pôles, directes et indirectes (ces dernières étant fondées sur des objectifs de prescription et de prix de cession négociés), d'autre part de créer une discussion collective sur les outils envisagés et les principales options méthodologiques qu'ils nécessitaient. C'est ainsi qu'a été décidée à l'issue de cette phase l'élaboration pour les pôles cliniques de TCCM annuels et de CREA mensuels. Par rapport aux méthodologies communément admises, deux innovations ont été apportées : les TCCM sont des TCCM « tarifs » (les dépenses du pôle de référence sont calculées en prenant les tarifs, auxquels on applique la décomposition des coûts ENC) ; dans les CREA, les charges indirectes apparaissent chargées des coûts logistiques.

Il était prévu trois étapes pour la phase II : production de manuels présentant les outils, lancement d'une campagne de communication/information autour de ces outils, tests de production début 2006 puis montée en charge du recueil des données sur six mois.

En fait un tel calendrier n'a pu être tenu.

Un comité de régulation a été constitué, avec pour mission de valider les méthodologies de calcul, de préparer les décisions du conseil exécutif et, ensuite, d'arbitrer en cours d'exploitation les demandes de fongibilité des pôles. Il a effectivement fonctionné, en mettant notamment sur pied un calendrier précis d'élaboration des budgets de pôles, et en produisant des maquettes pour les TCCM-tarifs.



En revanche, l'élaboration des CREA a pris du retard. Les modalités d'allocation budgétaire étant fortement corrélées aux résultats des pôles, clarté et transparence étaient nécessaires, notamment quant aux relations entre pôles clients et pôles prestataires, ce qui conduisit à de longues négociations. Par ailleurs, l'alignement entre Contrôle de Gestion et Systèmes d'Information s'est révélé insuffisant (impossibilité de fournir les informations nécessaires pour la biologie et changement corrélatif de logiciel) et a conduit à une réorganisation interne des services administratifs.

Cela dit, des réunions techniques ont pu être tenues avec les pôles prestataires, permettant de définir les périmètres de prestations visés, les processus de calcul, la définition des unités d'œuvre (notamment pour les services administratifs et logistiques, où les unités d'œuvre choisies vont au-delà des préconisations de l'ENC).

On peut considérer qu'à la fin du chantier, les aspects techniques du projet de contractualisation et d'intéressement étaient en effet bouclés, sans que l'on ait encore pu voir le fonctionnement complet du nouveau système de régulation, fait qui peut paraître étonnant compte tenu du degré d'avancement de cet hôpital en 2005.

Cet exemple est illustratif des problèmes qui se posent dans des démarches très structurées tendant à instaurer des systèmes codifiés de contractualisation et d'intéressement au sein des hôpitaux. Les contraintes que cela impose quant à la justesse, la clarté, la transparence des calculs conduisent non seulement à des négociations complexes, mais sont tributaires d'une rigueur et exactitude des systèmes d'information peu habituelles dans le monde hospitalier.

Il faut dès lors souligner que le chantier MeaH, malgré la difficulté du contexte, a largement contribué à finaliser la mise en place des pôles et à stimuler la réflexion sur les modèles possibles de contractualisation. Mais dans le cadre d'une opération de cette ampleur, le consultant MeaH ne peut tenir à lui tout seul les différentes variables du projet, qui mériterait sans doute d'être davantage structurées en interne.



3. Les grands enseignements

3.1. Les difficultés de modélisation

Le premier enseignement de ce chantier d'approfondissement est une confirmation des difficultés qu'avaient déjà rencontrées les établissements du chantier pilote pour élaborer les outils décentralisés (par pôle, par service, par département) de la comptabilité analytique. Il faut dire que les questions à résoudre sont nombreuses (multi séjours, répartition de la DAC, hébergement, rémunération des urgences etc.) et réclament à chaque fois des recueils de données qui peuvent être fastidieux, notamment à cause des défauts d'interconnexion entre fichiers informatiques, et, comme dans toute comptabilité analytique, nécessitent des choix susceptibles d'avoir des impacts non négligeables sur les résultats.

