



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 1

Juillet 2006



Ce document comporte	26 pages
Auteurs	Jean-Claude MOISDON Frédéric KLETZ Pierre-Etienne HAAS
Contacts	jean-claude.moison@ensmp.fr kletz@cgs.ensmp.fr pierre-etienne.haas@fr.oleane.com
Résumé	
<p>La comptabilité analytique hospitalière (CAH), conjuguée à l'usage du PMSI, permet en théorie aux hôpitaux de repérer dans leur gestion interne l'origine des surcoûts qui affectent leur chiffre d'affaires, tel qu'il résulte à présent de la tarification à l'activité. La CAH permet en particulier, par différentes approches, de cerner les activités, les GHM, les services qui coûtent plus qu'ils ne sont rémunérés. L'identification des zones d'activité dans lesquelles se forment les surcoûts est essentielle au lancement d'actions de réorganisation pertinentes, c'est-à-dire centrées sur les gains les plus grands et les plus facilement atteignables.</p>	
Mots-clés	Comptabilité analytique, compte d'exploitation, compte de résultat, TCCM



SOMMAIRE

1.	Présentation générale de la mission	1
1.1.	Objectifs	1
1.2.	Une première mission (2003 – 2005)	2
1.3.	Le chantier d’approfondissement	4
2.	La phase technique du chantier d’approfondissement.....	5
2.1.	La situation de départ.....	5
2.2.	Le choix des outils à développer	7
2.2.1.	Le CRÉA par pôle	8
2.2.2.	Le TCCM par pôle	9
2.3.	Le processus d’élaboration des outils	11
2.3.1.	Le CRÉA par pôle	11
2.3.2.	Le TCCM par pôle	14
2.3.3.	Commentaires sur ces problèmes.....	15
2.4.	Les outils développés.....	16
3.	Les actions envisagées	18
3.1.	L’analyse d’un secteur particulier	18
3.2.	La mise au point d’outils.....	19
3.3.	La stratégie d’établissement	19
3.4.	La contractualisation	20
4.	Conclusion.....	21
	Annexe : exemple de fiche action (H4)	22



1. Présentation générale de la mission

1.1. Objectifs

La comptabilité analytique hospitalière rencontre un intérêt croissant de la part des établissements hospitaliers depuis l'instauration de deux réformes majeures susceptibles de bouleverser le système hospitalier : celle de l'organisation en pôles, d'une part, celle de la tarification à l'activité (T2A), de l'autre.

La première suppose que les responsables de pôles, à qui est en principe déléguée une partie de la gestion et des décisions, aient la possibilité de juger de l'activité de chacune des composantes de leur pôle et de l'adéquation des ressources qui y sont affectées. Or cela suppose des outils d'analyse qui ne restent pas à un niveau global, mais qui confrontent activité et ressources à un niveau local, donc au minimum une Comptabilité Analytique Hospitalière (CAH) permettant d'isoler les dépenses affectables aux pôles.

Mais la difficulté d'une telle démarche provient du fait qu'activité et ressources n'ont pendant longtemps pu être mesurées dans une unité commune, ce que permet maintenant la T2A. On peut en effet à présent, au prix d'un certain nombre de conventions, calculer des recettes par pôle, de même que l'hôpital calcule ses recettes globales, d'où une comparaison directe, pour un pôle donné, entre ce qu'il « coûte » et ce qu'il « rapporte ». On peut aussi se situer à des niveaux beaucoup plus fins, et calculer par exemple des coûts par séjour, pour les comparer aux tarifs des GHS correspondants.

A ce titre la T2A est susceptible de modifier considérablement la représentation que peuvent se faire les acteurs hospitaliers du processus économique en cause. Les opérateurs principaux, à savoir les soignants, se trouvent impliqués dans une dynamique où ils devraient progressivement prendre conscience que ce sont eux qui génèrent le chiffre d'affaires de l'hôpital, chiffre d'affaires à partir duquel sont financés les différents éléments de la structure. Précédemment, dans le cadre de la dotation globale, c'était cette dernière qui était financée *a priori*, l'activité s'en déduisant. Ce carcan de la dotation globale, pourfendu du reste par l'ensemble des parties prenantes, qu'elles appartiennent au monde médical ou au monde administratif, laisse place en principe à un surplus de marges de manœuvre et de voies de développement, mais à condition que l'établissement se donne les moyens d'outiller convenablement la réflexion correspondante.

La comptabilité analytique fait partie de cet « outillage »¹. Elle permet le repérage de situations internes de déséquilibre financier ; elle peut conduire à des décisions de réallocation des ressources à l'intérieur de l'hôpital, ou à l'intérieur d'un pôle si elle se situe à un niveau fin de description. Elle peut également, dans une visée prospective, être à la base de démarches de prévision, reliant le développement de telle ou telle activité aux moyens nécessaires à mettre en place. Elle enrichit également l'approche contractuelle adoptée pour réguler les relations entre le management de l'hôpital et les différents pôles.

¹ Ce n'est évidemment pas le seul instrument en cause. Des systèmes d'indicateurs, même classiques, ou encore le PMSI vu sous l'angle du positionnement concurrentiel font partie de l'instrumentation utilisable.



Signalons au passage que la T2A constitue sans doute un incitatif plus fort que la nouvelle gouvernance pour que l'établissement se lance dans la construction d'outils de comptabilité analytique. On peut en effet calculer des recettes T2A pour des services (même si une telle opération suppose une certaine taille critique pour qu'elle ait un sens), des centres de responsabilité, des départements. La nouvelle gouvernance ajoute pour sa part l'ingrédient de responsabilisation des directeurs de pôle, qui en toute logique devraient se saisir de tels outils pour exercer leurs nouvelles fonctions.

Il reste que ces présupposés théoriques méritent d'être confrontés aux faits : dans quelles conditions les hôpitaux s'approprient-ils ces outils ? Cette appropriation est-elle la même pour tous les acteurs dans les hôpitaux ? Les outils envisagés sont-ils faciles à élaborer ? Que supposent-ils sur la disponibilité des données nécessaires et sur les systèmes d'information existants ? Comment, par quelle démarche, quelle tactique, une direction par exemple, ou un responsable médical de pôle peut-il utiliser ces outils ? Pour quel type de décision ? Etc.

Autant de questions qui restent ouvertes à l'heure actuelle, compte tenu de la relative nouveauté des réformes en cause, visant à renouveler profondément les modes de gestion des établissements. Les hôpitaux en effet, comme d'ailleurs l'ensemble des organisations, ne sont pas en reste d'outils *a priori* séduisants et pourtant rangés rapidement dans d'obscurs placards, soit parce qu'ils étaient trop complexes, peu lisibles², soit parce qu'ils heurtaient de front des fonctionnements institués difficiles à perturber.

Dans ce contexte, l'objectif que s'est assigné la MeaH consiste, à partir de l'examen d'un ensemble d'expériences concrètes vécues par des établissements, de repérer et d'analyser les problèmes et les difficultés en cause, aussi bien au niveau de l'élaboration des outils que de leur usage, ainsi que les enjeux et les potentialités réelles de la CAH.

Par là même, l'objectif est également de lister un certain nombre de bonnes pratiques en la matière, concernant là aussi la technique des outils ou la démarche de l'usage, et d'aider les établissements qui le souhaitent de se lancer dans l'aventure de la CAH.

