

GUIDE METHODOLOGIQUE

relatif à

LA CONCLUSION DE CONTRATS DE PERFORMANCE

ENTRE LE MINISTERE DE LA SANTE

ET SES ETABLISSEMENTS DE SOINS

EN TUNISIE

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE : DIAGNOSTIC

DEUXIEME PARTIE : UNE CONDITION INDISPENSABLE A L'EFFICACITE DES CONTRATS : CREER UN ENVIRONNEMENT COHERENT ET FAVORABLE A L'ENGAGEMENT DES HOPITAUX

- 1) Adapter la structure de financement des hôpitaux aux besoins d'un secteur en cours de croissance, de diversification et de modernisation technologique**
 - a) Donner aux différents circuits de financement des hôpitaux une logique claire
 - b) Fonder les tarifs sur une meilleure connaissance des coûts et des processus de soins
 - c) Améliorer la couverture des coûts par une meilleure mobilisation des droits des affiliés sociaux

- 2) Revoir le processus d'allocation des ressources aux hôpitaux afin de le rendre plus transparent, mieux arbitré et plus conforme à la responsabilisation des hôpitaux**
 - a) Faciliter les arbitrages budgétaires
 - b) Donner aux établissements une plus grande visibilité sur leurs ressources
 - c) Décentraliser en partie la procédure d'allocation des ressources matérielles

- 3) Donner aux établissements plus d'autonomie et de souplesse tout en confortant l'autorité du directeur d'établissement**
 - a) Donner aux hôpitaux une meilleure maîtrise de leur outil technique
 - b) Décentraliser en partie la gestion des ressources humaines et mieux prendre en compte les efforts
 - c) Conforter l'autorité du directeur d'hôpital
 - d) La question du statut juridique des établissements

- 4) Rendre plus cohérentes et plus efficaces les actions de l'administration centrale de la santé dans ses relations avec les établissements**
 - a) Rendre plus cohérent le pilotage de l'expansion de l'offre et des gros investissements
 - b) Perfectionner le système d'information hospitalier afin qu'il contribue davantage à l'amélioration de la qualité des soins et de l'efficacité de gestion

- 5) Repositionner les directions régionales de la santé publique**

- 6) Les responsables de programmes**

TROISIEME PARTIE : QUELQUES RECOMMANDATIONS POUR LA MISE EN PLACE DE CONTRATS DE PERFORMANCE AVEC LES HOPITAUX

- 1) Les grandes catégories de contrats dans le secteur de la santé**
- 2) Quelques leçons tirées des expériences étrangères : finalités et conditions de succès des contrats de performance**
- 3) Objet et champ des contrats de performance avec les hôpitaux en Tunisie**
- 4) Schéma institutionnel**
- 5) Discours de la méthode**
 - a) Quelques établissements 'pionniers'
 - b) Appréhender simultanément moyens et objectifs
 - c) Introduire des incitations, moduler les procédures, faire 'respirer' le système
 - d) Autres principes
 - e) Un indispensable accompagnement par la formation
- 6) Affiner et consolider le cadre national de la GBO au ministère de la santé**
 - a) Installer véritablement les responsables de programme dans leurs fonctions
 - b) Améliorer la pertinence et la précision des objectifs au regard des enjeux stratégiques pour le secteur de la santé
 - c) Améliorer la pertinence des indicateurs
 - d) Ne pas oublier la coordination entre programmes

ANNEXES

INTRODUCTION

La Tunisie s'est engagée depuis 2002 sur la voie d'une gestion budgétaire par programme et par objectifs de performance. Cette réforme est pour l'instant conduite par le ministère des finances et les quatre ministères pilotes retenus (ministère de l'agriculture et des ressources hydrauliques, ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de la technologie, ministère de la santé publique, ministère de l'éducation et de la formation professionnelle) mais a vocation à s'étendre à l'ensemble du gouvernement à moyen terme.

La préparation de cette réforme a été continûment accompagnée par une assistance technique de la Banque mondiale et de l'Union Européenne. Cette assistance technique a été formalisée dans plusieurs rapports et guides méthodologiques remis au gouvernement de Tunisie : *Analyse du cadre conceptuel des budgets par objectifs*, Banque mondiale, juillet 2005 ; *Etablissement des nomenclatures de programmes et présentation budgétaire - Guide méthodologique*, Banque mondiale, juin 2007 ; *Schéma directeur pour le développement d'une gestion budgétaire par objectifs en Tunisie*, Banque mondiale, juin 2008 ; *Assistance technique pour la mise en place d'un cadre de dépenses à moyen terme et l'élaboration d'indicateurs de performance pour la GBO*, Union Européenne, novembre 2008 ; *Dialogue de gestion et pilotage de la performance - Guide méthodologique*, Banque Mondiale, Juin 2009. La Banque mondiale a également organisé un séminaire régional à Tunis en juin 2006 sur la gestion budgétaire par objectifs, auquel le Maroc et l'Algérie ont participé, cependant que l'Union européenne a organisé en février 2010 un voyage d'études auprès de l'administration française à Paris.

Le présent rapport s'inscrit dans la continuité de cette coopération avec le gouvernement tunisien. Il est centré sur **la mise en place de contrats de performance avec les hôpitaux**, conçus comme instruments de **déclinaison opérationnelle** de la GBO. Le schéma simplifié suivant illustre cette nouvelle étape :



L'intersection des deux démarches est essentielle pour que, d'une part, la GBO ait prise sur l'économie réelle du système de santé et que la notion de performance se concrétise ; d'autre part, que les contrats soient crédibles et utiles. D'où la nécessité de préciser les modalités et conditions de cette déclinaison opérationnelle.

Tel était l'objet de la **mission de la Banque mondiale qui s'est déroulée du 12 au 23 avril 2010**, à Tunis et dans d'autres régions de Tunisie, dont découlent les analyses contenues dans ce rapport.

Au cours de cette mission ont été réalisés de nombreux entretiens avec les cadres administratifs et les personnels soignants de **neuf hôpitaux** :

- 4 centres hospitalo-universitaires (CHU Mongi Slim de La Marsa, CHU La Rabta de Tunis, CHU Sahloul de Sousse, Centre Ben Arouss de traumatologie et des grands brûlés) ;
- 4 hôpitaux régionaux (hôpital régional Ibn Eljazzar de Kairouan, hôpitaux régionaux de Bizerte et de Menzel Bourguiba, hôpital régional Taher Maamouri de Nabeul) ;
- 1 hôpital de circonscription (celui de Ras Djebal dans le gouvernorat de Bizerte) et 1 centre de santé de base rattaché.

Il est à noter que tous ces établissements font par ailleurs partie des 26 établissements pilotes sélectionnés au titre du projet de « Mise à niveau des structures de soins » ; ils ne sont donc pas nécessairement représentatifs de l'ensemble des établissements de soins tunisiens, mais détiennent certaines capacités pour faire évoluer leurs modes de fonctionnement et leurs résultats.

Les visites et entretiens dans les hôpitaux ont été complétés par des entretiens avec les directions régionales de la santé concernées et avec l'administration centrale du ministère de la santé ainsi que les unités GBO de celui-ci et du ministère des finances.

Les questions examinées au cours de cette mission, ont été les suivantes:

- Quel doit être le champ et quelles doivent être les finalités de ces contrats de performance hospitaliers ? Quels peuvent en être les termes de l'échange (i.e. sur quoi portent les engagements réciproques) ?
- Dans quelle mesure les différences de statut entre les hôpitaux affectent-elles les modalités et le contenu de ces contrats ?
- Quelle place pour l'Assurance Maladie ?
- Impact du double circuit de financement Etat / Assurance Maladie sur l'équilibre des engagements contractuels ? Impact de l'éventuel déplafonnement des paiements de l'Assurance Maladie aux hôpitaux ?
- Quelle place pour les directions régionales de la santé dans la contractualisation ?
- Le cadre de la GBO du ministère de la santé et, au-delà, l'organisation et les méthodes de l'administration centrale se prêtent-ils à cet exercice ? Y a-t-il des conditions préalables ?
- Modalités de préparation des contrats ?
- Qui signe les contrats ?
- Quel accompagnement méthodologique des établissements ?
- Quelles modalités de suivi et d'évaluation des contrats ?
- Quel système d'incitation / sanction ?
- Facteurs clés de succès.
- Enseignements des expériences étrangères.

Le présent rapport reprend donc ces questions et dessine les lignes directrices de ce que pourraient être les contrats de performance hospitaliers en Tunisie (partie III) ; mais auparavant, il établit un diagnostic de la situation actuelle (partie I) et précise les conditions relatives à l'environnement des hôpitaux en termes de gouvernance et de tutelle pour que ces instruments aient un sens et soient réellement des facteurs d'amélioration de la performance du secteur (partie II).

PREMIERE PARTIE : DIAGNOSTIC

Le diagnostic qui suit est fondé sur les analyses faites par l'équipe de la Banque mondiale durant sa mission sur place du 12 au 23 avril 2010, sur les entretiens obtenus avec de nombreux cadres administratifs et médicaux du ministère et des hôpitaux, et sur les documents transmis par le gouvernement tunisien concernant notamment l'environnement réglementaire des établissements. Ce diagnostic est présenté de manière volontairement succincte mais il inspire l'ensemble des recommandations développées dans les deux autres parties.

- **Après l'échec de la précédente tentative de « contrats objectifs » avec les CHU, l'introduction de nouveaux contrats doit surmonter un profond scepticisme des cadres administratifs et médicaux de ces établissements sur la sincérité et l'utilité d'un nouvel exercice de contractualisation.**

Lancée à la fin des années 90 pour les seuls établissements bénéficiant du statut d'«établissement public de santé» -c'est-à-dire les centres hospitalo-universitaires-, la précédente tentative de « contrats objectifs » découlait de ce statut spécifique, qui prévoyait la conclusion de tels contrats avec le ministère de la santé. Or la tentative a échoué et, si des projets ont bien été envoyés par plusieurs CHU au ministère, aucun contrat, défini comme un ensemble d'engagements explicites et réciproques entre deux parties, n'a été signé. L'échec de cette tentative de « contrats objectifs » semble due à plusieurs facteurs :

- Alors que les équipes hospitalières ont produit une réflexion, souvent approfondie, sur leurs objectifs à moyen terme (projet d'établissement), ce travail a été réalisé hors contrainte budgétaire a priori ; le chiffrage des moyens requis est resté généralement beaucoup plus imprécis (parfois même de l'ordre de l'implicite); cette préparation a donc pu susciter beaucoup de rêves et d'attentes dans les établissements, vite déçus par la réalité et la dure contrainte des moyens venue s'imposer ultérieurement;
- Ce processus s'est révélé très asymétrique, le ministère ne s'étant engagé à rien ; le décalage considérable entre les moyens implicitement requis par les projets d'établissements et les enveloppes budgétaires que pouvait raisonnablement espérer le ministère explique d'ailleurs largement que ce dernier ait été en quelque sorte tétanisé par la procédure et n'ait pas pu lui donner suite ;
- Le manque de coordination entre le ministère de la santé et le ministère des finances dans le pilotage du processus a également pesé, puisqu'il n'y a pas eu de connexion entre préparation budgétaire et préparation des contrats objectifs.

- **Dans l'ensemble des hôpitaux, quel que soit leur statut, la majorité des cadres hospitaliers souligne avant tout les dysfonctionnements et frustrations chroniques suscitées par l'organisation actuelle du ministère et de la tutelle hospitalières, qui tendent à obscurcir l'intérêt de possibles contrats de performance.**

L'organisation actuelle de la tutelle hospitalière comporte plusieurs dysfonctionnements qui pèsent sur le fonctionnement quotidien des hôpitaux et nourrissent malentendus et méfiance :

- Une procédure d'allocation de ressources (financières, humaines et matérielles) aux établissements opaque et imprévisible ; en particulier, l'expression fine des besoins en ressources humaines, en termes de profils et de qualification, fait largement défaut ;
- Une centralisation excessive et déresponsabilisante, dénoncée unanimement par tous les établissements ; en particulier, les modalités (de fait plus que de droit) d'affectation des personnels hospitaliers et l'ensemble de la gestion des ressources humaines dans les hôpitaux prive les directeurs d'établissements de leurs prérogatives logiques et conduit à une ingérence peu efficace de la tutelle dans le fonctionnement des services hospitaliers ;
- De nombreuses incohérences (entre autonomie théorique et réelle pour les EPS, entre les divers services d'administration centrale intervenant sans coordination dans la gestion des projets hospitaliers, entre les ambitions de performance et la réalité des conditions de fonctionnement des hôpitaux, entre les règles de paiement de l'assurance maladie et les nomenclatures établies par l'administration centrale, etc.) ;
- Un manque de dialogue, entre établissements et ministère d'abord (particulièrement dans la cadre de la préparation budgétaire annuelle) mais aussi au sein des hôpitaux entre services de soins ou entre ceux-ci et la direction de l'hôpital (sauf quelques exceptions) ; ce manque de dialogue entretient des malentendus et des attentes jamais satisfaites (par exemple entre les services centraux de l'équipement et les hôpitaux au sujet de la mise à disposition des crédits d'investissement et des programmes d'emploi de ces crédits exigés par l'administration centrale) ;
- Des problèmes en partie liés à l'organisation fragmentée de l'administration centrale du ministère de la santé et à l'absence de chef de file dans les relations et la négociation avec les hôpitaux.

Globalement, le diagnostic des difficultés et enjeux propres au ministère de la santé dans la perspective de la gestion de programmes, réalisé au printemps 2009 lors d'une précédente mission de la Banque mondiale (relative au dialogue de gestion) reste d'actualité (cf. ANNEXE).

- **Dans le contexte de l'actuelle tutelle hospitalière, le scepticisme à surmonter se double de craintes relatives à la procédure GBO elle-même, perçue comme exclusivement descendante et peu concertée.**
- **Sous-jacente à la notion de performance, la réflexion sur les objectifs et les moyens apparaît pour l'instant faussée.**
 - La dynamique propre des projets d'établissements : les projets d'établissements sont intrinsèquement inflationnistes dans le secteur de la santé, en raison de la combinaison de deux logiques : d'une part, la logique bureaucratique d'expansion des institutions; d'autre part, la logique médicale d'excellence, encouragée par le progrès technique, l'aide internationale à l'investissement et les échanges avec d'autres systèmes de santé. D'où la nécessité d'encadrer ce type d'exercice par la planification et par les normes budgétaires.
 - De ce fait, l'exercice en cours de préparation de nouveaux projets d'établissements dans les 26 hôpitaux sélectionnés pour la « Mise à niveau des structures de soins » (dont le champ est plus large que celui de la GBO mais non sans point commun) apparaît risqué.
 - A l'inverse, le discours souvent entendu dans les établissements sur le préalable des moyens (« tant que je n'ai pas plus de moyens, je ne m'implique pas dans une démarche de performance », « il ne sert à rien de perfectionner un système de comptabilité analytique tant que l'assurance maladie ne s'en sert pas comme base de ses paiements », etc.) n'est pas davantage acceptable.
 - Le débat sur les objectifs et les moyens est encore compliqué par le problème du mode de financement des hôpitaux, qui, lui-même en transition, peine à accompagner leur expansion et leur montée en charge technologique ; de fait, des déficits récurrents sont observés dans de très nombreux hôpitaux, parfois à un niveau élevé. Pour partie, ces déficits sont la contrepartie de la volonté du Gouvernement de préserver l'équilibre de l'assurance maladie, notamment à travers le plafonnement des paiements dûs aux hôpitaux sur la base de leur activité. Le choix de localiser les déficits dans les hôpitaux plutôt que dans l'assurance maladie pose problème dans le nouveau contexte d'une gestion des établissements par la performance.
- **Le système actuel de gouvernance des hôpitaux est peu propice à la formalisation et au respect d'engagements de la part des équipes hospitalières**
 - Les directeurs d'établissements ont peu de leviers d'action et leur *capacité* d'assurer la réalisation d'éventuels engagements est limitée (qu'il s'agisse de qualité d'accueil des patients, d'optimisation de l'usage des plateaux techniques, de meilleur usage du

- médicament, de coordination des soins, de fiabilisation des facturations, etc.). Des initiatives tournées vers la performance existent bel et bien dans certains établissements (concernant l'achat et l'approvisionnement en médicaments par exemple, ou la mesure de satisfaction des patients) mais celles-ci reposent sur l'alchimie personnelle et fortuite entre quelques cadres administratifs et médicaux.
- Dans les EPS aussi, l'autonomie et les prérogatives de gestion sont plus théoriques que réelles.
 - L'indifférence d'une part importante des personnels hospitaliers à l'égard des intérêts de leur établissement est un autre obstacle à surmonter. Celui-ci affecte toute la chaîne d'opérations : accueil des patients, enregistrement de leur séjour, soins, facturation. Le non enregistrement et la non facturation d'une part non négligeable des séjours ou des actes, l'absentéisme du personnel, le débordement de l'activité privée des médecins hospitaliers au-delà du cadre réglementaire, en constituent quelques illustrations. Quelques questions émergent: comment établir le soutien politique et technique qui permette à la hiérarchie de réagir face à ces dysfonctionnements ? Comment recréer un minimum d'adhésion des personnels hospitaliers aux règles de l'institution ? Il faut noter toutefois que certains établissements bénéficient d'un climat social plus positif et d'un engagement remarquable de leurs chefs de service et d'autres membres de leur personnel.
 - Une autre difficulté (non surprenante dans ce contexte) résulte de la faible culture de contrôle de gestion. Si les CHU disposent d'un tableau de bord transmis chaque mois au conseil d'administration sur l'activité et la situation financière de l'établissement, le degré d'analyse et de discussion de ses chiffres est très variable selon les établissements. Quant au contrôle interne, il est très peu développé (pas de culture de contrôle en interne de la bonne application des protocoles de soins (élaborés au niveau national ou empruntés à la Haute Autorité de Santé française), de la bonne tenue des dossiers des patients ou de la procédure de facturation, par exemple....sauf exception, comme dans ce CHU où la personne récemment nommée à la fonction d'audit interne a réalisé un audit de la facturation, révélateur d'oublis nombreux). A noter toutefois, le recrutement programmé à brève échéance de 60 cadres contrôleurs de gestion dans les établissements, et la création prochaine de postes de médecins responsables de l'information médico-économique, sont susceptibles d'initier un changement – sous réserve que ces cadres soient effectivement formés pour ces fonctions. Certains gros CHU, tels que le CHU de Sahloul, disposent déjà d'équipes de gestion ainsi structurées.
 - Les systèmes d'information hospitaliers, dont les qualités ont été souvent soulignées, ne sont pas encore suffisamment tournés vers la maîtrise des processus internes à l'hôpital. Une meilleure adaptation aux besoins des établissements, variables selon

leur taille et l'étendue de leur activité notamment, est souhaitée par les cadres administratifs et médicaux des hôpitaux. Le besoin le plus affirmé concerne le dossier unique et informatisé du patient, dont les enjeux sont très importants tant pour la coordination et la qualité des soins que pour la base de facturation. La nécessité d'un enregistrement plus complet et plus fin de l'activité de soins (selon les diagnostics primaires et secondaires associés et le recours à certains actes) et des coûts liés aux épisodes de soins doit être également soulignée.