Lors de la première phase du chantier, les établissements ont encore résolu ces difficultés de modélisation de façon relativement artisanale, comme dans le chantier pilote 2003-2005 ; de façon relativement isolée également (avec l'aide des consultants, cela dit, et de l'ouvrage « retours d'expériences du premier chantier), rencontrant les problèmes au fur et à mesure, les résolvant avec les moyens du bord (les CTN ne permettant pas d'entrer dans tous les détails techniques, très nombreux). C'est pourquoi l'une des conclusions de ce chantier d'approfondissement, dans l'optique du chantier déploiement lancé en 2006, a été la nécessité de concevoir et de rédiger un manuel permettant de lister l'ensemble des opérations nécessaires pour élaborer CREA et TCCM par entité, les différents choix à effectuer, les significations que peuvent recouvrir telle ou telle option. Ce manuel, comme on le sait, existe maintenant, et a été produit par un professeur de l'ENSP, aidé par un groupe de travail constitué de responsables hospitaliers.

3.2. Deux catégories d'incertitude

Le chantier a montré qu'il convenait de distinguer deux types d'incertitudes : la première, que l'on peut appeler « incertitude technique », renvoie au fait que le choix à faire est de l'ordre de l'indécidable ; il en est souvent ainsi lorsqu'il s'agit de spécifier une unité d'œuvre permettant de répartir sur l'output les dépenses d'une unité médico-technique ou logistique ; on se trouve confronté à la constatation que plusieurs solutions sont possibles (les ICR ou les temps d'opération pour les blocs, par exemple), mais aucune ne s'impose vraiment. Il manque en particulier des études empiriques permettant de relier de façon fine les dépenses du secteur en question au volume des unités d'œuvre. Le choix, fondé sur l'intuition ou l'intime conviction, introduit alors un *alea* ; il n'a rien de stratégique, dans le sens où il ne récompense ni ne sanctionne le comportement des responsables de base. Un autre exemple de ce type d'incertitude concerne la répartition des rémunérations des médecins entre les différentes unités où ils interviennent (service cliniques, consultations, blocs, etc.) : que l'on procède par enquêtes fondées sur du déclaratif ou sur l'exploitation de plannings, on sait bien que le calcul n'est pas parfait et introduit un biais dans les résultats. Cela dit, on peut procéder à des tests de sensibilité pour estimer l'ampleur de la variabilité de ces derniers.

Il en va tout autrement d'un type d'incertitudes, que l'on peut appeler « politique ». Il ne s'agit plus ici d'insuffisance des connaissances empêchant de spécifier avec précision tel ou tel paramètre, mais d'un arbitrage engageant une vision de ce qui est souhaitable. C'est par exemple le cas de la question de la répartition de la DAC. Si l'on prend les deux principales



options rencontrées dans les établissements, à savoir répartir la DAC selon les dépenses constatées des entités, ou selon leurs recettes T2A, la première signifie que l'on applique en interne le mécanisme « amortisseur » autorisant une transition progressive vers le régime de la tarification à 100%, la seconde au contraire que l'on anticipe ce même régime, et que l'on récompense les entités qui se situent dans une dynamique positive de développement de l'activité, en même temps que l'on prévient les autres d'un risque d'existence ou d'aggravation d'un déficit futur.

Ces deux catégories d'incertitude dans l'élaboration des outils renvoient en fait respectivement à deux autres enseignements du chantier : l'usage nécessairement prudent de tels outils et l'opportunité d'une construction collective.

3.3. Un usage raisonnable et raisonné des outils

Si nous mettons à part le second type d'incertitude, dont les impacts sur les résultats sont à juger dans une perspective stratégique, le premier type introduit un *alea* dans les résultats (le bénéfique/déficit dans un CREA ou la distance au référentiel dans un TCCM) non maîtrisable. C'est dire que l'usage de ces outils ne peut être de l'ordre de l'automatisme, consistant à les prendre au pied de la lettre, à tirer des conclusions brutales sur la santé économique de tel ou tel secteur, et à prendre en conséquence des décisions non moins brutales. Un déficit de moins de 5 % du chiffre d'affaires n'a à notre avis pas d'autre origine que l'imperfection des données qui ont contribué à le calculer.