1.2. Une première mission (2003 – 2005)

Un premier chantier « CAH » a été mis sur pied par la MeaH dans le cadre de son programme 2003-2005. Conformément à sa méthodologie générale, la MeaH a recruté des établissements volontaires pour développer et appliquer la CAH. Ces établissements étaient au nombre de quinze (5CH, 2 CHU, 3 PSPH dont 2 CLCC, 5 cliniques privées).

² On peut signaler ici que dans la période qui a précédé la T2A, et qui a été marquée par les premières applications du PMSI pour la régulation du système hospitalier, il était parfaitement possible de « faire » de la comptabilité analytique sur des sous-ensembles d'un hôpital. Mais la valeur du point ISA, paramètre manifestement emblématique pour un directeur d'hôpital, n'a eu qu'un succès modéré pour la gestion interne. Parmi les nombreuses raisons d'une telle indifférence, le caractère peu parlant de l'indicateur en question a certainement une place non négligeable.



Elle a recruté également sur appel d'offres trois sociétés de conseil chargées du recueil de données dans les établissements et de l'aide à apporter à ces derniers.

L'objectif de ce chantier était essentiellement de comprendre pourquoi les outils de la CAH étaient finalement assez peu utilisés par les établissements, alors qu'ils permettaient en théorie une analyse de la performance économique des établissements qui n'était pas possible auparavant ; il était également envisagé de rechercher les moyens d'en faire une meilleure promotion.

Les outils évoqués étaient les suivants :

- le calcul des coûts par séjour de patients et de GHM ;
- le « tableau coût case-mix », que nous expliciterons plus loin, et qui permet de comparer les grands chapitres de dépenses d'un établissement aux mêmes chapitres de dépenses d'un hôpital fictif qui aurait le même case-mix, mais muni des coûts de référence par GHM issus de l'Etude Nationale des Coûts (ENC) ;
- les coûts par activité, notamment en référence à la base d'Angers (coûts des unités d'œuvre des services supports, logistiques ou médico-techniques).

Dans une première phase d'analyse (octobre 2005 – janvier 2004), la mission a constaté un faible développement des outils (par exemple le TCCM avait été élaboré dans 7 établissements publics ou PSPH et il s'agissait de TCCM globaux, c'est-à-dire appliqués à l'ensemble de l'hôpital), et surtout un usage faible (1 seul des établissements s'étant muni d'un TCCM en avait tiré des conclusions opérationnelles). Quant aux cliniques privées, seules deux d'entre elles avaient mis sur pied une comptabilité analytique, dont la conformité au guide de comptabilité analytique des établissements de santé était par ailleurs partielle.

Une des raisons essentielles avancées par les consultants tenait aux difficultés techniques de fabrication des outils, notamment le TCCM, mais aussi aux difficultés d'interprétation et de communication. Notamment le TCCM apparaissait trop global et peu utilisable pour juger du fonctionnement des unités cliniques.

Dans une seconde phase (janvier 2004 – décembre 2005), les consultants dépêchés par la MeaH s'efforcèrent tout d'abord de consolider l'instrumentation en place dans les établissements dont ils avaient la charge. A cette époque la T2A commençait à être mise en œuvre, et on put constater que l'appétit des hôpitaux pour ce type d'outils augmenta sensiblement. Non seulement ils accélérèrent l'élaboration des TCCM, mais ils s'efforcèrent de construire ces derniers sur des sous-ensembles d'établissements (pôles ou départements ou centres de responsabilité), ce qui permettait de répondre au reproche de globalité cité plus haut. De même un certain nombre d'entre eux développèrent des comptes d'exploitation par pôle ou sous-ensemble. Cela dit, deux constats tempérèrent le relatif optimisme qui pouvait émerger de ce surcroît de dynamisme :

- l'élaboration des outils se révéla longue et laborieuse et la mission n'eut pas le temps d'en examiner l'usage concret qu'en faisaient les établissements ;



- les préoccupations et les enjeux des cliniques privées étaient à l'époque très éloignés de ceux des ex-hôpitaux sous dotation globale, et leurs travaux pratiques de cette période ont été par là même très spécifiques (consommables médicaux pour des interventions chirurgicales courantes). Ces travaux en eux-mêmes pouvaient être très intéressants, mais le chantier manquait d'homogénéité pour le processus de confrontation d'expériences, l'une des composantes fortes des missions MeaH.

1.3. *Le chantier d'approfondissement*

D'où le projet MeaH de lancer un chantier d'approfondissement sur le thème, mais en l'orientant de la façon suivante :

- aide aux établissements dans l'élaboration des outils de CAH, en s'inspirant des travaux du premier chantier, notamment par l'intermédiaire d'un ouvrage rédigé par les sociétés de conseil à son issue : « Mise en œuvre de la comptabilité analytique hospitalière. Capitalisation et retour d'expérience » MeaH, Berger-Levrault, 2005. Cette phase technique ne devant pas excéder six mois ;
- dans un second temps (un an) analyse des résultats par les établissements et mise en place d'actions inspirées par ces résultats, avec l'aide des sociétés de conseil ;
- limitation du chantier aux établissements hospitaliers publics, pour favoriser le partage d'expériences.

Ce second chantier est donc davantage centré sur l'usage : il s'agit d'analyser comment des hôpitaux publics, soumis à un incitatif financier fort, et mettant en place des principes de responsabilisation économique de leur corps médical, se saisissent d'instruments leur permettant de repérer les sources de sur ou sous-productivité, et comment cette explicitation modifie le système interne de régulation et de négociation.

Le chantier a démarré en avril 2005. La première phase, technique, s'est déroulée jusqu'en mai 2006. Celle-ci a consisté pour les établissements à concevoir et développer les outils proposés dans le cadre de la démarche analytique, pour en analyser les résultats, repérer des voies de progrès et, consécutivement, choisir des actions à expérimenter.

Le présent rapport se situe à la charnière entre cette première phase et une seconde phase, pendant laquelle les établissements s'efforceront, jusqu'en fin 2006 et avec l'aide des consultants, de mettre en œuvre les solutions envisagées.

Huit établissements publics ont été sélectionnés, sur la base de deux critères : ils devaient être avancés soit en matière de mise en place de la nouvelle gouvernance, soit en matière d'élaboration d'outils de CAH (ils pouvaient être avancés sur les deux registres, bien évidemment). Ce filtre correspondait à la volonté de prendre des hôpitaux « mûrs » techniquement et/ou « politiquement », pour avoir le moins possible d'étapes à franchir pour l'analyse de l'usage des outils.



Les huit établissements sont les suivants :

CH Annecy, CH Colmar, CH Lunéville, CH Melun, CH Neuilly-Courbevoie, CH Périgueux, CH Saint-Dié, CHU Toulouse.

Par ailleurs, deux sociétés de conseil ont été sélectionnées : INEUM Consulting et PriceWaterhouseCoopers, cette dernière ayant déjà travaillé sur le premier chantier.

2. La phase technique du chantier d'approfondissement

Dans la suite de ce rapport d'avancement les huit établissements seront anonymisés, selon la pratique en vigueur à la MeaH.