Caractéristiques statutaires des Etablissements Publics de Santé : le droit et la réalité :

Dispositions juridiques	Réalité
<p>Les EPS sont soumis au code du commerce, et non pas au code de comptabilité publique, ce qui permet plus de souplesse dans les achats et les relations avec les fournisseurs ainsi qu'un allègement de la tutelle.</p>	<p>Dans les faits, l'incidence de cette disposition est réduite par la forte centralisation des procédures d'acquisition de matériel et équipement qui laisse aux EPS une faible capacité d'achats directs. A ce stade donc, cette disposition du statut EPS a une incidence concrète modérée en termes de responsabilités de gestion et de possibilité de contractualisation.</p>
<p>Les EPS sont dotés d'un conseil d'administration délibérant qui regroupe des membres représentant la tutelle, les acheteurs de services, les collectivités locales, les consommateurs et des médecins de libre pratique.</p>	<p>Le conseil d'administration délibère, sur la base d'une information de gestion standardisée, mais elle ne constitue ni une instance de contrôle interne de la direction ni une instance de réflexion élargie et de résolution des problèmes de fond de l'hôpital.</p> <p>Le directeur d'hôpital ne peut juridiquement participer aux séances du conseil d'administration (VERIFIER)</p>
<p>Les budgets prévisionnels de fonctionnement et d'investissement ainsi que les schémas de financement des EPS sont établis en fonction des objectifs et prévisions d'activités, arrêtés par le <u>contrat programme</u> établi entre la tutelle et l'EPS.</p> <p>Les modalités de fixation du budget d'équipement et la gestion du personnel restent cependant identiques à celles des autres structures sanitaires publiques.</p>	<p>Les EPS ne disposent pas en réalité de budgets d'investissement. Les dépenses d'investissement sont décidées, réalisées et affectées à tel service hospitalier directement par la tutelle, pour plusieurs raisons (problème de l'énorme décalage entre le volume de l'enveloppe d'investissement disponible à l'échelle nationale et la somme des demandes transmises par les établissements, difficulté de la tutelle à répartir des budgets d'investissements, condition de présentation par les établissements de programmes d'emploi non satisfaite).</p> <p>Par ailleurs les contrats programme n'ont jamais été signés (tentative de projets d'établissements, non suivie de contractualisation).</p> <p>Cette disposition du statut EPS a donc une incidence concrète très limitée jusqu'à présent en termes de responsabilités de gestion et de possibilité de contractualisation.</p>
<p>Les EPS peuvent contracter des emprunts après accord du ministère des finances et du ministère</p>	<p>En pratique cependant, cette possibilité ne s'est encore matérialisée dans aucun EPS, en dépit du caractère souvent</p>

de la santé publique, contrairement aux autres structures sanitaires publiques.	déficitaire de leur situation financière.
→ Au total, le statut EPS tel qu'appliqué actuellement n'a qu'un impact limité sur les capacités d'engagement contractuel avec la tutelle.	

- **Malgré les difficultés soulignées précédemment, l'introduction de contrats de performance peut aussi trouver des points d'appui :**
 - L'engagement fort de certains directeurs et chefs de service en faveur de l'amélioration de la performance de leur établissement, qui se traduisent par des initiatives concrètes et positives (exemples : démarche qualité des procédures d'achat et d'approvisionnement en médicament à l'hôpital régional de Kairouan ; enquête de satisfaction des patients à l'hôpital régional de Bizerte ; organisation de l'orientation et de l'information des patients à l'hôpital régional de Bizerte) ; on observe de même l'adaptation de certains organigrammes (mise en place d'un encadrement complet et structuré au CHU de Sahloul, incluant en sus des fonctions habituelles un chef de service des soins infirmiers, un responsable de l'information médico-économique, un contrôleur de gestion et un auditeur interne ; existence à Bizerte d'un médecin évaluateur ;
 - La contribution effective du comité médical à la résolution de problèmes dans certains établissements ;
 - L'appréciation positive portée sur des exercices récents de concertation, de diagnostic et de prospective (ex : projet d'établissement 2009-2013 au CHU La Rabta ou projet 2007-2011 au CHU Sahloul), dont l'utilité en termes de mobilisation interne est reconnue...ainsi que le potentiel en termes de communication externe ;
 - L'existence de marges de manœuvre importantes pour motiver les équipes et accroître le rendement de leurs efforts, dès lors que l'on fait évoluer sensiblement l'environnement réglementaire et la gouvernance de l'hôpital (indépendamment de la quantité des moyens alloués -- même si celle-ci ne peut pas être absente des négociations in fine).
- **Les contreparties attendues du ministère par les établissements dans la logique de performance et de contractualisation sont cruciales :**
 - Contreparties financières : ajustement des bases budgétaires et des règles de financement, indemnités d'intéressement pour les personnels soumis à sujétions fortes ou consentant des efforts particuliers (il faut éliminer les désincitations à l'activité et

à la performance, y compris celles qui touchent à la fonction publique); revalorisation des tarifs sur la base de l'analyse des coûts; financement clarifié de la formation, etc ;

- Contreparties non financières : assouplissements réglementaires et marges de manœuvre données aux hôpitaux dans la gestion de leurs ressources, financières, matérielles et humaines ; par exemple : gestion par les établissements de leurs personnels ouvriers, meilleure maîtrise des profils de qualification et de l'affectation interne des personnels techniciens et paramédicaux ; pouvoir de sanction de premier degré, etc. (cf. parties II et III).

- **Le cadre national de performance de la GBO reste à affiner, à stabiliser et à expliquer.**

Le cadre national de performance de la GBO dans le secteur de la santé apparaît inachevé alors qu'il doit servir maintenant de référence pour la préparation des contrats avec les établissements.

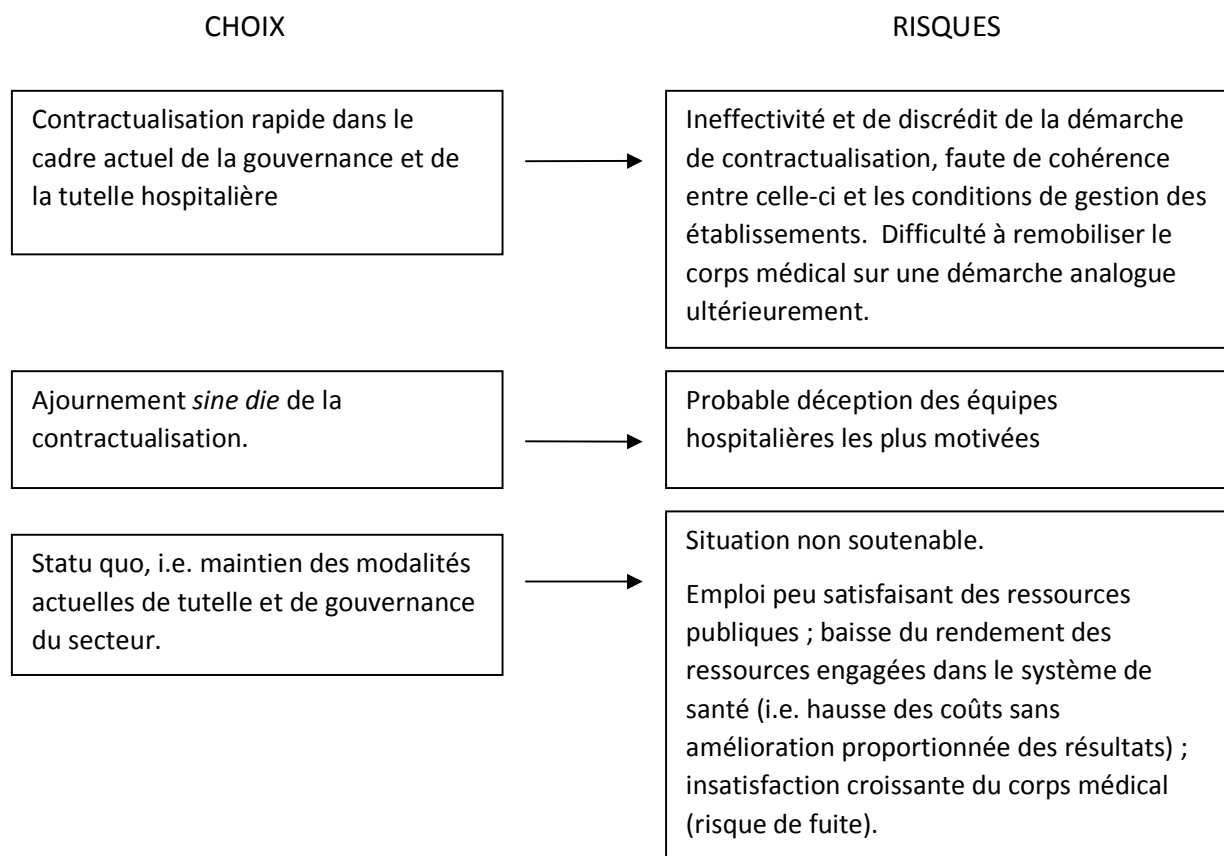
- Les programmes restent des notions assez floues, dont les responsables tardent à s'impliquer dans les travaux préparatoires de la GBO.
- Les objectifs nationaux des trois programmes de la GBO relatifs aux structures de soins se déclinent assez bien mais les établissements ne s'y retrouvent pas complètement -surtout pour les programmes 2 et 3- ayant le sentiment que ces objectifs touchent aux marges et non au cœur de leur activité. En outre, aucun objectif n'a pour l'instant été défini pour les établissements à vocation spécifique au sein du programme 3.
- Les objectifs du programme d'appui manquent encore de précision et de justification au regard des enjeux stratégiques pour le ministère. Par exemple, l'objectif de renforcement de la formation devrait être mieux ciblé ; et la substitution de l'objectif de développement de l'administration électronique à celui de modernisation du système d'information paraît regrettable, tant ce dernier présente des enjeux importants pour la performance des hôpitaux.
- Il est vrai que ces objectifs ainsi que les indicateurs associés étaient en cours de révision au printemps 2010, dans le cadre d'une concertation -bienvenue- avec les établissements ; on peut espérer que leur légitimité et leur effectivité en sortiront renforcées.
- Il reste à expliquer (et à concrétiser) la nécessité de concilier la logique de la GBO qui est une logique de pilotage central (« monitoring ») et la logique de management décentralisé de la performance qui suppose des objectifs propres à chaque établissement.

Structure de programmes du ministère de la santé, en avril 2010 (document de travail) [DEMANDER MISE A JOUR EN FONCTION DES TRAVAUX D'AVRIL de L'UNITE GBO]:

Programmes	Responsable du programme	Sous-programme	Objectifs
1. Structures de soins de santé de base	Directeur des soins de santé de base (au sein de la direction générale de la santé publique)		<ul style="list-style-type: none"> - Développer les services préventifs. - Améliorer la prise en charge des maladies chroniques : dépistage précoce et prise en charge médicamenteuse du diabète - Améliorer la qualité des soins dans les hôpitaux de circonscription - Promouvoir la santé de la mère et de l'enfant : dépistage du cancer du sein.
2. Structures sanitaires de deuxième ligne	Transition en cours (Responsable de fait : chargé du budget au sein de la DGSSP ; auparavant directeur du Centre national de greffe de moelle osseuse)		<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer l'accessibilité des spécialités de base - Améliorer l'accessibilité et la qualité de prise en charge dans les services d'urgence
3. Structures sanitaires universitaires ou à vocation spécifique	Directeur général des structures sanitaires publiques	<ul style="list-style-type: none"> - Etablissements publics de santé - Etablissements à vocation spécifique 	<ul style="list-style-type: none"> - Développer les alternatives à l'hospitalisation - Développer les activités de recherche des CHU - Développer les soins de médecine de pointe ???
4. Programme d'appui	Directrice générale des services communs	<ul style="list-style-type: none"> - Informatique - Formation - Administration générale 	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer l'administration électronique - Renforcer la formation - Améliorer la disponibilité opérationnelle des équipements (notamment renforcer la maintenance) - Maîtriser la consommation d'énergie

En conclusion, on retiendra les éléments de diagnostic suivants :

- **La contractualisation avec les hôpitaux dispose de points d'appui et suscite des attentes mais elle doit aussi surmonter de sérieux obstacles liés à leur environnement réglementaire, à leurs modalités de gestion et à l'organisation de l'administration centrale et de la tutelle hospitalière.**
- **Au terme des nombreux entretiens obtenus avec les hôpitaux et l'administration centrale du ministère de la santé, on voit assez bien ressortir les possibles « termes de l'échange » entre hôpitaux et ministère ; toutefois, ceux-ci supposent d'assez fortes ruptures ou remises en cause de part et d'autre.**
- **L'enjeu de la GBO rejoint des enjeux stratégiques pour le secteur de la santé en Tunisie : il s'agit à présent de passer d'une phase d'expansion (quantitative et technologique) à une phase d'optimisation ; il importe aujourd'hui pour la Tunisie d'accroître le rendement des ressources engagées dans son système de santé. C'est dans ce contexte et dans cette optique que doivent être utilisés les instruments de la GBO.**
- **A ce stade, les risques sont de nature diverse :**



- **Deux stratégies possibles se dégagent :**
 - **Une réforme volontariste, cohérente et rigoureuse de la gouvernance et de la tutelle hospitalières préalablement à la contractualisation ;**
 - **Une réforme volontariste de la gouvernance et de la tutelle hospitalières engagée dès maintenant et programmées dans leurs développements futurs, parallèlement à la préparation de contrats de performance avec un petit nombre d'hôpitaux prêts pour l'exercice, qui feront la démonstration de son intérêt et pourront faciliter ensuite son extension à d'autres établissements.**

La partie II qui suit précise les axes de la nécessaire réforme de la gouvernance et de la tutelle hospitalières, cependant que la partie III énonce les modalités d'une possible contractualisation, dans l'hypothèse où le gouvernement de la Tunisie choisirait la seconde de ces deux options.

DEUXIEME PARTIE :

UNE CONDITION INDISPENSABLE A L'EFFICACITE DES CONTRATS : CREER UN ENVIRONNEMENT COHERENT ET FAVORABLE A L'ENGAGEMENT DES HOPITAUX

Que cette réforme soit conçue comme un préalable aux contrats de performance, ou qu'elle soit engagée rigoureusement en parallèle à quelques contrats « pionniers », ses composantes doivent être clairement énoncées. Cette réforme est essentielle pour le secteur de la santé en Tunisie, indépendamment même de la GBO. Elle doit permettre :

- d'accroître le rendement des ressources engagées dans le système de santé ;
- d'assurer ainsi la soutenabilité des investissements publics dans ce secteur de plus en plus coûteux ;
- d'accompagner la transition d'une phase d'expansion à une phase d'optimisation des structures de soins ;
- De rendre les 'règles du jeu' plus cohérentes.

Pour la GBO aussi cette notion de cohérence est importante. Le résultat de la GBO dépendra largement de la capacité des ministères à faire évoluer leurs méthodes, particulièrement en matière de « monitoring » et de management, d'audit interne et d'information sur la performance (« reporting »).

La Turquie illustre la possibilité de blocage de la GBO sous le double effet de contraintes excessives sur les dépenses publiques et de l'aversion des cadres administratifs pour la prise de risque et de responsabilité. Par ailleurs, la diversité des expériences de GBO parmi les pays développés ou en développement montre que plusieurs compromis sont possibles. En Thaïlande, par exemple, le contrôle centralisé des moyens (dû au manque de capacités de gestion des dépenses dans les ministères) est combiné à une budgétisation fondée sur des objectifs de production et à un système sophistiqué de mesure quantitative et qualitative de la production et des résultats.

De manière générale, les expériences étrangères de management de la performance montrent que créer un environnement propice à l'accomplissement par chaque acteur de sa mission et de ses engagements importe plus que la mise en œuvre de modalités de surveillance et de contrôle sophistiquées. Dans le secteur des hôpitaux, les exemples de la France, de la Nouvelle Zélande ou du Royaume Uni soulignent bien le lien entre contractualisation et structure de gouvernance hospitalière.

Cette deuxième partie trace les grandes lignes de ce que pourrait être en Tunisie un environnement propice à l'engagement des acteurs du secteur hospitalier.

1) Adapter la structure de financement des hôpitaux aux besoins d'un secteur en cours de croissance, de diversification et de modernisation technologique

a) Donner aux différents circuits de financement des hôpitaux une logique claire

- Il est souhaitable que le financement apporté par l'Assurance Maladie repose sur une base qui soit plus objective et moins désincitative à l'activité des hôpitaux, ce qui appelle notamment un déplafonnement des paiements sur facturation. Toutefois, le déplafonnement doit s'accompagner d'un légitime renforcement des contrôles de facturation par l'Assurance Maladie.
- La question se pose alors de l'articulation entre cette source de financement et celui apporté par l'Etat, aujourd'hui sous forme de rémunération des personnels hospitaliers (sauf ouvriers). De deux choses, l'une :
 - soit les facturations à l'Assurance Maladie sont fondées sur les coûts complets (coûts fixes et variables), comme c'est le cas en France par exemple, alors l'Etat ne doit plus financer les effectifs des hôpitaux (mais peut apporter une contribution budgétaire à la CNAM ou lui transférer certaines recettes fiscales) ;
 - soit les facturations à l'Assurance Maladie sont fondées sur les seuls coûts variables (médicaments et autres consommations courantes, à l'exclusion des personnels et équipements), alors l'Etat peut conserver son intervention financière mais il n'y a pas de raison de ne pas couvrir la totalité des coûts variables engendrés par l'activité des hôpitaux.
- Dès lors que les établissements entrent dans une logique d'engagement et de responsabilité, ils ne doivent pas supporter sous forme de sous-financement les contraintes d'équilibre du régime d'assurance maladie, lesquelles doivent être traitées par d'autres moyens.

b) Fonder les tarifs sur une meilleure connaissance des coûts et des processus de soins

- Mieux retracer l'ensemble des coûts

A court ou moyen terme, une amélioration du système d'information relatif aux séjours des malades est nécessaire, afin de retracer de manière plus complète les diagnostics (principaux et associés) et l'ensemble des actes et consommations associés à chaque séjour; cela signifie une classification et une codification plus fines des séjours, et une saisie systématique et en temps réel de ces informations par les praticiens concernés. La mise en place du dossier unique et informatisé de chaque patient apporterait une contribution capitale à cet égard.