Une autre considération appelle à la modération dans l'usage : CREA et TCCM, même s'ils sont déclinés à présent par entité interne à l'hôpital, restent suffisamment globaux pour laisser dans l'obscurité les chaînes de causalité qui sont associées. Si l'on trouve par exemple dans les TCCM que le bloc opératoire est systématiquement plus coûteux (et significativement plus, cf. la remarque précédente) que la référence ENC, il s'agit là d'un résultat intéressant qui mérite que l'on se tourne vers la gestion du bloc. Mais dans le TCCM figurent grosso modo deux lignes : les dépenses de personnel et les dépenses autres ; ces éléments sont-ils suffisants pour que l'on comprenne ce qui constitue la mauvaise performance du bloc ? S'agit-il d'un surplus de ressources, d'une demande excédentaire par rapport au case-mix ? Ne faut-il pas examiner l'ancienneté et la qualification des paramédicaux concernés ? Etc. Il est clair que ces instruments de la comptabilité analytique, tout aussi instructifs et même nécessaires soient-ils, ne fabriquent que des signaux ouvrant à des explorations et des investigations ultérieures, ne fournissant pas par eux-mêmes la « clef du champ de tir ». On a d'ailleurs bien vu dans ce chantier (cf. par exemple l'analyse de H1 sur ses blocs) que la comptabilité analytique pouvait être davantage le point de départ d'un audit que l'outil unique du même audit.

3.4. Une nécessaire construction collective

Quant au second type d'incertitude, que nous appelons « politique », il ouvre à un tout autre type de considération : dans la mesure où il traduit une visée stratégique, il est indispensable que cette vision soit dans le meilleur des cas partagée, dans le moins bon annoncée et explicitée. Les cas de développement des outils les plus réussis (H3 par exemple), montrent que ce développement passe par une organisation soigneuse de l'information et de la concertation. Sur ces choix importants, qu'il s'agisse de la répartition de la DAC, de la



rémunération des services hébergeurs, de celle des services d'accueil de l'urgence, autant de chapitres qui peuvent avoir une influence importante sur les résultats des outils, une absence d'implication des intéressés se traduira quasi-inévitablement par des crises, des remises en cause drastiques, une détérioration des relations, une perte de temps et d'énergie etc. En d'autres termes, il ne sert à rien de cacher les conventions les plus importantes qui président à ces calculs ; il faut au contraire les expliciter le plus tôt possible, d'autant que manifestement, le « langage T2A » semble passer plutôt bien auprès des professionnels, en tout cas mieux que le « langage points ISA », peu compréhensible. L'autre avantage d'une telle option de transparence réside évidemment dans l'apprentissage et l'appropriation progressive par les professionnels, médecins ou cadres soignants, du langage et de la signification des outils comptables.

3.5. *Le bon usage est-il celui auquel on pense ?*

L'usage des outils de la comptabilité analytique est la plupart du temps vu comme « décisionnel » : par exemple déterminer les budgets délégués des pôles, ou encore les formules de l'intéressement. Il n'est pas certain qu'il s'agisse là des usages les plus aisés, ni finalement les plus porteurs. Il est frappant de constater que les établissements de l'échantillon qui se sont engagés dans ce type d'usage ont finalement peiné pour avancer, malgré souvent une avance certaine par rapport aux autres en début de chantier, notamment sur la mise en place de la gouvernance (cf. l'exemple de H5). Une raison à cela réside en fait dans les observations précédentes : décider du calibrage d'un intéressement conduit à un automatisme qui lie résultat et rémunération du pôle. Il s'agit là à la limite d'une contradiction du principe de non automaticité évoqué plus haut ; les exemples sont multiples dans les organisations d'implications directes de calculs approximatifs (la T2A en constitue l'un d'eux). Le seul problème est le fait que l'on exige alors des outils des qualités de précision, de fidélité et de sensibilité qu'il leur est difficile d'atteindre, par nature. D'où des discussions, polémiques et négociations sans fin, des replâtrages continuels des systèmes d'information, la poursuite indéfinie d'une impossible perfection etc.

