



EHESP

**Directeur d'établissement sanitaire social
et médico-social**

Promotion : **2014 - 2015**

Date du Jury : **décembre 2015**

**Le contrôle de gestion dans les
établissements sociaux
et médico-sociaux : un outil de
performance au service de l'utilisateur et
des professionnels**

Virginie JOSEPH

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Mr Luc RENARD, professeur à l'EHESP, pour m'avoir accompagnée et orientée tout au long de ce projet. Je le remercie pour le temps qu'il m'a consacré, pour tous ses conseils méthodologiques et son impressionnante réactivité.

Je remercie chaleureusement l'équipe de direction du Foyer départemental de l'enfance et de la famille de l'Hérault et tout particulièrement Aline COCHET, directrice adjointe et maître de stage durant mon stage de professionnalisation. Je lui exprime toute ma gratitude pour ses recommandations et son enseignement. Merci à elle de m'offrir en perspective un « service après vente » pour mes débuts professionnels à venir.

Un grand merci à Mr LEROUX, enseignant à l'EHESP pour m'avoir éclairée de son expertise reconnue.

J'adresse mes remerciements à toutes les personnes, experts et professionnels qui m'ont accordé du temps pour les entretiens. La qualité des entretiens m'a permis d'avancer dans mon cheminement ; sans eux, ce projet n'aurait pu aboutir !

Enfin merci à toutes les personnes qui m'ont soutenue de près ou de loin dans la construction de ce mémoire.

Sommaire

Introduction	1
Partie liminaire : méthodologie et prolégomènes	7
Titre 1 : Le choix d'une investigation plurielle	7
Chapitre 1 : Un thème peu exploité et pourtant omniprésent dans la littérature.....	7
Chapitre 2 : L'expérience du contrôle de gestion au FDEF de l'Hérault	8
Chapitre 3 : La conduite d'entretiens auprès d'experts et de professionnels.....	10
Titre 2 : CDG et performance, des concepts interdépendants pour l'amélioration de la prise en charge du public accueilli.....	12
Chapitre 1 : L'amélioration de l'accompagnement des usagers : UN OBJECTIF.....	12
Chapitre 2 : La notion de performance : UNE AMBITION	14
Chapitre 3 : Le CDG : UN OUTIL POUR Y PARVENIR	17
Partie I : Les difficultés spécifiques à la mise en œuvre du CDG supposent des prérequis techniques indispensables	19
Titre 1 : Un outil complexe à élaborer dans les ESMS.....	19
Chapitre 1 : Un processus ralenti par un fort contraste entre le secteur sanitaire et le secteur social et médico-social	19
Chapitre 2 : Le CDG, une notion abstraite pour les professionnels de terrain.....	22
Chapitre 3 : La mesure des coûts : un concept peu évident dans le secteur.....	25
Titre 2 : Les étapes indispensables pour la mise en œuvre d'un CDG	30
Chapitre 1 : Diagnostic et premières fondations	31
Chapitre 2 : L'élaboration des outils de suivi	37
Chapitre 3 : L'interaction avec le système d'information, la qualité et la gestion des risques	41
Partie II : Les bénéfices d'un CDG dépendent du rôle décisif de la Direction	45
Titre 1 : Le CDG, outil de communication et de participation	45
Chapitre 1 : Facteur de communication adapté auprès des bons interlocuteurs.....	45
Chapitre 2 : La responsabilisation des acteurs à travers le contrôle de gestion.....	47
Chapitre 3 : Vers l'amélioration de l'accompagnement des usagers.....	50
Titre 2 : Le Directeur, acteur de la performance à travers le contrôle de gestion.....	53
Chapitre 1 : Le management du changement.....	53
Chapitre 2 : Le directeur, acteur de la performance à l'aide de son savoir et du savoir faire	55
Chapitre 3 : Le savoir être d'un directeur dans l'instauration du CDG	57
Conclusion	59
Sources et bibliographie	61
Annexes	67

Liste des sigles utilisés

ABC	Activity based costing
AGGIR	Autonomie gérontologie groupe iso ressource
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ARS	Agence régionale de la santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
BP	Budget prévisionnel
BSC	Balanced scorecard
CA	Compte administratif
CA	Conseil d'administration
CAF	Code de l'action sociale et des familles
CAH	Comptabilité analytique hospitalière
CDG	Contrôle de gestion
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHSCT	Comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail
CHU	Centre hospitalier universitaire
CNSA	Caisse nationale de solidarité et de l'autonomie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CR	Centre de responsabilité
CTE	Comité technique d'établissement
CVS	Conseil de vie sociale
DAS	Domaine d'activité stratégique
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DIPC	Document individuel de prise en charge
EDF	Electricité de France
EHESP	Ecole de hautes études en santé publique
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EMSC	Equipe mobile de soins de confort
EPRD	Etat des prévisions de recettes et de dépenses
ESMS	Etablissement social et médico-social
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FDEF	Foyer départemental de l'enfance et de la famille
FEGAPEI	Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées et fragiles
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
GHAM	Groupes homogènes d'activités et de missions
GHM	Groupe homogène de malade
GHS	Groupe homogène de séjour
GPMC	Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences
GTT	Gestion du temps de travail
GIR	Groupe iso ressource
GM	General motors
GMP	GIR moyen pondéré
GMPS	GIR moyen pondéré soin
HAPI	Harmonisation et partage d'information
HPST	Hôpital patient santé et territoire
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IME	Institut médico-éducatif
INED	Institut national d'études démographiques
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRP	Instances représentatives du personnel
ISEOR	Institut de socio-économie des entreprises et des organisations
ITEP	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
LOLFSS	Loi organique relative aux lois de financement de la Sécurité sociale
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MCO	Médecine – chirurgie – obstétrique
MIGAC	Mission d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation
NPM	New public management
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
PATHOS	Outil d'évaluation des besoins de soins techniques pour les personnes âgées

PDAHI	Plan départemental d'accueil, d'hébergement et d'insertion
PMP	PATHOS moyen pondéré
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
SA	Section d'analyse
SAME	Service d'accueil mère – enfant
SET' Ados	Structure éducative et thérapeutique pour adolescent
SI	Système d'information
SMEF	Service de médiation enfance famille
SROMS	Schéma régional d'organisation médico-sociale
T2A	Tarifification à l'activité
T2H	Tarifification par groupes homogènes de handicap
UF	Unité fonctionnelle

Introduction

La démission et encore moins le fatalisme ne doivent être le flambeau de nos prochaines missions. Tite-Live déclare qu'« *Il faut oser ou se résigner à tout* »¹. Cette citation est toujours appropriée aujourd'hui. Il est certainement plus aisé d'être contemplateur de notre environnement, voire de céder à une forme de résignation plutôt que d'entreprendre de nouvelles actions. Ce constat peut se retrouver dans de nombreux secteurs y compris celui du social et médico-social. Il faut donc oser et proposer des outils innovants, pour obtenir une plus grande satisfaction du public reçu. Le contrôle de gestion (CDG) est certainement l'un de ces outils.

La paternité du CDG est attribuée pour la plupart des auteurs au modèle SLOAN – BROWN dans les années 1920. En 1919, Alfred Pritchard SLOAN², vice-président de la United Motor Corporation, filiale de la General Motors (GM), pose les bases de cet outil via une « étude d'organisation », un document de vingt-huit pages.

De son côté, Pierre Samuel DU PONT DE NEMOURS³, principal actionnaire de la GM cherche un modèle offrant davantage de coordination, de contrôle et de planification. Soutenu par Donalson BROWN, Directeur financier, son attention se porte sur les nouvelles propositions. Intéressé par cette « étude d'organisation », P.S DU PONT DE NEMOURS fait alors appel aux services de A. P. SLOAN. La collaboration avec D. BROWN se concrétise, par la mise en place des trois ingrédients du processus de contrôle : des critères de décision, des instruments de mesure et un processus de fonctionnement.

Ce modèle est instauré progressivement dans de nombreuses organisations et s'impose désormais dans les entreprises privées.

Dans le secteur public, le *new public management*⁴ (NPM) poursuit au cours des années 1980 une dynamique similaire. La gestion des dépenses est jugée inopportune et inefficace. Le NPM se veut être une réponse à ces incohérences. Un rapprochement est alors établi entre les secteurs privés et publics concourant à emprunter au monde de l'entreprise un modèle d'organisation plus efficient.

Le secteur hospitalier n'échappe pas à ce processus et les réformes successives obligent les gestionnaires à une plus grande maîtrise des dépenses. Désormais l'activité est associée à la

¹ Traduction du latin *Audendum est aut omnia patianda* de Tite Live (59 av. JC – 17 ap. JC), historien de la Rome Antique auteur de l'Histoire romaine.

² A. P. SLOAN, 1875-1966, homme d'affaires américain, président de GM.

³ P. S. DU PONT DE NEMOURS (nommé comme son grand père) achète des actions de GM en 1914.

⁴ NPM : Concept né dans les années 1970 visant l'amélioration du rapport coût / efficacité grâce à une gestion rationalisée et modernisée.

notion de coût et intègre le processus de fonctionnement. Les instruments de mesure sont construits via des tableaux de bord permettant au directeur de prendre des décisions éclairées. La loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS)⁵, l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM)⁶, l'instauration de la tarification à l'activité (T2A)⁷ ainsi que la loi du 21 juillet 2009, dite loi « Hôpital, patient, santé et territoire (HPST)⁸ », accélèrent encore ce phénomène. Le CDG s'impose alors dans l'organisation hospitalière et implique rapidement le recrutement d'experts.

Qu'en est-il des Etablissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) ? La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002⁹ complétée par le décret du 22 octobre 2003¹⁰ renforce le contrôle portant sur les ESMS et organise l'opposabilité des enveloppes limitatives. Les exigences sociales et réglementaires sont croissantes. En effet la loi du 2 janvier 2002 garantit le droit des usagers et instaure des procédures de pilotage plus rigoureuses en consolidant le lien entre planification, programmation, financement, évaluation et coordination.

Par ailleurs, le contexte économique des dernières décennies, rendu encore plus complexe depuis 2008¹¹, entraîne une crise de l'Etat providence. Chaque euro doit être justifié y compris dans l'action sociale et médico-sociale.

Compte tenu de cette situation, les professionnels sont amenés à s'interroger sur le mode de pilotage et sur la répartition des ressources en adéquation avec les prestations offertes. Si un établissement se trouvant dans une situation confortable ne sera pas confronté, dans l'immédiat, aux conséquences d'un pilotage considéré « mou », il sera cependant à moyen ou long terme exposé à des risques certains. Par contre, un établissement déficitaire, avec de surcroît un dialogue social complexe et des usagers mécontents ne pourra se permettre de faire l'impasse d'un pilotage réfléchi et solide. Cette crise dommageable dans de nombreux secteurs, peut donc être perçue comme une opportunité pour questionner les pratiques.

Ces éléments réunis, la relation avec le CDG prend ici toute son envergure.

Le titre énoncé confronte plusieurs termes à éclaircir.

Les établissements sociaux et médico-sociaux correspondent aux établissements régis par le Code de l'action sociale et des familles (CASF) et listés à l'article L312-1 dudit code. Ces

⁵ LOLFSS : Loi organique n°2005-88 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

⁶ ONDAM : Loi constitutionnelle n°96-138 du 22 février 1996 instituant les lois de financement de la sécurité sociale.

⁷ T2A : Issue de la réforme hospitalière du « plan hôpital 2007 » annoncé en 2003 et de la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.

⁸ HPST : Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

⁹ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

¹⁰ Décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, et des établissements mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique.

¹¹ Crise économique mondiale débutée en 2007 par la crise des subprimes aux Etats-Unis.

établissements sont destinés aux populations vulnérables et relèvent de la politique sociale en place.

On entend par professionnel tout agent intervenant de près ou de loin dans ces établissements : les professionnels des autorités de tarification, ceux des établissements le directeur compris.

Le CDG n'est pas toujours bien compris et sa définition a évolué au cours des années. Comme le NPM, sa provenance du secteur privé, le dessert voire le limite, en le réduisant uniquement à une question de rentabilité.

De nombreux auteurs ont défini le CDG : ANTHONY¹² en 1989 et en 2005, SIMONS¹³ en 1995 et BOUQUIN¹⁴ en 2010. La définition retenue est celle de SCHWEITZER¹⁵ en 2000 : « *Le contrôle de gestion permet de réduire l'incertitude en définissant les mécanismes permettant d'identifier, d'évaluer et de gérer les risques induits par les activités présentes et projetées de l'entreprise afin qu'ils soient intégrés dans les processus de définition ; de concevoir des normes de contrôle, des règles et des procédures qui garantissent l'efficacité des actions décidées par la direction de l'entreprise pour atteindre les objectifs dans les conditions de risques acceptées ; de mettre à disposition des organes de direction des instruments permettant de suivre les programmes d'action et de les ajuster en fonction de l'évolution du contexte ; d'assurer un langage commun entre les diverses parties prenantes de l'entreprise : actionnaires, salariés et public.* »¹⁶ Cette dernière définition est intéressante car elle met en exergue le vocabulaire de l'entreprise avec des termes bien précis (entreprise, actionnaires) quand tout l'enjeu de cette étude est de démontrer que le CDG peut être un gage de performance dans un ESMS. Il est important de relever la description du CDG comme instrument d'évaluation et d'aide à la décision permettant d'atteindre des objectifs réalisables et ajustables. SCHWEITZER porte également une attention particulière à la gestion des risques et à la communication, thèmes qui seront repris dans cette étude.

La notion d'usager est elle aussi, controversée dans son utilisation dans les ESMS.

Le dictionnaire LAROUSSE¹⁷ le définit en tant que « personne qui a recours à un service, en particulier à un service public ou qui emprunte le domaine public ». Cette appellation ne fait pourtant pas l'unanimité concernant le public accueilli dans les ESMS, et est parfois mal perçue parmi les professionnels. Lors de la rédaction de documents internes, des professionnels insistent pour une modification du mot « usager ». S'instaure alors un débat entre les professionnels « pro-usager » et ceux qui y sont opposés. L'argument évoqué par ces derniers est la notion de choix.

¹² Robert Newton Bob ANTHONY, 1916 – 2006, théoricien, enseignant le Contrôle de gestion à Harvard Business School.

¹³ Robert SIMONS, professeur à Harvard Business School et auteur de « Levels of control : How managers use innovative Control systems to drive strategic renewal », 1995.

¹⁴ Henri BOUQUIN, professeur des universités, responsable d'un programme de formation « GESTION / COMA / CONTRÔLE DE GESTION ».

¹⁵ Louis SCHWEITZER, ancien président du groupe automobile Renault de 1992 à 2005.

¹⁶ BERLAND Nicolas, « Que sais je ? Le contrôle de gestion », Presses Universitaires de France, 2014, Paris, p 5.

¹⁷ Définition disponible sur le site internet, dernière consultation le 18 août 2015 :

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/usager/80761?q=usager#79816>

Le citoyen lambda décide d'user de services publics : administration, transports... C'est un choix de sa part. Ce citoyen devient donc un usager des services publics.