2.1. La situation de départ

Tout d'abord, quelle était la situation de départ de ces huit établissements, au regard des deux critères évoqués ci-dessus ? Le tableau ci-après en fournit une image synthétique.



	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
Comptabilité analytique "classique"								
Développement d'une comptabilité analytique issue du guide méthodologique	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui en cours
Construction des fiches de coût par activité	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non
Participation à la Base d'Angers	Non	Pour 2005	Pour 2005	Non	Non	Oui	Oui	Non
Coût par séjour	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non
Participation à l'ENC	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non
Construction du TCCM global	Global	Non	Non	Non	Oui (pédiatrie)	Oui	Non	Non
Comptabilité analytique déclinée "par service / pôles"								
TCCM par service / Pôles	Oui, par pôles	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non
Fréquence de production (annuel / trim / mensuel)	Annuel					Annuel		
Délai de production (nombre de mois)	6 mois							
Dernière période disponible	2003							
Formalisation de la méthodologie mise en œuvre	Non							
Compte de résultats par services / Pôles	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Non
Fréquence de production (annuel / trim / mensuel)						Annuel	Annuel	
Délai de production (nombre de mois)								
Dernière période disponible						2004	2004	
Formalisation de la méthodologie mise en œuvre								
Autres tableaux de bord								
Existence d'autres tableaux de bord	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Fréquence de production	Trimestriel	Annuel Mensuel (pôles)	Mensuel	Mensuel	Mensuel	Mensuel	Mensuel	
Indicateurs d'activité	X	X	X		x	x	x	
Indicateurs de qualité								
Autres indicateurs				Effectifs, RUM manquants			Actes CCAM	
Suivi des dépenses / suivi budgétaire	X	X	X	X	x	x		
Nouvelle gouvernance								
Structuration des pôles	Oui	Oui	En cours	Oui	Oui	En cours	En cours	En cours
Mise en place du Comité exécutif	En cours	Oui	En cours	Oui	Oui	Oui	En cours	Oui
Contrats de pôles	En cours	Oui	En cours	En cours	En cours	En cours	En cours	En cours
Modalités d'intéressement	En cours	Oui	En cours	En cours	Oui			
Fonctionnement effectif de la nouvelle gouvernance	Non	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non	Non
Communication interne								
Existence d'un dialogue de gestion entre les directions fonctionnelles et les services cliniques (oui / non)	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non
Fréquence des rencontres (annuel / trim / mensuel)			Annuel		annuel	annuel	annuel	
Contenu des rencontres (descriptif succinct)			Suivi de la contribution des pôles pour un retour à l'équilibre					
Formalisation des échanges (oui / non)			?			oui		
Nature de la formalisation des échanges			?			cr		
Evaluation du niveau de développement de la communication interne (Echelle 1 à 4)			2					



Ce tableau montre en fait une assez grande disparité des établissements, d'abord au niveau technique : si, une exception mise à part, ils ont développé une CAH en dépenses directes selon le guide méthodologique de 1997, aucun n'est allé jusqu'aux coûts par séjour (alors que H6 participe à l'ENC). Deux ont élaboré un TCCM global, deux des TCCM par pôles ou services, un TCCM pour un pôle (H5 en pédiatrie). Deux hôpitaux ont mis sur pied des comptes de résultat par pôle ou service.

Tous, cela dit, ont développé des tableaux de bord par pôle ou service, dans une optique classique (indicateurs d'activité en admissions ou journées par exemple, donc non médicalisés). Ce qui signifie que l'absence d'outils nouveaux, issus de la médicalisation des informations, ne veut pas dire absence de gestion ; d'ailleurs, certains de ces établissements (H3 par exemple, en difficulté financière) avaient déjà obtenu des résultats substantiels en contractualisant avec les services à partir de ces indicateurs « anciens ». Ils en percevaient cependant les limites, d'où leur participation au chantier.

Sur le plan « politique » (mise en place de la nouvelle gouvernance), le paysage est également assez varié : la moitié a constitué des pôles, l'autre moitié étant en voie de le faire. Des contrats de pôle sont déjà élaborés dans un établissement, les autres se situant dans la phase de préparation. Mais le fonctionnement effectif de la nouvelle gouvernance (supposant une délégation de gestion aux pôles avec budget propre) n'est réel que dans deux établissements.

On constate de toute façon qu'il n'y a pas corrélation entre maturité technique et maturité politique. H6 par exemple est très avancé sur le plan technique (presque tout est fait), mais semble avoir des problèmes d'utilisation, ayant encore peu décentralisé ses modes de gestion.

2.2. Le choix des outils à développer

Les premières investigations des consultants dans les sites, ainsi que les deux premiers Comités Techniques Nationaux (CTN d'avril et juin 2005) ont conduit le chantier à prioriser les outils à développer. Il fallait tout d'abord se situer en cohérence avec le nouveau mode de financement des hôpitaux, c'est-à-dire la T2A : comment décliner en interne le résultat global de l'hôpital ? L'accent n'a donc pas été mis sur des outils n'utilisant pas la nomenclature de produits de la T2A, à savoir les GHS, telle la base de coûts par activité, mise au point et entretenue par le CHU d'Angers. Ce choix ne préjuge pas de l'intérêt de cet instrument, qui au contraire peut servir par exemple à positionner le laboratoire ou l'imagerie par rapport à une référence ; mais un tel positionnement ne répond pas à la question de la contribution de ces entités au résultat économique de l'établissement. Par ailleurs, ce type d'outil ne pose pas trop de problème technique, et est assez simple à mettre sur pied. Dans une toute autre perspective, il était exclu d'inciter les établissements à calculer leurs coûts moyens par GHS, à confronter directement aux tarifs des mêmes GHS. En dehors du fait qu'une telle comparaison peut facilement être trompeuse, pour des raisons techniques (complexité de la chaîne nationale de calculs qui va des coûts aux tarifs) et également des raisons d'effectifs des séjours dans un GHS donné, le modèle complet de calcul des coûts est toujours



inatteignable pour la plupart des établissements, à cause notamment de l'état de leur système d'information³.

Finalement, la mission MeaH s'est focalisée sur deux outils :

- le Compte de Résultat Analytique par pôle (CRÉA)⁴ ;
- le Tableau Coûts-Case-Mix (TCCM) par pôle.

Décrivons rapidement ces deux outils :

2.2.1. Le CRÉA par pôle

C'est le plus facile à comprendre dans sa philosophie : si l'on prend un pôle ayant une activité clinique⁵, ce pôle traite des séjours affectés dans des GHS, munis donc chacun d'une recette. On décrira plus loin les difficultés techniques (multi-séjours par exemple) que cache cette formulation simple. Il a d'autres recettes : une partie de la DAC, des recettes de consultation s'il contient des services ayant cette activité, des recettes de groupe 2 (ticket modérateur et forfait journalier pour l'essentiel), des recettes MIGAC éventuellement.

De l'autre côté on peut compter les dépenses directes (personnel, consommables, amortissements du matériel) des services cliniques ayant traité les séjours, telles que répertoriées et précisées dans le guide de comptabilité analytique. Mais, pour rester conforme à la doctrine générale actuelle de la régulation par la T2A, qui fait dériver les prix des coûts **complets estimés à partir de l'ENC**, il faut ajouter à ces dépenses des dépenses indirectes, provenant du plateau technique (ventilées sur les services cliniques à partir des ICR, idéalement, ou à défaut d'autres unités d'œuvre), ou encore des services logistiques (restauration, blanchisserie, logistique générale) ventilés de façon forfaitaire à la journée, et de la structure (frais financiers, amortissements du matériel).