A l'inverse, on peut se demander si l'usage le plus intéressant ne pourrait pas en même temps être le plus modeste : faire en sorte que ces outils existent et qu'ils soient connus par l'ensemble des parties prenantes. A l'issue de la phase I, nous avons constaté qu'entre une politique de diffusion bilatérale (la direction communique séparément sur la base des outils avec chacun des pôles) ou multilatérale (la direction communique les résultats à tout le monde, par exemple par l'intermédiaire de la CME ou du conseil exécutif), une grande majorité (sept sur huit) des établissements avaient choisi la seconde politique. En dehors du fait que cette dernière ne fait qu'entériner dans les faits des pratiques de diffusion implicites (syndrome classique du « secret de polichinelle »), elle constitue un usage, que nous n'avons pas listé au début de cette synthèse, mais qui peut être extrêmement puissant ; elle ouvre en effet la voie à une auto saisine des résultats par le collectif des responsables de pôles eux-mêmes, et à un ensemble de régulations, souvent assez discrètes, où le management de l'établissement n'a finalement que peu à intervenir. Usage qui relève de ce que les économistes anglo-saxons appellent la « sunshine regulation », régulation par la transparence, où le pouvoir du régulateur n'a pas à s'exprimer, mais où il est tout entier contenu dans une communication adaptée.

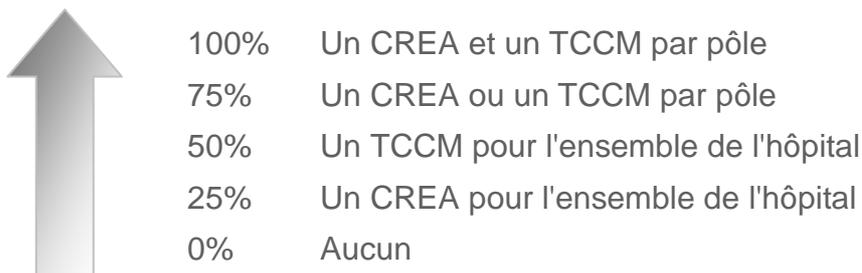


4. L'évaluation du chantier

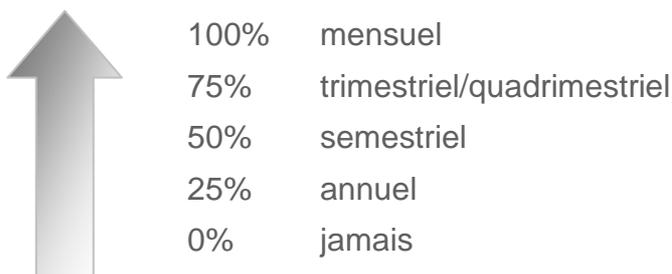
4.1. L'analyse de la valeur

Démarche commune et homogène sur l'ensemble des chantiers MeaH, l'analyse de la valeur a pour objectif d'évaluer la valeur ajoutée, tant quantitative que qualitative, apportée par le chantier MeaH aux établissements, et passe donc par la définition d'un certain nombre d'indicateurs qui font l'objet d'une évaluation avant/après.

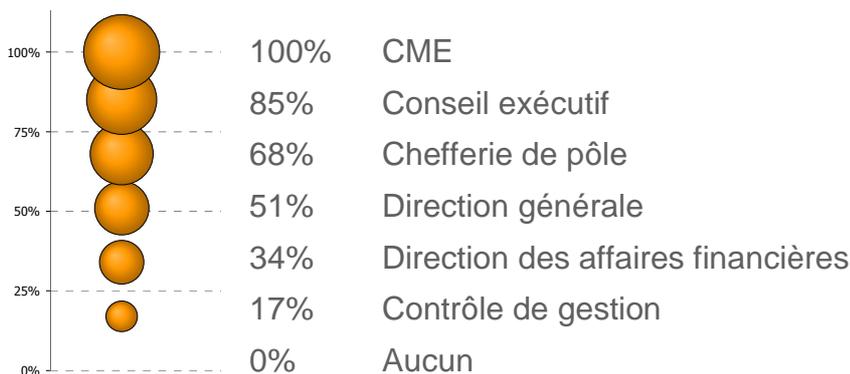
Axe des abscisses : le degré de production des outils