L'expression de la liberté individuelle reconnue dans les articles 1 à 4 de la Déclaration des droits de l'homme de 1789¹⁸ est transposée dans le champ social et médico-social par la liberté du choix des prestations et de l'établissement. La loi du 2 janvier 2002 rappelle cette liberté fondamentale. En réalité, ce choix intervient rarement. D'une part, parce que les usagers des services sociaux et médico-sociaux intègrent souvent ces services par défaut. Une personne âgée entre en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) parce qu'il lui devient difficile d'être autonome à domicile. Dans le domaine de la protection de l'enfance, les enfants non plus, n'ont pas fait le choix d'être placés dans ces établissements. Ils n'usent pas d'un service public mais « subissent » une décision souvent prise à leur place. D'autre part, le choix de l'établissement est très souvent guidé par le manque de disponibilités.

Pour cette raison les détracteurs du mot « usager » dans les ESMS refusent ce terme. Ils préfèrent parler de « personnes accueillies », notion moins anodine et qui comprend la dimension relationnelle. Il est possible d'entrer en relation avec une personne et moins avec un usager.

Pour autant la personne prise en charge dans les établissements sociaux et médico sociaux n'en est pas moins un usager. L'acceptation de ce terme dans l'intitulé du mémoire repose sur trois idées. L'usager est bel et bien un bénéficiaire d'un service public, il rentre donc dans la définition donnée par le LAROUSSE. L'usager est une personne qu'il faut respecter et avec qui il est possible d'entrer en relation. Enfin la notion d'usager est reconnue juridiquement notamment dans la section 2 de la loi du 2 janvier 2002 : « Des droits des usagers du secteur social et médico-social ». Cela lui donne une dimension éthique et citoyenne, en considérant cet usager comme sujet de droits et de devoirs.

Qu'est-ce qu'un outil de performance ?

L'utilisation du mot outil tend ici à démontrer que cela reste un élément de savoir-faire parmi tant d'autres. Le CDG ne fait pas le management même si cela se révèle être un axe important comme il le sera démontré.

En ce qui concerne la performance, elle peut être admise selon deux définitions. La première étant de considérer la performance comme l'obtention de très bons résultats. La seconde inclut davantage l'idée des moyens en examinant la performance comme les résultats optimaux pouvant être obtenus. La définition retenue se rapproche davantage de la seconde idée et correspond à celle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)¹⁹. Est performant pour l'OMS, un système de santé au croisement de trois conditions essentielles : le service rendu à l'utilisateur, les conditions de travail des professionnels et l'efficacité de l'utilisation des ressources financières et humaines. La performance est une notion ambiguë mais de plus en plus prégnante dans le champ social et médico-social. Le CDG est peut être un outil pour réunir ces trois conditions.

¹⁸ Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789, dernière consultation le 18 août 2015 :

<http://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Constitution/Declaration-des-Droits-de-l-Homme-et-du-Citoyen-de-1789>

¹⁹ OMS : Institution spécialisée sur la santé publique créée en 1948, dirigée par le docteur Margaret CHAN depuis 2007.

Pour autant, très peu d'ESMS possèdent un CDG digne de ce nom. Un certain nombre d'outils de performance tels que des tableaux de bord ou des indicateurs, sont déjà recensés. Un début de CDG existe mais n'est pas forcément utilisé comme véritable outil de pilotage.

Pourquoi, alors qu'il s'agit d'établissements publics, cet écart entre les ESMS et le secteur sanitaire ? A l'évocation de ce thème, différentes réactions ont pu être observées. « *Les ESMS sont bien loin du CDG !* » « *C'est intéressant mais comment le mettre en œuvre dans nos secteurs ?* », « *Le CDG pose un problème ?!* », cette dernière réaction provenant d'un directeur d'hôpital.

Mais, un CDG est-il envisageable dans nos secteurs ou est-ce idéaliste de vouloir instaurer un élément d'aide à la décision ? Quels seraient les freins ? Est-il trop tôt pour un tel sujet au sein des ESMS ? Autant de questions auxquelles seront apportées des réponses tout au long de ce mémoire et qui se résument en une seule :

Au delà de sa mise en place au nom de la maîtrise des finances publiques, le contrôle de gestion n'a-t-il qu'une fonction limitée à la rationalisation des coûts ou peut-il être un véritable outil de pilotage au service des professionnels et des usagers ?

Ce mémoire ne prétend pas faire une présentation exhaustive du contrôle de gestion tel qu'il peut être décrit dans de nombreux ouvrages très techniques. Dans les ESMS, le faible intérêt porté à cet outil suppose de l'aborder avec pudeur.

Une partie dite liminaire est consacrée à la méthodologie appliquée et explique les liens logiques entre contrôle de gestion, performance et usager (Partie liminaire).

Une fois cette interaction démontrée, l'intérêt est de comprendre pourquoi le CDG ne fait pas l'unanimité dans les ESMS. Si l'évolution du secteur social et médico-social explique en partie le décalage constaté avec le secteur sanitaire, la mesure du coût est aussi un facteur freinant son application. Ces barrières ou appréhensions connues et dépassées, il s'agit pour le directeur convaincu, de procéder à un CDG en respectant certaines étapes (Partie 1).

Enfin, après un développement traitant des bénéfices réels du CDG au sein d'un ESMS, je conclurai mon propos par une présentation du garant de cet outil : le directeur (Partie 2).

Partie liminaire : méthodologie et prolégomènes

Le mémoire professionnel est l'aboutissement d'une longue réflexion. Il est le fruit de questionnement, de doute, de satisfaction et d'insatisfaction nécessaires pour donner vie au thème étudié. Ce temps se traduit ici par la présentation des différents modes d'investigation et par une analyse sémantique des concepts, qui ont servi ce mémoire.

Titre 1 : Le choix d'une investigation plurielle

Cette investigation plurielle repose sur trois éléments : la littérature, l'observation d'un CDG dans un établissement social et des entretiens auprès de différents interlocuteurs.

Chapitre 1 : Un thème peu exploité et pourtant omniprésent dans la littérature

En ce qui concerne le CDG, les références bibliographiques existent à condition d'élargir le sujet. Si l'intérêt n'est focalisé que sur le CDG dans les ESMS, peu d'ouvrages répondent aux attentes. La recherche doit s'étendre aux ouvrages traitant du CDG pur (ou associé au management et à l'entreprise) et aux champs qui lui sont étroitement liés.

Un thème peu exploité dans la littérature

Après une revue de la littérature, un seul ouvrage²⁰ est référencé sur le thème du CDG dans les ESMS. Pourquoi ce sujet important semble aussi peu exploité dans la littérature ? La raison essentielle tient en l'absence de CDG en ESMS. En effet, traiter de l'efficacité d'une méthode ou d'une pratique semble plus évident. Il ne s'agit pas d'affirmer, que tous les sujets sont aisés mais qu'instinctivement les remises en question s'établissent autour de l'existant. Ici, l'objectif est d'apporter une critique à l'inexistant, de comprendre pourquoi le CDG est si peu présent dans les ESMS et comment y remédier. Ces réponses seront apportées dans la première et seconde partie.

Une littérature élargie par la multiplicité des thèmes abordés

L'absence d'auteurs variés traitant spécifiquement du CDG dans les ESMS, n'est pas vraiment un obstacle mais plutôt une incitation à la réflexion et une stimulation pour trouver des références plus larges mais toujours rattachées au sujet.

Le CDG, contrairement à certaines idées préconçues, n'est pas seulement de la gestion comptable favorisant le contrôle des actes. Il donne accès à un vaste champ d'action pourvu de domaines variés, ces derniers ouvrant les perspectives littéraires. Ce thème est étroitement lié au concept de la performance. Mais il aborde également des thèmes comme le management, la

²⁰ CAMBON Laurent et MAUDUIT Luc, « Maîtriser le contrôle de gestion en institution sociale et médico-sociale Enjeux, périmètres et outils », ESF éditeur, Collection Actions sociales, 2014.

stratégie, l'organisation du travail, la conduite du changement, la communication, le système d'information sans oublier les conditions de travail ou l'accompagnement des usagers. Autant de sujets qui facilitent la découverte de nouvelles lectures. Par ailleurs, outre les références littéraires, les informations retrouvées en ligne complètent les données.

Une question prégnante sur la scène nationale

Les données trouvées en ligne sont essentiellement issues d'organisations du champ sanitaire et social de la scène nationale.

Ainsi la performance, les tableaux de bord ou les indicateurs ont pu être analysés via l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). Des indicateurs concernant le champ des personnes âgées et du handicap, sont actuellement en phase de test. Un échantillon de ces documents peut être retrouvé en ligne. Deux entretiens avec des professionnels de l'ANAP donneront une vision plus large de l'intérêt de ces indicateurs.

La mesure des coûts fait l'objet d'une étude approfondie au sein de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et permet d'obtenir des informations de qualité. Cette agence travaille sur une enquête nationale des coûts en EHPAD. Elle devrait très prochainement débiter une observation similaire dans le champ du handicap.

La qualité des ESMS est étudiée et évaluée régulièrement par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM).

D'autres sources, notamment sur la plateforme en ligne cairn.info, ont apporté des éléments pertinents pour mener la réflexion.

Chapitre 2 : L'expérience du contrôle de gestion au FDEF de l'Hérault

Le Foyer départemental de l'enfance et de la famille (FDEF) de l'Hérault est équipé d'un contrôle de gestion. Le terrain du stage professionnel est alors idéal pour observer son fonctionnement. Tous les commentaires de ce mémoire professionnel ayant traités à cet outil ont été avertis. L'analyse de cet outil sera régulièrement pointée, les idées présentées sur ce chapitre ne relèvent que du factuel.

Un CDG mis en place rapidement

Il s'agit d'un CDG instauré en 2014, après réflexion de la direction sur le bénéfice d'un tel outil dans un établissement social. C'est le responsable des finances et des moyens qui le pilote depuis 2014.

Il a été mis en place par un consultant extérieur. Les agents, essentiellement les chefs de service ont eu une formation préalable. Le consultant a travaillé principalement avec la Direction et le responsable des finances et des moyens.

L'établissement est découpé en Unités fonctionnelles (UF). « *Chaque UF produit un bien matériel ou immatériel (service) et comporte des unités quantitatives de valeurs de production de biens au service de l'utilisateur* »²¹. La somme de ces UF correspond à l'ensemble de l'établissement.

Une procédure²² est élaborée sur la rédaction de la note de conjoncture dans le cadre du CDG, dénommée analyse de gestion. Chaque chef de service doit transmettre les informations afférentes à l'activité des unités dont il a la charge avant le 10 du mois (nombre d'utilisateurs, nombre de nuitées ou d'unité d'activité, taux d'occupation etc.). Les données d'activités sont complétées par les dépenses de chaque groupe, affectées à cette UF²³. Les unités ou valeurs d'activité ont été définies en réunion pluridisciplinaire en fonction des attentes de chaque acteur.

Chaque mois, une note de conjoncture établit le constat des dépenses et des recettes. Ces chiffres sont comparés aux prévisions faites à partir du budget annuel. C'est au regard des données d'activité que les écarts peuvent trouver leur explication pour éclairer la note de conjoncture. Pour une communication transparente, la note de conjoncture est également transmise aux autorités de tarification.

Les données sont ensuite exploitées par la Direction et le responsable des finances et des moyens. L'outil est bel et bien présent dans cet établissement mais est encore peu exploité pour diverses raisons.

Un manque de reconnaissance de l'outil

Cet outil au sein du FDEF présente une difficulté qui sera abordée plus généralement en partie 1, le manque d'adhésion des agents concernés. Pour exemple, les relevés d'activité doivent être envoyés par les chefs de service avant le 10 du mois. Ces délais sont très rarement respectés et le responsable des finances est souvent obligé de procéder à un ou plusieurs rappels. Lorsque cette difficulté est abordée en réunion, parmi les différentes excuses avancées, le peu d'intérêt pour le CDG est fréquemment relevé.

Une situation contextuelle complexe

Le débat n'est pas ici de s'étendre sur ce contexte, mais de supposer qu'une atmosphère conflictuelle peut être un handicap pour l'instauration d'un tel outil.

Un CDG à affiner

Un premier bilan de l'effectivité de cet outil est réalisé.

Deux niveaux sont observés : l'adhésion des acteurs et la qualité pratique de cet outil. Le premier niveau étant déjà abordé, c'est ici la pertinence du CDG qui est évaluée.

Certains indicateurs se révèlent insatisfaisants au regard des attentes. En effet, le tableau de bord ne reflète pas la réalité des unités fonctionnelles.

²¹ Procédure de rédaction note de conjoncture FDEF Hérault – analyse de gestion – Fiche d'enregistrement n°1 version 1.

²² Annexe I – Procédure de rédaction note de conjoncture / analyse de gestion.

²³ Annexe II – Fiche d'activité et de suivi budgétaire par UF.

Une unité comme la Structure éducative et thérapeutique pour adolescent (SET Ado) fonctionne en hébergement permanent avec une capacité de huit jeunes, et un service de suite. Un des indicateurs concernant l'activité relève l'effectif mensuel en considérant celui-ci via le nombre de nuits. Or, les jeunes suivis en service de suite sont intégrés dans l'activité de SET Ado, mais ne sont pourtant pas comptabilisés sur ce tableau de bord. Ces indicateurs doivent donc faire l'objet d'une révision pour être ajustés aux spécificités de chaque service.

A ce stade l'outil n'est donc pas adapté et ne répond pas aux attentes du CDG. Néanmoins, c'est un début et de nombreuses personnes restent aujourd'hui motivées pour le faire évoluer.

La littérature et l'observation procurent de riches indications mais ne sont pas suffisantes pour cerner le CDG. La rencontre, la parole et le recueil des différentes expertises favorisent une meilleure compréhension des enjeux et difficultés de cet outil. Le recours à l'entretien constitue la troisième méthode d'investigation.

Chapitre 3 : La conduite d'entretiens auprès d'experts et de professionnels

Une attention particulière est donnée à la méthodologie utilisée pour mener ces entretiens. Ainsi le choix des personnes interviewées et les informations collectées sont la garantie de données exploitables. Vingt-deux entretiens étaient programmés. Un entretien n'a pu être réalisé faute de n'avoir pu dégager un moment compatible.

Choix de la spécificité de l'entretien

Le choix s'est porté sur l'entretien semi directif. Les questions sont préparées en amont et posées aux différents acteurs. La liberté est donnée à chaque interlocuteur de s'extraire du cadre, le sujet s'y prêtant volontiers par les nombreux domaines abordés. L'échange est ensuite ramené dans la thématique en fonction des attentes de réponses.

Le lieu et l'ambiance de l'entretien ont également leur importance. La personne indique un lieu de rencontre en proposant des endroits calmes pour échanger et faciliter l'enregistrement. La plupart des entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail de la personne interrogée, dans une pièce propice à un dialogue constructif. Parmi ces entretiens, deux sont effectués par téléphone dans d'excellentes conditions.