- Mettre à jour les tarifs dans un sens raisonnablement incitatif

Une mise à jour régulière des tarifs et des nomenclatures est nécessaire afin de prendre en compte les évolutions structurelles des prestations de soins hospitaliers, sans pour autant abandonner un élément d'incitation consistant à normer les tarifs sur un certain niveau d'efficience.

c) Améliorer la couverture des coûts par une meilleure mobilisation des droits des affiliés sociaux

- Accueil, ouverture et vérification des droits sociaux

Des solutions pratiques doivent être recherchées pour mieux établir les droits des affiliés sociaux : affectation d'un agent de la Caisse d'Assurance Maladie à l'accueil des hôpitaux (un certain nombre de demi-journées par semaine durant une certaine période) pour vérifier et éventuellement réaliser les ouvertures de droits sociaux ? Mise en œuvre d'une identification des affiliés sociaux par carte électronique (qui éviterait les erreurs de saisie des identifiants) ?

- La mobilisation des droits sociaux existants : la question des patients exonérés

La question (sensible) des patients exonérés de tout paiement (indigents de type I et II, accidentés de la voie publique, personnels de santé et autres professions à statut particulier) doit être revue. Si la situation des indigents est bien spécifique, en revanche, le principe devrait être affirmé selon lequel tout patient affilié à l'Assurance Maladie, quelle que soit sa profession, doit faire l'objet d'une facturation à l'Assurance Maladie pour les soins reçus (quitte à maintenir l'exonération de ticket modérateur au bénéfice de certaines professions si le Gouvernement souhaite pérenniser ce choix social).

2) Revoir le processus d'allocation des ressources aux hôpitaux afin de le rendre plus transparent, mieux arbitré et plus conforme à la responsabilisation des hôpitaux

a) Faciliter les arbitrages budgétaires

Le changement souhaité des règles du jeu doit permettre de passer d'un système où chaque établissement a intérêt à maximiser ses demandes tout au long de l'année vers un système où chaque établissement a intérêt à maximiser ses réalisations dans un budget donné.

- Les acteurs de la procédure budgétaire gagneraient à intégrer dès la phase de préparation budgétaire des normes obligeant les établissements à arbitrer entre leurs propres demandes : taux directeur indicatif ou fourchette d'évolution budgétaire, pouvant être éventuellement modulés selon certains critères de performance ou complétés par des enveloppes spécifiques visant à inciter telle ou telle action.
- La préparation budgétaire doit également comporter plus de dialogue entre établissements et ministère.

- Inversement, cela suppose que le directeur hospitalier joue plus qu'aujourd'hui son rôle d'arbitrage entre les demandes internes concurrentes des différents services (au lieu de se contenter trop souvent de transmettre au fil de l'eau les demandes des chefs de service, laissant le soin et la charge de trancher à l'administration centrale du ministère de la santé - voire des finances - ce que l'administration centrale est souvent dans l'incapacité de faire faute d'information et d'expertise suffisante sur les justifications des demandes).
- De même, il importe que le ministère de la santé joue davantage son rôle d'arbitrage avant de transmettre ses demandes budgétaires au ministère des finances.
- En parallèle, les acteurs de la procédure budgétaire doivent s'attacher à promouvoir une plus grande sincérité dans les demandes de crédits, tant au niveau des établissements que du ministère.

b) Donner aux établissements une plus grande visibilité sur leurs ressources

- Donner aux établissements une plus grande visibilité sur leur budget de l'année et des années suivantes, en fonctionnement comme en investissement, en intégrant davantage les effets prévisibles induits par certains investissements nouveaux sur le niveau structurel des dépenses de fonctionnement (coûts de maintenance au-delà de la période de garantie, coûts des consommables, etc) ;
- Donner aux établissements une plus grande visibilité sur leurs effectifs (en volume et en structure de qualification) pour l'année et les années suivantes. Même s'ils n'en supportent pas directement la charge, il est souhaitable que les établissements connaissent aussi le coût de leurs effectifs (budget personnel).
- Inciter à la bonne gestion des ressources : autoriser la conservation des excédents dégagés par les établissements.

c) Décentraliser en partie la procédure d'allocation des ressources matérielles

- Distinguer ce qui requiert légitimement une procédure centralisée (achat d'équipements lourds, choix d'activité qui relèvent de la planification nationale de l'offre de soins) et ce qui peut être décentralisé au niveau des établissements (achat ou remplacement de petit matériel médical ou informatique, budget de maintenance). L'allocation aux établissements d'une dotation d'équipement n'empêche pas que l'acquisition de certains matériels passe par une procédure d'achat groupé si cela est justifié par une économie d'échelle substantielle.
- En échange, une procédure de décision rigoureuse doit être exigée des établissements : décision du directeur d'hôpital après avis du comité médical et délibération ou information (selon les cas) du conseil d'administration, obligation du directeur de calculer et de communiquer non seulement les coûts immédiats de l'équipement considéré mais aussi ses

coûts différés (maintenance, consommables) ainsi que ses incidences sur l'activité, les conditions de travail et l'organisation de l'établissement, etc.

- Restreindre le recours aux autorisations préalables de l'administration centrale (ex : approbation du programme d'emploi d'une enveloppe notifiée de crédits d'équipements préalablement à sa mise à disposition à des établissements) ; y substituer d'autres formes de contrôle plus responsabilisantes (exigences de procédure pour les décisions de l'hôpital, contrôles externes a posteriori), au moins pour les établissements qui démontrent une certaine qualité de gestion.
- La contractualisation peut faciliter cette évolution, si elle institue un enchaînement du type:
Programme d'investissement inclus dans le contrat signé → Mise à disposition annuelle des enveloppes de crédits auprès de l'établissement
→ Mise en œuvre conforme aux orientations du contrat, sous l'autorité du directeur d'hôpital, dans le cadre des procédures de gestion internes de l'hôpital → Contrôle d'exécution a posteriori.
- Le développement des contrôles externes a posteriori par le ministère est une contrepartie nécessaire de la décentralisation de certaines décisions.

3) Donner aux établissements (EPS et EPA) plus d'autonomie et de souplesse tout en confortant l'autorité du directeur d'établissement

a) Donner aux hôpitaux une meilleure maîtrise de leur outil technique

Cela rejoint les orientations du paragraphe précédent. S'y ajoute :

- la nécessité de relever le seuil des marchés publics (au moins au niveau de celui des EPS voire au-delà)...avec renforcement des contrôles a posteriori ;
- la nécessité d'un meilleur dialogue entre établissements et ministère préalablement aux choix de création ou d'extension de services ou de plateaux techniques, car ces décisions peuvent avoir des conséquences lourdes sur le fonctionnement global de l'établissement.

b) Décentraliser en partie la gestion des ressources humaines et mieux prendre en compte les efforts

- Confier aux hôpitaux la gestion complète des personnels ouvriers (qu'ils rémunèrent déjà), y compris leur recrutement et leur affectation.
- Laisser aux hôpitaux la maîtrise de l'affectation des personnels paramédicaux et techniques aux différents services, et mieux prendre en compte les profils et qualifications requises.
- Donner progressivement aux hôpitaux une plus grande maîtrise sur les profils des personnels qui y sont nommés.

- Donner aux directeurs d'hôpitaux le pouvoir de sanction de premier degré.
- Développer progressivement les indemnités d'intéressement pour les personnels soumis à sujétions fortes et consentant des efforts particuliers.

c) Conforter l'autorité du directeur d'hôpital

- L'autorité du directeur d'hôpital dans la procédure budgétaire

Aucune demande budgétaire ne doit être considérée par l'administration centrale si elle n'est pas signée du directeur, portant l'avis du comité médical (ou au minimum transmise à celui-ci pour information), et approuvée (délibérée) par le conseil d'administration ou conseil d'établissement. Ceci est de nature non seulement à conforter l'autorité du directeur d'établissement mais aussi à tempérer le face à face parfois difficile entre directeur d'hôpital et chefs de service.

- La place du directeur vis-à-vis du conseil d'administration (??)

Le directeur prépare les travaux du conseil d'administration et met en œuvre les orientations définies par ce dernier. Il doit être en mesure d'exposer personnellement au conseil d'administration la situation de l'établissement, les résultats de sa gestion et les enjeux des choix à effectuer. [recommander sa participation au CA ???]

- La reconnaissance de la fonction de direction d'hôpital

Actuellement les directeurs d'hôpitaux sont nommés, comme les chefs de service, par décret présidentiel, les CHU faisant l'objet d'une procédure particulière laissant plus de choix au Président de la République. Seuls les directeurs généraux de CHU disposent d'une grille de rémunération spécifique.

Si les responsabilités des directeurs d'hôpitaux sont appelées à croître, il est souhaitable de conférer à la fonction les contreparties des responsabilités attendues, en termes notamment de rémunération, de procédure de nomination, et d'évaluation.

d) La question du statut juridique des établissements

La question est posée d'une éventuelle extension du statut d'EPS au-delà des seuls CHU. En effet, si ce statut est supposé répondre aux spécificités de l'activité de soins hospitaliers, pourquoi le limiter aux CHU et ne pas l'accorder aux hôpitaux régionaux dont certains sont de grande taille, offrent une large gamme de soins et exercent même parfois des fonctions de formation universitaire ?

Des assouplissements et marges de manœuvre de gestion peuvent certes être mis en place indépendamment du statut de l'établissement mais la question du champ d'application du statut EPS se pose néanmoins.

4) **Rendre plus cohérentes et plus efficaces les actions de l'administration centrale de la santé dans ses relations avec les établissements**

L'administration centrale est vis-à-vis des établissements de santé à la fois autorité de tutelle et prestataire de services et c'est dans cette double perspective qu'elle doit renforcer la cohérence de ses interventions.

Les recommandations concernant l'organisation de l'administration centrale de la santé, formulées dans le guide méthodologique de 2009 relatif au dialogue de gestion sont confirmées par la mission de 2010. Plus précisément, on retiendra les orientations suivantes :

a) Rendre plus cohérent le pilotage de l'expansion de l'offre et des gros investissements

- La DGSC pourrait avantageusement constituer en son sein un comité de pilotage des opérations de création de services et d'extension d'hôpitaux, réunissant les services en charge des bâtiments, des équipements, des matériels et des personnels afin que, régulièrement (chaque trimestre par exemple) ce comité se mette d'accord sur un échéancier assurant le bon phasage de l'achèvement des bâtiments, de l'installation des matériels et de la mise à disposition des personnels aux profils requis.

Exemple simple de tableau de bord des projets fonctionnels :

Echéancier de mise en place				Surcoûts de fonctionnement en rythme de croisière		
Bâtiment	Equipement	Matériel	Effectif	Maintenance	Consommables	Effectif

- Tout projet d'installation d'un nouvel équipement lourd devrait s'accompagner d'une évaluation des surcoûts induits sur le fonctionnement de l'établissement en rythme de croisière (maintenance à expiration de la garantie, consommables, personnels) ; le choix d'investissement doit tenir compte de ces données en plus de son coût direct, de ses spécificités techniques et de son utilité intrinsèque ; si l'investissement est décidé, les surcoûts de fonctionnement prévisionnels doivent être intégrés dans la base budgétaire de l'établissement (sous réserve d'éventuelles économies par ailleurs).
- Les directions régionales du ministère pourraient jouer un rôle de synthèse de l'information, de suivi et d'alerte dans la conduite de tels projets.

Le qui-fait-quoi de l'administration centrale

Au Québec, le ministère de la santé et des services sociaux publie (y compris sur son site internet) son « Plan d'organisation administrative » qui explicite de manière détaillée les responsabilités de chaque unité d'administration centrale.

b) Perfectionner le système d'information hospitalier afin qu'il contribue davantage à l'amélioration de la qualité des soins et de l'efficacité de gestion

- Mettre en place dès que possible le dossier médical unique informatisé du patient, en prévoyant la saisie en temps réel par les praticiens de leurs actes et consommations, de façon à assurer un enregistrement plus complet et plus fiable qu'aujourd'hui des diagnostics (primaires et secondaires), des parcours et des consommations des malades et permettre la traçabilité des actes. Les enjeux sont importants à la fois pour la qualité et la sécurité des soins, la connaissance précise de la production hospitalière et la facturation.
- L'institution d'un dossier des soins infirmiers en est un complément logique et utile (parallèlement à une organisation plus institutionnalisée des professionnels paramédicaux et techniques).
- Affiner progressivement la classification des séjours afin de mieux refléter la réalité de l'activité hospitalière et de donner une base plus juste aux facturations.
- Accroître l'interface entre applications (parcours de soins – facturation ; diagnostics – actes – prescriptions pharmaceutiques) pour fiabiliser à la fois la facturation et la sécurité des soins.
- Laisser un peu d'espace aux adaptations informatiques locales et reconnaître la spécificité de certains besoins d'information (dans les CHU par exemple).
- A terme, installer un spécialiste de l'informatique dans les gros établissements (???)
- Revoir, de manière concertée, le contenu des transmissions d'information de routine à l'administration centrale pour assurer la pertinence, la signification et l'utilité des indicateurs renseignés.
- A moyen terme, réfléchir à l'identification d'« événements alertes » en termes de gestion hospitalière: dette aux fournisseurs, absentéisme, turnover, taux de décès ou d'infection contractée à l'hôpital, par exemple.

5) Repositionner les directions régionales de la santé publique

Dans tous les pays de l'OCDE, l'échelon régional ou local, exerce des fonctions importantes de régulation ou de gestion dans le domaine de la santé, que ce soit dans le cadre d'une déconcentration (exercice délégué des compétences juridiques de l'Etat – cas de la France, du Royaume Uni, de la Nouvelle Zélande ou du Québec, par exemple) ou dans le cadre de la décentralisation (c'est-à-dire dans le champ de compétences d'autres collectivités politiques élues et autonomes – cas notamment des pays scandinaves et de l'Espagne, dans le secteur de la santé).

Les agences régionales de l'hospitalisation (devenues agences régionales de santé) en France :

Instituées par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, les 26 agences régionales de l'hospitalisation (ARH) sont chargées de :

- définir et mettre en œuvre la politique régionale de l'offre de soins hospitaliers à travers le Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire et les *contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens* conclus avec les établissements ;
- analyser et coordonner l'activité des établissements de santé ;
- déterminer leurs ressources à travers la campagne budgétaire ;
- contrôler leur fonctionnement.

Chaque agence est un groupement d'intérêt public (personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière) constitué entre l'Etat et l'assurance maladie. Placée sous la tutelle du ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale, elle est soumise au contrôle de la Cour des Comptes et de l'Inspection Générale des Affaires Sociales.

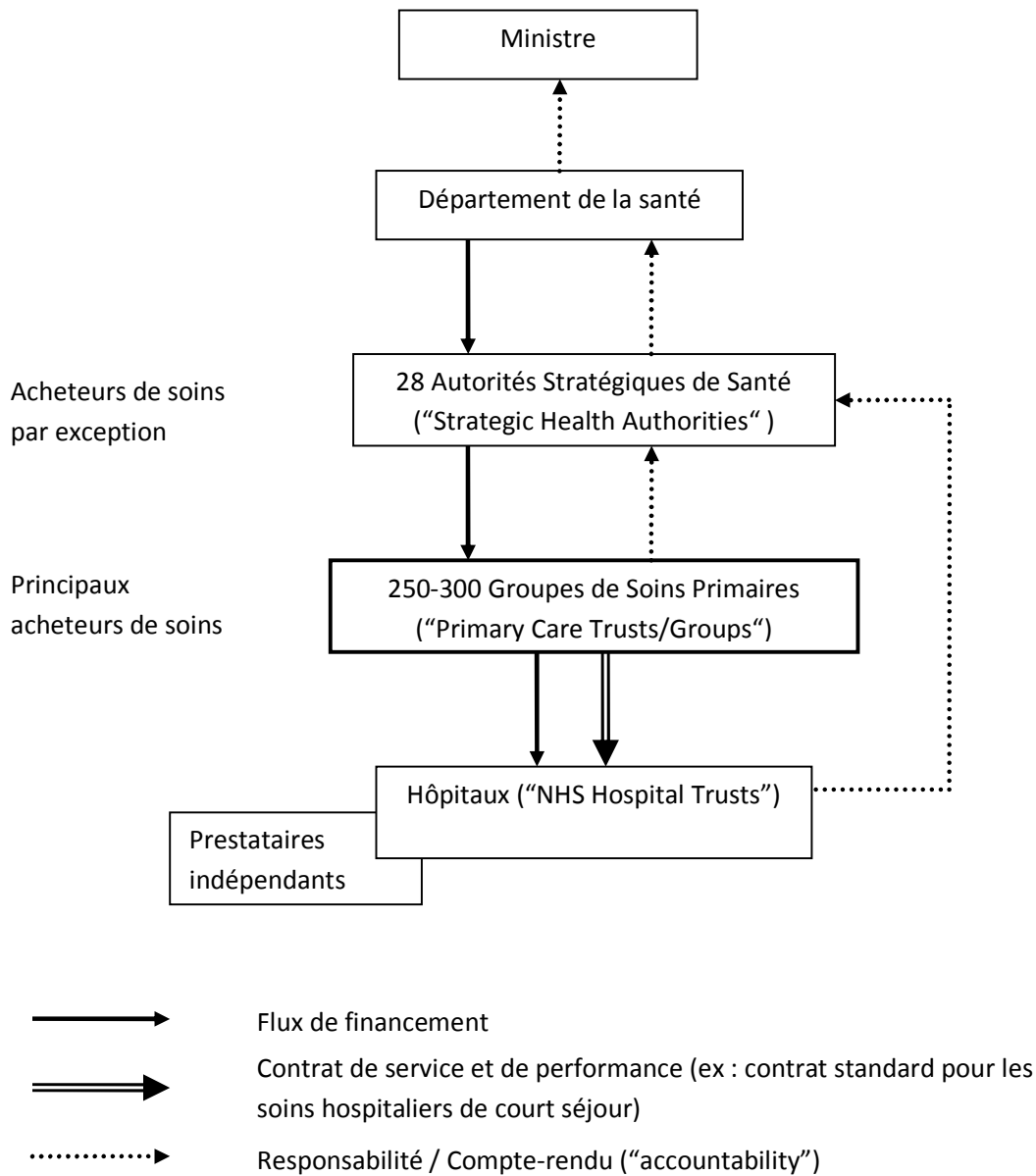
L'ARH est administrée par une commission exécutive qui délibère ou émet des avis sur la plupart des dossiers relevant des compétences de l'agence ; dans un certain nombre de cas les procédures imposent au directeur et la commission exécutive de consulter d'autres instances (par exemple, le Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale en matière de planification ; le collège régional d'experts compétent également en matière de planification ; le conseil régional de santé, consulté pour l'analyse des besoins, la définition des priorités locales de santé publique et l'organisation du débat public sur ces sujets).