Axe des ordonnées : la fréquence de production des outils



Taille des sphères : le degré de mobilisation des acteurs autour des outils

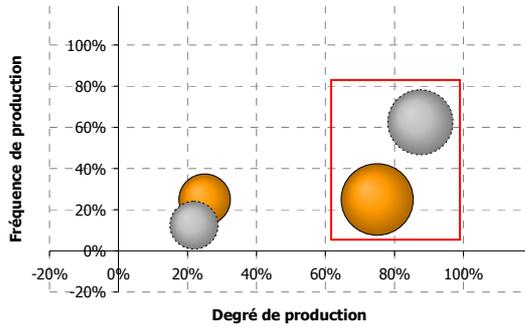


Couleur des sphères : l'établissement / la moyenne du panel

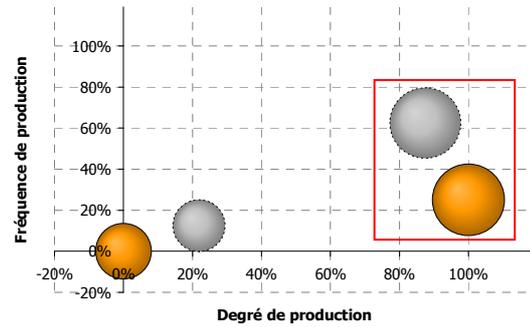
-  Couleur : établissement
-  Gris : moyenne du panel



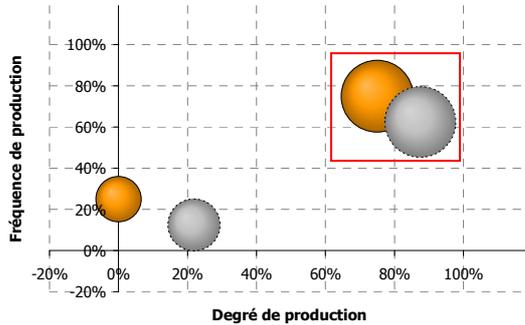
H1 - Analyse de la valeur / Avant - Après



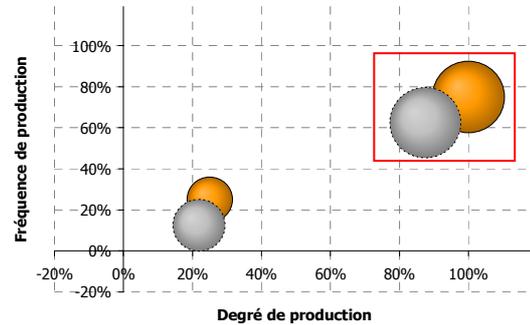
H2 - Analyse de la valeur / Avant - Après



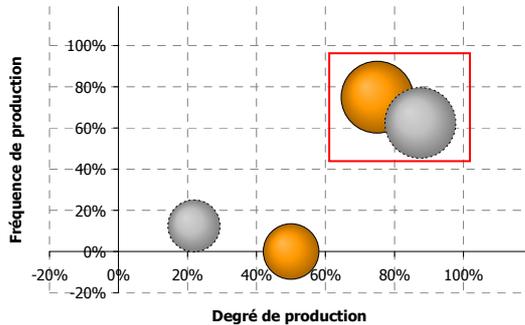
H3 - Analyse de la valeur / Avant - Après



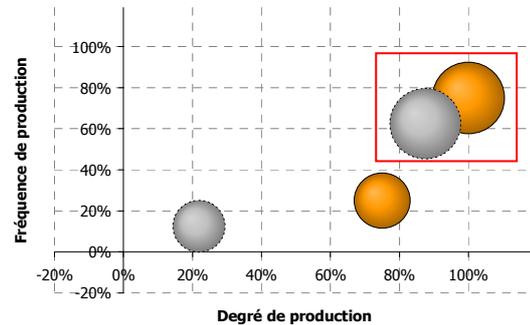
H4 - Analyse de la valeur / Avant - Après



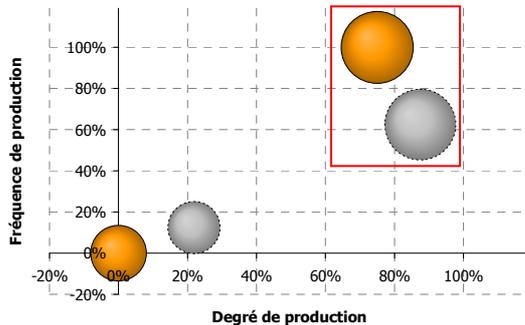
H5 - Analyse de la valeur / Avant - Après