Richesse et variété des entretiens

Le choix des personnes interrogées répond à deux volontés :

- La première est celle d'avoir l'expertise de personnes ayant une connaissance précise du sujet²⁴
- La seconde est l'impossibilité de conduire une action sans la concertation des professionnels de terrain²⁵. En effet, avoir l'ambition de certains projets et souhaiter les mettre en œuvre, ne paraît possible qu'avec leur participation.

²⁴ Annexe III – Grille d'entretien experts – contrôle de gestion.

Ainsi, sont interrogés en tant que professionnels de terrain : deux directeurs d'ESMS, un directeur de l'offre de soins et de la qualité d'un Centre hospitalier universitaire (CHU), un responsable des services éducatifs, trois chefs de service éducatifs, un responsable de l'assurance qualité, une éducatrice spécialisée, une représentante du personnel (et éducatrice spécialisée), un représentant du personnel (et agent de nuit), un responsable des finances et des moyens, une élève éducatrice spécialisée (fin de cursus).

Sont interrogés en tant qu'experts : deux auteurs d'ouvrages sur le contrôle de gestion, le contrôleur de gestion d'une autorité de tarification, le consultant à l'initiative du CDG au FDEF, deux professionnels de l'ANAP, un enseignant de l'Ecole de hautes études en santé publique (EHESP), un Directeur du master pro « Economie et gestion des établissements sanitaires et sociaux ».

Deux grilles d'entretiens sont élaborées. Leur construction est adaptée en fonction du professionnel interrogé.

Une grande partie des entretiens a été enregistrée avec l'autorisation de la personne. Cependant pour ne pas nuire à la qualité de certaines rencontres, certains échanges sont réalisés avec le seul support écrit. En effet, l'enregistrement intimide parfois et peut gêner la personne dans sa liberté d'expression.

La phase d'analyse

Une fois les entretiens terminés et retranscrits, vient l'analyse. Chaque entretien est scindé en différents paragraphes avec une codification précise correspondant à la personne interrogée et à la question posée. Une fiche est créée après traitement par thème abordé. Chaque fiche - thème contient donc les réponses obtenues avec la codification correspondante²⁶. La parole de chaque auteur est ainsi identifiable.

Enfin, l'analyse des différentes réponses débute avec les comparaisons, les contradictions ou les parallèles selon les fonctions exercées et le rôle de chacun.



Le titre de ce mémoire aurait pu s'intituler « Le CDG : un outil de performance au service de l'usager ». Il a cependant été modifié pour démontrer l'impact du CDG dans le quotidien des professionnels²⁷ et la considération aujourd'hui prégnante et indissociable des conditions de travail et du service rendu à l'usager.

Cependant, l'usager reste au cœur des débats avec la volonté permanente d'améliorer la prise en charge en tenant compte de tous les paramètres. C'est pourquoi il est procédé ici à une analyse plus fine des concepts principaux.



²⁵ Annexe IV – Grille d'entretien professionnels – contrôle de gestion.

²⁶ Annexe V – Fiche thème : Définition et vision du contrôle de gestion.

²⁷ L'impact du CDG sur les professionnels est démontré en partie 2, titre 1, chapitre 2.

Titre 2 : CDG et performance, des concepts interdépendants pour l'amélioration de la prise en charge du public accueilli

Cette analyse sémantique est destinée à rappeler ces concepts et les adapter au secteur social et médico-social. Le CDG doit être un moyen d'améliorer l'accompagnement des usagers tout en étant plus performant.

Chapitre 1 : L'amélioration de l'accompagnement des usagers : UN OBJECTIF

La définition d'un bon accompagnement est vaste et peut faire l'objet de nombreuses pages, d'autant plus qu'une même prise en charge pourra être évaluée différemment. Elle s'appuie ici, sur la reconnaissance des droits de l'utilisateur.

Qu'est-ce qu'un bon accompagnement ?

Une réponse instinctive serait la satisfaction de l'utilisateur.

Pour y parvenir, il faut sortir des débats professionnels et aller davantage vers la personne afin de répondre à ses attentes. Le directeur de l'offre de soins et de la qualité cite l'exemple suivant : « *Lorsque l'on écoute les gens, il faudrait rester vingt jours à l'hôpital, il faudrait une Infirmière diplômée d'état (IDE) par patient...* ». Le trait est bien entendu grossi mais l'idée d'un bon accompagnement pour le professionnel ne correspond pas forcément aux attentes de l'utilisateur. En effet, l'efficacité est-elle proportionnelle au nombre de professionnels au service de la personne ? Un effectif satisfaisant garantit certes de bonnes conditions d'accueil et d'accompagnement mais assure-t-il pour autant de bonnes prestations ? L'entrée de la personne est-elle anticipée ? Les consultations ou examens sont-ils déjà programmés ? Autant de paramètres à prendre en considération dès lors que les moyens humains sont assurés. Si les professionnels pensent parfois qu'un long séjour signifie un bon accompagnement, souvent, le patient ou l'utilisateur souhaite rentrer chez lui au plus vite.

Autre exemple avec les questionnaires de satisfaction remplis par les utilisateurs. Ces questionnaires ne révèlent pas toujours les mêmes critiques que celles formulées par les professionnels. Alors que les remarques attendues sont le manque de personnel ou la qualité de l'alimentation, une des plus souvent relevées est le défaut d'information.

Evidemment, la satisfaction de l'utilisateur est à mettre en adéquation avec les possibilités matérielles, éthiques et réglementaires. Il ne sera jamais possible de satisfaire totalement tous les utilisateurs / patients.

Enfin, tous les critères sont à prendre en compte et parfois ni l'effectif ni la durée de séjour ne sont suffisants pour assurer un bon accompagnement.

A la satisfaction de la personne (qualité perçue de l'utilisateur), deux autres critères majeurs conditionnent une bonne prise en charge : la qualité produite selon des critères définis (recommandation de bonnes pratiques de l'ANESM) et la sécurité. Ces deux éléments sont de

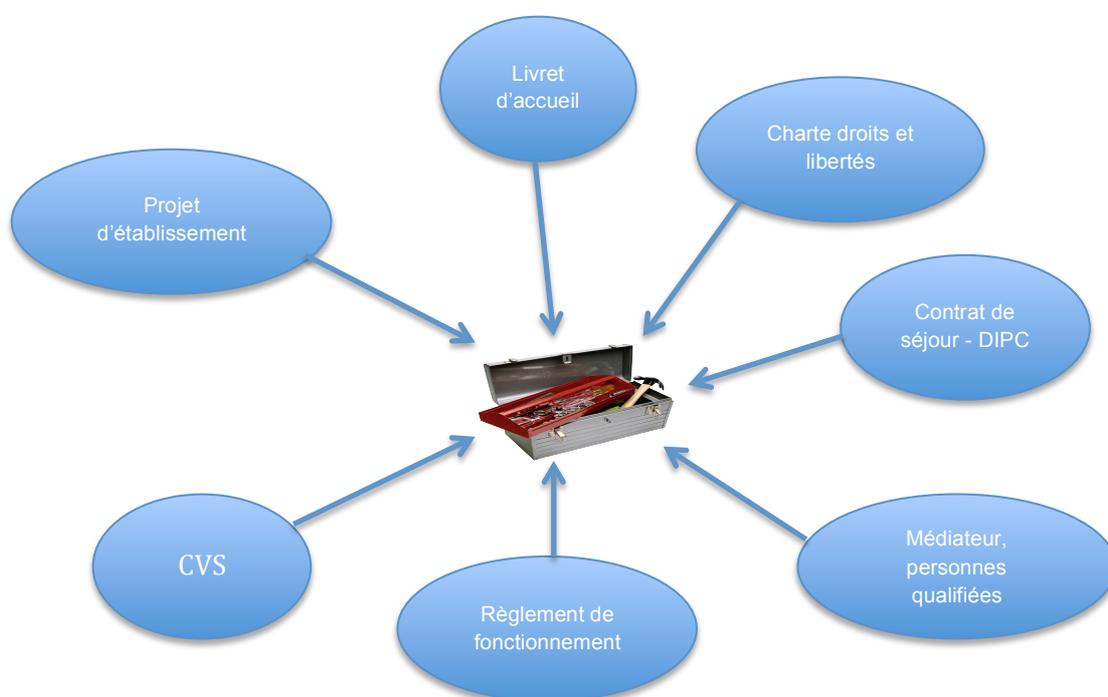
plus en plus observés lors des évaluations internes et externes des ESMS. Ils sont assurés au sein des établissements par les politiques de démarche qualité et de la gestion des risques.

Le respect de la personne et de ses droits

Comment considérer qu'un usager est bien accompagné ? Il s'agit avant tout de l'engagement des professionnels eux-mêmes. Le dévouement et le sens du devoir dans l'accomplissement de missions de service public sont un gage d'une prise en charge de qualité.

Si le professionnalisme de chaque acteur ne devrait pas être remis en doute, il n'en reste pas moins un argument aléatoire s'agissant du facteur humain. Pour pallier cette imprévisibilité, le droit protège également les individus d'un accompagnement médiocre ou maltraitant.

C'est la loi du 2 janvier 2002 qui met en exergue le droit des usagers dans les ESMS à travers divers outils.



Outils loi 2002-2

Ces outils ne vont pas être commentés mais simplement rappelés pour leur rôle primordial dans le respect du droit des usagers. De nombreux établissements sont cependant en retard dans leur application. Parmi ceux-ci, la charte des droits de la personne accueillie est un élément important « *qui rappelle des droits et libertés a priori acquis et qui ne requièrent pas l'évolution de pratiques professionnelles mais le simple respect de ces droits : la non discrimination (article 1), l'exercice des droits civiques (article 10), la pratique religieuse (article 11)*²⁸. »

²⁸ DUBREUIL Bertrand, JANVIER Roland, « Conduire le changement en action sociale – Mutations sociétales, transformation des pratiques et des organisations », esf éditeur, Issy – les – moulineaux 2014, p32.

Le directeur, garant de la qualité de l'accompagnement

Le retard constaté dans la mise en œuvre de la loi 2002-2 n'est pas forcément synonyme d'un non-respect des usagers et de leurs droits. Ce n'est pas parce qu'un professionnel est contre ou ne comprend pas le sens de cette loi, qu'il n'en respecte pas la philosophie. Mais la réciprocité existe également. La banalisation ou le rejet de ces outils n'est pas forcément synonyme de respect de l'utilisateur. Cependant, la non utilisation de ces outils empêche toute traçabilité et ne permet donc pas de s'assurer que les usagers soient respectés.

Cette loi évite les dérives possibles et protège la personne accueillie. Il est néanmoins indispensable d'en avoir une bonne lecture et d'en faire une application adaptée.

En effet, il ne s'agit pas de simplement « distribuer » ces documents pour répondre à une obligation réglementaire. Ils doivent être le fruit d'une réflexion pluridisciplinaire qui déterminera à quel moment, comment et par qui chacun des outils sera partagé avec l'utilisateur. Le respect de la loi pèse à tous les niveaux de responsabilité.

Les professionnels de proximité sont directement concernés car ce sont eux qui interagissent directement avec l'utilisateur. Viennent dans un deuxième temps, les cadres intermédiaires qui animent les équipes et sont en charge du bon déroulement des services. Il leur incombe alors de vérifier que le droit des usagers est appliqué.

Enfin le directeur, en tant que responsable légal de l'établissement et de la mise en œuvre des politiques sociales et médico-sociales, doit veiller à la bonne application de la loi 2002-2. Dans la conduite générale de l'établissement, il est garant du respect des droits des usagers et de la promotion de la bientraitance.

Chapitre 2 : La notion de performance : UNE AMBITION

La performance est un concept largement étudié dans la littérature et adopté dans de nombreux domaines. Pour l'appliquer sur le champ social et médico-social, il est essentiel de l'adapter à ses spécificités.

Les origines de la performance

La performance provient de l'anglais « performance » qui signifie la réalisation, l'accomplissement, et est empruntée au français « performance » du XIIIe siècle, selon la définition de BOURGUIGNON en 1995²⁹.

Cette notion a ensuite été reprise en français pour décrire les courses de chevaux. C'est ainsi que la performance se retrouve liée au résultat. Aujourd'hui, cette notion recouvre de nombreux champs (sport, entreprise, scolarité etc.), et fait l'objet de nombreux questionnements.

La performance telle qu'elle est décrite ou instituée dans certains domaines ne peut fonctionner dans les ESMS. Elle instaure une atmosphère malsaine où la compétition règne entre les salariés

²⁹ Cours EHESP Luc RENARD « Performance dans le secteur médico-social ».

pour accomplir les meilleurs résultats. La recherche de la performance est alors établie au détriment du personnel et d'un climat professionnel sain. Cette description correspond à la performance individuelle. Cette dernière est nuisible à l'esprit d'équipe. A contrario, la performance visée dans les ESMS est collective et ne peut s'envisager autrement.

Il ne faut pas négliger non plus, l'idée que se font la plupart des professionnels sur la performance tel que l'exprime Christian ANASTASY³⁰ : « *Ne soyons pas naïf ! La performance est un terme polysémique qui peut signifier dans certains esprits une nouvelle forme plus subtile de présentation de politiques de réduction des coûts.* »

A l'évocation du terme, de nombreuses personnes l'associent à l'optimisation de la gestion de l'enveloppe. A la question « *La recherche de la performance a-t-elle une connotation négative pour vous ?* », l'élève éducatrice spécialisée interrogée a répondu par l'affirmative. Ce mot fait écho d'après elle à la réforme de la profession et du secteur social qui met l'accent sur les résultats et la volonté des gestionnaires de tout quantifier. Selon cette future professionnelle « *l'éducation spécialisée se définit comme une profession de relation, dite éducative et c'est à partir de cette matière humaine, que l'éducateur peut travailler à l'accompagnement des personnes, avec elles. C'est difficilement mesurable en terme de performance* ». Cela reste une vision personnelle. Ainsi pour atteindre un fonctionnement performant de l'établissement, il faudra nécessairement l'adapter à son environnement.

Adapter la performance dans le secteur social et médico-social

« *La performance est souvent définie par le triptyque économie-efficacité, renvoyant à la Sainte Trinité des Evangiles du management et rappelle que définir la performance relève peut-être d'un acte de foi* ». ³¹ La performance entendue dans le sens de l'OMS, et reprise par l'ANAP est l'ambition de tout directeur d'ESMS. Elle doit, dans les établissements et services, répondre à trois conditions : amélioration du service rendu à l'utilisateur, amélioration des conditions de travail, et efficacité économique.

Le schéma ci-dessous illustre les interactions à prendre en compte pour penser et adapter la performance dans un établissement social et médico-social. Cela demande une adaptation aux exigences légales et au règlement interne de l'établissement. La participation des usagers doit être recherchée avant toute décision, dans ce processus de performance. Il est indispensable de s'adapter également à l'environnement politique et aux autorités de tarification.