Le directeur de L'ARH préside la commission exécutive. Entouré d'une équipe restreinte, il s'appuie sur les services déconcentrés de l'Etat et les organismes d'assurance maladie. La convention constitutive de chaque Agence, conforme à une convention type édictée par un décret, prévoit l'apport de chaque partenaire membre du groupement : apport financier, en personnel, en matériel...

Les Agences Régionales de Santé se sont substituées aux ARH au printemps 2010 pour élargir leurs compétences aux soins de ville et au secteur médico-social ; ce faisant, elles entraînent la disparition des pôles santé et médico-social des services déconcentrés du ministère.

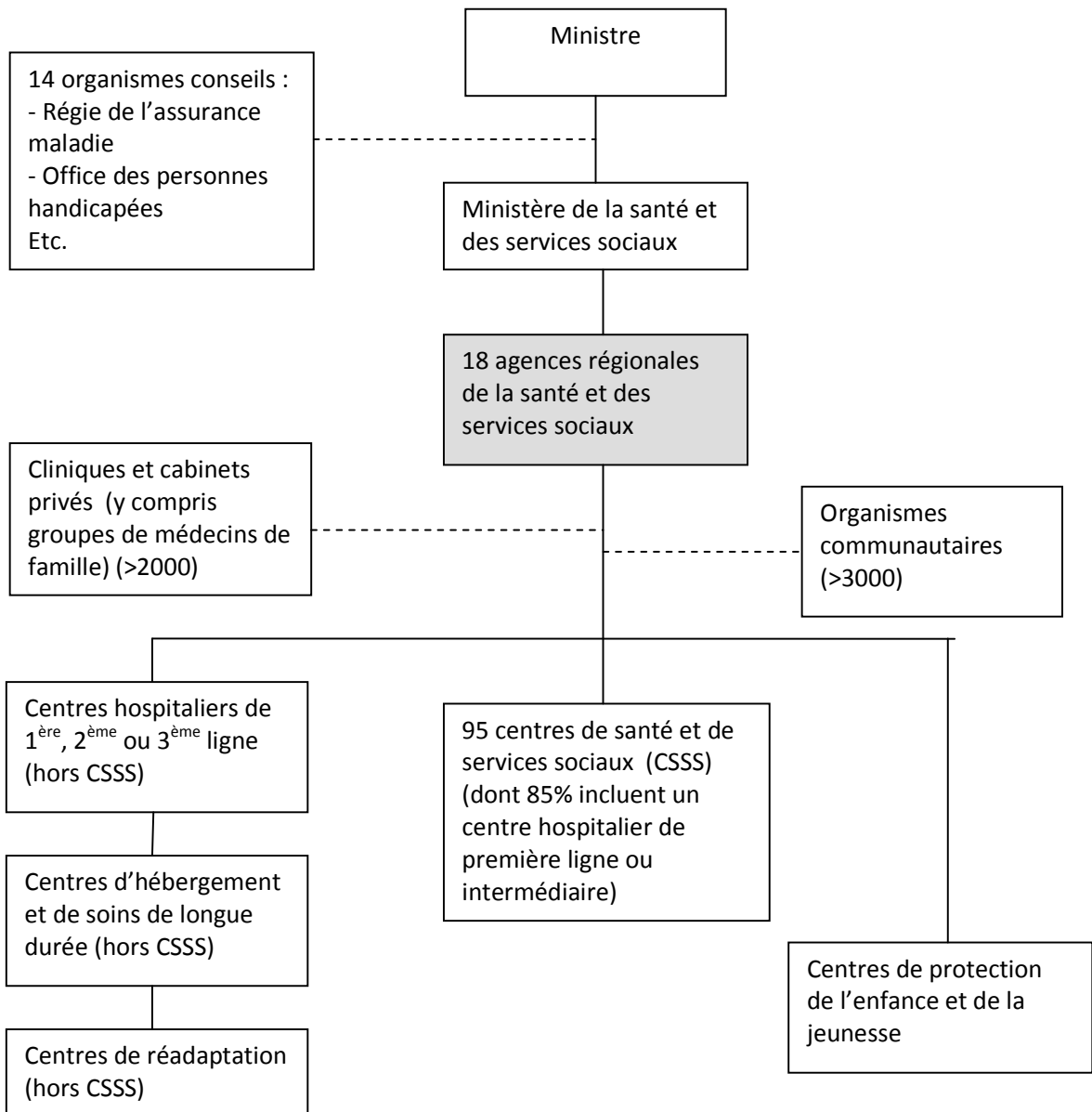
Les schémas ci-après offrent quelques aperçus internationaux supplémentaires, avec les exemples du Québec, de la Grande Bretagne et de la Nouvelle Zélande (voir ANNEXES pour plus de détails).

Organisation du Service National de Santé (NHS) britannique :



*Le Service National de Santé britannique s'appuie sur 28 autorités régionales (« strategic health authorities »), auxquelles rendent compte les acheteurs de soins ainsi que les prestataires de soins hospitaliers. **Les autorités régionales jouent un rôle important dans la mise en place des arrangements contractuels entre prestataires de soins** : elles définissent les fonctions de coordination que certains groupes de soins de base exercent vis-à-vis de leurs pairs ; elles veillent à ce que les contrats soient signés dans le calendrier prévu et conformément aux dispositions réglementaires ; elles veillent à la cohérence des accords au sein de la région ; enfin, elles servent de médiateur en cas de conflits.*

Organisation du secteur de la santé au Québec :

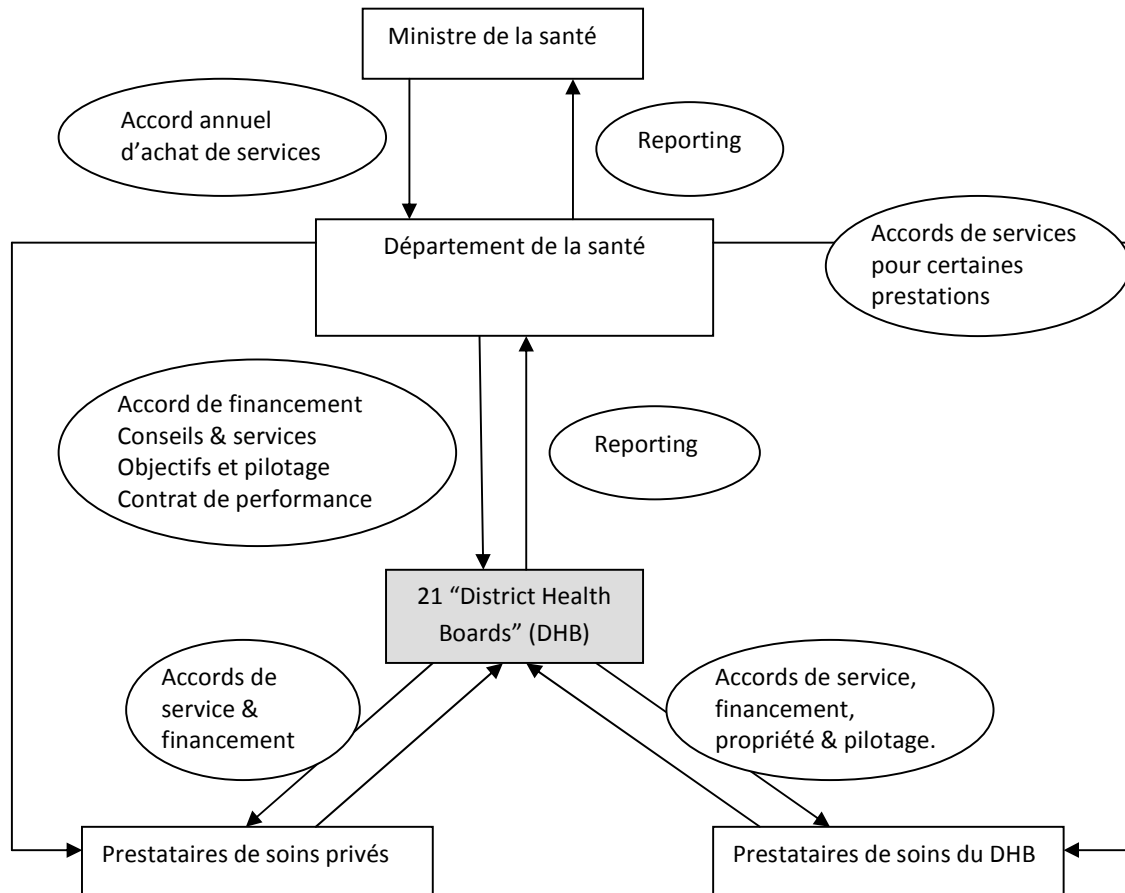


Au Québec, les 18 « agences régionales de la santé et des services sociaux » sont chargées :

- *de l'organisation et de la coordination des services sur leur territoire,*
- *du déploiement des réseaux locaux de prestataires de soins,*
- *de la définition des priorités régionales de santé et de l'exécution des fonctions de santé publique,*
- *de l'allocation des budgets aux établissements et des subventions aux organismes communautaires.*

Ces agences doivent également s'assurer de la participation de la population à la gestion des services de soins et du respect des droits des usagers.

Schéma simplifié du pilotage du secteur de la santé en Nouvelle Zélande :



En Nouvelle Zélande, le service public hospitalier est assuré par 21 « Autorités Sanitaires de District » (« District Health Boards » - DHBs), qui ont la propriété des hôpitaux, les financent, les organisent et les dirigent. Ces 'District Health Boards' ont été mis en place dans le cadre de la stratégie nationale en santé publique arrêtée en 2000, résolument tournée vers l'efficacité et la qualité des soins. Les DHB ont donc un rôle opérationnel cependant que le ministère de la santé définit les priorités nationales, les règles de 'reporting' et de 'monitoring' ainsi qu'un ensemble de guides, normes et référentiels.

En Tunisie, l'échelon déconcentré du ministère de la santé a un rôle à jouer dans le pilotage de la performance et dans la mise en place des contrats. Les directions régionales de la santé publique (DRSP) sont de petites structures mais elles ont des relations bien établies avec les personnels de santé, sur lesquelles il faut s'appuyer, et on peut par ailleurs dessiner quelques perspectives plus larges. Il ne s'agit pas de s'ingérer dans la gestion des hôpitaux mais de contribuer à l'organisation de l'offre de soins, à l'acquisition des compétences nécessaires pour les hôpitaux, à la synthèse d'informations et au suivi d'exécution de certaines opérations.

- Organisation de l'offre de soins

C'est avant tout sur l'organisation de l'offre de soins de premier recours que les DRSP ont un rôle essentiel à jouer, afin d'assurer que cette offre :

- répond aux besoins dans le contexte d'une triple transition démographique, épidémiologique et informationnelle, qui appelle des soins primaires plus étendus et plus spécialisés (spécialités de base telle que la gynécologie, la pédiatrie, l'ophtalmologie, la cardiologie ou la gériatrie ; suivi des pathologies chroniques) appuyés sur un plateau technique de diagnostic (radiologie courante, analyses biomédicales simples), sans renier l'utilité des fonctions classiques de suivi maternel et infantile, de prévention et d'éducation à la santé ;
- est bien reliée au reste de l'offre de soins de deuxième et troisième niveaux.

Au-delà, les DRSP pourraient utilement veiller à ce que la mise en œuvre des programmes de la GBO suivant les trois lignes d'établissements n'entrave pas la coopération et la coordination entre ceux-ci :

- coordination nécessaire pour permettre à chaque établissement d'être centré sur le niveau de soins qui est le sien ;
- coopération nécessaire pour partager des plateaux techniques coûteux et des compétences pointues, directement ou par la voie de la télémédecine.

Enfin les DRSP ont une contribution importante à apporter à la planification nationale de l'offre de soins, en analysant les déséquilibres à résorber sur leur territoire, les complémentarités à créer, les redéploiements à opérer, ainsi que la situation des établissements au regard d'éventuelles normes.

- Acquisition des compétences nécessaires aux hôpitaux

Les DRSP ont l'habitude des relations avec les professionnels de santé (médicaux, paramédicaux, techniciens) en termes de recrutement et de répartition entre établissements. Cette fonction pourrait gagner en valeur ajoutée en intégrant le développement de la formation continue de ces personnels (à travers la coopération entre hôpitaux régionaux et hôpitaux de circonscription par exemple, à travers la diffusion de protocoles et référentiels nationaux de bonnes pratiques, à travers des actions spécifiques de formation, etc.)

- Synthèse de l'information médico-économique

Le déploiement du management de la performance suppose une bonne gestion de l'information: fiabilisation, agrégation, analyse et interprétation de l'information.

Il convient de réfléchir dès maintenant au rôle que peuvent jouer les DRSP à moyen terme dans ce processus – même si cela suppose de renforcer leurs capacités dans ce domaine.

- Préparation et suivi d'exécution des contrats

Un relais régional de l'administration centrale pour l'appui à la préparation des contrats et pour leur suivi annuel d'exécution (mais pas pour l'évaluation finale, qui suppose une plus grande indépendance) serait précieux. Il convient également que services centraux et DRSP réfléchissent ensemble aux conditions dans lesquelles ces dernières pourraient jouer ce rôle.

6) Les responsables de programmes

Face aux changements requis dans les processus et modes de travail de l'administration centrale, les responsables de programmes de la GBO doivent être **les 'porte-parole' de cette nouvelle logique** de la performance, de ce souci de cohérence, de la nécessaire remise en cause de certaines pratiques. On notera avec intérêt que, dans le secteur de l'enseignement supérieur, les présidents d'université ont ainsi été les avocats d'une nouvelle gouvernance.

TROISIEME PARTIE :

QUELQUES RECOMMANDATIONS POUR LA MISE EN PLACE DE CONTRATS DE PERFORMANCE AVEC LES HOPITAUX

Si le gouvernement de Tunisie choisit de s'engager dans la voie des contrats de performance sans attendre l'achèvement d'une réforme de la tutelle et de la gouvernance hospitalière mais plutôt en parallèle avec celle-ci, les développements qui suivent dessinent quelques lignes directrices sur la finalité et le contenu de ces contrats, le schéma institutionnel et la méthode, ainsi que leur articulation avec le cadre de performance ministériel défini pour la GBO. Ces recommandations sont avant tout fondées sur l'analyse du contexte sectoriel tunisien mais elles tiennent compte aussi des leçons tirées des expériences étrangères.

1) Les grandes catégories de contrats dans le secteur de la santé

L'Organisation Mondiale de la Santé identifie trois types de contrats dans les systèmes de santé des pays de l'OCDE¹ :

- **Les contrats centrés sur une coopération :**

Il s'agit d'accords établis dans une perspective de long terme entre plusieurs institutions distinctes décidant de combiner leurs moyens au service d'objectifs communs. Les conventions constitutives des ARH en France, signées entre les branches régionales de l'Etat et de l'assurance maladie relèvent de cette catégorie. Il en est de même des accords de coordination formalisée entre plusieurs hôpitaux (partage de plateau technique par exemple). On trouve encore dans cette catégorie de contrats de nombreux réseaux de santé publique (réseau périnatalité en France, réseau de soins palliatifs en Allemagne, réseau de soins pédiatriques à domicile en Suisse ; expérience d'échange d'information clinique entre les sept établissements du territoire de Laval au Québec, etc.). De tels montages institutionnels impliquent généralement plusieurs contrats : contrat d'engagement entre les acteurs du réseau ; contrat de financement ou de partenariat entre celui-ci et l'administration sanitaire ; contrat de consentement entre le patient et le réseau.

- **Les contrats fondés sur l'achat de soins :**

Dans ce cas, l'objet de la relation contractuelle concerne le financement des activités commandées, avec un intérêt porté non seulement au service rendu mais aussi, généralement, aux modalités de production de ce service. Le Royaume Uni et la Suède offrent de bons exemples de ces pratiques, mises en œuvre dans le cadre de systèmes de santé financés par l'Etat, sans intervention de l'assurance maladie. Ces contrats d'achat de soins combinent de manière variable la mise en concurrence et la construction de partenariats de plus long terme.

¹ « La contractualisation dans les systèmes de santé des pays de l'OCDE », Organisation Mondiale de la Santé, Discussion paper, n°4, 2006.

- **Les contrats fondés sur une délégation de responsabilité :**

Cette vaste catégorie rassemble de nombreux et divers arrangements contractuels :

- Contrats de délégation à un acteur privé: dévolution de service public, concession d'une activité de service public (par exemple, l'entente entre le centre hospitalier public de Saint Amand Montrond en France et la clinique privée de la même ville stipule que la chirurgie sera réalisée exclusivement à la clinique privée), partenariat public - privé (dont la Grande-Bretagne a été pionnière depuis 1992, avec la *Private Finance Initiative*, particulièrement pour la construction et l'extension d'hôpitaux, suivie depuis par l'Australie et le Québec).
- Contrats d'association au service public: utilisés notamment en France avec les hôpitaux privés à but non lucratif, ou dans de nombreux pays dans les relations entre Etat et collectivités locales.
- Contrat liant l'État et ses établissements autonomes : dans cette catégorie se rangent le "contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens" que chaque hôpital en France doit signer avec son Agence Régionale de l'Hospitalisation (désormais Agence Régionale de Santé) depuis 1996 ; ou encore les relations formelles (délégation - obligations - financement - reporting) entre les ministères de la santé de Nouvelle-Zélande ou de Grande-Bretagne et leurs agences régionales (respectivement les « District Health Boards » et les « Strategic Health Authorities »).
- Contractualisation interne, c'est-à-dire au sein d'une même institution et d'une même entité juridique : contractualisation entre la direction d'un hôpital et ses services ou contractualisation entre l'échelon central de l'administration et ses échelons territoriaux (exemple au Maroc des contrats de performance annuels passés entre le ministre de l'agriculture et les directions régionales de l'agriculture ou des contrats-programmes expérimentés avec quelques régions sanitaires).