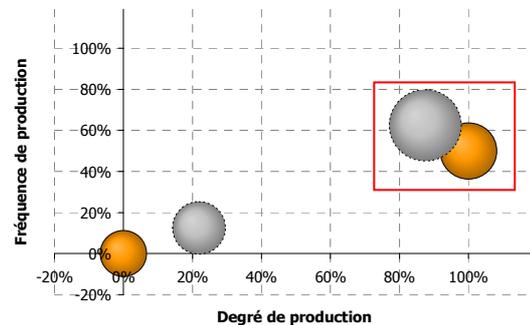
H6 - Analyse de la valeur / Avant - Après



H7 - Analyse de la valeur / Avant - Après



H8 - Analyse de la valeur / Avant - Après



	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
Degré de production des outils	Avant 25%	Avant 0%	Avant 0%	Avant 25%	Avant 50%	Avant 75%	Avant 0%	Avant 0%
	Après 75%	Après 100%	Après 75%	Après 100%	Après 75%	Après 100%	Après 75%	Après 100%
Fréquence de production des CREA	25%	25%	75%	75%	75%	75%	100%	0%
	25%	25%	75%	75%	75%	75%	100%	50%
Degré de mobilisation des acteurs autour des outils	51%	51%	34%	34%	51%	51%	51%	34%
	100%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	51%



Par ailleurs, au-delà de l'amélioration factuelle relative à la production et à l'appropriation des outils, les équipes ont pu dans le cadre du chantier MeaH appréhender les difficultés mais aussi les avantages du travail en mode projet ; l'ambition de la démarche MeaH est aussi de promouvoir au sein des établissements un certain nombre de méthodes de travail et de conduite du changement reproductibles. Voici comment ils s'évaluent dans ce domaine à l'issue du chantier :

Démarche de projet

- ① Le chef de projet a eu communication de ces documents
- ② Nous les avons diffusés aux différentes parties prenantes
- ③ Nous avons pris le temps pour en discuter et pour les partager
- ④ Nous nous y référons régulièrement pour évaluer nos avancées
- ⑤ Nous avons systématisé la démarche sur l'ensemble de nos projets

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
La note de cadrage	2	3	5			5		1
Le rapport de diagnostic	2		5			5		1
Le plan d'action	2	3	5			5		1
Le rapport d'évaluation des résultats du service	3		5			5		1
Retour d'expériences et bonnes pratiques		3	1			3		1

Compétence en management de projet

- ① Les intervenants MeaH ont assuré la gestion du projet
- ② Seul au sein de l'établissement, notre chef de projet s'en est chargé
- ③ Notre chef de projet a constitué une équipe pour s'en charger
- ④ Nous avons l'habitude d'appliquer cette pratique sur tous nos projets
- ⑤ Notre pratique est une référence à l'extérieur de l'établissement

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
La gestion du planning du projet		3	3	3	3	3	3	3
La gestion des risques liés au projet		3	3	2	3	3	3	3
La répartition des rôles sur le projet		3	3	3	3	3	3	3
La communication réalisée dans le cadre du projet		3	3	2	3	3	3	3
La gestion des difficultés / éventuels moments de « blocage »		3	3	2	3	3	3	3

4.2. L'évaluation de la démarche MeaH

Au cours de la préparation en amont d'un chantier, la MeaH est contrainte d'arbitrer un certain nombre de points. Ceux-ci peuvent être par exemple :

- Le calibrage des prestations en termes de journées d'appui conseil ;
- Le phasage précis de la démarche et les livrables attendus ;
- Le choix et la répartition des cabinets de conseil ;
- etc.

Afin de pouvoir à chaque nouveau chantier affiner ses méthodes, mieux appréhender les attentes des professionnels, mais aussi ne pas reproduire des éventuelles maladroites, la MeaH se soumet à une évaluation sans complaisance de la part des participants au projet.

Les résultats du sondage réalisé dans le cadre du présent chantier sont présentés ci-après, articulés autour des 3 axes que sont le pilotage de la mission, la prestation des consultants et le bilan général de la mission.