En définitive, la performance est pilotée en fonction des exigences internes et externes et est une préoccupation majeure du directeur.

³⁰ Extraits du discours de Christian ANASTASY, Directeur général de l'ANAP, ouverture des universités d'été de la performance en santé, septembre 2011.

³¹ BERLAND Nicolas, 2014, op.cit, p 56.



PDAHI³² : Plan départemental d'accueil, d'hébergement et d'insertion

SROMS³³ : Schéma régional d'organisation médico-sociale

Schéma représentant les grands axes de la performance dans le secteur social et médico-social³⁴

La performance, une préoccupation majeure du directeur

Comment est-il possible de satisfaire les usagers et améliorer les conditions de travail sans augmentation des coûts ? Comment personnaliser les prestations sans augmenter l'effectif du personnel et comment produire la même qualité avec une enveloppe budgétaire plus restrictive ? Autant de questions posées par l'équipe dirigeante de tout établissement dont le fil rouge est l'assurance de la qualité de prise en charge en maintenant de bonnes conditions de travail et en garantissant le respect de l'enveloppe budgétaire.

Le directeur est donc le premier responsable de l'accompagnement proposé à l'utilisateur. Par conséquent, il devient aussi responsable des moyens utilisés pour y parvenir. Il ne s'agit pas ici, d'être systématiquement accroché aux outils de la performance ou à l'affut des mauvais chiffres, vraisemblablement cela serait contre-productif. L'établissement répondant à la fois à une performance sociale, environnementale, aux exigences économiques et surtout à celles des usagers est illusoire tant l'environnement institutionnel est en proie à de multiples mutations. Mais c'est parfois l'utopie qui permet le progrès. Et si le terme « utopie » est trop ambitieux, il reste la liberté d'être optimiste. C'est une autre possibilité d'atteindre la performance.

Souhaiter la performance telle qu'elle est définie par l'OMS ou l'ANAP correspond à la volonté d'élaborer un outil de suivi et d'aide à la décision.

³² Article 69 de la loi n°2009-323 du 25 mars 2009 de mobilisation pour le logement et la lutte contre les exclusions (Molle).

³³ Article 118 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

³⁴ Schéma repris du support de cours « Performance dans le secteur médico-social » par Luc RENARD et adapté au secteur social et médico-social.

Chapitre 3 : Le CDG : UN OUTIL POUR Y PARVENIR

Le CDG est l'opportunité de maîtriser les diverses dimensions de l'établissement. En effet son rôle est essentiel dans la maîtrise des actions entreprises, de leurs évolutions et de leurs évaluations. Il intervient à diverses phases du management en suivant ainsi la fameuse roue de Demming³⁵, « Plan – Do – Check – Act ».

Une photographie financière et sociale (ou première phase)

Une fois le CDG amorcé, il devient un outil précieux au service du management. Le mot « management » est délibérément utilisé pour évoquer les différents niveaux de décisions où il peut intervenir (directeur, chef de service etc.). Grâce aux premiers diagnostics, le CDG devient une véritable photographie du compte financier et du bilan social. Cette phase correspond au « Plan » de la roue de Deming. C'est une étape de préparation qui ne suffit pas, à ce stade, à donner une réelle interprétation de la santé de l'établissement.

Un moyen de conduire les actions (ou deuxième phase)

Le CDG favorise une action efficace. En effet, cette phase est équivalente au « Do » de la roue de Deming pour « réaliser – développer ». Le CDG devient alors un outil de pilotage. Il permet à tout moment de corriger les actions amorcées dès lors qu'elles ne correspondent plus aux attentes.

Un outil permettant l'évaluation des actions (ou troisième phase)

Cette phase correspond au « check » de la roue de Deming pour « contrôler – vérifier ». Le CDG, lors de cette étape aide à évaluer les actions entreprises. Il est alors possible de modifier les objectifs, la stratégie ou de maintenir simplement le cap de départ.

Une aide à la décision (ou quatrième phase)

Cette étape est donc la quatrième du cycle de la roue de Deming, « Act » pour « agir – ajuster ». Elle consiste à faire un bilan de ce qui a été entrepris et de poursuivre avec de nouvelles actions. Grâce aux différents outils du CDG, notamment les analyses qui en sont issues, le gestionnaire a la capacité de décider en présence d'éléments pertinents.



L'interdépendance démontrée entre le CDG, la notion de performance et un meilleur accompagnement, il s'agit maintenant d'expliquer comment instaurer cet outil au sein de l'établissement. Cela passe par un certain nombre de difficultés à affronter et demande le respect d'étapes indispensables.



³⁵ Concept de William Edwards DEMING détaillant les étapes pour atteindre la qualité dans une organisation.
Virginie JOSEPH – Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015

Partie I : Les difficultés spécifiques à la mise en œuvre du CDG supposent des prérequis techniques indispensables

Alors que sa maîtrise est de plus en plus importante dans le contexte actuel, l'engouement pour le CDG ne prend pas car il subit les conséquences de nombreuses spécificités du secteur. Il s'avère indispensable de franchir certaines étapes devenues incontournables.

Titre 1 : Un outil complexe à élaborer dans les ESMS

Les principales barrières faisant obstacle à l'instauration du CDG proviennent de la sectorisation du champ sanitaire, social et médico-social, de la méfiance des professionnels à l'évocation de ce terme et de la difficulté à mesurer les coûts.

Chapitre 1 : Un processus ralenti par un fort contraste entre le secteur sanitaire et le secteur social et médico-social

A la question portant sur le retard entre les différents secteurs, le directeur de l'offre de soin pense qu'il n'est, en réalité, pas question de retard mais plutôt d'un manque d'opportunités pour se restructurer.

Deux secteurs marqués par leurs propres évolutions

L'intérêt des pouvoirs publics s'est rapidement porté sur le secteur sanitaire et ce, dès la loi du 21 décembre 1941³⁶ et son décret d'application du 17 avril 1943³⁷ qui consacre la naissance de l'hôpital moderne avec une gestion publique. Dès lors, l'hôpital devient une préoccupation majeure des pouvoirs publics et fait l'objet de plusieurs réformes : 30 décembre 1958³⁸, 31 décembre 1970³⁹, 9 janvier 1986⁴⁰, 31 juillet 1991⁴¹, 24 avril 1996⁴², 4 mars 2002⁴³ et 21 juillet 2009⁴⁴ pour les plus importantes.

Le secteur médico-social et social est une combinaison entre la nécessité de répondre à de réels besoins une fois la dimension hospitalière dépassée et l'absence de dispositifs gouvernementaux pour les couvrir. Ce secteur s'est développé grâce à des personnes

³⁶ Loi du 21 décembre 1941 sur la réorganisation des hôpitaux et des hospices civils.

³⁷ Décret n°43-891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics

³⁸ Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale.

³⁹ Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

⁴⁰ Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

⁴¹ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

⁴² Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

⁴³ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

⁴⁴ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

courageuses et méritantes. Il est imprégné des valeurs d'entraide et de solidarité, marqué par un fort militantisme encore présent aujourd'hui. La plupart des établissements sont issus d'associations de parents ou de familles constituées dans le cadre de la loi 1901⁴⁵ et réunies autour d'une problématique spécifique. Certaines associations se sont regroupées et sont reconnues aujourd'hui dans le secteur comme l'Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (UNAPEI⁴⁶).

Ce rapide parcours historique explique en partie les différences actuelles entre les deux secteurs. Ces disparités sont accentuées par des compétences confiées à différentes institutions et échelons territoriaux. L'intérêt des autorités publiques s'est développé plus tardivement dans le secteur social et médico-social.

Une exigence tardive mais de plus en plus prégnante des politiques publiques

La loi fondatrice du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales marque à la fois la reconnaissance du secteur et son premier cadre de régulation. Le secteur social et médico-social s'est construit progressivement mais doit aujourd'hui se soumettre à certaines exigences budgétaires à l'instar du secteur sanitaire.

Cette rénovation de la loi de 1975 est devenue indispensable pour diverses raisons : la multiplication des amendements de la loi initiale, la nécessité de maîtriser les dépenses (création de l'ONDAM en 1996), la réorganisation des responsabilités sous l'effet de la décentralisation (Accroissement des responsabilités des collectivités territoriales et transferts des compétences sociales et des moyens avec la loi du 2 mars 1982⁴⁷ et la loi du 6 janvier 1986⁴⁸), l'évolution des besoins sociaux (vieillesse de la population), l'exigence d'une meilleure prise en compte de l'utilisateur.

La loi du 2 janvier 2002 rénove le secteur social et médico-social. Si le droit des usagers est l'élément dominant à l'évocation de cette date, cette loi traite d'autres éléments qui confirment l'ingérence étatique vers ce secteur : extension de la liste des établissements et services sociaux et médico sociaux, planification des besoins, recours aux évaluations internes et externes obligatoires avec un impact sur l'autorisation, rénovation du système d'autorisation, rénovation du système d'allocation de ressources.

⁴⁵ Loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association.

⁴⁶ Fondée en 1960, l'UNAPEI est la première fédération française regroupant 550 associations.

⁴⁷ Loi n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions.

⁴⁸ Loi n° 86-16 du 6 janvier 1986 relative à l'organisation des régions et portant modification de dispositions relatives au fonctionnement des conseils généraux.

La loi du 2 janvier 2002 a été mise en œuvre à l'aide d'un nombre important de décrets d'application (décret du 22 octobre 2003⁴⁹, décret du 26 novembre 2003⁵⁰ etc.).

Si cette recrudescence réglementaire a rendu difficile la compréhension et le pilotage du secteur, elle constitue un argument en faveur de l'élaboration du CDG comme l'avancé cet auteur : *«La complexification de nos organisations rend indispensable le pilotage de la performance pour une bonne maîtrise de la situation (...) Les allocations publiques sont en stagnation ou en phase descendante. Dans un contexte où les exigences sociales et réglementaires sont croissantes, nous nous devons d'agir.»*

Ces premières données expliquent en partie le décalage constaté des ESMS en comparaison des hôpitaux concernant le CDG. Cela s'intensifie par la philosophie de chaque secteur.

Deux secteurs à la « philosophie » contrastée

L'hôpital est un lieu de soins quand la plupart des ESMS sont des lieux de vie. Les attentes ne sont pas les mêmes. Tout d'abord, l'hôpital est un lieu où la personne choisit d'entrer (à l'exception des urgences ou de la psychiatrie et de situations plus complexes). L'accompagnement à l'hôpital est généralement sur de « courtes » périodes avec des protocoles de soins et des actes techniques précis. Il y a une « bonne manière de faire » et des exigences de prestations soumises à la certification de la Haute autorité de santé (HAS).

Parallèlement, dans les établissements sociaux et médico-sociaux, la présence est rarement choisie et les prises en charge y sont nettement plus longues. Le secteur social et médico-social est très éclaté avec 36 000⁵¹ établissements et services, avec un public beaucoup plus important rendant difficile l'utilisation d'outils homogènes. Difficilement applicables, les protocoles sont rares dans les ESMS qui ne sont pas soumis à la certification mais à des évaluations. Les actes sont vraisemblablement davantage basés sur la relation humaine. Un toxicomane ne sera pas pris en charge de la même manière à l'hôpital et dans un centre d'addictologie.

S'il faut se prémunir de conclusions hâtives, le rôle « prescrit » retrouvé dans le sanitaire et le médico-social, oblige le professionnel à exécuter des tâches nécessaires et parfois vitales pour le patient. Il n'existe pas de tel rôle dans les corps du secteur social. Ce manque dans

⁴⁹ Décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, et des établissements mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique.

⁵⁰ Décret n° 2003-1135 du 26 novembre 2003 relatif aux modalités d'autorisation de création, de transformation ou d'extension d'établissements et services sociaux et médico-sociaux.

⁵¹ Donnée issue du Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes :

<http://www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/personnes-agees-autonomie,776/informations-pratiques,1329/les-etablissements-et-services,853/>

le champ social empêche parfois de prendre le temps qui pourrait être considéré comme « vital » pour l'équilibre de l'utilisateur. Un exemple se situe dans l'interprétation faite par certains professionnels des outils de la loi 2002. Elle est perçue comme un moyen de mieux contrôler les agents. Or, au-delà de l'aspect obligatoire du livret d'accueil ou du Document individuel de prise en charge (DIPC), c'est la façon dont sont transmis ces documents qui est importante. Il est primordial dans ces secteurs d'établir la relation. Ainsi, avoir des temps « prescrits » pour y parvenir, pourrait être une possibilité. De toute évidence, il est nécessaire qu'il y ait toujours cette souplesse d'intervention. En effet, la relation ne s'impose pas non plus.

Cette philosophie creuse le retard des ESMS dans le domaine du CDG car elle est aux antipodes du formalisme attendu dans l'élaboration de cette trousse à outils. Pourtant, le CDG est d'ores et déjà développé dans certaines structures sociales ou médico-sociales. Il est enseigné à l'EHESP et jouera probablement un rôle essentiel dans le pilotage des ESMS. Une autre barrière à franchir sera la perception négative voire le rejet de ce type d'outil dans le secteur social et médico-social.

Chapitre 2 : Le CDG, une notion abstraite pour les professionnels de terrain

Le décalage présent avec le monde sanitaire tient également aux représentations culturelles du monde social et médico-social. Les incompréhensions entre les professionnels accompagnant l'utilisateur et les managers ne favorisent pas la présentation d'un nouvel outil ou d'une nouvelle organisation. Le manque de formation est certainement une des explications aux craintes et parfois rejet des professionnels.

Des stéréotypes qui perdurent et qui cristallisent les relations

Les phrases suivantes sont toutes issues des entretiens menés et démontrent les clichés qui desservent une vraie collaboration au service de l'utilisateur :

- « *Le social ne coûte pas cher.* »
- « *On va caricaturer, mais dans nos établissements, c'est la lutte des classes ! Le directeur, c'est un affreux⁵², et les salariés sont les bons d'extrême gauche.* »
- « *En France il y a une culture pyramidale parfois très problématique. Comment inverser cela ?! Quand on sent qu'en haut de la pyramide on n'a pas confiance eh bien, en bas, c'est réciproque.* »
- « *Le problème c'est qu'aujourd'hui un travailleur social, son outil de travail, c'est le blabla. Donc, tout est travail. Même quand il prend le café avec ses collègues, c'est*

⁵² Acteur de la scène politique française dont l'identité est retirée à la rédaction.

du travail. On marche sur la tête. Aujourd'hui, il faut passer d'une culture à une autre en leur expliquant que si on ne se donne pas les moyens d'obtenir nos meilleurs résultats en terme d'insertion, d'accès aux droits communs, d'accès à la citoyenneté, c'est le secteur lucratif qui va reprendre ce marché là. Et à des coûts bien plus faibles. Les travailleurs sociaux ne mesurent pas aujourd'hui qu'ils sont en train de couper la branche sur laquelle ils sont assis. »

- *« Il y a choc des cultures car il y a différentes volontés, la quantification et la gestion d'un côté, la relation humaine et l'accompagnement de l'autre. »*
- *« Le cœur de la profession d'éducateur spécialisé est la relation et c'est une base de travail très difficile à mesurer, quantifier, définir et expliquer. Les résultats ne sont pas toujours visibles ni immédiats ni rentables... Mais qu'entendent les politiques publiques par rentabilité ? »*
- *« Si certains professionnels travaillaient en entreprise, ils s'apercevraient de nos conditions de travail exceptionnelles... exceptionnelles !! »*

Les représentations culturelles mettent en péril la coopération des différents acteurs. Et pour contredire une de ces citations, il ne devrait pas y avoir des volontés différentes mais un objectif commun : améliorer l'accompagnement de la population reçue dans les ESMS.