Ce sont ces dépenses directes et indirectes que l'on peut confronter aux recettes calculées précédemment pour obtenir un « résultat comptable » du pôle. Seul le raisonnement en coûts complets permet ce type de raisonnement. Il n'exclut pas, cela dit, des considérations fondées sur les coûts partiels, notamment les coûts dits contrôlables (par les responsables de pôle par exemple).

Nous proposons ci-après un exemple de CRÉA par pôle, issu de l'actuel chantier.

³ Rappelons que c'est pour cette raison que les coûts par séjour sont estimés sur un échantillon d'hôpitaux volontaires.

⁴ Par commodité nous utiliserons ce terme « par pôle », bien que, comme nous l'avons signalé, certains des établissements du chantier sont encore en voie de constitution des pôles.

⁵ Cela signifie que nous n'étudions pas ici des pôles purement médico-techniques ou encore logistiques. Pour ce type de pôle, ce sont d'autres outils d'analyse qui seront à mobiliser, éventuellement plus classiques (pris de revient d'ICR par exemple ou dépenses logistiques rapportées à un nombre d'entrées ou de journées).



Dépenses		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 electricité	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 hotelières et administratives	6 861 453		
Total général dépenses	23 045 292	Total général recettes	20 714 919

2.2.2. Le TCCM par pôle

L'objectif du TCCM est différent de celui du CRÉA : il positionne les ressources consommées par un pôle par rapport à des références, issues de l'ENC. Rappelons que cet outil fait l'objet d'un chapitre du guide actuel de CAH (version 2004), mais qu'il s'agit dans ce guide du TCCM global, établi pour l'ensemble de l'hôpital.

Si l'on s'intéresse à un pôle, il faut donc tout d'abord décliner les dépenses de ce pôle en suivant les composantes de coûts des séjours, telles qu'elles sont définies par l'ENC et telles qu'elles sont publiées par l'ATIH sous forme de coûts moyens par GHM : dépenses des services cliniques pour le personnel médical, le personnel soignant, le personnel autre, les consommables, l'amortissement du matériel ; dépenses des différentes composantes du plateau technique (blocs, laboratoires, imagerie..) induites par le pôle ; dépenses en logistique consommées par le pôle : restauration, blanchisserie, logistique générale, structure. Si l'on a déjà fait l'exercice du CRÉA pour le pôle, on retrouve (à quelques détails près) les dépenses directes et indirectes que l'on avait calculées.

La référence avec laquelle ces dépenses seront confrontées est obtenue de la façon suivante : on utilise un pôle fictif, qui aurait le même case-mix que le pôle réel auquel on s'intéresse, mais dont chaque séjour serait muni des coûts de référence publiés dans le cadre de l'ENC, que l'on peut confondre, si l'on fait l'hypothèse d'une représentativité convenable de l'échantillon de l'ENC, avec des coûts moyens nationaux de GHM. On calcule alors, pour chacune des composantes de coût, les dépenses de ce pôle fictif, que l'on peut comparer à celles du pôle réel.



Dans sa philosophie, cette démarche est donc strictement la même que celle qui figure dans le guide CAH pour le TCCM global. Comme pour le CRÉA, cette formulation masque quelque peu un certain nombre de problèmes techniques (nouveaux par rapport à ceux liés au TCCM global) que nous évoquerons ci-dessous.

Nous faisons figurer ci-après un exemple de TCCM de pôle :

Nb Rss
Coût référence

13776
17368301

MEDECINE

		ENC HCC 2004	ENC référence	Diff.	Var.
Salaires	Personnel Médical	6,97 E / 100E ref.	6,72 E / 100E ref.	0,25	3,7%
	Personnel Soignant	31,45 E / 100E ref.	23,32 E / 100E ref.	8,13	34,9%
	Personnel Autre	9,55 E / 100E ref.	6,36 E / 100E ref.	3,19	50,2%
	Total Personnel	47,97 E / 100E ref.	36,40 E / 100E ref.	11,57	31,8%
Charges médicales	Ammort. Et maint. Du mat. Médical	0,19 E / 100E ref.	0,57 E / 100E ref.	-0,38	-66,7%
	Consommables médicaux	8,44 E / 100E ref.	7,33 E / 100E ref.	1,11	15,1%
	Logistique médicale	1,58 E / 100E ref.	2,05 E / 100E ref.	-0,47	-22,9%
	Total Charges médicales	10,21 E / 100E ref.	9,96 E / 100E ref.	0,25	2,5%
Plateaux Techniques	Bloc	0,59 E / 100E ref.	1,59 E / 100E ref.	-1	-62,9%
	Laboratoire	9,19 E / 100E ref.	6,88 E / 100E ref.	2,31	33,6%
	Radiologie	3,32 E / 100E ref.	3,26 E / 100E ref.	0,06	1,8%
	Total Plateaux Techniques	13,09 E / 100E ref.	11,74 E / 100E ref.	1,35	11,5%
Autres actes	Actes extérieurs	0,74 E / 100E ref.	0,54 E / 100E ref.	0,2	37,0%
	Anesthésie	0,56 E / 100E ref.	1,10 E / 100E ref.	-0,54	-49,1%
	Autres actes hors urg. et SMUR	0,00 E / 100E ref.	0,41 E / 100E ref.	-0,41	-100,0%
	Exploration fonct.	2,16 E / 100E ref.	1,44 E / 100E ref.	0,72	50,0%
	SMUR	0,29 E / 100E ref.	0,34 E / 100E ref.	-0,05	-14,7%
	Urgences	1,08 E / 100E ref.	0,83 E / 100E ref.	0,25	30,1%
Radiothérapie	Radiothérapie	0,02 E / 100E ref.	0,05 E / 100E ref.	-0,03	-60,0%
Dialyse	Dialyse	17,09 E / 100E ref.	10,75 E / 100E ref.	6,34	59,0%
	Total Autres Actes	21,95 E / 100E ref.	15,46 E / 100E ref.	6,49	42,0%
Logistique	Blanchisserie	2,40 E / 100E ref.	1,22 E / 100E ref.	1,18	96,7%
	Logistique Autre	23,59 E / 100E ref.	21,97 E / 100E ref.	1,62	7,4%
	Restauration	3,91 E / 100E ref.	3,08 E / 100E ref.	0,83	26,9%
	Total Logistique	29,89 E / 100E ref.	26,27 E / 100E ref.	3,62	13,8%
TOTAL		123,11 E / 100E ref.	100,00 E / 100E ref.	23,11	23,1%

(Les composantes des coûts et recettes sont exprimées en pourcentage des recettes GHS)

Ainsi, la signification de ces deux outils, CRÉA et TCCM, et l'usage que l'on peut en faire, sont différents : le CRÉA sert à repérer les secteurs de l'établissement qui contribuent, positivement ou négativement, à sa situation financière globale ; mais la constatation d'un bénéfice ou d'un déficit sur un pôle ne fournit en soi aucune explication d'un tel état de fait. Le TCCM permet théoriquement d'avoir une meilleure compréhension de ce qui est en cause dans les résultats constatés. Il peut se faire par exemple que ce ne soit pas les producteurs de séjours, c'est-à-dire les services cliniques qui soient responsables du déficit, mais une ou plusieurs entités du plateau technique, s'il se révèle que le prix de revient de leur production est systématiquement supérieur à la référence sur l'ensemble des TCCM par pôle. C'est sur



la base d'un tel outil que la direction de l'hôpital peut finalement contractualiser avec les pôles ou avec les services.