A Objectifs, phasage et pilotage de la mission	Oui	Non	NSPP
1 Votre candidature à ce chantier a été portée conjointement par la direction et le corps médical	36%	36%	29%
2 Le démarrage des actions a fait l'objet d'une communication à l'ensemble des acteurs	71%	7%	21%
3 La mission qui vous a été délivrée est-elle conforme à vos objectifs de départ	71%	0%	29%
4 La durée de la mission vous paraît adaptée	93%	0%	7%
5 Le nombre de jours d'intervention prévu est suffisant	43%	50%	7%
6 Le nombre de CTN est suffisant	86%	0%	14%
7 Le contenu et l'ordre du jour des CTN sont pertinents	79%	21%	0%
8 Les documents présentés en CTN sont de bonne qualité	71%	14%	14%
9 Les CTN ont favorisé le partage d'expériences	100%	0%	0%
10 Le degré d'accompagnement de la MeaH vous paraît suffisamment étroit (interface chargés de projet MeaH avec les établissements)	71%	0%	29%
11 Avez-vous fréquemment utilisé le site internet	14%	79%	7%
12 Si oui, il est facile à utiliser	14%	14%	71%

B L'assistance délivrée par les consultants	Oui	Non	NSPP
13 Le consultant a apporté une méthodologie adaptée et conforme à vos attentes	50%	21%	29%
14 Son accompagnement sur site est suffisant (nombre de jours dans le service/établissement)	36%	36%	29%
Son intervention a su mobiliser :			
15 - les chefs de service	36%	43%	21%
16 - les représentants du corps médical (COPS, CME)	43%	36%	21%
17 - les représentants de la direction	57%	21%	21%
Son intervention :			
18 - a permis de mettre sur la table une ou plusieurs questions sensibles	71%	7%	21%
19 - a favorisé la prise de conscience et/ou à objectiver des marges d'amélioration	71%	7%	21%
20 - a permis de lever certains blocages	57%	21%	21%
21 Le diagnostic porté sur votre organisation (service pilote ou site) est pertinent	64%	0%	36%
22 C'est également le cas pour les recommandations proposées	64%	0%	36%
23 Les actions d'amélioration proposées sont concrètes et détaillées	57%	14%	29%
24 Son assistance a contribué à la mise en œuvre de changements tangibles	57%	7%	36%
Son assistance a plutôt été utile sur le plan :			
25 - technique (réglementaire, organisationnel...)	21%	36%	43%
26 - méthodologique (outil, démarche)	64%	7%	29%
27 - accompagnement du changement (regard d'un tiers, mobilisation des acteurs, mise en œuvre...)	57%	14%	29%



C Bilan	Oui	Non	NSPP
Vous estimez aujourd'hui que ce chantier a été utile pour :			
28 - clarifier les dispositions du cadre réglementaire	21%	57%	21%
29 - améliorer l'organisation dans certains de vos services	36%	36%	29%
30 - maîtriser les aspects budgétaires	29%	36%	36%
31 - acquérir des outils et des méthodes pour aborder les organisations des services	79%	7%	14%
32 - partager des expériences	79%	7%	14%
33 Les résultats obtenus sont-ils significatifs pour vous	86%	0%	14%
34 Si oui, ils auraient pu être obtenus sans bénéficier du dispositif MeaH	21%	36%	43%
35 Avez-vous été en mesure de dégager suffisamment de temps pour conduire ce chantier ?	57%	21%	21%
36 Vous allez poursuivre et/ou étendre l'application des actions engagées	79%	7%	14%
37 Un prolongement de l'assistance est-il utile ?	50%	29%	21%
38 Les enseignements de cette mission s'avèrent utiles aux autres établissements de santé	64%	0%	36%
39 Ils méritent d'être davantage communiqués (publications, colloques...)	57%	7%	36%
40 Vous recommanderiez à un collègue ou confrère de participer à une mission de cette nature	79%	0%	21%
41 Pensez-vous que le thème du chantier constitue toujours une préoccupation majeure des établissements de santé ?	86%	0%	14%



5. Conclusion

La description des actions entreprises montre un taux de réussite important par rapport aux projets listés en fin de phase I et rappelés dans l'avant propos de ce rapport, même si, par rapport à la plupart des autres chantiers MeaH, un tel diagnostic n'est pas toujours facile à poser (il ne s'accompagne pas en général de gains financiers). De même, l'évaluation du chantier permet de penser que la MeaH a apporté une aide certaine aux établissements dans l'élaboration des outils d'une part, dans la contribution de ces derniers à l'analyse et à l'évolution organisationnelle d'autre part. Evidemment comme toujours dans ce type d'opération, on peut se poser la question de la pérennisation des actions entreprises, concernant une instrumentation encore naissante et des transformations dont on sait la difficulté liée au contexte.