Les contrats de performance envisagés en Tunisie relèvent de la troisième catégorie, relative à la délégation de responsabilité, mais **empruntent à la fois à la contractualisation avec des entités autonomes et à la contractualisation interne** (compte tenu du poids de l'administration centrale ou régionale du ministère dans la gestion de ces établissements, particulièrement aux niveaux I et II de l'offre de soins).

Par ailleurs, les contrats de performance envisagés illustrent la notion de « **contrat relationnel** », laquelle désigne des contrats dont la portée juridique est assez théorique voire parfois inexistante (cas des contrats internes), dont les stipulations sont en principe contraignantes mais difficilement sanctionnables, et qui visent avant tout à **rendre explicites les attentes réciproques entre les parties**.

Dans le cas de stipulations modérément contraignantes, **deux questions deviennent capitales** : celle des **incitations** et celle des **mécanismes de suivi**, susceptibles de favoriser l'application du contrat.

2) Quelques leçons tirées des expériences étrangères : finalités et conditions de succès des contrats de performance

Les contrats de performance servent à formaliser et expliciter un certain nombre d'attentes qui restent sinon largement implicites, à relier les engagements nationaux du ministère à ceux des entités opérationnelles, et à entraîner effectivement des améliorations en termes d'efficience ou de qualité du service rendu.

• Les finalités des contrats de performance peuvent être résumées ainsi :

- Expliciter les attentes réciproques entre l'autorité de tutelle et l'établissement ; fixer des objectifs clairs aux établissements ;
- Déléguer le pouvoir de décider au quotidien de l'emploi des moyens ;
- Préciser la performance attendue des agents *dans la mesure de ce qui est maîtrisable* par eux (niveau d'activité, qualité de service, consommations, résultat financier, etc ...et non pas l'impact final d'une politique) ;
- Assigner l'obligation de rendre compte de ces résultats ;
- Accroître la transparence de la relation de délégation (« accountability relationship ») ;
- Promouvoir et nourrir la communication entre les parties au contrat ;
- Etablir des processus clairs de 'reporting'(compte-rendu) et de 'monitoring' (pilotage) ;
- Fournir une base objective à l'évaluation de la performance ;
- Fournir une base de renégociation si les conditions d'exploitation viennent à changer substantiellement.

Les expériences internationales disponibles en matière de contractualisation et de pilotage de la performance hospitalière permettent d'identifier un certain nombre de facteurs clés de succès.

• Les expériences étrangères en matière de contractualisation avec les hôpitaux font ressortir un certain nombre de facteurs clés de succès :

- Un consensus autour de la démarche et existence des capacités techniques ;
- Une préparation concertée, avant tout au sein de l'établissement mais aussi entre celui-ci et l'administration ministérielle;

- Préparation du contrat placée sous contrôle direct du premier responsable de l'établissement²;
- Un diagnostic médico-administratif partagé ;
- Des engagements réciproques crédibles et de bonne foi ; des objectifs clairement imputables à l'institution qui en est tenue pour responsable ;
- L'attention accordée par les deux parties aux questions d'organisation et de contrôle interne ;
- L'accompagnement technique des établissements ;
- L'équilibre entre un cadrage centralisé et des engagements laissés à la libre initiative des établissements ; ceux-ci adhéreront au contrat s'ils peuvent se l'approprier et lui donner du sens ; la comparaison des expériences néo-zélandaise et britannique est éloquentes à cet égard (cf. ANNEXE) ;
- Un système d'incitations, financières et non financières ; les conséquences d'une bonne ou d'une mauvaise application du contrat doivent différer ;
- La formulation claire des objectifs et des indicateurs (la notion de succès doit être claire dès le départ) ; formulation claire des modalités de collecte et de transmission des informations de performance (reporting) ;
- Des modalités sérieuses et fiables de suivi d'exécution et d'évaluation finale ; l'évaluation par un tiers indépendant (non partie au contrat) est hautement souhaitable pour en assurer la neutralité et l'équité ; la méthode d'évaluation doit être progressivement perfectionnée ;
- L'intégration des incertitudes : identification a priori des aléas et des conditions de réalisation de certains engagements (ce qui rendra l'évaluation ultérieure plus juste) ;
- Un cadre de relations et de dialogue continu : dans le cas de contrats relationnels, ce sont ces conditions qui créent ce qu'il faut de pression sur les acteurs pour qu'ils respectent leurs engagements, poursuivent leur coopération et se gardent de comportements opportunistes. « *La théorie des 'signaux relationnels' repose sur cette logique selon laquelle les parties au contrat doivent en permanence envoyer des signaux mutuels à travers lesquels chacun cherche à assurer l'autre de ses intentions coopératives* »³.

...ET il ne faut pas oublier que créer un environnement - notamment un mode de gouvernance hospitalière - propice à l'accomplissement par chacun de sa mission et de ses engagements importe plus que la mise en œuvre de modalités de surveillance et de contrôle sophistiquées.

² cf. Circulaire du Premier Ministre de Tunisie, du 18 septembre 2006, relative à la préparation des contrats programmes et des contrats d'objectifs pour la période 2007-2011.

³ "Trends in Mechanisms for Allocations Funding to Health Service Providers: Performance Contracts", World Health Organization, *Technical Briefs for Policy-Makers*, Nr. 1, 2007.

- **Quelques leçons complémentaires concernant la mesure de la performance⁴ :**
 - Il s'agit d'un processus complexe et intensif en ressources ;
 - Il faut commencer avec les données disponibles, sans négliger la confection de meilleurs indicateurs ;
 - Il vaut mieux viser à la parcimonie plutôt qu'à l'exhaustivité ;
 - Penser 'résultats' mais travailler sur les indicateurs de production (d'activité) et sur les processus, comme approximations ;
 - Les gouvernements aiment les données agrégées mais les patients et les citoyens souhaitent des données désagrégées ;
 - La présentation, les explications et l'interprétation sont essentielles.

- **Quelques leçons concernant le processus d'amélioration de la performance :**
 - Les cibles de performance induisent à la fois des améliorations et des effets pervers ;
 - Il importe d'équilibrer : i) le management descendant top-down avec les bases de comparaisons décentralisées ; ii) les cibles établies au niveau central et l'autonomie locale de opérateurs ; iii) les incitations financières et non financières ;
 - Il est sage de sélectionner quelques critères de performance à récompenser ;
 - Il faut absolument répondre aux besoins en infrastructure et en compétences ;
 - L'évaluation des progrès est indispensable.

Le contrat de performance hospitalière : l'expérience du Sénégal

Le Sénégal a initié en 1998 une réforme hospitalière ambitieuse destinée à transformer les hôpitaux en établissements publics de santé dotés de la personnalité morale et de l'autonomie de gestion au sein desquels la notion de performance devait se substituer à la logique administrative tout en réaffirmant la mission de service public qui leur revenait. Les mesures d'accompagnement mises en place n'ayant pas produit les résultats escomptés en termes de gestion et de qualité des soins, les autorités conclurent à la nécessité d'adopter des mesures plus incitatives et de lier au moins une partie des ressources que l'État versait aux établissements publics de santé sous forme de subventions à la réalisation de certains objectifs définis d'un commun accord avec les responsables hospitaliers. C'est ainsi qu'est née l'idée de contractualisation, traduite dans le document de politique nationale de contractualisation dans le secteur de la santé en 2004. A la volonté politique du Sénégal s'ajoutait le soutien de la Banque Mondiale en particulier dans le cadre de l'appui budgétaire.

Les travaux préparatoires à l'élaboration des contrats de performance, notamment le choix des sujets, des critères et indicateurs, ont fait l'objet d'une large concertation avec la communauté hospitalière. Quinze contrats furent finalement signés au cours du premier semestre 2006 puis évalués en juillet 2007. Les

⁴ « Améliorer l'efficacité du service national de santé au Royaume Uni : la mesure et l'amélioration de la performance dans un système centralisé », *Mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE*, OCDE, Paris, 2002.

résultats de l'évaluation ont servi de base au calcul de la subvention à la performance à verser en 2008 aux établissements ayant vérifié les conditions d'éligibilité.

En dépit des limites et des insuffisances constatées dans le contenu des contrats et dans leur mise en œuvre, ils ont eu un impact positif :

- en termes opérationnels, ils ont constitué dans certains cas un puissant levier pour **mieux faire travailler ensemble les équipes** et lorsque les résultats ont été moins probants, ils ont entraîné des **remises en question salutaires** ;
- au niveau institutionnel, ils ont permis de jeter les bases d'une **nouvelle organisation de la relation de tutelle** entre le ministère et les hôpitaux publics.

La démarche engagée est appelée à se poursuivre en tenant compte des leçons de cette première expérience dans le cadre des futurs contrats dits de deuxième génération. »

Extrait de : « Le contrat de performance hospitalière : l'expérience sénégalaise », M. A. Gueye & J. E. Kopp, *Santé Publique*, 2009/1

3) Objet et champ des contrats de performance avec les hôpitaux en Tunisie

- Il faut tout d'abord affirmer la **double nature** des contrats envisagés, d'une part, déclinaison des objectifs des programmes nationaux et, d'autre part, expression du projet de performance propre à chaque établissement, avec ses spécificités. C'est une condition pour que les établissements adhèrent aux contrats. Par conséquent, il faut accepter qu'une partie des engagements, objectifs et indicateurs ne pourront pas faire l'objet d'une agrégation nationale. La part des contrats d'initiative locale pourra en revanche être source d'amélioration de la performance et faire éventuellement l'objet de comparaisons entre établissements.
- Au regard des finalités générales des contrats de performance, telles qu'elles ont été présentées dans le paragraphe précédent, la situation des hôpitaux en Tunisie fait ressortir certains **enjeux particuliers**. Les contrats de performance hospitaliers en Tunisie devront donc permettre de :
 - Expliciter les attentes réciproques entre l'autorité de tutelle, le responsable de programme GBO et l'établissement ; et notamment fixer des objectifs clairs aux établissements, en termes de processus et d'optimisation des ressources et pas seulement en termes d'extension de la gamme d'activités ;
 - Accompagner une plus grande délégation de pouvoirs aux établissements pour la gestion au quotidien de leurs moyens ;
 - Révéler les conditions dans lesquelles telle ou telle amélioration de performance peut être obtenue (niveau d'activité, qualité de service, consommations pharmaceutiques, équilibre financier, etc), en affirmant à cet égard l'importance du dialogue mais en reconnaissant aussi la place des tensions et conflits (cf. cette observation d'un directeur d'hôpital régional ayant l'expérience d'un projet qualité : « Discuter de tout cela au sein de l'hôpital n'est pas sans dégât, mais pas sans résultat ») ;

- Assigner l'obligation pour les établissements de rendre compte, l'obligation pour l'administration centrale de piloter, de suivre et de réagir aux résultats constatés, dans le cadre de processus et d'un dialogue continu à organiser ;
- Accroître la transparence de la relation de délégation et de tutelle ;
- Redonner confiance et relancer une dynamique d'implication des personnels hospitaliers (cf. cette remarque d'un cadre hospitalier: « le désintérêt des personnels pour leur établissement crée une ambiance malsaine ») ;
- Fournir une ligne de départ au développement de l'évaluation.

L'enjeu managérial est donc important. Il s'agit finalement de montrer que cet aveu d'un directeur général de CHU selon lequel « pour être un bon manager, j'ai dû être un mauvais gestionnaire » n'est pas inéluctable et pas acceptable ! Les nouveaux contrats combinés à la nouvelle gouvernance hospitalière doivent permettre de concilier les deux qualités. Sans aucun doute, cela fait évoluer sensiblement la nature des fonctions de directeur d'hôpital.

• **Les champs respectifs des engagements des hôpitaux et du ministère**

Il importe d'identifier précisément ce sur quoi les hôpitaux peuvent s'engager, ce dont ils ont besoin en contrepartie, et ce sur quoi l'administration centrale peut elle-même s'engager, dans le contexte propre à la Tunisie.

Sans préjuger des priorités qui seront sélectionnées par les acteurs concernés, la mission de la Banque mondiale, au terme de ses entretiens et visites, a pu identifier les champs d'engagements *potentiels* suivants :

- Relèvent de la responsabilité principale de l'hôpital, notamment :
 - l'accueil et l'orientation du patient ;
 - l'organisation de l'activité aux urgences ;
 - la mesure de la satisfaction des patients et le traitement des plaintes ;
 - la tenue du dossier médical du patient ;
 - la mise en place de procédures de qualité-sécurité relatives à la lutte contre les infections nosocomiales, le bon usage du médicament, l'anesthésie, l'imagerie médicale ou la transfusion sanguine ;
 - l'optimisation de l'usage des équipements lourds, plateaux techniques et blocs opératoires ;
 - le développement de la maintenance préventive sur les équipements et le suivi des contrats de maintenance en cours ;
 - l'optimisation de la gestion des achats et des approvisionnements en médicaments et fournitures médicales;
 - l'organisation des soins para-médicaux ;

- le bon fonctionnement des instances de l'hôpital (comité médical et conseil d'établissement) et leur contribution à l'amélioration de la performance de l'hôpital ;
- la gestion du personnel et la lutte contre l'absentéisme ;
- l'exploitation des informations médico-économiques produites ;
- la mise en place et l'exploitation de tableaux de bord internes ;
- la fiabilité des facturations à l'Assurance Maladie.

○ Relèvent d'une responsabilité partagée de l'hôpital et de son environnement :

- le volume et la nature de l'activité (si les contrats stipulent des objectifs dans ce domaine, il est raisonnable de prévoir des fourchettes de prévision) ;
- le non engorgement des services d'urgences et l'orientation des patients vers les structures de soins adaptées à leurs besoins ;
- le positionnement effectif de chaque établissement sur le niveau de soins qui est le sien ;
- les relations de coopération avec les autres acteurs de la santé sur le territoire (autres hôpitaux, centres de santé de base, centres de transfusion sanguine, facultés de médecine, etc), qu'il s'agisse de formation des personnels, de partage d'équipement, de transfert de patients, de diffusion des bonnes pratiques ou de télémedecine ;
- la prise en charge coordonnée des pathologies chroniques.

○ Relèvent d'une responsabilité partagée entre l'hôpital et la tutelle, par exemple :

- la rationalisation des équipements lourds et plateaux techniques hospitaliers et, globalement, des moyens matériels et humains des établissements ;
- le développement des alternatives à l'hospitalisation (qui implique aussi une adaptation des nomenclatures et règles de facturation à l'Assurance Maladie) ;
- la réalisation, la diffusion et l'utilisation de référentiels en matière de qualité-sécurité des soins et d'évaluations des technologies et processus de soins (ou la diffusion des référentiels et évaluations réalisés dans ce domaine par d'autres pays) ;
- l'amélioration du recouvrement des impayés.

Relèvent de la responsabilité principale de la tutelle (y compris dans certains cas les ministères des finances et de la fonction publique) :

- une procédure claire et concertée de préparation des choix budgétaires, avec la réalisation des différents arbitrages aux échelons les plus pertinents (locaux, régionaux, centraux) afin de ne pas laisser au seul ministère des finances le soin de trancher (cf. deuxième partie) ;

- l'évolution des enveloppes budgétaires ;
- l'amélioration de la répartition des moyens entre établissements en fonction du volume et de la structure de leur activité ;
- la transformation de lits, la conversion ou l'extension des infrastructures;
- la mise en place de normes sanitaires et de cibles nationales en termes d'efficience ou de qualité de service;
- la notification et la mise à disposition des crédits d'investissement en début d'année (arrêté de répartition des crédits);
- la notification en début d'année des effectifs attribués à chaque établissement, ainsi que la mise à disposition des personnels aux profils adéquats aux moments adéquats, en particulier en cas d'ouverture ou d'extension de service (rappelons que ceci concerne aussi les DRSP, qui interviennent dans la répartition des effectifs entre établissements) ;
- l'amélioration de la coordination interne de l'administration centrale, notamment dans la conduite des opérations d'extension ou de construction de services (coordination entre bâtiments, équipements, ressources humaines, et budget d'exploitation) ;
- la marge d'autonomie des établissements pour certains actes de gestion (remplacement de petit matériel, maintenance des équipements, affectation et gestion courante des personnels, combinaison des moyens de production, etc) ;
- la modulation ('flexibilisation') de certaines procédures et des contrôles a priori ;
- la mise en place d'incitations à la performance et au respect des engagements contractuels ;
- la formation et la gestion des carrières des personnels soignants et administratifs ;
- la modernisation des systèmes d'information (dossier patient informatisé, facturation, tableaux de bord et comparaisons entre établissements, référentiels de bonnes pratiques, évaluations internationales des technologies et processus de soins, etc) ; l'analyse d'éventuels besoins particuliers pour certaines types d'établissements (CHU notamment).

Les sujets listés ci-dessus dans le champ de responsabilité de la tutelle pèsent sur le fonctionnement des hôpitaux et sur la motivation de leurs cadres et sont donc des éléments importants d'un pilotage de la performance, susceptibles soit d'être insérés dans des contrats de performance, soit d'être mis en place dans le cadre de la réforme plus large (mais indispensable) de la gouvernance du secteur hospitalier.

Dans la négociation des premiers contrats de performance, le ministère et les établissements « pionniers » devront veiller à ce **que les objectifs retenus**, qu'ils découlent du cadre national de la GBO ou du projet de performance de l'hôpital, **soient clairement imputables à celui qui en est tenu pour responsable** et **que les objectifs dont la responsabilité est partagée correspondent à des engagements effectivement réciproques.**

4) Schéma institutionnel

Dans le contexte de l'administration sanitaire en Tunisie, la définition du schéma institutionnel autour des contrats de performance est sans doute la tâche la plus délicate, compte-tenu de la fragmentation des services d'administration centrale, des décalages entre fonctions officielles et contribution réelle d'un certain nombre de bureaux, et du positionnement encore récent et fragile des fonctions liées à la GBO. On peut néanmoins tracer les orientations suivantes :

- **Les instances de préparation, de négociation et de suivi**

Il est hautement souhaitable que les hôpitaux puissent négocier la globalité de leur contrat de performance et discuter de leur suivi d'exécution avec un interlocuteur unique, ou un « chef de file » au sein de l'administration centrale.