Ces perceptions sont renforcées en temps de crise et cette perte de confiance évoque la théorie de l'agence⁵³, issue du monde économique.

Une perte de confiance réciproque

La crise économique et ses conséquences directes sur les budgets alloués aux services, obligent les dirigeants à prendre des décisions délicates. Certains directeurs sont alors sous pression constante pour répondre aux objectifs fixés et les conséquences sont portées sur un management distant et sévère. L'argent est le leitmotiv des désaccords. Les restrictions en personnels, les lourdeurs administratives et les refus de financement de certains projets agacent les professionnels de terrain qui dénoncent des économies effectuées aux dépens de l'utilisateur. L'incompréhension s'amplifie et engendre de la tension dans l'environnement professionnel. La théorie de l'agence, empruntée au monde économique désigne la relation entre le « principal », commanditaire d'une action et « l'agent », exécutant de cette action dans ce qui est communément appelé une asymétrie d'information. Cette relation suppose une confiance entre le détenteur des moyens de production et celui qui détient la connaissance pour agir. Elle garantit pour chaque partie des bénéfices individuels et collectifs (rémunération, promotion professionnelle, satisfaction des usagers).

⁵³ Cette théorie est développée en 1976 par Michael JENSEN et William MECKLING.

Dans le secteur social et médico-social, le principal est le directeur qui recrute le professionnel (agent), détenteur de connaissances et d'expériences. Mais cette relation est ici bafouée par les causes précédemment évoquées. Si l'agent soupçonne le principal de ne pas révéler toutes les informations utiles pour sa mission, le principal émet des doutes sur les intentions de l'agent.

Le CDG est de prime abord considéré, par les professionnels de terrain, comme un nouvel outil inefficace. La tension ne cesse de s'accroître ces dernières années. En effet, le monde professionnel subit la pression provenant de l'exigence de résultats, du culte de la performance et des objectifs de plus en plus difficiles à atteindre. Evoquer le CDG dans cette atmosphère délétère pourrait provoquer la fuite de plusieurs professionnels.

Contrôle et gestion... des mots qui effraient...

Lorsqu'il est abordé, le CDG est rapidement associé à du « flicage ». La gestion, loin des professionnels de terrain, est rapidement apparentée au domaine administratif. Le contrôle sert à vérifier ou à surveiller et est perçu comme un manque de confiance ou comme une remise en question des pratiques. La notion de contrôle fait peur. Une des représentantes du personnel fait une comparaison avec le Stakhanovisme⁵⁴. Selon elle, *« il faut adapter les choses et favoriser le dialogue. Mais ces mots ont une connotation négative »*. Un des chefs de service donne également au contrôle et à la gestion *« une connotation négative : ce sont des termes managériaux, qui viennent de l'entreprise. Derrière la performance, il peut y avoir une idéologie, la société de consommation, la société capitaliste et ce sont des termes qui peuvent faire peur. On ne devient que des gestionnaires. Il ne faut pas réduire la prise en charge en terme de coûts, de moyens ou de résultats mais aussi à beaucoup d'autres dimensions... pédagogiques, sociales et humaines... »*

Le mot « contrôle » est mal interprété. En réalité, le CDG est traduit littéralement du « management control »⁵⁵. Or, « control » ne signifie pas seulement vérifier⁵⁶ ou inspecter mais est utilisé dans le sens de « maîtriser », comme le pilote de course maîtrise ou contrôle sa voiture. Le « management control » n'est rien d'autre qu'une maîtrise de management et donc de l'établissement.

Ces arguments ne doivent pas être une excuse pour taire le sujet. Ces réactions hostiles au CDG sont souvent induites par la méconnaissance du dispositif.

⁵⁴ Campagne de propagande durant le gouvernement de Joseph STALINE qui visait à vanter les mérites du travailleur productif et dévoué.

⁵⁵ Contrôleur de gestion.

⁵⁶ Le sens « vérifier » en anglais correspond davantage au verbe « To check ».

Un manque de sensibilisation

Un chef de service favorable à la mise en œuvre du CDG, le perçoit comme une aide indispensable aujourd'hui. C'est un moyen pour elle de réunir le versant administratif et éducatif, et dans son ancienne structure, « *Les décisions éducatives ont pris en compte les impondérables administratifs et vice versa.* ».

Dès lors que les professionnels ne sont pas sensibilisés ou formés, ils sont plus réticents. Les professionnels de terrain ne sont pas préparés à ce genre de questions. L'élève interrogée évoque une sensibilisation aux questions de coûts mais ajoute « *le cœur de notre métier étant la relation, il n'y a pas toujours de ponts possibles entre une relation d'accompagnement de qualité et les exigences budgétaires actuelles.* ». Pourtant face aux exigences budgétaires, de plus en plus de connaissances gestionnaires telles que la quantification de la charge de travail ou la description d'activité, seront attendues.

Un des professionnels de l'ANAP ajoute : « *Il faut effectivement que, dans les formations initiales, les acteurs de soins et de la prise en charge connaissent la notion de coût. Or, cette discipline n'existe pas dans les formations médicales et paramédicales. Moi je suis médecin et à la faculté, je n'ai jamais rien appris sur le fait que soigner avait un coût. Je n'ai jamais rien appris sur un pilotage. (...) C'est vrai que l'on aurait intérêt à ce que, dans les formations universitaires, la notion de coût soit développée, de telle sorte que lorsque nous sommes amenés à prendre en charge, à avoir des responsabilités nous soyons plus vigilants.* » Le directeur de l'offre de soins et de la qualité confirme avec ces mots : « *Le médicament est très cher. Est-ce que les IDE, les aides-soignants ou les médecins ont une idée de l'acte qu'ils pratiquent ou du médicament qu'ils prescrivent ? La seringue, les gants ou les sets à usage unique sont passés dans les mœurs. On ouvre et on jette. Les soignants ont-ils une idée de ce coût ?* »

Le coût de l'accompagnement est effectivement une autre source de difficultés pour un CDG en ESMS.

Chapitre 3 : La mesure des coûts : un concept peu évident dans le secteur

Une difficulté majeure pour l'installation d'un CDG réside dans la mesure des coûts, longtemps peu identifiés dans les ESMS et qui provoque aujourd'hui un regain d'intérêt.

La prise en considération du coût des services sociaux et médico-sociaux

Les différences existantes entre les secteurs proviennent de leurs propres évolutions. Le système de protection sociale à cheval sur le modèle de Bismarck⁵⁷ et de Beveridge⁵⁸, les

⁵⁷ Otto Eduard von BISMARCK, chancelier du nouvel empire allemand de 1871 à 1890 à l'origine de l'assurance maladie.

progrès de la médecine, les frais d'hospitalisation, autant de raisons qui contribuent au déficit de l'assurance maladie et au poids de l'hôpital dans le budget public. En observant l'ONDAM 2015⁵⁹, l'objectif de dépenses des établissements de santé est évalué à 76,8 milliards d'euros face à 17,9 milliards d'euros pour le médico-social. Il semble donc logique que le législateur s'efforce à trouver des économies du côté sanitaire.

La population vieillissante, l'espérance de vie qui s'allonge, les progrès techniques, sont autant de critères en faveur d'une augmentation du financement des ESMS. Pour des raisons éthiques, humaines et financières, l'intérêt est grand de se préoccuper des usagers des ESMS. La santé n'a pas de prix mais elle a un coût. Cet adage quelque peu transformé est également vrai aujourd'hui pour les services sociaux et médico-sociaux. Pourtant, alors que les exigences attendues de ces établissements sont en hausse, les budgets deviennent de plus en plus contraints.

Une meilleure prise en charge est exigée aujourd'hui par les autorités de tarification mais toujours à moyens constants. La plupart des établissements voient leur budget diminuer bien que, selon un directeur, certains établissements notamment dans l'enfance, sont encore épargnés. La comptabilité, le financement et le budget des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux sont des domaines aujourd'hui bien maîtrisés. En revanche l'économie de la santé, matière reconnue sur le coût de la santé, n'a pas son équivalent dans le social ou le médico-social. Aujourd'hui, des experts s'y intéressent. Il reste cependant à déterminer la mesure des coûts, critère difficile à évaluer dans des secteurs où l'outil de travail de prédilection est la relation humaine.

La mesure du coût lié à l'activité

La définition du coût telle qu'elle est retranscrite dans l'ouvrage « Maîtriser le CDG en institution sociale et médico-sociale » est « *la quantification monétaire d'une consommation de ressources encourue dans un but précis*⁶⁰ ».

Le coût est très souvent lié à l'activité. Il doit être couvert par la tarification en vigueur (prix de journée, forfait journalier, dotation globale) mais peut aussi être influencé par d'autres éléments tels que la participation des usagers ou les produits hors dotation, perçus en atténuation. Le budget, établi en fonction de groupes fonctionnels incluant les charges et les produits, permet d'évaluer mais de manière globale le coût de la prise en charge.

Dans les hôpitaux, les activités de médecine – chirurgie – obstétrique (MCO) sont financées par la T2A depuis 2008. Il est donc possible de quantifier monétairement une activité. Le

⁵⁸ Lord William Henry Beveridge, économiste et homme politique britannique à l'origine d'une sécurité sociale basée sur les 3 U : Universalité, Uniformité, Unité et un financement par l'impôt.

⁵⁹ Données chiffrées disponible sur :

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/depliant_ifss_2015.pdf

⁶⁰ CAMBON L. et MAUDUIT L., 2014, op. cit., p68.

Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) a facilité la démarche en permettant le classement des patients en Groupe homogène de malades (GHM). A chaque GHM, est attribué un Groupe homogène de séjour (GHS) correspondant à un tarif. Certaines activités restent financées par des dotations globales ou forfaits annuels à travers les Missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation (MIGAC)⁶¹.

Dans les ESMS, la réflexion sur la mesure de l'activité et de la valorisation monétaire, se poursuit.

Dans le secteur des personnes âgées, il existe la grille Autonomie gérontologie groupe iso ressource (AGGIR) ainsi que l'Outil d'évaluation des besoins de soins techniques pour les personnes âgées (PATHOS). La grille AGGIR classe 6 Groupes iso-ressources (GIR) selon le degré de dépendance de la personne. Le total des GIR, selon une méthode spécifique, établit le GIR moyen pondéré (GMP). L'outil PATHOS pour sa part, évolue vers le PATHOS moyen pondéré (PMP). La prise en compte de ces deux outils conduira au GIR moyen pondéré soins (GMPS)⁶². Un coefficient de valorisation fixé par arrêté interministériel sera appliqué et permettra la conversion en tarif. C'est en fonction du GMPS qu'une dotation globale correspondant aux soins et dans un proche avenir à la dépendance, sera attribuée par l'autorité de tarification.

Il est donc possible de quantifier financièrement la dépendance. Par ailleurs, le secteur des personnes âgées tend vers l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) et d'après un professionnel de l'ANAP, *« il y aura des prestations socles pour tous les établissements, puis ensuite des prestations complémentaires qui seront à définir en fonction des acteurs (privés, publics). Il peut y avoir des prestations qui varient selon l'établissement. »* Si les experts notent quelques imperfections dans cette méthode, ils soulignent le mérite de son existence. Cela reste plus complexe pour les autres secteurs où quasiment rien n'existe (handicap, enfance, exclusion).

Dans son ouvrage « Financement et tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux », Jean-Pierre HARDY évoque la proposition de la Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées et des personnes fragiles (FEGAPEI) qui consisterait à s'appuyer sur le concept de la T2A. Il s'agirait de la Tarification par groupes homogènes de handicap (T2H). Mais comme le souligne J.P HARDY, *« une T2H suppose au préalable l'existence de groupe iso ressources reconnus et acceptés*

⁶¹ Article L162-22-13 du Code de la sécurité sociale.

⁶² CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N° DGCS/SD3/DSS/SD1/2013/418 du 6 décembre 2013 relative à la mise en œuvre du décret n°2013-22 du 8 janvier 2013 relatif à l'évaluation et à la validation du niveau de perte d'autonomie et des besoins en soins des personnes hébergées dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et fixant la composition et le fonctionnement de la commission régionale de coordination médicale mentionnée à l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles.

pouvant être étalonnés et paramétrés les uns par rapport aux autres. »⁶³ Il n'y a pas aujourd'hui de référentiel de prestations ni de référentiel de besoins et donc aucun moyen pour une MAS ou un Institut médico-éducatif (IME) de budgétiser les prestations offertes. Il n'y a pas de socle identifié. Cette réflexion est néanmoins menée par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et par la Caisse nationale de solidarité et de l'autonomie (CNSA) qui a initié un groupe de travail sur l'évolution de la tarification des établissements dans le secteur du handicap. Cette étude sur l'identification des besoins, équivalent au PATHOS mais sous l'angle du handicap, devrait être publiée fin 2015⁶⁴.

Dans le champ social, il apparaît plus compliqué d'évaluer les prestations. Pour qu'une échelle de tarification soit applicable, elle nécessite d'être clairement définie.

A la recherche des coûts cachés

La plupart des actions, des projets et des activités ne peuvent répondre à une efficience parfaite. L'efficience, critère de performance, exige la limitation des coûts pouvant être perçus comme abusifs ou inappropriés. La problématique des coûts inutilement utilisés est une première difficulté. La seconde réside dans la difficulté à les révéler sans que les remises en question qui en découlent heurtent les professionnels concernés.

Pourtant lorsque des coûts cachés sont décelés, la réflexion sur une meilleure gestion ne peut faire l'objet d'une impasse. Dans le domaine sanitaire, l'utilisation du matériel est particulièrement saisissante d'exemples. Une Infirmière avoue n'avoir jamais prêté attention aux recommandations portant sur l'économie dans les soins.

Il n'est pas seulement question de gaspillage en ressources financières mais également en ressources humaines (même si beaucoup d'éléments peuvent être convertibles monétairement). Un exemple notoire se situe au niveau des réunions. La question est depuis longtemps posée sur le temps et l'efficacité des réunions dans les différents secteurs. Elles sont extrêmement fréquentes, parfois peut-être au détriment du temps passé auprès de l'utilisateur. Une réunion inefficace devient un coût pour l'établissement tant en terme de ressources humaines mal exploitées qu'en ressources financières (rémunération d'un agent inefficace). Le temps non utilisé auprès de l'utilisateur peut engendrer une mauvaise qualité des services et une forme de maltraitance institutionnelle.