2.3. Le processus d'élaboration des outils

Pour élaborer ces outils, les établissements du chantier ont eu à trancher un certain nombre de questions méthodologiques nouvelles liées d'une part à l'application de la T2A, d'autre part au fait que le raisonnement porte sur un sous-ensemble de l'hôpital et non sur l'hôpital dans sa globalité. Il a donc fallu innover par rapport au guide de 2004, qui ne prenait en charge aucune de ces deux situations.

Sans avoir l'ambition d'être exhaustif, listons ci-dessous les plus importants de ces problèmes techniques :

2.3.1. Le CRÉA par pôle

a) Les recettes

Il faut d'abord décider si l'on prend l'hypothèse d'une T2A à 100 %, ou si l'on se cale sur le niveau de régulation en vigueur (T2A 10% ou 25%, selon que l'établissement effectue ses calculs sur 2004 ou 2005). La première solution a pour optique l'anticipation de la situation du pôle au terme de l'achèvement de la montée en charge de la T2A ; la seconde part de l'idée de calculer la contribution des pôles à un état réel de l'équilibre économique global. L'un et l'autre choix sont en fait légitimes et certains établissements ont effectué les deux calculs. Choisir de partir sur le taux en vigueur consiste tout d'abord à appliquer ce taux aux tarifs, mais par ailleurs pose un nouveau problème de choix :

- comment répartir la DAC, qui constitue une recette encore importante de l'hôpital, entre les différents pôles ? Deux méthodes ont été adoptées par les uns ou les autres : soit l'on répartit la DAC au prorata des dépenses des pôles (une fois que celles-ci ont été calculées), soit on la répartit au prorata des recettes liées à l'activité (il faut dans ce cas les calculer d'abord et statuer sur ce que l'on fait des recettes des consultations, qui ne résultent pas des règles de la T2A). La seconde méthode accentue évidemment les effets de la T2A. Elle est proche de l'hypothèse à 100% évoquée ci-dessus, et correspond à une volonté forte de responsabilisation des pôles. Ce problème se complique encore pour des pôles « mixtes », c'est-à-dire contenant des activités MCO et des activités autres (SSR, psy..) relevant de la DAF ; il faut alors répartir la DAC et la DAF ; dans ce cas, d'ailleurs, on ne voit pas très bien quelle autre méthode que celle des dépenses constatées pourrait être pertinente ;
- vient ensuite un problème classique⁶ : celui des multi-séjours, c'est-à-dire des séjours se déroulant dans plusieurs pôles. Comment répartir la recette apportée par le GHS

⁶ Le terme classique renvoie au fait que les quelques hôpitaux qui s'étaient efforcés dans la période précédant la T2A de calculer des valeurs de point ISA par service ou centre de responsabilité s'étaient heurtés à cette question, ce qui avait d'ailleurs conduit à une abondante littérature.



entre les pôles concernés ? Il y a à peu près une demi-douzaine de solutions, partant de la plus simple (répartition selon les durées de séjour dans les pôles), jusqu'à des formules assez compliquées (un établissement de l'échantillon a appliqué un logiciel commercial prenant simultanément en charge de façon automatique les multi-séjours, les séjours de réanimation, et les séjours extrêmes), en passant par la répartition au prorata des durées de séjour pondérées par les recettes moyennes des séjours mono-unités des pôles concernés. A ce niveau, comme d'ailleurs pour l'ensemble des conventions que les établissements sont amenés à choisir pour aller jusqu'au bout de l'exercice, la mission MeaH n'a pas été prescriptrice : l'essentiel, dans ce type de choix est d'avoir une claire conscience de ses effets, et d'arriver à un accord avec les diverses parties prenantes ;

- les séjours extrêmes (mais également les multi séjours) doivent également être considérés. Rappelons que dans la T2A, en deçà d'une certaine durée de séjour, le GHS est payé forfaitairement (ce qui ne pose pas de problème pour une répartition éventuelle entre pôles), et qu'au delà d'une autre durée de séjour, on a affaire à un paiement à la journée. Sur ce dernier cas, on peut hésiter : soit répartition entre pôles selon la méthode choisie ci-dessus, soit affectation de la recette à la journée sur le dernier pôle fréquenté lors du séjour ;
- le problème des « hébergements » (séjours pris en charge médicalement par un pôle mais hospitalisés dans un autre par manque de place) a été également cité : à qui affecter la recette GHS ? Les solutions là aussi peuvent varier ; soit par exemple on affecte la recette au service hébergeur, mais on lui compte des dépenses correspondant aux consultations des médecins du pôle responsable médicalement, dépenses qui vont apparaître en recette pour ce dernier ; soit on affecte la recette au pôle responsable médicalement, mais alors il faut dédommager le service hébergeur en lui enlevant – par exemple – les coûts correspondant au séjour pour les ajouter au pôle « médical ». Comme on le voit ce problème n'est pas simple, et pourtant il revêt une certaine acuité compte tenu de l'étendue de cette pratique de l'hébergement dans les hôpitaux. Dans le même ordre d'idée, il ne faut pas oublier de prendre en compte les échanges de consultations de spécialistes entre services si elles sont en nombre important (le guide méthodologique de 2004 propose des règles pour ce faire) ;
- les passages en réanimation (ou soins intensifs ou surveillance continue adultes et enfants) sont depuis 2005 assez simples à prendre en compte pour rester conforme au dispositif T2A : ils donnent lieu à des suppléments journaliers. On peut donc les ajouter en tant que recettes aux pôles contenant ce type de service, dans le cas de multi-séjours entre pôles, une fois que les recettes des GHS auront été préalablement réparties selon l'une ou l'autre des méthodes évoquées ci-dessus. Pour 2004, où la réanimation constituait une sorte de parenthèse dans le séjour, avec un financement journalier particulier, les méthodes possibles étaient nécessairement légèrement différentes ;