Dans la plupart des pays, les contrats d'objectifs et de moyens ou les contrats de performance des hôpitaux sont négociés et signés avec l'autorité régionale relevant du ministère de la santé qui, de ce fait, joue le rôle de coordination et de synthèse entre les directions d'administration centrale. En Tunisie, les DRSP ne peuvent, à ce stade, jouer un tel rôle ; par ailleurs, l'absence de secrétariat général et d'instance bien établie de coordination centrale constituent des difficultés supplémentaires.

Dans le contexte de l'administration sanitaire tunisienne, le schéma suivant est proposé :

- Le **responsable de programme** est l'interlocuteur de premier ressort des hôpitaux et le chef de file de l'administration centrale du ministère de la santé pour tout ce qui touche aux contrats de performance, qu'il s'agisse de leur préparation, de leur négociation ou de leur suivi.
- Un **comité de pilotage** formalisé est institué, sous l'autorité du ministre de la santé, pour valider les contrats avant leur signature, suivre de manière annuelle et infra-annuelle leur mise en œuvre, et discuter de toute adaptation qu'il apparaîtrait nécessaire d'apporter au dispositif contractuel ou au système global de gouvernance et de tutelle hospitalière afin d'assurer la réussite de l'exercice.
 - Le calendrier de réunion de ce comité de pilotage doit être fixé à l'avance pour l'ensemble de l'année ; une réunion trimestrielle semble souhaitable (une réunion semestrielle est un absolu minimum).
 - La composition de ce comité doit inclure le responsable de programme, tous les directeurs généraux et directeurs d'administration centrale concernés par les contrats de performance (y compris naturellement ceux de la Direction Générale des Services Communs, ainsi que le responsable du projet 'Mise à niveau des structures de soins'). Il est souhaitable que les responsables de certaines agences nationales qui sont des prestataires de services importants pour les hôpitaux –

telles que le Centre Informatique du Ministère, le Centre des Etudes Techniques et de la Maintenance ou encore la Pharmacie Centrale de Tunisie – participent également au comité de pilotage. Il est enfin conseillé que ce travail collégial s'applique à tous les contrats relevant des trois programmes opérationnels, afin d'éviter que ce découpage par ligne de soins ne nuise à l'adaptation et la coordination de l'ensemble de l'offre de soins.

On peut espérer que le comité de pilotage des contrats de performance deviendra simultanément le noyau leader pour consolider et approfondir la démarche d'optimisation, laquelle devrait faire évoluer aussi l'organisation de l'administration centrale.

En Nouvelle Zélande, après plusieurs années de GBO, le ministère de la santé a récemment créé une « direction de la régulation et de la gouvernance » qui s'occupe de la gouvernance des établissements autonomes, de la qualité et sécurité des soins et de l'audit. S'y ajoute une autre direction, la « National Health Board Business Unit », chargée des prestations de service au secteur (allocation de ressources et finances, planification, développement des ressources humaines, performance, gestion de l'information).

- **Les signataires des contrats de performance**

- **Au niveau des hôpitaux :**

- Le directeur de l'hôpital (directeur général pour les plus gros établissements) est le signataire du contrat, après délibération de son conseil d'établissement et avis du comité médical.
- On peut cependant envisager que le président du comité médical soit également signataire du contrat, aux côtés du directeur (comme cela se voit dans les contrats d'objectifs et de moyens de certains hôpitaux en France).

- **Au niveau de l'administration centrale du ministère de la santé :**

Il existe deux options :

- signature par le ministre, qui présente l'avantage d'engager clairement l'ensemble des services du ministère, y compris les services d'appui...
- ou signature par le responsable de programme, qui a le mérite d'être plus conforme à la logique de la GBO.

Dans l'hypothèse où c'est le responsable de programme qui signe les contrats relevant de son programme, il est clair cependant qu'il engage implicitement l'ensemble des services du ministère concernés par les objectifs de performance.

→ **Que recommandons-nous entre ces 2 options??**

- **Au niveau régional :**

- Il apparaît souhaitable de rendre les DRSP **co-signataires de tous les contrats signés avec les hôpitaux**, et ce afin d'assurer leur information sur les objectifs de performance souscrits dans leur ressort territorial mais aussi afin d'assurer leur contribution à la réalisation de certains de ces objectifs (concernant les personnels notamment).
- Dans le champ du **programme n°1** (soins de premier recours), on peut envisager de faire des DRSP les **seuls signataires** des contrats de performance impliquant les quelque 2000 **groupements (ou centres) de santé de base**, par analogie avec ce qui est envisagé dans d'autres secteurs avec les centres de formation et les établissements d'enseignement primaire et secondaire. Il est important dans ce cas que les DRSP soient cosignataires des contrats signés par les hôpitaux de circonscription, parties prenantes du programme n°1 – sauf à appliquer à ces établissements la même procédure que pour les groupements de santé de base, mais avec un risque important de démobilitation des équipes hospitalières et d'engorgement des directions régionales. [VALIDER]

- **Suivi, évaluation et contrôles :**

Les contrats doivent faire l'objet à la fois d'un suivi annuel et d'une évaluation finale indépendante ; les procédures de l'un et l'autre diffèrent.

- Suivi annuel :

Le suivi annuel peut être fondé sur :

- un rapport annuel d'étape produit par l'établissement (ou la DRSP pour les groupements de santé de base pour lesquels elle est engagée contractuellement) ; on peut également confier aux DRSP un rôle de synthèse des bilans d'étape des hôpitaux de circonscription afin de simplifier quelque peu le 'reporting' auprès de l'administration centrale et de donner aux DRSP un suivi complet sur le champ du programme n°1 ;
- un droit d'accès des DRSP aux hôpitaux pour établir leurs observations sur tel ou tel aspect du contrat ;
- un examen contradictoire annuel entre le directeur d'hôpital qui peut être accompagné de quelques collaborateurs et du président du comité médical, et des représentants de l'administration centrale : comité de pilotage (éventuellement dans une formation restreinte) ou responsable de programme (lequel alertera le comité de pilotage d'éventuels retards ou écarts susceptibles de mettre en cause l'atteinte des objectifs).

Ces bilans annuels seront utilisés pour la confection du rapport annuel de performance du ministère.

- Evaluation et contrôles :

- Les contrats doivent être évalués en fin de période selon une procédure aussi rigoureuse et neutre que possible. Dans de nombreux pays, le service d'inspection générale du ministère (France, Maroc) ou l'agence d'audit et d'évaluation du département (pays anglo-saxons) contribuent à l'exercice sur la base au moins d'un échantillon d'établissements ou de sujets. En Tunisie, il faut réfléchir à la faisabilité d'une implication de l'inspection générale du ministère de la santé après une formation sérieuse à ce type d'exercice, et / ou d'une implication du Contrôle Général des Services Publics (possibilité de missions conjointes).
- En outre, à tout moment dans le déroulement des contrats, l'administration centrale aurait intérêt – sur proposition du comité de pilotage par exemple, ou sur décision propre de l'autorité de tutelle – à diligenter des contrôles ponctuels, sur place et sur pièces, pour valider tel ou tel résultat ou faire le point sur l'état d'avancement d'un sujet particulier.

Ces questions relèvent plus largement de la réflexion d'ensemble sur l'évolution des contrôles de l'administration tunisienne, réflexion récemment confiée à un groupe de travail interministériel.

- **Les arrangements collatéraux avec d'autres ministères ou d'autres institutions**

Le cadrage macro-budgétaire pluriannuel des contrats de performance doit s'appuyer sur le CDMT du ministère de la santé.

Cependant, les incitations financières et non financières nécessaires pour assurer le succès des contrats de performance (cf. infra) supposent des accords *préalables* formalisés entre le ministère de la santé et les autres ministères qui détiennent les leviers d'actions considérés : **ministère des finances** avant tout, mais aussi éventuellement **ministère de la fonction publique**, voire **Contrôle Général des Dépenses**. Ces accords peuvent être formalisés sous forme de **protocoles**, conclus pour la durée des contrats.

Un accord avec **l'Assurance Maladie** peut être également souhaitable, pour préciser certains objectifs qui contribueront à la performance des hôpitaux : règles de tarification, nomenclature, délais de paiement, modalités de contrôle des facturations, par exemple.

Dispositif de suivi et d'évaluation prévu aux contrats de performance (2011) des directions régionales de l'agriculture au Maroc :

Suivi du contrat de performance en cours d'année

Un *comité de suivi et d'évaluation* (CSE) est chargé de faire le point sur l'avancement des actions nécessaires à la mise en œuvre des missions, d'évaluer le degré de réalisation des objectifs opérationnels, en s'appuyant notamment sur les indicateurs définis en annexe n°1, et d'analyser, le cas échéant, les écarts constatés au regard des engagements réciproques prévus à l'article 3. Le CSE est *placé sous l'autorité du Secrétaire Général du Ministère* et comprend *l'Inspecteur Général du Ministère, les directeurs d'administration centrale* du département de l'Agriculture et le Conseil Général du Développement Rural. Le CSE se réunit au moins une fois par an.

En cours d'année, la Direction Financière et l'Agence pour le Développement Agricole sont chargées de suivre le contrat de performance de la Direction Régionale de l'Agriculture X et d'alerter le CSE sur des retards ou des écarts susceptibles de mettre en cause l'atteinte des objectifs annuels.

Bilan annuel

Avant la fin du 1er trimestre 2012, la Direction Régionale de l'Agriculture X remet au CSE un rapport annuel d'exécution des actions entreprises en 2011 en vue de la mise en œuvre des missions énumérées à l'article 2 du présent contrat. *Le bilan conjoint issu du rapport annuel d'exécution et de l'évaluation effectuée par le CSE* est transmis au Ministre et aux directeurs d'administration centrale du département de l'Agriculture. Ce bilan est notamment utilisé pour l'élaboration du Rapport Annuel de Performance (RAP) du Département.

Dispositif de suivi prévu au contrat d'objectifs et de moyens 2007-2011 du Centre hospitalier de Fougères (France)

Article 10 - Suivi du contrat

a) *Le suivi annuel*

Le contrat fait l'objet d'un suivi dans le cadre d'une revue annuelle réunissant :

Pour l'Agence Régionale de l'Hospitalisation :

- le président de la Commission exécutive ou son représentant, les deux vice-présidents de la Commission exécutive ou leur représentant, le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales ou son représentant, assistés par les collaborateurs du réseau ;

Pour le centre hospitalier :

- le directeur de l'établissement assisté de deux collaborateurs de son choix, le président de la commission médicale et un médecin membre du conseil exécutif.

La revue annuelle du contrat a pour objet l'examen *contradictoire* du bilan de réalisation des actions prévues au contrat à l'année n-1, l'évaluation des résultats sur la base des indicateurs prévus au contrat, les avancées réalisées sur les annexes (notamment le contrat de bon usage du médicament), l'analyse des perspectives pour l'année n et les années à venir, ainsi que la définition des éventuels avenants au contrat et la détermination des sanctions prévues à l'article 13.

L'analyse contradictoire est menée sur la base :

- d'un *rapport annuel d'étape produit par l'établissement*, au plus tard un mois avant la réunion et comprenant le bilan de réalisation de la tranche de l'année n-1, le rapport annuel de mise en œuvre prévu au décret du 24 août 2005

(contrat de bon usage du médicament), le rapport annuel prévu à l'article L.6114-1 (autorisations) ;

- d'un *rapport réalisé par l'ARH* au terme d'une visite de l'établissement, portant notamment sur les annexes et sur la situation budgétaire et financière.

La revue annuelle fait l'objet d'une *lettre d'observations* adressée par l'ARH au plus tard un mois après la date de la réunion.

Les conditions de déroulement de la séance et le contenu des documents sont fixés dans le *guide méthodologique régional de la revue annuelle de contrat*.

b) *Le rapport final*

Conformément aux articles L 6114-1-8 et D 6114-9, l'établissement transmet, lors de la revue de contrat relative à la dernière année de validité du contrat, un rapport final dont le contenu est défini dans le *guide méthodologique régional*.

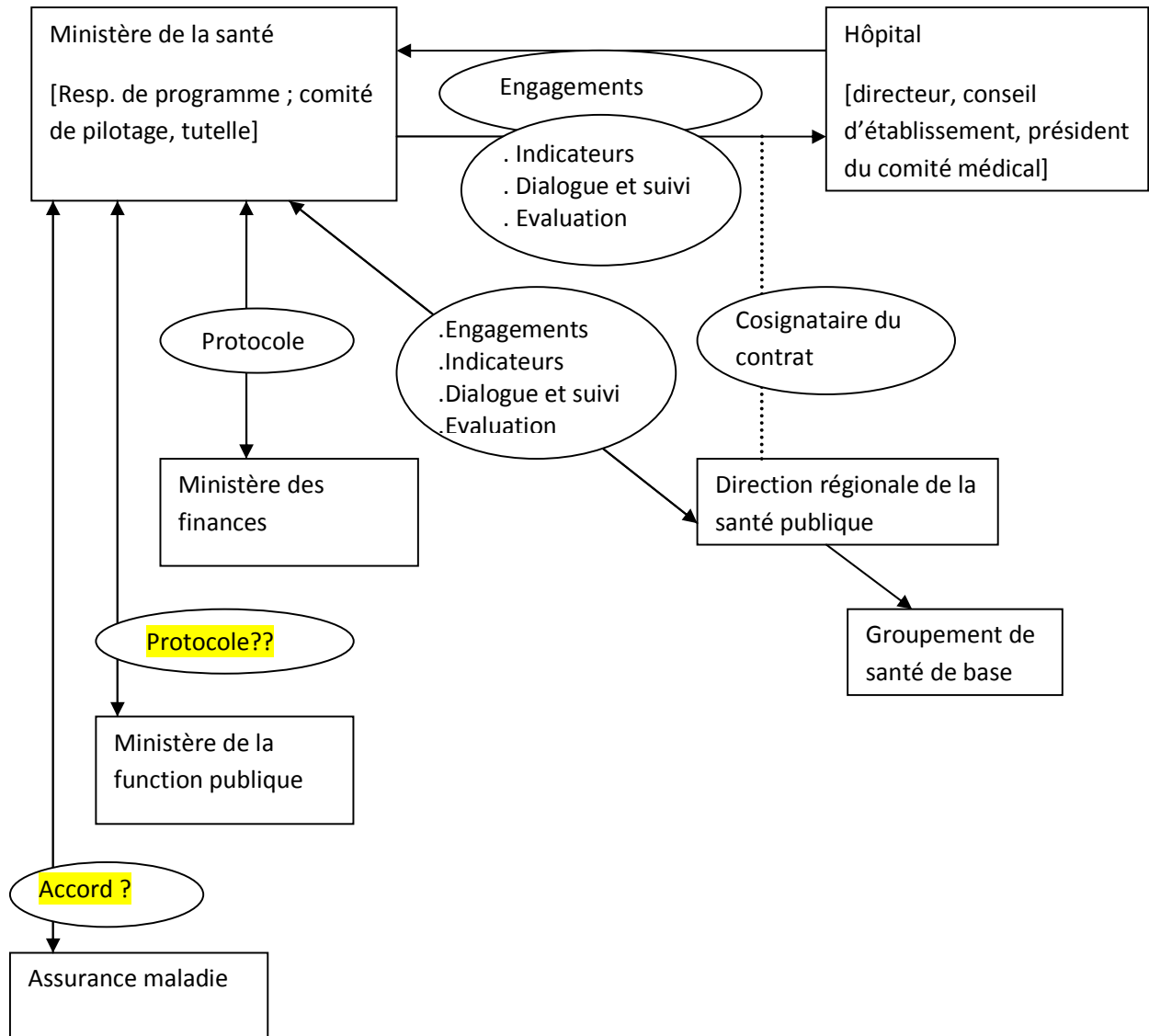
Par ailleurs, l'établissement s'engage à renseigner les indicateurs qui seront sollicités par l'ARH au titre du suivi et de l'évaluation du schéma d'organisation sanitaire et social.

Article 11- Révision du contrat

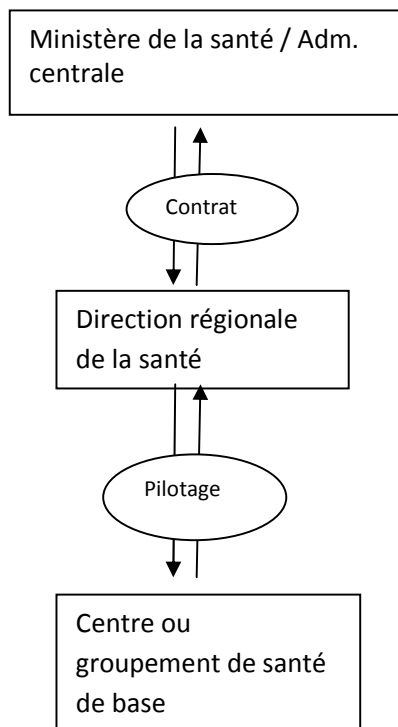
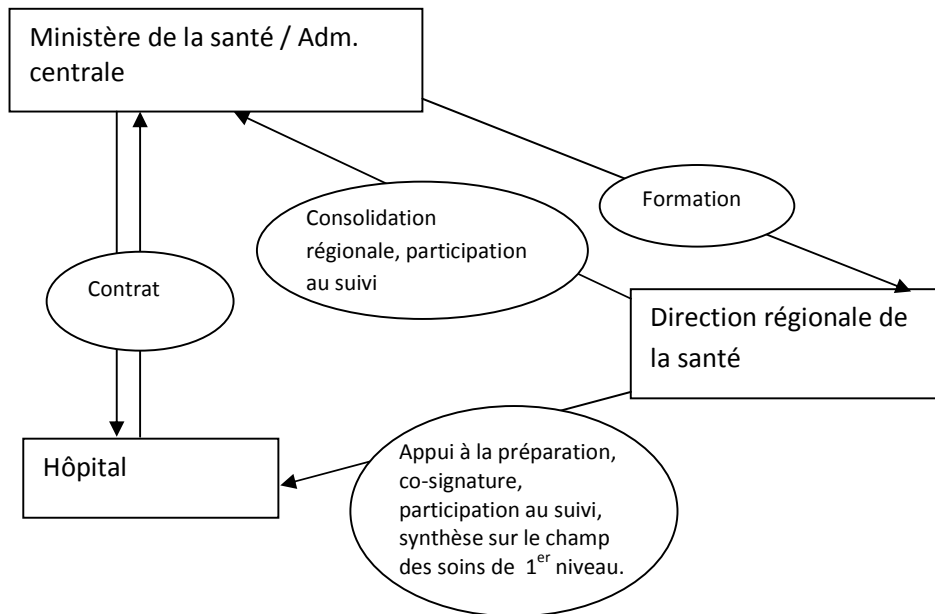
A la demande de l'établissement ou de l'ARH, les dispositions du contrat sont modifiées par voie d'avenant :

- pour prendre en compte les modifications substantielles de l'environnement de l'établissement et de l'offre de soins régionale ou sectorielle ;
- pour réviser le contenu des objectifs et des plans d'actions afin de tenir compte de nouvelles orientations politiques nationales ;
- pour intégrer l'accompagnement financier consenti par l'ARH destiné à la réalisation du contrat (annexe « Accompagnement financier ») ;
- pour modifier la liste des missions d'intérêt général confiées à l'établissement ;
- pour modifier la liste des autorisations confiées à l'établissement ;
- pour modifier les objectifs quantifiés des activités de soins.