Cependant ce chantier d'approfondissement a permis de mieux préciser les usages que les établissements hospitaliers pouvaient faire des outils de la comptabilité analytique, ce que n'avait pas pu aborder le chantier pilote de 2003 par manque de temps et aussi par le fait d'un environnement moins incitatif. Il est clair que la T2A est vécue comme une transformation décisive des modes de gestion des établissements et que la variable économique est à présent beaucoup plus présente dans le monde hospitalier français, y compris du côté des médecins. La nouvelle gouvernance n'est pas en reste, les responsables de pôles étant manifestement fortement demandeurs d'instruments de pilotage. On a pu constater également que ces usages étaient variés, qu'ils n'étaient pas nécessairement focalisés sur la contractualisation interne, mais qu'ils pouvaient être utiles dans la perspective d'un autodiagnostic, d'une régulation collective plus ou moins implicite, ou encore d'une diffusion de la culture gestionnaire.

Une des retombées notables de ce chantier a été l'édition, sous l'égide de la MeaH, d'un manuel rédigé par l'ENSP, permettant de guider les établissements dans l'élaboration des outils. Une telle opération de formalisation des bonnes pratiques -qui sont ici des pratiques méthodologiques et de techniques de calcul- devrait aider les établissements dans la mise sur pied d'une instrumentation qui, pour n'être pas l'outil unique du pilotage, n'en apparaît pas moins nécessaire.

Les hôpitaux ont clairement conscience de cette nécessité et sont nombreux à proposer leur candidature aux chantiers de déploiement qui ont commencé dès l'automne 2006. Nous espérons que l'expérience des deux chantiers pilotes, et les efforts de capitalisation qui les ont accompagnés, leur seront utiles.





6. Les prochaines étapes

Faisant suite aux chantiers pilote et approfondissement menés sur le thème de la comptabilité analytique, de nouveaux chantiers dit de déploiement sont maintenant amorcés par la MeaH.

Ainsi, le chantier déploiement « comptabilité analytique » a débuté en octobre 2006 et a pour ambition de mettre en œuvre les outils de gestion des pôles dans 50 établissements de santé publics ou PSPH (4 CHU dont 2 établissements AP-HP et 46 CH).

Le dispositif proposé repose sur des principes forts :

- Volontariat des établissements, adhésion des acteurs et implication des professionnels ;
- Appui orienté « accompagnement » d'une durée de 12 mois :
 - o 3 mois pour comprendre, creuser, objectiver et produire un plan d'actions ;
 - o 9 mois pour le « mettre en œuvre ».
- 2 natures de prestation : formation et appui conseil ;
- Focalisation sur des actions « faisables » dans les délais impartis au chantier.

Quelques données relatives à ce chantier :

- 5 Comités Techniques Nationaux (CTN) ont permis d'intégrer les 50 établissements sélectionnés dans le dispositif entre le 13 octobre et le 21 novembre 2006 ;
- 10 sessions de formation de 2 jours ont été animées de novembre 2006 à février 2007 par des représentants de l'équipe des rédacteurs de l'ouvrage « *mise en œuvre de la comptabilité analytique hospitalière, capitalisation et retours d'expérience* » ;
- Les objectifs de travail exprimés par les établissements sont orientés autour de :
 - o La fiabilisation des données et outils déjà disponibles ;
 - o La production des outils TCCM et CREA ;
 - o L'interprétation et l'exploitation des résultats (organisation et automatisation du retour d'information vers les pôles ou services, communication et dialogue de gestion, etc.) ;
 - o La contractualisation ;
 - o L'utilisation des outils à des fins stratégiques (contrats pluriannuels).

Un second chantier d'approfondissement est reconduit courant 2007 auprès de 50 nouveaux établissements, dont 5 bénéficieront d'un accompagnement adapté au secteur particulier de la psychiatrie.