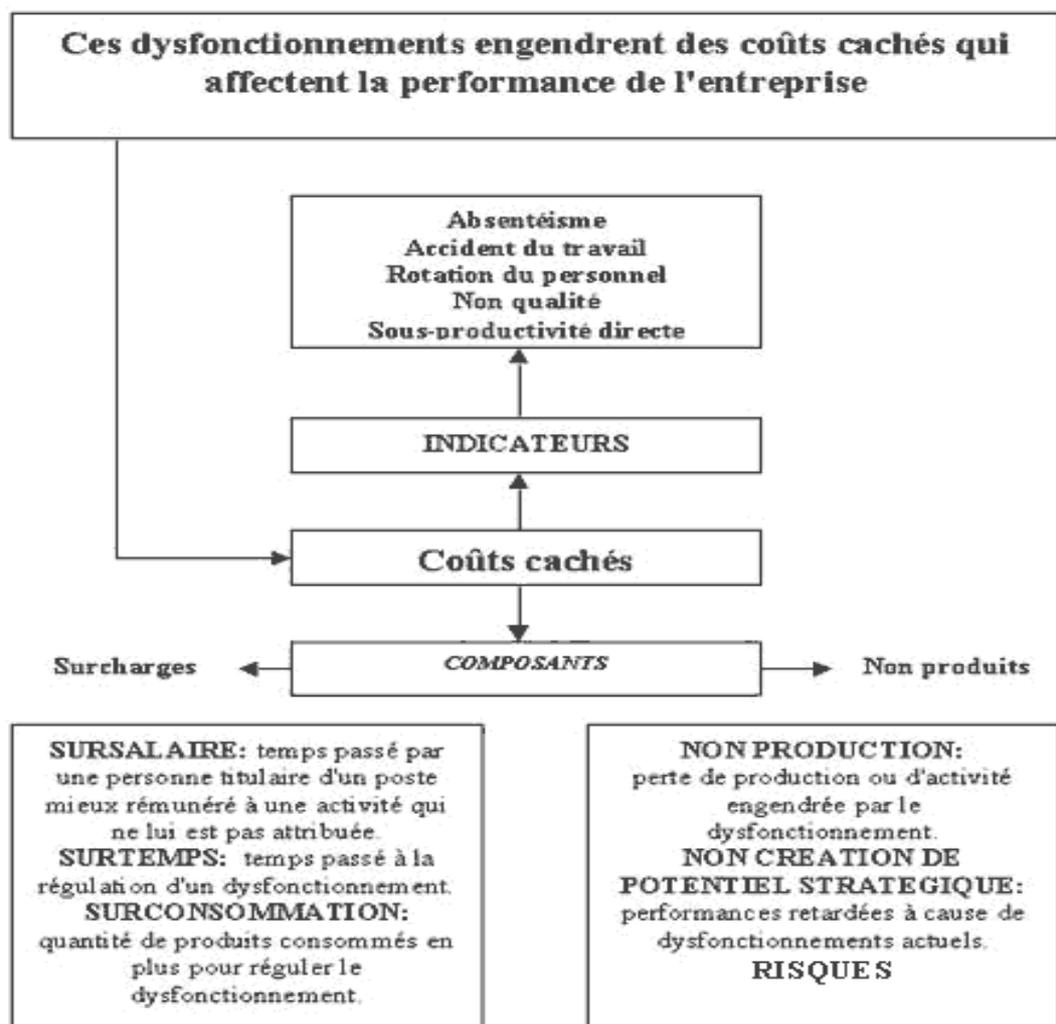
Un des experts interrogé provenant du secteur privé confirme: *« Je vois des groupes de directeurs qui souhaitent créer des commissions, puis des sous commissions et des sous sous commissions... Et parfois, ça ne sert à rien. C'est trop. On est contre-productif. »*

⁶³ HARDY Jean-Pierre, « Financement et tarification des établissements et services sociaux et médicaux sociaux », 3e édition revue et mise à jour DUNOD (éd.), Paris 2010. p95

⁶⁴ Projet SERAPHIN-PH, réforme tarifaire des établissements pour personnes handicapées publié le 11 février 2015 et mis à jour le 16 juin 2015 :

<http://www.cnsa.fr/accompagnement-en-etablissement-et-service/les-reformes-tarifaires/reforme-des-etablissements-pour-personnes-handicapees> .

Sans tomber dans l'excès, il est important de prendre conscience de ces différents éléments, car les coûts cachés révèlent des dysfonctionnements. Selon Laurent CAMBON et Luc MAUDUIT, auteur de « Maîtriser le CDG en institution sociale et médico-sociale », les différentes sources qui génèrent les coûts cachés peuvent être « *l'absentéisme, le turn-over des équipes, le temps pour procéder à une admission, les retards des sorties des usagers vers le droit commun, les accidents de travail, les surconsommations de matières premières, les défauts dans la qualité de la prise en charge, etc.* »⁶⁵ Le tableau suivant, issu de l'étude de l'Institut de socio-économie des entreprises et des organisations (ISEOR)⁶⁶ démontre les conséquences de ces coûts cachés.



Dysfonctionnements engendrant des coûts cachés affectant la performance de l'entreprise

Ainsi, ce tableau montre qu'un dysfonctionnement dans le présentéisme engendre un déficit de productivité de l'activité, des risques et du potentiel non exploité qu'il faut ajouter à du sursalaire, du surtemps et une surconsommation.

⁶⁵ CAMBON L. et MAUDUIT L., 2014, op. cit., p119.

⁶⁶ Etude disponible sur : http://www.iseor.com/resultats_recherches.htm

Cependant, est-il indispensable de vouloir supprimer tous les coûts cachés d'un établissement ?

Les Anglo saxons évoquent le terme du SLACK⁶⁷ organisationnel. En quelque sorte c'est la marge indispensable à ne pas dépasser. C'est le matelas de ressources qui n'est pas utilisé. Le professionnel de l'ANAP explique qu'« *en cas d'optimisation trop forte, c'est à dire lorsque l'on veut réduire les capacités non utilisées à 0, c'est extrêmement coûteux soit en terme de délai, soit de qualité, soit même de coût. L'absence de SLACK peut créer des ruptures dans la chaîne de production, qui seraient plus coûteuses. En fait, il faut être très vigilant sur cette question opérationnelle notamment quand cela concerne la partie soin ou tout ce qui a rapport avec les patients ou les résidents.* » En réalité, il est parfois difficile de définir l'utilisation des capacités optimales. La réunion, abordée sur son caractère parfois inopérant, ne possède pas toujours le sens qui lui a été attribué. En effet, il arrive que cette rencontre entre plusieurs professionnels ne réponde pas à l'objet premier de la réunion mais reste un lieu de rencontre et d'échange entre ces acteurs. En outre, la détermination de ces coûts cachés demande parfois davantage d'énergie que le bénéfice attendu. Une réflexion sur les coûts cachés d'un établissement peut s'engager mais à l'instar d'une démarche de réduction des risques, il est important d'évaluer le rapport gains / coûts de réduction. La réduction de certains de ces coûts exigerait tellement de ressources humaines et financières, que cela pourrait revenir finalement plus onéreux.

Les coûts cachés sont donc importants à identifier dans toute structure et peuvent être considérés comme une contrainte au CDG. Cela ne doit pas être, non plus, un focus dans la démarche directionnelle au risque d'être mal perçu par les agents.



Bien connaître les difficultés à venir, aide à la construction du CDG mais n'exclut pas le franchissement de certaines étapes.



Titre 2 : Les étapes indispensables pour la mise en œuvre d'un CDG

Avoir conscience des difficultés permet certainement de mieux les appréhender. Néanmoins le CDG ne se décrète pas ou ne s'impose pas. Pour définir les objectifs à venir, il est primordial de faire un état des lieux de la structure, de poser un diagnostic. Celui-ci permet

⁶⁷ « Le manque d'optimalité dans les décisions laisse des marges de progrès possibles, un "slack" (un jeu, en génie mécanique), nécessaire aux organisations pour absorber les aléas de leur environnement. » Wikipedia page consacrée à James G. March, chercheur à l'université de Stanford : http://www.wikiberal.org/wiki/James_G._March

de consolider les premières pierres du CDG avant de créer les tableaux de bord correspondants et d'y associer le Système d'information (SI), la qualité et la gestion des risques.

Chapitre 1 : Diagnostic et premières fondations

La seule volonté du CDG n'est pas suffisante. Pour être efficace, un diagnostic de l'établissement s'impose. L'étude des documents et la rencontre des différents protagonistes sont une première étape permettant d'évaluer les nouveaux objectifs et les moyens de les atteindre. La seconde implique le passage d'une comptabilité générale à une comptabilité analytique par le biais des centres de responsabilité.

L'étude des documents ressources

Un premier réflexe consiste à analyser les documents afférents à l'établissement.

Le projet d'établissement⁶⁸ est le document de référence. Il découle des orientations nationales, régionales ou départementales et émane de la loi 2002-2. Il est défini pour cinq ans. Il regroupe tous les éléments ayant trait au CDG à travers les différentes thématiques : la stratégie générale de l'établissement, l'activité de l'établissement (finalité des services, actions à mettre en place, état des lieux), l'utilisateur au centre de cette activité, les conditions de travail et la gestion des risques, l'amélioration de la qualité, les ressources humaines et la communication, le développement du partenariat, le développement durable.

Le projet d'établissement du FDEF de l'Hérault s'appuyait sur les axes du schéma départemental. Ces deux documents sont en voie de réactualisation. Cette situation ne facilite pas le CDG car elle occulte pour un temps provisoire, toute vision projective. En attendant le nouveau schéma départemental, le FDEF poursuit néanmoins les axes majeurs de la politique de l'enfance du département.

Le dossier est complété par l'analyse du rapport d'activité. Celui-ci, comme son nom l'indique, fait un point sur l'activité proposée par l'établissement ou le service. Il évoque les caractéristiques de la population accueillie, les évolutions de l'accompagnement proposé et les problématiques spécifiques liées à cette prise en charge. Il éclaire le lecteur via des indicateurs pertinents (nombre de journées d'ouverture, nombre réel de journées).

Les écarts constatés entre deux exercices font l'objet de commentaires. Une sous-activité ou une suractivité peuvent éventuellement dépendre d'un phénomène conjoncturel qu'il faut mentionner. Le rapport d'activité peut contenir des données très larges en ce qui concerne le personnel. Cela peut se rapporter aux effectifs de chaque service pour, à terme, proposer des ratios cohérents en comparaison à d'autres établissements régionaux ou nationaux. Le

⁶⁸ Article 12 de la Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

taux d'absentéisme, les contrats de travail, les recrutements et autres indicateurs doivent faire l'objet d'un suivi minutieux.

Le guide de gestion de temps du travail (GTT) ainsi que la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) fournissent également des informations utiles pour la suite.

Les évaluations interne et externe⁶⁹ complètent ce diagnostic. L'évaluation interne est réalisée tous les cinq ans. Elle est obligatoirement transmise aux autorités de tarification et conditionne le renouvellement des autorisations. Le FDEF de l'Hérault a réalisé son évaluation interne en 2013.

Les établissements doivent réaliser deux évaluations externes entre la date de l'autorisation et son renouvellement. Ils sont tenus à respecter un délai de sept ans au plus, après l'autorisation pour la première évaluation externe. La seconde évaluation externe doit être réalisée au moins deux ans avant le renouvellement. L'évaluation externe est en cours pour le FDEF Hérault.

La rencontre des différents partenaires

Le CDG ne dépend pas d'une seule volonté. Pour atteindre les résultats escomptés, la consultation des différents partenaires est conseillée en préalable.

L'autorité de tarification peut être sollicitée pour évoquer le projet et mettre en avant les arguments en faveur de cet outil. Le projet est présenté aux instances : Conseil d'administration⁷⁰ (CA), Conseil de la vie sociale⁷¹ (CVS), Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail⁷² (CHSCT) et Comité technique d'établissement⁷³ (CTE). Un point avec les collaborateurs directs est nécessaire (directeurs adjoints, chefs des services éducatifs, chefs de service etc.) Leur adhésion est souhaitable pour échanger sur le procédé et sur les points d'étapes à venir. Le dialogue social est un point à prendre en considération. Une rencontre avec les Instances représentatives du personnel (IRP) est à prévoir afin de repérer les sujets sources de tensions ou au contraire, fédérateurs. Enfin mais pas forcément en dernier recours, pour juger de l'atmosphère, le contact avec les équipes est indispensable. Très souvent, des professionnels présents depuis de nombreuses années, considérés comme la mémoire de l'établissement sont très intéressants à écouter.

⁶⁹ Article L312-8 du Code de l'action sociale et des familles.

⁷⁰ Article 20 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

⁷¹ Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L.311-6 du code de l'action sociale et des familles.

⁷² Articles L4611-1 à L4611-7 et L4614-7 à L4614-11 du Code du travail.

⁷³ Articles L6144-1 à L6144-7 et R6144-68 à L6144-80 du Code de la santé publique.

L'examen des documents comptables, budgétaires et financiers

Ainsi que mentionné supra, il est important de ne pas résumer le CDG à une question financière, bien qu'une personne intéressée ne puisse se dédouaner de l'examen de ces documents.

C'est le décret du 22 octobre 2003⁷⁴ relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière qui fixe les règles en matière de financement et de tarification des ESMS. Le budget des ESMS doit respecter le principe d'annualité budgétaire du 1^{er} janvier au 31 décembre, l'existence de nomenclatures comptables définies selon le plan comptable et une présentation stricte de ces documents. Les documents budgétaires obligatoirement transmis auprès des autorités de tarification sont le Budget prévisionnel (BP)⁷⁵ et le Compte administratif (CA)⁷⁶.

La différence constatée entre le budget prévisionnel et le compte administratif va permettre, via le CDG, d'élaborer des outils d'analyse et de mesure des écarts tout au long de l'année. Ce sont alors des éléments essentiels à prendre en compte pour compléter le diagnostic de départ. Par ailleurs, la comptabilité analytique abordée ultérieurement, émane elle-même de la comptabilité générale.

Mais, au préalable, un découpage en centres de responsabilités peut être nécessaire sur le terrain.

Etablir les centres de responsabilités de l'établissement ou du service

Le centre de responsabilité selon une définition de synthèse de Jean-Marc LE ROUX, enseignant à l'EHESP est « *une unité de gestion regroupant un ensemble de moyens techniques matériels, humains ou financiers autour d'un responsable disposant d'une certaine autonomie.* »⁷⁷

Il consiste en l'élaboration d'Unités Fonctionnelles (UF) ou Domaines d'activités stratégiques⁷⁸ (DAS) d'après une subdivision organisationnelle. Le pôle⁷⁹ et l'unité fonctionnelle sont les références dans la comptabilité analytique hospitalière. Le découpage en UF dépend de l'organisation de l'activité et des services, des modalités d'accompagnement, de la population accueillie etc. Un établissement dispensant une seule

⁷⁴ Décret n°2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, et des établissements mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique.