Schéma institutionnel relatif à la mise en place des contrats de performance avec les hôpitaux en Tunisie : récapitulatif :



Place des directions régionales de la santé publique :



5) Discours de la méthode

a) Quelques établissements ‘pionniers’

- Compte tenu des difficultés soulignées dans les parties précédentes, il convient de commencer avec un très petit nombre d'établissements, qui sont prêts à s'engager dans la démarche de contractualisation et de management de la performance, et qui ont les capacités de gestion requises pour cela.

Il ne faut pas chercher à avancer en bloc avec l'ensemble du secteur mais au contraire créer aussi rapidement que possible quelques « success stories » pour démontrer l'intérêt de la démarche.

On pourrait tirer parti de la mobilisation suscitée par la dernière vague de projets d'établissements et des attentes ainsi créées.

- On peut aussi chercher à objectiver le choix des établissements ‘pionniers’, sur la base de quelques critères représentatifs de leur mobilisation et de leur capacité de gestion actuelles ; par exemple, les critères suivants sont envisageables :
 - un solde budgétaire proche de l'équilibre,
 - faiblesse des créances sur patients et des dettes à la Pharmacie centrale,
 - instances collégiales internes actives,
 - mise en place avancée d'une action pilote orientée vers la performance (action qualité démarrée et ayant déjà produit des résultats),
 - faible absentéisme,
 - équipe de gestion structurée autour des enjeux de performance,
 - formalisation récente d'un projet d'établissement précis, aussi chiffré que possible, orienté vers les processus, la qualité et l'efficacité et pas seulement vers l'extension quantitative de l'offre,
 - existence d'un plan d'investissement pluriannuel précis et justifié.
- Par ailleurs, la préparation de chaque contrat doit être fondée sur un diagnostic médico-économique réalisé au niveau de l'établissement. La méthode générale de ce diagnostic est présentée en ANNEXE, ainsi qu'une grille d'auto-évaluation des hôpitaux ; empruntée aux outils méthodologiques de préparation des contrats d'objectifs et de moyens en France, cette grille embrasse un champ plus large que les contrats de performance visés ici ; néanmoins, elle offre une analyse concrète et précise des processus de production d'un hôpital, de leurs forces, de leurs faiblesses, et des voies d'amélioration.

b) Appréhender simultanément moyens et objectifs

- Il faut intégrer une norme budgétaire ou des scénarios budgétaires dans la réflexion sur les objectifs, dès la phase d'élaboration des projets si cette phase est retenue ; il faut éviter tout exercice de projet d'établissement qui ne soit pas encadré a priori sur le plan budgétaire, afin de ne pas rendre impossible ensuite les arbitrages imposés par les contraintes budgétaires.
- Sur le plan budgétaire, la négociation des contrats devra être calée sur le CDMT du ministère (laquelle fournit une programmation pluriannuelle des crédits par programme en principe). Le CDMT doit faire la liaison entre cadrage financier et cadrage physique.

c) Introduire des incitations, moduler les procédures, faire 'respirer' le système

- Pour faire évoluer le pilotage du système de santé tunisien et le mettre 'en ordre de marche' pour une gestion par la performance, il faut réformer un certain nombre de processus essentiels pour tout le secteur, mais aussi commencer à moduler/différencier quelques règles afin d'offrir des contreparties incitatives aux établissements engagés dans la contractualisation. Les incitations peuvent répondre à deux types d'« événements déclencheurs » : la signature d'un contrat (de forme et de substance satisfaisantes) d'une part ; l'obtention de bons résultats, d'autre part.

○ **Incitations liées à la contractualisation**

- Incitations financières : par exemple : enveloppe de crédits supplémentaires, non reconductibles, destinés à faciliter la réalisation d'une action du contrat, sous forme d'aide la résorption d'un déficit, à la réalisation d'une restructuration, à une opération de communication envers la population, à la réalisation d'une enquête, à la consolidation d'une activité nouvelle insuffisamment couverte par la tarification, etc.
- Incitations non financières : celles-ci visent surtout à donner à l'établissement des marges de manœuvre dans la gestion de ses moyens : par exemple :
 - gestion décentralisée par l'établissement des personnels ouvriers (du recrutement à l'affectation) ;
 - affectation interne par le directeur d'hôpital des personnels techniciens et paramédicaux entre services ;
 - pouvoir de sanction de premier degré confié au directeur d'hôpital;
 - relèvement du seuil des marchés publics ;
 - allocation aux établissements d'une dotation d'équipement (pour l'acquisition de matériels inférieurs à un certain seuil) et d'un budget de maintenance, sous condition d'une procédure de décision rigoureuse au sein de l'établissement (décision du directeur d'hôpital après avis du comité médical et délibération du conseil d'administration, étude prévisionnelle des surcoûts du

nouvel équipement sur les dépenses d'exploitation de l'hôpital à moyen terme, étude prévisionnelle des incidences du nouvel équipement sur l'activité, les conditions de travail et l'organisation de l'hôpital, etc.) ; cela suppose aussi de développer les contrôles internes et les contrôles externes a posteriori (qui remplaceraient avantageusement le système d'approbation préalable centralisée des programmes d'emploi des crédits d'investissements).

Rappelons que l'évolution de ces règles devrait idéalement s'appliquer à l'ensemble du secteur et c'est en ce sens qu'elle est recommandée dans la deuxième partie de ce rapport. Tant les établissements que les services du ministère ont en effet à gagner à ces assouplissements et à cette décentralisation des décisions relatives à l'emploi des moyens : les établissements y gagneront une plus grande efficacité, et l'administration centrale, désencombrée, pourra se concentrer sur le conseil technique et le suivi d'exécution, le cadrage de la performance et le 'benchmarking', d'une part, sur l'exercice de la tutelle envers les établissements aux capacités de gestion plus fragiles, d'autre part. Cependant, une réforme sectorielle d'ensemble étant longue et semée de résistances, on conçoit l'intérêt d'introduire ces changements progressivement, auprès d'établissements 'pionniers', dans le cadre d'engagements contractuels spécifiques, qui ont vocation à être suivis, contrôlés et évalués.

o **Incitations liées aux bons résultats constatés**

- Incitations financières : prime exceptionnelle aux personnels, dotation exceptionnelle à l'hôpital destinée à l'amélioration des conditions de travail, révision tarifaire, autorisation de conserver les excédents budgétaires éventuellement dégagés par l'établissement (sous réserve que ceux-ci reflètent une bonne gestion et non une contraction induite d'activité), etc.
- Incitations non financières : reconduction des « privilèges de procédures » initialement accordés dans le cadre du premier contrat ; éventuel accroissement du degré d'autonomie.

Assouplissements budgétaires offerts par les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus entre les hôpitaux et les agences régionales en France :

Visibilité pluriannuelle :

- Les gestionnaires de l'établissement gèrent leur budget tant en fonctionnement qu'en investissement sur une période de 5 ans, s'appuyant sur un plan de financement pluriannuel et sur des objectifs managériaux de moyen-terme.
- Le contrat précise les critères en fonction desquels le budget de l'organisme gestionnaire peut évoluer selon le degré de réalisation des objectifs fixés.

Cohérence stratégique et budgétaire :

- Calcul éventuel d'une nouvelle base de référence tarifaire pour tel ou tel établissement.
- Obtention possible de crédits non reconductibles destinés à faciliter la réalisation du contrat: aide

ponctuelle pour absorber un déficit conjoncturel, pour aménager un départ de personnel (indemnités de licenciement par ex.), pour réaliser une opération de restructuration, pour accompagner une mission d'intérêt général, ou pour démarrer une activité nouvelle (si les recettes initiales provenant de la tarification à l'activité sont insuffisantes).

Assouplissements budgétaires, simplifications administratives et degré de liberté accru :

- Acceptation de certains déséquilibres budgétaires en contrepartie d'un retour à l'équilibre global en fin de contrat : acceptation des déficits conjoncturels (2 à 3 ans) ; étalement des déficits ; dans la limite de « trésorerie zéro » ; avec retour à un équilibre structurel programmé sur les années ultérieures.
- Plus grande souplesse dans l'affectation des dépenses aux structures composant l'établissement ; liberté de procéder à des virements de crédits au sein et entre groupes fonctionnels de dépenses.
- Possibilité de procéder à des modifications budgétaires concomitantes en dépenses et en recettes entre les établissements d'un même contrat.
- Affectation libre des résultats.
- Liberté d'utilisation des « gains de productivité ».
- « Privilège du bénéfice » des crédits non reconductibles pour des dépenses non-pérennes.
- Libre affectation des produits financiers pour le financement des actions du contrat.

Aménagements comptables :

- Nouveaux mécanismes comptables relatifs aux provisions et amortissements (utilisation libre des provisions réglementées pour renouvellement d'immobilisation, des amortissements dérogatoires, ou encore du provisionnement pour risques et charges.... dans la limite de la certification du commissaire aux comptes). Ces aménagements comptables doivent permettre aux gestionnaires de procéder aux provisionnements les plus pertinents pour lisser d'éventuels surcoûts ou assurer le retour à un équilibre structurel.

Principes de gestion :

En contrepartie de ces assouplissements, les gestionnaires doivent rechercher le meilleur rapport qualité/coût dans l'activité de l'établissement et regrouper ou mutualiser les moyens chaque fois que possible.

Sanctions prévues au contrat d'objectifs et de moyens 2007-2011 du centre hospitalier de Fougères (France)

Article 13- Sanctions en cas de défaut de réalisation des objectifs quantifiés et d'inexécution du contrat

a) Défaut de réalisation des objectifs quantifiés et non respect des engagements

Les articles R. 6114-10 et R.6114-13 du Code de la Santé Publique déterminent respectivement les conditions d'application des sanctions liées à un défaut de réalisation des objectifs quantifiés et à une inexécution totale ou partielle des engagements figurant au présent contrat.

b) Procédure

Le constat de l'inexécution est réalisé sur la base des échanges et conclusions de la revue annuelle visée à l'article 10 et en tenant compte des révisions du contrat visées à l'article 11. Au terme de la procédure contradictoire prévue aux articles [...] du Code de la Santé Publique, les cas d'inexécution ainsi que le montant des sanctions envisagées sont portés à la connaissance et font l'objet d'un avis du comité régional de concertation.

Conformément aux articles [...] du Code de la Santé Publique, le montant des sanctions ne peut dépasser 1% des recettes d'assurance-maladie constatées dans les comptes au titre du dernier exercice clos du centre hospitalier et est proportionné au niveau d'inexécution constaté.

Les sanctions peuvent notamment porter sur les cas d'inexécution des engagements suivants :

- Non respect des orientations stratégiques ou des engagements relatifs aux missions d'intérêt général, sans justifications suffisantes,
- Non production dans les délais, et de manière récurrente, des informations à recueillir dans le cadre du PMSI, des statistiques d'activité des établissements et des requêtes concernant les indicateurs d'évaluation du SROS (schéma régional d'organisation sanitaire),
- Erreurs de codage et de facturation, non justifiées.

• Des indicateurs standards de 'bonne gestion hospitalière'

L'analyse des « résultats » d'un hôpital, auxquels sont attachées certaines incitations, doit se fonder naturellement sur les objectifs et indicateurs de performance issus du cadre national de la GBO et du projet de performance propre à l'établissement ; mais elle doit aussi se fonder sur **un ensemble standard d'indicateurs clés de « bonne gestion hospitalière »**. Le cadre de la GBO est nécessairement sélectif, surtout en son début d'application. **Or la révision de la gouvernance du secteur hospitalier, qui prend appui sur la contractualisation, impose de suivre de près l'évolution de certains indicateurs de gestion.** Ceux-ci doivent donc constituer un **tableau de bord complémentaire** qui permettra de suivre tant les établissements hors contrats que ceux sous contrat, et qui accompagnera l'extension progressive de la contractualisation.

Ce travail appelle donc dès à présent :

- une réflexion approfondie et concertée sur les critères de bonne gestion hospitalière ; pour l'essentiel ceux-ci sont connus des professionnels mais les expliciter suppose un climat de confiance quant à leur usage et une transparence de l'information ; en toute hypothèse les données transmises par les établissements devront être périodiquement

validées par des contrôles sur pièces et sur place ; l'encadré ci-dessous propose quelques indicateurs possibles ;

- l'établissement d'une « **base line** » (ou ligne de départ) en termes de gestion hospitalière, incluant autant que possible le calcul de coûts unitaires, même grossiers ; à partir de cette « base line » pourront être mesurés les progrès réalisés ;
- la mise en place d'un tableau de bord complémentaire (annuel) de la gestion hospitalière, avec l'ensemble des hôpitaux, sous contrat et hors contrat ;
- l'analyse de l'évolution des indicateurs au fil des ans.

Indicateurs possibles de 'bonne gestion hospitalière' en Tunisie :

1) Indicateurs financiers

- Solde budgétaire (dépassement ou excédent en % du budget)
- Dette à la Pharmacie Centrale (en % de la dépense annuelle de médicaments)
- Taux de recouvrement des créances sur patients
- Existence d'un plan d'investissement pluriannuel, chiffré (coûts directs et indirects) et justifié (oui/non)

2) Indicateurs d'activité

- Evolution annuelle de l'activité (en nb de journées, nb de patients, ou nb de diagnostics...)
- Ratio d'activité rapportée à la structure :
facturations totales / valeur des actifs immobilisés (bruts ou nets)
ou
facturations totales / effectif total
ou
facturations totales / nb de lits
- Intensité de l'activité médicale :
Nb de journées / effectif médical (ou effectif total de personnel soignant)
ou
Nb de patients (y compris alternatives à l'hospitalisation) / effectif médical (ou effectif soignant)
- Nb d'heures de consultations externes par semaine / [Nb de médecins x durée hebdomadaire légale due par les médecins à l'hôpital]
- Nb de consultations / nb de médecins (par service)
- Délai d'attente pour opérations programmées (en choisir quelques-unes)

3) Indicateurs de qualité

- Taux d'infection contractée à l'hôpital (si capacité de la calculer de manière rigoureuse et homogène)
- Taux de mortalité hospitalière (attention, indicateur comportant des effets pervers)
- Taux de césariennes dans les accouchements
- Délai moyen d'attente aux urgences (si capacité de le calculer de manière rigoureuse et homogène)
- Stock stratégique de réserve en médicaments : en nb de mois de consommation
- % de prescriptions de nouveaux médicaments non satisfaites en interne
- % de prescriptions pharmaceutiques non satisfaites en interne
- Existence d'au moins une action pilote orientée vers la performance (action qualité démarrée et ayant déjà produit des résultats)
- Taux de factures rejetées par l'Assurance maladie

4) Indicateurs de climat social

- Taux d'absentéisme du personnel
- Taux de 'turnover' (indicateur toutefois difficile à interpréter selon les zones géographiques)

d) Autres principes

- Faire converger l'exercice des contrats de performance avec le projet de 'Mise à niveau des structures de soins' Tout en veillant à rester sélectif et à éviter l'excès d'ambition...
- « Bottom-up » : valoriser dès maintenant l'échelon opérationnel et concrétiser la partie ascendante du processus de GBO, afin de rassurer les acteurs et les faire adhérer à la démarche (perçue pour l'instant, non sans crainte, comme exclusivement descendante).
- Simplicité, pragmatisme, dialogue... mais fermeté sur la logique
 - Se concentrer, pour la première génération de contrats, sur quelques actions 'parlantes';
 - Privilégier la substance sur la forme (ne pas lâcher la proie pour l'ombre) ; ce qui compte, c'est l'amélioration de la performance et l'évolution des cultures professionnelles, la satisfaction des professionnels et des patients, beaucoup plus que l'intégrité du cadre formel établi a priori. La première génération de contrats est aussi un apprentissage ;
 - Employer des termes clairs : on parlera ainsi de contrats de performance et non de contrats d'objectifs (qui rappellent trop l'expérience passée, peu satisfaisante). De même, à propos de l'action de 'Mise à niveau des structures de soins', il serait

préférable de parler de *Projet* 'Mise à niveau' plutôt que d'unité de gestion par objectifs, comme c'est le cas aujourd'hui, l'appellation actuelle créant des confusions par rapport à l'unité GBO.

e) Un indispensable accompagnement par la formation

L'accompagnement du déploiement des contrats de performance par un investissement sérieux en formation est essentiel à la fois pour l'acquisition des savoir-faire nouveaux requis (gestion de projet, gestion de conflits, management de la performance....) et pour faire évoluer les cultures professionnelles. Sans présenter ici un plan de formation, quelques lignes directrices peuvent être tracées :

- Destinataires : contrôleurs de gestion et auditeurs internes dans les hôpitaux, chefs de projets qualité dans les hôpitaux, directeurs d'hôpitaux, cadres de l'unité GBO, responsables de programme et leurs collaborateurs directs dans cette fonction (+ autres ??)
- Objet : gestion de projets, management par objectifs, contrôle de gestion, politique qualité et gestion des risques, évaluation de la performance, gestion des conflits, communication, GRH, notamment.
- Méthode : formation sérieuse et relativement lourde, focalisée sur une poignée de cadres administratifs et soignants, et une poignée d'établissements, engagés dans une démarche de performance ; ces personnels y trouveront une forme de reconnaissance, contribueront à réaliser les « success stories » nécessaires pour convaincre de la démarche et « feront école » ensuite auprès des autres cadres et autres établissements.
- Prolongement ultérieur: adaptation et spécialisation de la formation initiale des directeurs d'hôpitaux et cadres de direction hospitalière, au regard des nouveaux enjeux évoqués précédemment.