- des questions plus délicates se posent pour les urgences⁷, sous l'angle du service d'accueil, les autres composantes (comme l'unité d'hospitalisation de courte durée) relevant de règles à peu près claires. Pour le service d'accueil, la T2A propose une rémunération forfaitaire (FAU) dépendant de la taille et destinée à financer une structure et un tarif (ATU) par venue non suivie d'hospitalisation. Mais pour les passages suivis d'hospitalisation, il paraît logique de rémunérer le service d'accueil (en sus du forfait FAU) ; or, si l'on n'y prend garde, le tarif du GHS va aller dans l'escarcelle des services avals. Plusieurs méthodes ont été expérimentées par les établissements qui vont de la plus simple (on compte également un ATU par passage suivi d'hospitalisation, en l'ajoutant aux recettes du service d'accueil et en l'ôtant de celles du service aval), en allant vers des formules assez complexes ; où l'on rémunère le service d'accueil sur la base des actes techniques qu'il a effectués ou prescrits, en passant par une méthode utilisant la structure des coûts de référence de l'ENC (on applique au tarif GHS la part « urgences » du coût ENC ; cette part forme la recette du service d'accueil, à enlever de celle du pôle aval). Signalons ici que ce problème avait donné lieu à un mini-chantier MeaH, dans le cadre de ses travaux sur les urgences, confié à PriceWaterHouse, dont les analyses figurent en annexe de l'ouvrage cité plus haut sur la CAH, et qui clôturait le premier chantier. Cette annexe liste un certain nombre de méthodes possibles, sachant que là aussi les établissements peuvent parfaitement innover. Les résultats trouvés se révèlent sensibles à l'usage de telle ou telle méthode, lorsque les urgences constituent un pôle à part entière ;
- enfin, dans les recettes d'un pôle, il ne faut pas oublier : les recettes des consultations (auxquelles on applique éventuellement le taux T2A), calculées pour le moment à partir des lettres clefs classiques C, CS, K,B, Z etc. , les DMI et molécules onéreuses (on peut cela dit les omettre à gauche et à droite), les recettes de groupe 2 (forfait journalier et ticket modérateur essentiellement), MIGAC éventuellement (parmi celles ci, certaines sont directement affectables aux pôles ; d'autres, comme les MERI doivent faire l'objet d'une convention de répartition), ou encore forfaits prélèvements d'organe...

b) Les dépenses

Le calcul des dépenses des pôles pose quant à lui des problèmes connus, et qui existaient avant la mise en place de la T2A :

- mise en place d'un fichier de structure adapté (opération fondamentale) ;
- calcul des dépenses directes, dont les rémunérations du personnel, avec la nécessité d'effectuer des analyses particulières pour le personnel se partageant entre plusieurs

⁷ Si l'on veut faire du secteur urgences un pôle producteur de recettes ou une composante de pôle. L'autre solution est de continuer, comme dans l'ENC, à faire de l'accueil une unité médico-technique, ce qui pose le problème de la répartition des recettes (le FAU notamment) ; ou alors on calcule des dépenses nettes (dépenses totales diminuées du FAU, des ATU, du ticket modérateur) et on répartit ensuite le résultat sur les pôles au prorata des passages en hospitalisation, solution choisie par un établissement.



pôles (y compris le traitement des pools de remplacement), ou à l'intérieur du pôle (partage entre hospitalisation et consultation par exemple ou entre hospitalisation et bloc), interrogation sur le fait de savoir si l'on raisonne en coûts réels ou en coûts harmonisés (pour lisser les effets d'ancienneté différenciée entre pôles), récupération de données pas toujours cohérentes entre les divers systèmes d'information ;

- calcul des dépenses indirectes, tout d'abord celles relatives aux prescriptions vers le plateau technique, avec la question essentielle des unités d'œuvre à utiliser. La plupart des établissements de l'échantillon ont utilisé les lettres-clefs K, B, Z ; d'autres les ICR, quand ils étaient disponibles ; certaines ventilations se sont appuyées sur des hypothèses « fortes » (exemple d'une anesthésie répartie par les KC du bloc, elle-même n'étant pas munie d'unité d'œuvre) ; pour le bloc, un établissement s'est servi des durées d'opération ; un autre, enfin, ne disposant pas d'unité d'œuvre convenable à ses yeux, s'est appuyé sur l'ENC (pour le bloc par exemple, on dispose avec l'ENC de la part du bloc dans les coûts de référence ; cela permet ensuite de ventiler le bloc de l'établissement sur les pôles grâce au case-mix de ces derniers) ;
- quant aux dépenses indirectes venant de la logistique (on distingue : logistique médicale, restauration, blanchisserie, logistique générale), il convient de noter que la plupart des établissements a souhaité déroger au tome 3 du guide méthodologique, qui proposait une ventilation forfaitaire de la composante logistique générale (à la journée ou aux charges déjà constatées) : ils ont non seulement affiné le découpage (direction, accueil et gestion des malades, services hôteliers, ressources humaines, transport etc.), mais dans certains cas complexifié le modèle de CAH en retrouvant des ventilations en cascade.

La raison essentielle d'une telle pratique repose sur l'idée qu'une affectation forfaitaire, telle qu'elle est proposée dans le guide, ferait apparaître dans les dépenses des pôles une « masse » indifférenciée, non contrôlable par les responsables de pôle, et de montant important (cette partie des dépenses hospitalières représente en moyenne 25 % du budget). Cette présentation paraît à beaucoup inopportune d'un point de vue politique, dans la mesure où, en revanche, les composantes des autres dépenses, contrôlables ou partiellement contrôlables, sont beaucoup plus détaillées.

2.3.2. Le TCCM par pôle

a) Les dépenses du pôle

En principe, il suffit de reproduire les calculs déjà effectués sur le CRÉA. C'est pourquoi les établissements de l'échantillon ont systématiquement commencé par établir ce dernier. Il faut noter cela dit qu'il peut y avoir des différences : c'est ainsi que si l'on veut obtenir une comparaison avec un pôle de référence issu de l'ENC, il faut pour le TCCM revenir à une ventilation globale de la logistique générale.

b) Les dépenses du pôle fictif de référence



Trois difficultés principales sont en fait apparues à ce niveau (en dehors de la question des multi-séjours, que l'on peut traiter avec les mêmes règles que pour le CRÉA) :

- la première tient aux potentialités d'interprétation de ces dépenses de référence, et était déjà présente pour le TCCM global. Dans les coûts de l'ENC, les coûts des établissements bénéficiant d'un abattement MERI ou d'un coefficient géographique sont tous diminués de ces mêmes taux. Comme l'échantillon de séjours de l'ENC comporte à présent une proportion non négligeable de séjours venant de CHU ou de CLCC, les CH estiment que la comparaison est biaisée ;
- la seconde est liée au sort dévolu aux activités (réanimation, soins intensifs etc.) qui se voient affecter des suppléments au niveau des recettes. Dans les coûts de référence, les dépenses de ces activités apparaissent brutes (sans supplément) dans les coûts des services cliniques. Il n'est pas possible par ailleurs d'ajouter ces suppléments à gauche et à droite du TCCM, car on ne connaît pas la décomposition de ces suppléments sur les composantes des dépenses des services cliniques. Pour un pôle réanimation ou un pôle ayant cette composante, la confrontation avec la référence apparaît alors sans signification ; c'est pourquoi certains hôpitaux ont tout simplement exclu la réanimation de leurs calculs ;
- la troisième tient à l'utilisation de la dernière échelle de coûts, parue en début d'année, et qui s'appuie sur la version V10 du PMSI. Pour 2005, les données des établissements sont en V9 ; or l'ATIH n'a pas publié de coûts de référence en V9. Certes elle a adressé à tous les établissements leurs case-mix 2005 en V10, mais pour faire le TCCM par pôle, il faut revenir aux RUM. Si bien que pour éviter des réconciliations difficiles (fondées sur le retraitement de nombreux séjours), la plupart des établissements ont été obligés de raisonner avec les coûts de référence de l'échelle 2004, qui est assise sur des données 2001/2002 (que l'on actualise alors forfaitairement par un taux d'inflation).