⁷⁵ Cadre budgétaire normalisé Article R314-13 du CASF.

⁷⁶ Articles R314-49 à R314-50 du CASF.

⁷⁷ Cours Jean-Marc LEROUX, « Introduction au contrôle de gestion et tableaux de bord dans les établissements sanitaires et sociaux, p16.

⁷⁸ Concept inventé par Fred BORCH, PDG de la General electric.

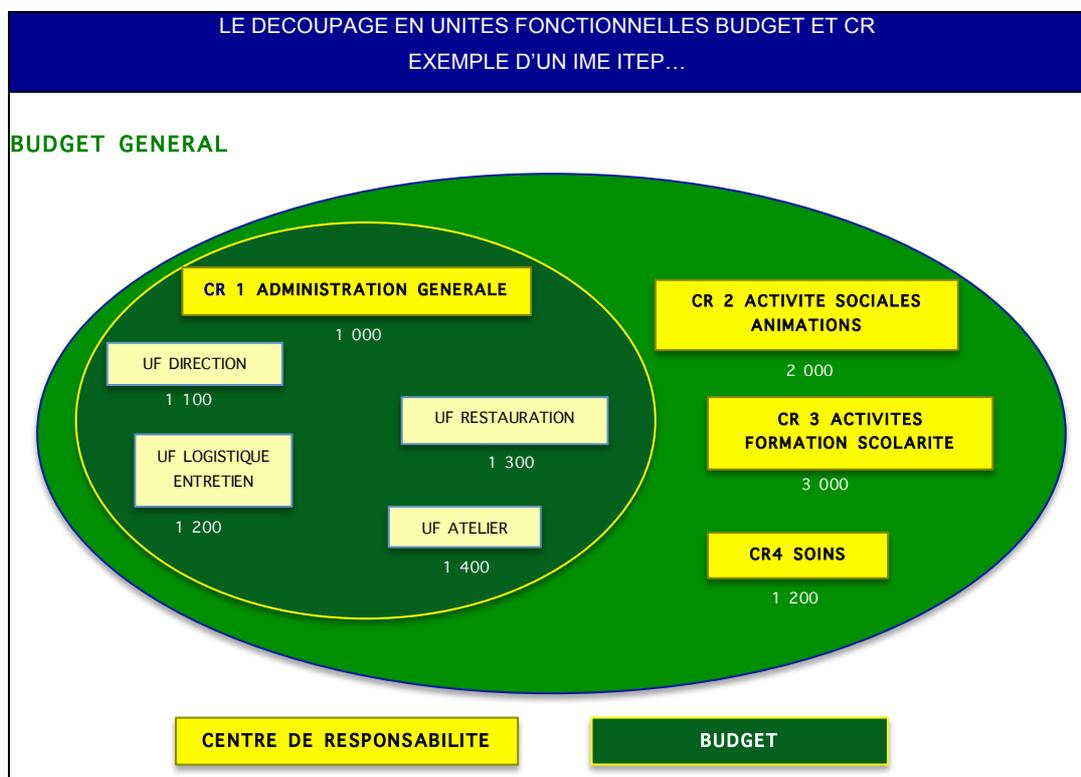
⁷⁹ Décret n° 2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-technique dans les établissements publics de santé.

activité comme un EHPAD peut, par exemple, être découpé en UF correspondant aux sections tarifaires : UF dépendance, UF soin et UF hébergement. Une association gestionnaire de plusieurs types d'hébergement va être découpée en services.

Au FDEF de l'Hérault, les UF de références concordent aux services :

- Une UF pour Set' Ados
- Une UF pour le Service de médiation enfance famille (SMEF)
- Une UF pour le Service d'accueil mère – enfant (SAME) etc.

Le schéma présenté ci-dessous, emprunté au cours de Mr LEROUX est représentatif d'un découpage en unités fonctionnelles et centres de responsabilités possibles pour un Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP).



Découpage en unités fonctionnelles budget et CR, exemple d'un IME

De la même manière, le budget général d'un EHPAD pourrait être découpé en un centre de responsabilité soins, un autre pour la dépendance et un pour l'hébergement. Ce dernier pourrait à nouveau être subdivisé en UF administration, UF restauration, UF blanchisserie etc. L'ensemble du CDG et ce découpage sont définis par le directeur avec ses équipes en fonction des objectifs souhaités et des possibilités de suivi. Chaque unité fonctionnelle aurait néanmoins son propre responsable. Au FDEF de l'Hérault, il s'agissait des chefs de

services, étant donné que l'UF correspond au service. Chaque responsable d'UF devra compléter les postes sensibles⁸⁰.

De son côté, l'Etat, pour les Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), utilise déjà des outils d'évaluation à travers les Groupes homogènes d'activités et de missions (GHAM)⁸¹ permettant de favoriser la prise en charge la plus efficiente. C'est un outil de comparaison pour des structures aux missions et activités identiques.

Tous les postes peuvent en définitive être étudiés mais l'accent porté sur certains, émane d'une concertation en amont. C'est le début d'une comptabilité analytique.

De la comptabilité générale à la comptabilité analytique

La comptabilité analytique, par une analyse des charges par destination, va étayer le CDG. L'objectif de cette comptabilité affinée consiste à transformer les charges de la comptabilité générale en coût de la comptabilité analytique. La comptabilité générale produit des données (emplois – ressources) sans prendre en compte les attributions liées à l'organisation par activité ou centre de responsabilité. Elle classe les charges et les produits en fonction de leur nature et non de leur destination. La comptabilité analytique affine les comptes suivant la clé de répartition choisie et facilite les décisions.

Pour détailler l'activité et construire cette comptabilité analytique par clé de répartition, il convient de compléter les nomenclatures comptables règlementaires, le budget prévisionnel et le compte administratif par un plan de comptes analytique qui permet d'imputer les charges et produits sur les activités proprement dites. L'intérêt est de comparer les coûts prévisionnels, les réalisés et les différentes évolutions sous l'angle des activités et non plus uniquement par nature.

Quatre types de coûts sont distingués dans le CDG :

- Les coûts directs : directement liés à la production du service social ou médico-social (produits pharmaceutiques pour une activité de soins par exemple)
- Les coûts indirects : indirectement liés à la prestation avec nécessité d'un calcul intermédiaire de répartition (électricité)
- Les coûts variables : augmentent ou diminuent en fonction du volume d'activité du service (alimentation)
- Les coûts fixes : l'activité n'a aucune incidence (le loyer)

⁸⁰ Annexe II – Fiche d'activité et de suivi budgétaire par UF.

⁸¹ CIRCULAIRE N°DGCS/1A/5C/2012/86 du 20 février 2012 relative à la campagne budgétaire du secteur "accueil, hébergement et insertion" et à la contractualisation entre l'Etat et les opérateurs pour 2012.

Plusieurs méthodes existent pour réaliser une comptabilité analytique. Trois sont abordées sommairement ici :

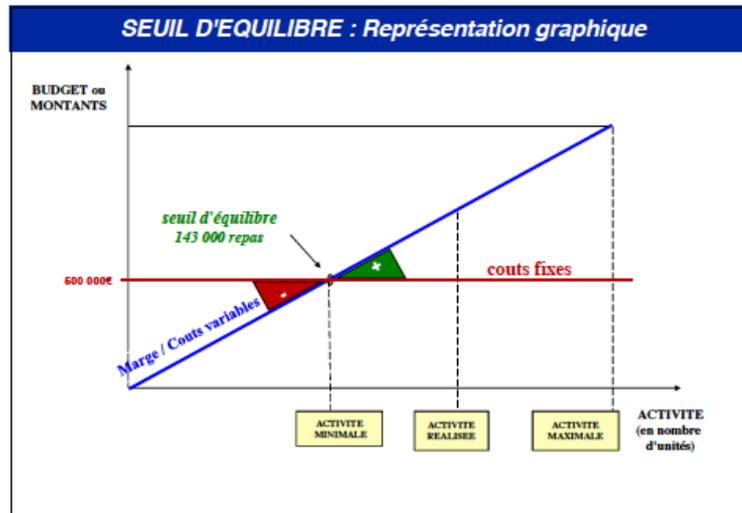
- La Comptabilité analytique hospitalière (CAH), imposée par le Code de la santé publique⁸² (CSP) s'appuie sur le modèle des coûts complets en utilisant la méthode des sections homogènes. « *Le coût complet est donc l'ensemble des coûts directs affectables et des coûts indirects répartis et imputés à l'aide de clés de répartition permettant d'aboutir au calcul du coût de revient d'un produit, d'une prestation ou d'une activité.* »⁸³. De manière sommaire, la comptabilité analytique considère toutes les charges incorporables. Celles-ci proviennent de la comptabilité générale, déduite des charges non incorporables (charges exceptionnelles) mais en ajoutant les charges supplétives (non enregistrées en comptabilité générale). Les charges incorporables contiennent donc les charges directes et des charges indirectes. A l'intérieur de ces charges indirectes, les activités considérées comme homogènes sont regroupées en centre de regroupement (centre d'analyse). Il est procédé ensuite au découpage en sections d'analyse (SA) auxiliaires (administration, etc.) et principales (accompagnement, etc.). Ce découpage en SA doit être cohérent avec l'UF. Pour chacun des centres d'analyse, une unité d'œuvre est définie. Le coût total obtenu fixera le coût de l'unité d'œuvre. L'ATIH enquête sur des clés de répartition en EHPAD selon des sections d'analyse⁸⁴.
- Alors que la précédente méthode s'appuie sur la différence entre les charges directes et indirectes et implique un traitement complexe des charges indirectes, la méthode de coûts partiels distingue les charges fixes des charges variables. L'intérêt de cette méthode est le calcul du seuil d'équilibre (ou seuil de rentabilité) qui correspond au budget couvrant les charges de l'activité ou de l'établissement sans faire d'excédent ni de déficit. Ce calcul peut être important lors de l'ouverture d'un nouveau service ou de l'extension d'une activité par exemple (cf. représentation graphique⁸⁵).

⁸² Article 2 du décret n° 2010-425 du 29 avril 2010 relatif à l'organisation financière et à l'investissement immobilier des établissements de santé.

⁸³ DGOS, « Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière », 2012, p11.

⁸⁴ Annexe VI – Etude du coût en EHPAD

⁸⁵ Cours Jean-Marc LEROUX, « Introduction au contrôle de gestion et tableaux de bord dans les établissements sanitaires et sociaux, p11.



Seuil d'équilibre : représentation graphique

- La méthode Activity based costing (ABC) ou comptabilité par activité est « *Basée sur la description et l'analyse des activités et processus qui concourent à la réalisation des prestations et la formation de leur coût.* »⁸⁶. La notion de valeur préfigure dans cette méthode. Selon un professionnel de l'ANAP, pour mettre en place un CDG dans les ESMS, « *il faudrait plutôt développer des méthodes du type ABC. Pas forcément une ABC très pointue mais une ABC pilotée par les capacités ou par les temps. On définit des coûts standard d'inducteurs puis on examine les consommations de ces inducteurs.* »

L'intérêt de définir le coût permet de faire des choix entre deux prestations. Pour schématiser, dans un EHPAD, le centre de responsabilité « hébergement » contient l'UF restauration. L'objectif du directeur visera à connaître le coût de la production d'un repas et mesurer les écarts avec les années passées ou avec d'autres établissements. Cette donnée connue, il optera peut-être pour une prestation externalisée.

Dès que ce diagnostic est établi, et les premières bases de la comptabilité analytique instaurées, le CDG peut être réalisé à l'aide de tableaux de bord pertinents.

Chapitre 2 : L'élaboration des outils de suivi

L'objectif du tableau de bord est de visionner clairement la situation de l'établissement. C'est un outil de pilotage qui se décline à chaque niveau (stratégique, organisationnel, réalisation). Il est composé d'un ensemble d'indicateurs renseignés sur une périodicité définie à l'avance.

⁸⁶ Cours Jean-Marc LEROUX, « Introduction au contrôle de gestion et tableaux de bord dans les établissements sanitaires et sociaux », p14.

Un indicateur est une donnée claire et facile à lire. Il doit pouvoir être interprété de la même manière par tous les acteurs.

Du tableau de bord aux indicateurs

Le tableau de bord est un outil déjà appliqué dans les ESMS, le CDG ne fait que le moderniser et le rendre plus opérationnel. Le danger est de considérer ce dernier avec la vision restrictive d'instrument purement financier. Or, il peut être un outil de suivi dans tous les domaines abordés d'un ESMS. Son importance découle de ses trois critères essentiels :

- Il est une aide à la décision grâce à des informations coût / délai / précision.
- Il fournit des données ayant trait au coût du service, à la quantité mais également à la qualité dispensée.
- Il établit le rapprochement entre une comptabilité analytique ou plus affinée avec les objectifs de l'établissement.

Un tableau de bord exige une certaine rigueur. Tout d'abord, il doit être correctement renseigné et dans les délais. Vient ensuite, une phase de reporting. C'est une phase d'analyse et de dialogue autour des données obtenues. Enfin, il doit permettre de revoir la stratégie, de proposer des actions correctives voire de remettre en question certains indicateurs.

Plusieurs propriétés sont attendues des indicateurs : facilité d'interprétation, clarté, fiabilité et pertinence. Ils ne sont pas appréciés selon la même périodicité. En cuisine, les coûts ont besoin d'être connus seulement une fois par an afin de vérifier les prix des fournisseurs. S'il s'agit de marchés fixes, ils peuvent être vérifiés seulement au renouvellement du marché. Un questionnaire de satisfaction pour les usagers en EHPAD est à évaluer deux fois par an.

Il convient d'adapter le tableau de bord et les indicateurs aux ESMS. Le choix des indicateurs suscite la plupart des débats car ces derniers relèvent parfois de l'interprétation. Les gestionnaires ne sont pas toujours d'accord sur la clé de répartition et ne veulent pas financer la consommation de l'UF voisine notamment pour les coûts variables. Une structure sans tableaux de bord doit d'abord maîtriser les outils simples, s'interroger sur la lecture d'indicateurs clairs.

Donc pour un poste défini, il n'existe pas un seul tableau de bord. Chaque strate d'intervention a des exigences différentes et doit répondre à la question de départ d'une façon ou d'une autre. Lors de l'entretien, le directeur du CHU, a préconisé des tableaux de bord à tous les niveaux de la prise en charge avec des indicateurs adaptés. Pour sa part, l'ANAP mène, depuis 2010, une réflexion sur la construction de certains indicateurs en EHPAD.

Des indicateurs à l'échelle nationale

En 2005, côté sanitaire, les premiers indicateurs médico-économiques apparaissent dans une annexe PMSI du PLFSS 2005.

L'ANAP, après une réflexion de 5 ans vient d'élaborer des tableaux de bord et indicateurs pour les établissements de personnes âgées et personnes handicapées⁸⁷.