6) Affiner et consolider le cadre national de la GBO au ministère de la santé

Alors que la mise en œuvre de la GBO au sein des départements pilotes entre dans une phase opérationnelle, il est indispensable de stabiliser et de consolider le cadre de performance, en assurant la pertinence, la précision et l'acceptabilité des objectifs et indicateurs, et en veillant à l'appropriation des nouvelles responsabilités.

Le grand tableau ci-dessous synthétise les compléments et affinements à apporter au cadre de performance tel qu'il se présentait en avril 2010 ; cependant la mission est consciente que le travail se poursuivait alors, sur la base d'une concertation -bienvenue- avec les hôpitaux, pour chacun des trois programmes de soins.

Dans ce contexte évolutif, la mission formule les recommandations suivantes.

a) Installer véritablement les responsables de programme dans leurs fonctions

Cela suppose d'abord de stabiliser la désignation des responsables de programme, surtout pour le programme n°2.

Par ailleurs, la mission de la Banque mondiale a établi le tableau ci-après qui récapitule l'ensemble des acteurs, *directs et indirects*, de chaque programme. Il est susceptible d'aider les responsables de programme à appréhender complètement leur champ institutionnel et à nouer les relations de dialogue et d'engagement nécessaires à la *cohérence* de leur démarche de performance.

On remarquera dans ce tableau que la Direction Générale des Services Communs est, de fait, un acteur majeur dans tous les programmes, en raison de la forte centralisation des procédures d'allocation des ressources, qui lui confère un rôle très important. L'amélioration de sa performance en tant que prestataire de services auprès des autres directions d'administration centrale et des établissements est donc un élément capital de la performance d'ensemble du secteur.

Ce tableau fait aussi ressortir, une fois encore, la question brûlante de la coordination au sein du ministère de la santé et de la mise à jour de son organisation interne. Les questions que fait surgir ce tableau telles que la désignation de chefs de file vis-à-vis des établissements, ou la relation avec l'Assurance maladie ont été abordées précédemment.

Ensemble des acteurs principalement concernés par les programmes (*en italique rouge : acteurs concernés indirectement*):

Programme	Sous-Programme	Administration centrale	Administration régionale	Etablissements nationaux	Etablissements régionaux / locaux
1. Structures de soins de santé de base		<ul style="list-style-type: none"> - DG Structures Sanitaires Publiques : direction Organisation Hospitalière + direction Evaluation et Audit - DG santé publique : Dir. Soins de Base + Dir Médecine Scolaire + Dir Médicament + Sous-Dir Qualité des Soins - Projet 'Mise à niveau des structures de soins' - <i>DG Services Communs : RH, Finances, Equipement, Bâtiments, Informatique</i> - <i>Assurance maladie</i> 	<p>DRSP</p> <p><i>Services régionaux du Contrôle des dépenses</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Office National de la Famille et du Planning - <i>Centre national de la médecine scolaire et universitaire</i> - <i>Pharmacie Centrale de Tunisie</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Hôpitaux de circonscription (109) - Groupements de santé de base (2068)
2. Structures sanitaires de deuxième ligne		<ul style="list-style-type: none"> - DG Structures Sanitaires Publiques : direction Organisation Hospitalière + direction Evaluation et Audit - Direction Etudes et Planification - DG santé publique : Dir médicament + Sous-Dir Qualité des soins + Unités Banque du Sang / Biologie/ Urgences - Projet 'Mise à niveau des structures de soins' - <i>DG Services Communs : RH, Finances, Equipement, Bâtiments, Informatique</i> - <i>Unité de la Coopération technique</i> - <i>Assurance maladie</i> 	<p>DRSP</p> <p><i>Services régionaux du Contrôle des dépenses</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Pharmacie Centrale de Tunisie</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Hôpitaux régionaux (34)
3. Structures sanitaires universitaires ou à vocation spécifique	EPS	<ul style="list-style-type: none"> - DG Structures Sanitaires Publiques : direction Organisation Hospitalière + direction Evaluation et Audit - Direction Etudes et Planification 	<p><i>DRSP</i></p> <p><i>Contrôle d'Etat ou Services régionaux du Contrôle des dépenses</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Pharmacie Centrale de Tunisie</i> 	Etablissements publics de santé - CHU (22)
		<ul style="list-style-type: none"> - DG santé publique : Dir. Médicament + Sous-Dir. Qualité des Soins + Dir. Recherche Médicale + 		<ul style="list-style-type: none"> - Centre d'Assistance 	Centres interrégionaux

	Etablissements à vocation spécifique	Unités Banque du Sang / Biologie/ Urgences - Projet 'Mise à niveau des structures de soins' <i>- DG Services Communs : RH, Finances, Equipement, Bâtiments, Informatique</i> <i>-Unité de la Coopération technique</i> <i>- Assurance maladie</i>		Médicale Urgente - Centre Nat. de Greffe de Moelle Osseuse - Centre Nat. de Transfusion Sanguine - Centre de Promotion de la Transplantation d'Organes - Centre de Radioprotection - Centre Nat. de la Médecine Scolaire et Universitaire - Observatoire National des Maladies	d'IRM (Tunis + région Centre)
4. Programme d'appui	Informatique	- DG Services Communs : Dir. Finances, Dir. Informatique - Direction Etudes et Planification <i>- DGSSP : Direction Evaluation et Audit (?)</i> - Projet 'Mise à niveau des structures de soins'		Centre informatique du ministère de la santé	Hôpitaux
	Formation	- DG Services Communs : Dir RH, Dir Finances - UC Formation - Projet 'Mise à niveau des structures de soins'		Instituts de formation	Instituts de formation Hôpitaux de niveaux II et III
	Administration générale	- DG Services Communs : Dir RH, Dir Finances, Dir Equipement, Dir Bâtiments - Unité GBO Santé & <i>Unité GBO Finances</i> - Unité Juridique et Contentieux - Direction Etudes et Planification - Unité de la Coopération technique - Projet 'Mise à niveau des structures de soins' <i>- Contrôle général des dépenses & Contrôle d'Etat</i> <i>- Budget Finances</i>	DRSP	- Centre des études techniques et de la maintenance - Agence nationale du contrôle sanitaire et environnemental des produits	

b) Améliorer la pertinence et la précision des objectifs au regard des enjeux stratégiques pour le secteur de la santé

Le tableau ci-dessous récapitule à la fois les objectifs établis par l'unité GBO de la santé (travail encore en cours) et les commentaires formulés à ce stade par la mission de la Banque mondiale. A présent il reste à :

- Arrêter les objectifs après concertation avec les établissements afin de s'assurer que ces objectifs sont pertinents pour eux aussi ; les opérateurs doivent se reconnaître dans la démarche ;
- Définir les objectifs applicables aux établissements à vocation spécifique (Centre d'assistance médicale urgente, Centre national de greffe de moelle osseuse, Centre national de transfusion sanguine, Centre d'IRM de Tunis, Centre national de la médecine scolaire et universitaire, Centre de promotion de la transplantation d'organes, Centre de radio-protection, Observatoire national des maladies), qui font partie du programme n°3, aux côtés des CHU, mais ne peuvent se reconnaître dans les objectifs de ces derniers ; en effet ces institutions sont beaucoup plus spécialisées et la plupart ne fournissent pas de soins directement ; elles justifient donc des objectifs spécifiques ;
- Remédier aux (rares) incohérences entre objectifs et règles de gestion : par exemple, l'objectif du programme n°3 consistant à développer l'hospitalisation de jour se heurte au fait que cette forme de prise en charge, bien que fortement consommatrice en ressources humaines, techniques et pharmaceutiques (car plus intensive) ne donne pas lieu à facturation à l'Assurance Maladie ; dans ces conditions, le développement de l'hospitalisation de jour se fera au détriment de la situation financière de l'hôpital ; l'adaptation en conséquence des nomenclatures et tarifs devrait remédier à ce problème ;
- Maintenir opiniâtrement les objectifs nationaux au cœur de la logique de performance, même si les indicateurs de performance sont difficiles à trouver ; tel est le cas de la modernisation du système d'information hospitalier ; il faut plutôt chercher dans ce cas d'autres modes complémentaires, plus qualitatifs, d'évaluation des réalisations.
- Promouvoir, quand c'est possible, des dynamiques qui transcendent les découpages d'activités traditionnels, tout particulièrement pour les fonctions d'appui : une autre formulation des objectifs du programme d'appui est ainsi proposée (cf. tableau ci-dessous), selon le découpage suivant :
 - logistique physique : bâtiments, équipements, informatique, gestion des ressources humaines
 - méthodes, procédures, réglementation, organisation

- contrôle, évaluation, audit.

c) Améliorer la pertinence des indicateurs

La difficulté réelle à identifier des « bons » indicateurs de performance dans le secteur de la santé fait courir le risque de se contenter d'une conception trop restrictive de la performance hospitalière, vue depuis l'administration centrale ; des indicateurs fortement contraints par le souci de l'agrégation nationale, et situés aux marges du système de production hospitalier, pourraient finalement affaiblir l'intérêt de la démarche aux yeux des professionnels dans les établissements.

Les indicateurs arrêtés par le ministère sont des signaux de l'attention qu'il entend porter à tel ou tel aspect de l'organisation et de la qualité de service des hôpitaux ; mais ils ne doivent pas détourner ces derniers d'un pilotage global de leur activité, selon un ensemble plus vaste de critères de performance.

La concertation avec les établissements autour des choix d'indicateurs est essentielle pour assurer la crédibilité de la démarche.

Par ailleurs il faut compter sur un perfectionnement graduel de ces indicateurs au fil des ans. La (les) première(s) année(s), l'indicateur correspondant à une action ou un objectif de performance donné peut consister simplement à mesurer la situation de départ (« baseline ») ou la mise en place de la méthode de collecte de l'information nouvelle requise.

d) Ne pas oublier la coordination entre programmes

La définition des programmes selon les trois lignes d'établissements ne doit pas entraver l'adaptation et la coordination de l'offre de soins dans le contexte d'une triple transition démographique, épidémiologique et informationnelle.

La gradation de l'offre de soins doit nécessairement évoluer, vers :

- Une gamme de soins de premier recours progressivement plus étendue et plus complexe (éducation à la sante, prévention, médecine générale, gynécologie et pédiatrie courantes, suivi prénatal et postnatal, suivi du jeune enfant, hospitalisations pour pathologies courantes telles que les pneumopathies, suivi de pathologies chroniques telles que le diabète, l'hypertension artérielle ou les pathologies liées au grand âge, soins gériatriques courants. En revanche, d'autres choix sont à discuter, notamment celui de pratiquer des accouchements dans les structures de niveau I) ;
- Un meilleur positionnement de chaque établissement, centré sur son niveau de soins ;
- Une coordination plus étroite et des échanges plus intenses entre établissements, en particulier ente niveaux de soins, afin de mieux partager des équipements coûteux, des compétences médicales pointues, des références de bonnes pratiques, et des informations relatives aux patients.

Cadre GBO du ministère de la santé : objectifs et indicateurs par programme (avril 2010), assortis de commentaires de la mission (entre crochets, surlignés en jaune) :

Programmes	Sous-Programme	Objectifs stratégiques	Indicateurs de performance
1. Structures de soins de santé de base <i>Responsable : Directeur des soins de santé de base (au sein de la DGSP)</i>		Développer les services préventifs.	- Pourcentage de gouvernorats ayant un taux de couverture vaccinale supérieur à 80%
		Améliorer la prise en charge des maladies chroniques : dépistage précoce et prise en charge médicamenteuse du diabète	- Taux des maladies chroniques suivies [Préciser] - Taux de prescription médicamenteuse satisfaite
		Améliorer la qualité des soins dans les hôpitaux de circonscription.	- Taux d'occupation moyen [Quel rapport avec l'objectif ?]
		Promouvoir la sante de la mère et de l'enfant : améliorer le dépistage du cancer du sein.	- Taux de consultation prénatale - Taux d'accouchement en milieu assisté
2. Structures sanitaires de deuxième ligne <i>Responsable : chargé du budget au sein de la DGSSP (en transition)</i>		Améliorer l'accessibilité des spécialités de base [Est-ce de la responsabilité du ministère ou des hôpitaux ? Préciser.]	-Taux de disponibilité des spécialités de base dans les régions [Définir la notion de spécialités de base]
		Améliorer l'accessibilité et la qualité de prise en charge dans les services d'urgence	- Taux de couverture de chaque région par les SAMU et les SMUR (le pré-hospitalier) [Responsabilité du ministère plutôt ?] - Existence ou non de tri dans les services d'urgence - Nbr de consultations dans les urgences/ nbr total de consultations par région par jour [Préciser s'il s'agit de consultations ou d'hospitalisation via les urgences. Attention à l'interprétation de cet indicateur : un engorgement des urgences peut avoir diverses causes.]
3. Structures sanitaires universitaires ou à vocation spécifique <i>Responsable : Directeur général des structures sanitaires publiques</i>	Etablissements publics de santé	Développer les alternatives à l'hospitalisation	- Taux de prestations faites en ambulatoire : hôpital du jour + chirurgie ambulatoire + hospitalisation à domicile [Préciser le dénominateur : journées, passages ...] - Nombre d'unités ou structures d'alternatives à l'hospitalisation
		Développer les activités de recherche des CHU	- Nombre d'unités de recherche - Nombre de publications dans les revues nationales et internationales
		Développer les soins de médecine de pointe	- Nombre de greffes d'organes - Taux d'évolution de l'activité de cardiologie interventionnelle

	Etablissements à vocation spécifique	Aucun objectif spécifique défini pour le moment ??	
4. Programme d'appui <i>Responsable :</i> <i>Directrice générale des services communs</i>	Informatique	<p>- Améliorer l'administration électronique</p> <p>- [Objectif précédemment retenu : « Moderniser le système d'information de santé ». Ne pas l'abandonner mais le préciser : par exemple : mise en place du dossier patient unique informatisé ; ou poursuite des études de coûts ; ou mise à jour de la classification des séjours ; ou, dans une phase ultérieure, organisation de l'interface entre dossier patient et facturation...]</p>	<p>- Nb de sites utilisant les services en ligne : rendez vous à distance, télé médecine, SMS</p> <p>- Nb de sites exploitant les applications du système d'information hospitalier [Préférer un indicateur en %.]</p> <p>- Nb de sites exploitant le nouveau système d'information de santé, pour les trois niveaux de soins. [Préférer un %.]</p>
	Formation professionnelle	Renforcer la formation [Préciser les groupes cibles et les compétences recherchées, en fonction des enjeux stratégiques pour le ministère : par exemple : renforcement de la formation au management des directeurs d'hôpitaux ; ou formation à la gestion de la performance hospitalière des cadres des hôpitaux sous contrat ; ou formation des cadres centraux et régionaux du ministère à la gestion budgétaire et à l'exécution des dépenses publiques.]	Nombre d'agents bénéficiant de cycles de formation continue par catégorie [Trop vague, et peu pertinent car l'effet d'entraînement sur la performance est trop dilué.]
	Administration générale	<p>- Améliorer la disponibilité opérationnelle des équipements (not. renforcer la maintenance)</p> <p>- Mieux maîtriser l'énergie</p>	<p>- Disponibilité opérationnelle des équipements</p> <p>- Atteindre une économie d'énergie de 20% sur 4 ans.</p>

Autres structure d'objectifs proposée pour le programme d'appui :

Proposition émanant des échanges de la mission avec les cadres de l'unité GBO du ministère :

- Appui en moyens physiques : bâtiments, équipements, informatique, gestion des ressources humaines
 - Indicateurs possibles :
 - nb de services équipés en attente d'ouverture (synchronisation bâtiment-équipement-personnel dans la mise en place de nouveaux services)

- délai de remplacement des départs de personnels
- Méthodes, procédures, réglementation, organisation
 - Indicateurs possibles : -
 - transfert de la gestion des personnels ouvriers aux établissements
 - transfert de la responsabilité d'affectation des personnels techniques et paramédicaux aux établissements
 - mise en place du dossier patient informatisé
 - mise en place du contrôle de gestion dans les hôpitaux
 - développement et diffusion de référentiels de bonnes pratiques et de normes professionnelles pour les activités de soins
 - mise en place du tableau de bord national de suivi de la gestion des hôpitaux
- Contrôle, évaluation, audit :
 - Indicateurs possibles :
 - activité du comité de pilotage et de suivi des contrats de performance
 - nb de missions de contrôle ou d'audit réalisées sur place dans les hôpitaux
 - évaluation de l'application des référentiels et normes professionnelles
 - évaluation de la fiabilité des indicateurs de performance produits
 - mise en place de l'accréditation des hôpitaux.

Cette conception alternative du programme d'appui offre une **vision plus dynamique et plus stratégique** des grandes fonctions de prestation de service des directions d'administration générale du ministère, et permet donc de mieux identifier leurs enjeux en termes de performance. Le cadre de performance du programme d'appui étant, à la date de la mission, encore inachevé, il est souhaitable qu'une approche plus dynamique, plus stratégique et plus transversale, telle que celle qui vient d'être proposée, soit discutée et approfondie avec les acteurs concernés.

Rappels sur les qualités d'un indicateur :

- *Un indicateur doit être pertinent* : c'est-à-dire :
 - *spécifique* à un objectif et ayant un lien logique avec celui-ci ;
 - *représentatif*, rendant compte de manière substantielle du résultat attendu.
- *Un indicateur doit être pratique* : c'est-à-dire :
 - *simple et compréhensible* ;
 - disponible à la *périodicité* voulue (au moins annuellement) ;
 - d'une *sensibilité* telle que ses évolutions signifient quelque chose ;
 - produit à un *coût raisonnable*.
- *Un indicateur doit être quantifiable* : c'est-à-dire :
 - *bien défini* dans sa méthodologie de construction et de production ;
 - *chiffré, fiable et vérifiable* ;
 - non manipulable.

Cf. précédents rapports de la Banque Mondiale et de l'Union européenne relatifs à la GBO.

Fiche de présentation type d'un indicateur (rappel) :

Intitulé du programme/ sous-programme / objectif

Intitulé / définition de l'indicateur

Sources de données et méthodologie de construction de l'indicateur

Responsabilités :

- *Service responsable de la collecte / synthèse des données de base*
- *Service responsable de la production de l'indicateur*

Caractéristiques de l'indicateur

- *Périodicité*
- *Dernière valeur connue*
- *Cible fixée*

Interprétation et limites de l'indicateur

- *Signification et modalités d'interprétation*
- *Limites et biais possibles*

Commentaires

Cf. précédents rapports de la Banque Mondiale et de l'Union européenne relatifs à la GBO