A signaler également que certains établissements peuvent difficilement avoir la distinction « Personnel paramédical/Personnel autre », qui est proposée par la deuxième et troisième ligne du TCCM ; cette difficulté était déjà valable pour le TCCM global.

2.3.3. Commentaires sur ces problèmes

Au total les établissements du chantier ont eu à résoudre un assez grand nombre de problèmes, d'ordre :

- méthodologique (choix de conventions, par exemple pour les multi-séjours ou la ventilation des DAC et DAF) ;
- technique (problèmes de disponibilité des données essentiellement) ;



- organisationnel (nécessité de réconcilier des systèmes d'information éclatés et peu compatibles entre eux) ;
- politique (explicitation des règles pour les responsables de service et négociation sur ces règles ; parfois retrait des directions fonctionnelles, inquiètes de voir leur champ d'intervention diminuer dans le cadre de la décentralisation vers les pôles).

Ces problèmes ne sont pas insurmontables (après tout, en ce qui concerne les aspects techniques, l'opération majeure d'une comptabilité analytique est la règle de trois), mais ils sont nombreux et on conçoit que ces instruments n'aient pas été élaborés en quelques jours.

Ce que nous avons pu constater par ailleurs est que les établissements ont cheminé, avec l'aide des consultants, indépendamment les uns des autres (les CTN étant peu nombreux et de toute façon peu propices, dans leur forme, à des échanges techniques). Ils ont donc « tâtonné » de façon relativement solitaire, manquant de référence et d'outil de capitalisation.

Un tel outil existe en fait ; il s'agit du chapitre du guide méthodologique portant sur le TCCM global, mais d'une part le fait de passer à un pôle pose des problèmes spécifiques, d'autre part il n'y a rien sur la construction des comptes de résultat par pôle, pour lesquels, comme on l'a vu, la mise sur pied des recettes suppose toute une série d'opérations nouvelles fortement dépendantes de la mécanique de fabrication des tarifs T2A.

C'est pourquoi une conclusion de cette phase technique, et cela dans l'optique du chantier de déploiement qui va commencer en octobre prochain, a été de lancer, parallèlement au chantier l'élaboration d'un guide méthodologique sur ces deux outils, CRÉA et TCCM par pôle. L'objectif de ce guide, dont la rédaction a été confiée à l'ENSP et à un groupe de directeurs hospitaliers, n'est pas de trancher entre les options qui se présentent successivement aux établissements, mais au contraire d'en faire la liste la plus complète possible, pour que les gestionnaires puissent faire les choix cohérents avec leur contexte, et donc de façon réfléchie.

Les difficultés de mise au point des outils n'ont pas permis aux établissements de tester la stabilité des résultats en liaison avec les nombreuses conventions de calcul. Une telle problématique est importante. En tout état de cause, il est bon de rappeler que ces résultats sont entachés d'une plage de variation et que, d'une façon générale, ils ne constituent que des « signaux » appelant la plupart du temps des études complémentaires.

2.4. Les outils développés

A l'issue de la phase technique, qui s'est déroulée jusqu'au début de l'année 2006, où en sont les huit établissements ? La situation peut être résumée par le tableau suivant :



	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

Comme on le voit, cinq hôpitaux ont élaboré des TCCM par pôle, deux sont encore en cours, un a préféré se focaliser sur les CRÉA. Six hôpitaux ont mis sur pied des CR par pôle (ou par autre entité), un est en cours, un dernier a préféré se contenter de TCCM par pôle. Ils sont tous arrivés au terme de l'élaboration de l'un ou l'autre des deux outils. Le tableau témoigne donc d'un réel « dynamisme instrumental », en tout cas plus net que lors du premier chantier pilote.

Dans beaucoup de cas, l'analyse des résultats de ces outils n'a fait que confirmer des intuitions ou des études préalables sur la situation économique de tel ou tel secteur. Il n'empêche que dans certains cas, ils ont apporté de véritables surprises (sur l'ampleur des phénomènes par exemple) et que, d'une façon générale, ils permettent d'objectiver des situations et de préparer des argumentaires.

Il est intéressant de consulter également les deux dernières rubriques de ce tableau.

Sur la périodicité de mise à jour des outils tout d'abord, on constate que la moitié des établissements compte effectuer ces mises à jour sur un rythme infra-annuel (H5 table sur un rythme mensuel), même si une telle pratique pose de nouveaux problèmes techniques (lissage des investissements, primes de fin d'année etc.)

Par ailleurs, concernant la politique de diffusion des outils, on a pu noter depuis les deux derniers CTN une évolution des pratiques : les établissements n'hésitent plus à communiquer sur des comptes provisoires, pour entrer dans un processus de concertation



avec les responsables de pôle sur les règles de fabrication des outils ; de même, une tendance se dessine pour une communication générale et non plus seulement en bilatéral vers les pôles directement intéressés. En dehors du fait que le bilatéral strict ne tient pas dans le temps (« secret de polichinelle » et rumeurs contre-productives), la publication de l'ensemble des résultats crée une sorte de régulation implicite par information des uns et des autres sur leurs situations respectives vis-à-vis de l'économie globale de l'établissement, ce qui ne peut manquer à terme d'avoir des effets (par exemple dans les négociations collectives sur la répartition des ressources). Une nuance doit être apportée néanmoins : si une telle diffusion générale est majoritairement adoptée (même l'hôpital H2, qui ne la pratique pas d'après le tableau, a déclaré qu'il ne s'agissait que d'une question de temps), elle concerne surtout les CRÉA ; les TCCM comportent des informations sensibles pour lesquelles une communication bilatérale peut être souvent plus adaptée.

3. Les actions envisagées

Les hôpitaux ont commencé à analyser les résultats de leurs calculs pour en extraire des prolongements possibles : contrats, études supplémentaires, prospection sur de nouvelles activités etc.

Quel est donc l'usage des outils prévu en phase 2 de la mission ? Nous les listons ci-après, sachant que les développements correspondants sont ceux pour lesquels les établissements comptent se faire aider par les deux sociétés de service dans le cadre du chantier MeaH. D'autres implications des instruments élaborés seront prises en charge directement par les établissements.

On peut en fait 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

3.1. L'analyse d'un secteur particulier

L'examen des résultats des CRÉA 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, CRÉA et TCCM servent de signaux, insuffisamment explicites, et des investigations autres sont nécessaires avant d'entreprendre des actions.

H1 demande au consultant MeaH une étude sur le fonctionnement des blocs, que les TCCM global et par pôle montrent déficitaires. Cette étude 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. Echéance : décembre 2006.



Dans une perspective voisine, H8 désire approfondir la situation de l'ensemble pédiatrie/néonatalogie, qui, à la vue des résultats CRÉA 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'action. Echéance : novembre 2006.

3.2. La mise au point d'outils

Comme on l'a vu, l'élaboration des CRÉA 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.

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. Echéance : juillet 2006.

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. Echéance : décembre 2006.

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, CRÉA, 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...). Echéance : décembre 2006.

3.3. La stratégie d'établissement

Se servir à l'hôpital des outils type CRÉA 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 d'accompagner les projets des professionnels, d'en analyser par 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'étude passe par celle du contexte local (bassin de



population, concurrence..), les outils mis au point dans le cadre du chantier permettant essentiellement des simulations liant activité et ressources nécessaires. Echéance : juillet 2006.

3.4. La 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 2 peut viser des degrés divers d'aboutissement.

C'est ainsi que H2 a pour projet de préparer la démarche de contractualisation, en mettant sur pied une procédure de concertation et de réflexion avec les responsables de pôle, pour préparer le cadre des contrats et les mécanismes d'intéressement. Echéance : décembre 2006

H3 compte contractualiser en phase 2 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, les conditions de généralisation à l'ensemble des pôles Echéance : décembre 2006

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. Echéance : décembre 2006.

H5 de son côté va mettre l'accent sur les prestataires des pôles (plateaux 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. Echéance : décembre 2006.

Pour chacune de ces dix opérations, une fiche action a été établie par les consultants et discutée lors du CTN de juin dernier. Chacune d'entre elles décrit les objectifs de l'opération, désigne les pilotes du côté établissement et société de service, propose des indicateurs de résultat, décline un calendrier, fait la liste des ressources à mobiliser en interne, précise le rôle du consultant ainsi que la charge de ce dernier en jours de travail.

Un exemple de fiche est fourni en annexe.



4. Conclusion

D'une façon générale, on peut considérer que les huit établissements du chantier se sont inscrits dans une dynamique positive forte, aussi bien au niveau de l'élaboration des outils de comptabilité analytique qu'à celui de la réflexion collective impliquant les professionnels de soins.

Sur le plan technique, il manque encore manifestement un outil de capitalisation, qui devrait permettre d'éviter un tâtonnement cause de ralentissement de la construction des outils. Cet outil est en voie d'élaboration et devrait faciliter le travail du chantier de déploiement, qui va débiter en automne.

Sur le plan politique, même s'il faut évidemment attendre les résultats des actions entreprises et listées ci-dessus, des acquis ont d'ores et déjà été enregistrés tout au long des CTN du chantier : large diffusion des outils, demande pressante et explicite des responsables de pôle pour en disposer, discussion collective approfondie des règles et des choix effectués etc.



Annexe : exemple de fiche action (H4)

Action : Mise en place de la contractualisation interne

Constat à l'origine de l'action :

La Direction souhaite disposer des éléments nécessaires à l'analyse de l'activité des pôles, mais également proposer aux responsables de pôles des outils de pilotage leur permettant d'agir sur le fonctionnement de leur pôle. Dans cette perspective, un contrat d'objectifs et de moyens doit être proposé à chaque pôle avant la fin de l'année 2006.

Objectifs recherchés :

- Définition du périmètre de la contractualisation :
 - o Entretiens avec la Direction générale et la Direction financière : définition du périmètre de la contractualisation ;
 - o Réunion avec l'équipe de Direction afin d'entamer une réflexion autour des axes de la contractualisation ;
 - o Identification des thèmes à approfondir dans chaque pôle, avec la Direction financière, à partir des outils déclinés par pôle ;
 - o Entretiens avec les responsables de pôles afin de recueillir leur vision des difficultés et de trouver des marges de manœuvre pouvant constituer leurs objectifs à moyen et à long terme ;
 - o Elaboration d'une synthèse des marges de manœuvre existantes (à partir du constat réalisé en interne et de l'apport d'expériences vécues dans d'autres contextes) ;
 - o Cadrage final du périmètre de contractualisation.
- Elaboration d'une charte de contractualisation
 - o Proposition aux pôles d'une liste d'objectifs les concernant, assortis d'indicateurs financiers, humains, d'activité, en vue de la signature des contrats ;
 - o Préparation d'un projet de charte de contractualisation : désignation des acteurs et des instances participant et s'engageant dans le cadre des contrats, identification d'une politique d'intéressement conforme aux objectifs des pôles ;
 - o Validation de la charte de contractualisation par la Direction générale
- Mise en application de la contractualisation dans l'établissement.

Echéance visée : Décembre 2006

Pilote établissement : Monsieur le Directeur des Affaires Financières H4

Pilote consultant : Cabinet X

Critères d'appréciation de l'atteinte de l'objectif :

Indicateur	Définition	Méthode de mesure
Mise en place d'une liste d'objectifs à atteindre pour chaque pôle	A partir des difficultés mises en avant par les outils de comptabilité analytique élaborés par l'établissement, identification des marges de manœuvre financières permettant une amélioration de la situation constatée par le pôle.	Formalisation de l'analyse effectuée à partir des outils de comptabilité analytique et de la liste d'objectifs à atteindre (par pôle).
Elaboration d'une charte de contractualisation interne	Définition d'un dispositif de contractualisation interne composé d'un contrat type, d'objectifs assortis d'indicateurs (sur les plans financiers et non financiers) et de critères d'intéressement et de sanction.	Formalisation du dispositif de contractualisation.



Démarche et calendrier :

	Objet	Objectif intermédiaire	Date au + tard	Responsable
1	Cadrage global de la démarche	Recueil des attentes de la Direction générale	17/03/2006	Consultants X / DG / DF H4
2	Réunion avec l'équipe de direction	Réflexion autour des axes de la contractualisation	26/04/2006	Consultants X et correspondants / Equipe de direction H4
3	Identification des thèmes à approfondir à partir des outils	Définition des indicateurs clés et structuration du suivi – dialogue de gestion (mise en relation des objectifs et des indicateurs) au niveau du pôle ou au sein des pôles	Fin juin 2006	Consultants X / Contrôle de gestion H4
4	Entretiens avec les responsables des pôles	Recueil des objectifs et réflexion autour des possibles marges de manœuvre	Mi-septembre 2006	Consultants X / Contrôle de gestion / Directions des pôles H4
5	Préparation d'un projet de charte de la contractualisation	Identification des acteurs, des modalités d'intéressement et des possibles sanctions	Fin septembre 2006	Consultants X / DG / DF H4
6	Synthèse des marges de manœuvre	Elaboration d'une synthèse des éléments identifiés lors des rencontres avec les pôles et au travers de l'étude de données externes	Mi-octobre 2006	Consultants X
7	Cadrage final du périmètre de contractualisation	Validation des objectifs recueillis par l'établissement	Fin octobre 2006	DG / DF H4
8	Proposition aux pôles de la liste des objectifs et d'indicateurs	Présentation aux pôles des possibles objectifs et des indicateurs afférents	Mi-novembre 2006	DG / DF H4
9	Validation définitive du dispositif de contractualisation interne	Mise à disposition du dispositif de contractualisation pour application à court terme ou plus tard selon les souhaits de la DG	Mi décembre 2006	Consultants X / DG / DF H4

Ressources à mobiliser :

- Direction générale,
- Direction financière et contrôle de gestion,
- Président de la CME,
- DIM,
- Responsables de pôles,
- Cadres des pôles.

Rôle du consultant :

- Aide méthodologique : élaboration de supports méthodologiques, réalisation d'études comparatives, rédaction de comptes-rendus et autres documents de synthèse ;
- Apport d'expertise dans le milieu hospitalier ;
- Animation de réunions.

Estimation de la charge (en jours) pour cette action :

Hors site	5 jours	Sur site	5 jours	Total	10 jours
-----------	---------	----------	---------	-------	----------

Statut :

Pilote établissement Directeur financier H4	Pilote consultant Consultants X	MeaH Jean-Claude MOISDON
Date / signature	Date / signature	Date / signature