La construction des indicateurs médico-sociaux de l'ANAP découle d'un long cheminement depuis 2010. Elle est issue d'un partenariat entre acteurs d'horizons variés comprenant des représentants et professionnels du secteur avec 500 établissements sélectionnés la première année sur cinq régions (collaboration avec cinq Agences régionales de la santé (ARS) et 16 conseils généraux provenant des mêmes régions). Cette année, 3 000 établissements ont été expérimentés. Concernant les établissements sociaux, l'ANAP précise « *Il reste quand même quelques problèmes méthodologiques. Nous sommes en train de retravailler la plateforme pour inclure les acteurs sociaux. Donc ce ne sera qu'à partir de 2017 mais c'est prévu.* »

La base de données est gérée par l'ATIH en charge des 20 000 structures. Aujourd'hui les établissements fournissent déjà pour la CNSA des informations financières auprès de l'Harmonisation et de partage d'information (HAPI). L'idée est de relier toutes ces saisies pour faciliter le travail des gestionnaires. L'objectif est de trouver une interopérabilité des systèmes d'information avec des flux bien en place.

Cependant, les indicateurs nationaux suscitent des questionnements et des débats. Les établissements peuvent-ils fonctionner avec des indicateurs similaires et imposés ?

Un professionnel de l'ANAP note : « *des observations ont démontré que, dans les petites ou moyennes structures, les directeurs sont parfois submergés. Ils ne prennent pas forcément du recul ou le temps de la réflexion et sont dans une réponse quasi immédiate dans la plupart des situations. La réponse est très souvent justifiée mais elle pourrait être mieux argumentée avec de bons outils de pilotage.* » L'ANAP considère que le CDG, dans ce secteur, devrait débiter avec des tableaux de bord simples et éviter les sujets très pointus et détaillés : « *Nous voudrions être dans une démarche de performance qui croise l'ensemble du pilotage d'une structure.* »

Mais certains acteurs de terrain sont sceptiques quant à l'utilisation de ces indicateurs. Ils les perçoivent comme une contrainte et l'obligation de répondre à de nouvelles exigences. Si certains directeurs en reconnaissent l'utilité, ils ne les trouvent pas forcément adaptés. Pour eux, un établissement du nord de la France ne ressemble pas à un établissement similaire du sud. Ils ne sont pas soumis aux mêmes contraintes environnementales ou climatiques par exemple (coût de chauffage, isolation etc.).

⁸⁷ Annexe VII – Extraits tableaux de bord ANAP.

Malgré certaines réticences, le développement de cet outil apparaît comme une solution adaptée aujourd’hui, d’autant plus que cela n’exclut pas la construction de tableaux de bord prenant en compte les spécificités d’un établissement. Le CDG serait alors construit via les indicateurs de parangonnage (indicateurs de l’ANAP) et des indicateurs propres à l’établissement.

Tableaux de bord construits à l’échelle de l’établissement

Les tableaux de bord peuvent être construits sur le modèle de Robert S. KAPLAN⁸⁸ et David P. NORTON⁸⁹ (cf. tableau), base du Balanced scorecard (BSC)⁹⁰ et ainsi adaptés aux ESMS, reprendre quatre axes majeurs : l’usager, les résultats financiers, le pilotage et les missions.

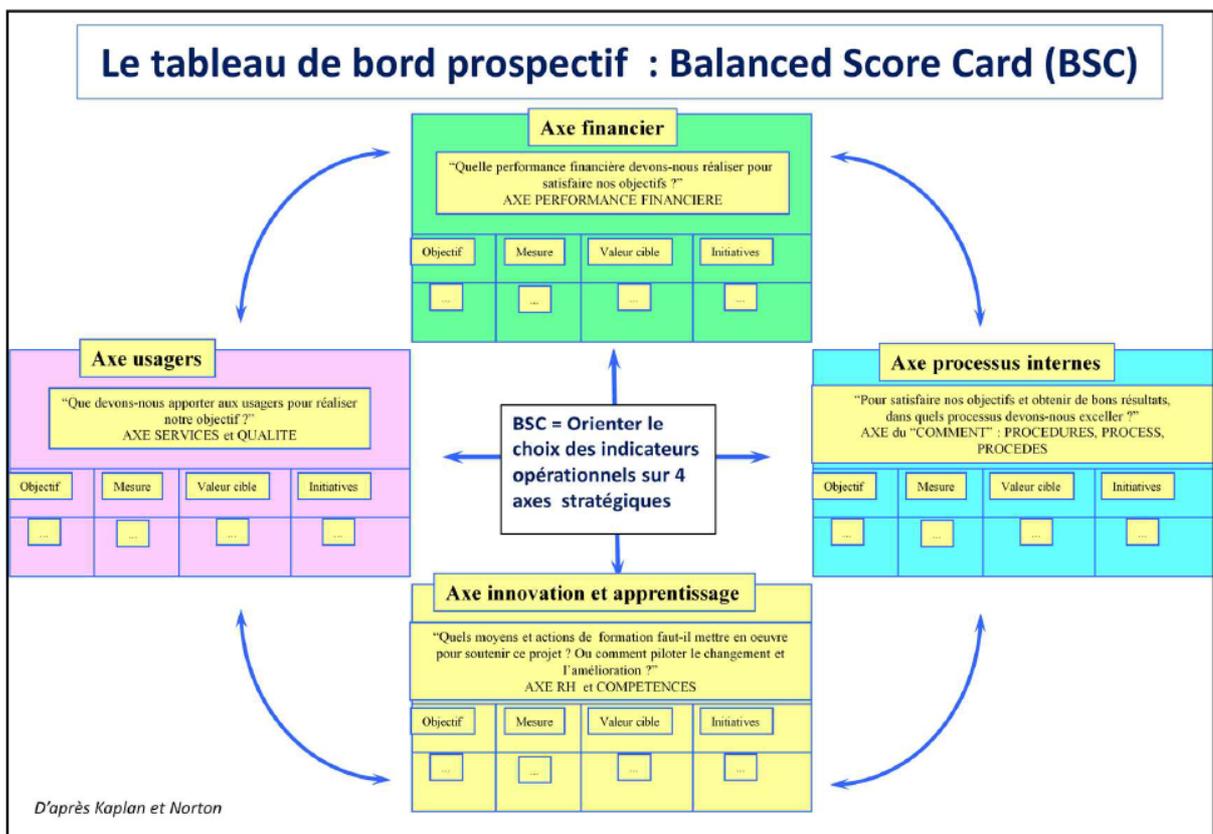


Tableau de bord prospectif : Balanced scored Card

Le directeur prendra soin de choisir des indicateurs pertinents en fonction des caractéristiques conjoncturelles et structurelles de l’établissement.

Si le CDG est un outil pluridisciplinaire, répondre à des indicateurs sans les travailler avec les professionnels paraît un non-sens. En effet, si ces derniers ne s’emparent pas du sujet,

⁸⁸ Robert S. KAPLAN, professeur à la Harvard Business School.

⁸⁹ David P. NORTON est théoricien et dirigeant d’entreprise et consultant sur le management.

⁹⁰ Traduction française : Tableaux de bord prospectif.

le risque est grand que ces tableaux ne soient jamais complétés. Cette idée est soutenue par un des représentants du personnel « *Dans mon expérience professionnelle, les dirigeants sont venus nous voir. Il y a eu une véritable collaboration. Ils nous ont expliqué les tableaux de bord, ce qu'il en était attendu et demandé notre avis. Cela a marché !* »

Le choix des indicateurs est parfois limité dans le quantitatif. Or, si la volonté est d'impliquer les professionnels de terrain, c'est souvent vers des indicateurs de qualité qu'il faut se diriger. Cela permet une mesure de leur activité. Un auteur donne l'exemple de l'entretien des locaux « *Un agent vous demande un produit d'entretien plus efficace. Le produit est changé et les indicateurs seront axés sur la satisfaction du professionnel, des usagers, la brillance du sol, l'efficacité du produit...* ».

Un point avec l'équipe est régulièrement établi autour de différents indicateurs permettant la rencontre et la réflexion. Le Directeur de l'offre de soins et de la qualité ajoute que dans les pôles « *ils se fixent des objectifs et font un point tous les trois mois. Est-ce que la flèche est rouge ? Verte ? Ou jaune ? Avons-nous failli ? Comment et pourquoi ? Et on corrige ! La roue de Deming ! Je crois que c'est valable pour tous les secteurs.* »

La dernière étape indispensable du CDG est l'interaction avec le système d'information, la démarche qualité et la gestion des risques.

Chapitre 3 : L'interaction avec le système d'information, la qualité et la gestion des risques

La dernière étape du CDG s'avère elle aussi très importante. La base du CDG est un diagnostic fiable suivi par des tableaux de bord solides, sans oublier une forte interaction avec le système d'information, la qualité et la gestion des risques.

Le lien indissociable avec un système d'information opérant

Le système d'information est l'ensemble des techniques et ressources employées permettant la collecte, le stockage, le traitement et la diffusion des données de l'établissement. La mise en place d'un CDG ne peut être effective sans un système d'information efficace. Cet argument a d'ailleurs été mis en avant par tous les experts interrogés. L'un d'entre eux, a donné l'exemple d'un établissement qu'il avait audité. Il s'agissait d'une structure de 150 salariés où toutes les informations étaient transmises manuellement. Pour obtenir les états de présence des usagers, un déplacement d'une heure environ était nécessaire. La structure ne possédait que deux postes informatiques. Après les avoir conseillés, en trois ans l'établissement s'est doté de la fibre optique et équipé de quatre-vingt postes informatiques. Le résultat obtenu a été un traitement de données plus efficace et un gain de temps considérable. En cuisine, la connaissance suffisamment à l'avance du nombre de repas a eu une incidence favorable sur le budget alimentaire.

Un système d'information œuvre en faveur de la protection des données avec une meilleure traçabilité. Il permet une meilleure coordination et collaboration avec les différents niveaux hiérarchiques en facilitant la transmission de l'information (tableaux de bord par exemple). Enfin en archivant les données, le système d'information mesure l'évolution de l'activité, des postes observés, des actions menées.

Malheureusement, si dans le secteur sanitaire, le système d'information est bien rodé, dans le secteur social et médico-social, il l'est un peu moins. En effet, il nécessite des ressources humaines maîtrisant l'informatique et les logiciels correspondants, et du matériel récent et performant. L'investissement dans des logiciels de qualité peut être une opération rentable pour la suite.

Le CDG intégré dans la démarche qualité

La démarche qualité mesure la satisfaction de l'utilisateur suite à la mise en œuvre d'actions. Que faire et comment le faire ? Par l'instauration de procédures ou de protocoles à réviser par des actions correctives si besoin. Le CDG est alors interdépendant de cette démarche en déterminant le coût de cette qualité.

Pour le consultant interrogé « *Le CDG en relation avec la démarche qualité sont les piliers de l'amélioration de la performance, car ces deux axes présentent des données quantitatives et qualitatives indiscutables par rapport à des grilles d'analyse préétablies et validées. Ces analyses croisées entre qualité et gestion mesurées sont les éléments factuels permettant des débats concrets et ouvrant le champ d'objectifs pour l'ESMS. Sans éléments factuels les débats restent souvent seulement des débats d'idées (importants certes) mais notre sujet est la performance du service.* »

En définitive s'il n'existe pas de lien entre le CDG et la démarche qualité de l'établissement, il est indispensable de le créer. La démarche qualité est apparentée à un audit interne de l'établissement. Le directeur de l'offre de soins et de la qualité du CHU disait travailler quotidiennement avec le responsable du CDG. La qualité est probablement une porte d'entrée pour débiter le dialogue avec les professionnels.

Une des trois conditions de la performance en ESMS est pour rappel, le service rendu à l'utilisateur. La qualité est donc étroitement liée à cette condition et le CDG s'inscrit dans cette démarche d'amélioration continue.

Le CDG, une sécurité pour la gestion des risques

Les conditions de travail sont aujourd'hui un axe prioritaire des établissements ou autres organisations. Ces conditions sont réglementées et encadrées⁹¹. Le médecin du travail et le

⁹¹ Obligation de sécurité de l'employeur : Articles L4121-1 et L4121-5 du code du travail ; Droits d'alerte et de retrait du salarié : Articles L4131-1 à L4131-4 du Code du travail.

CHSCT permettent au directeur de travailler en conformité en s'appuyant sur le document unique des risques professionnels⁹² obligatoire. Le CDG prend tout son sens avec la gestion des risques car il est un critère de performance. Sans de bonnes conditions de travail, les professionnels n'ont pas plaisir à travailler. Il y a davantage d'absentéisme. Et cela comporte des incidences sur la prise en charge des usagers et même sur les coûts de prise en charge. Il est donc indispensable de construire des tableaux de bord en faisant le lien entre CDG et gestion des risques.



La première partie traite des écueils à éviter pour monter un CDG et donne la démarche pour y parvenir. La question du pourquoi un CDG en ESSMS est partiellement abordée en partie liminaire. Partiellement, car elle établit simplement le lien entre amélioration de l'accompagnement des usagers, performance et contrôle de gestion. Il reste à aborder la motivation et l'intérêt de cet outil dont le principal animateur est le directeur.



⁹² Document unique d'évaluation des risques professionnels : Articles R4121-1 à R4121-4 du Code du travail.

Partie II : Les bénéfices d'un CDG dépendent du rôle décisif de la Direction

Si le CDG est associé à un bon pilotage, il est difficile de nier les conséquences observables sur l'établissement. Il est vecteur de communication et génère une responsabilisation de tous les acteurs. C'est un outil porteur de sens dont la bonne utilisation incombe au directeur.

Titre 1 : Le CDG, outil de communication et de participation

Le CDG, fournisseur de données, est un outil favorisant la communication et la participation des différents partenaires et des usagers.

Chapitre 1 : Facteur de communication adapté auprès des bons interlocuteurs

Le contrôle de gestion relève d'une performance organisationnelle qui conduit à une meilleure communication avec tous les partenaires institutionnels.

Pour que cet outil soit efficace, l'appui sur les autorités de tarification est indispensable et demande un investissement de leur part (pour permettre le parangonnage). Les autorités doivent développer les outils permettant aux établissements d'objectiver et de suivre leurs indicateurs. Elles doivent permettre au directeur de mettre en place un CDG tant en terme de moyens financiers que matériels. Au FDEF de l'Hérault, l'achat de matériel informatique doit faire l'objet d'une demande au Conseil départemental, ce qui génère une perte de temps, de moyens et de compétences.

Le CDG donne également lieu à des négociations : des indicateurs stratégiques développés en interne pourront justifier ou non une proposition budgétaire. Auprès des financeurs, cet outil justifie les comptes et les régularise avec des arguments solides. Il donne la possibilité de démontrer les bénéfices des actions entreprises ou au contraire la nécessité de les améliorer, de les corriger voire de les reporter. Cet outil offre plus de transparence auprès des interlocuteurs avec des tableaux de bord clairs et analysés au plus juste.

Typiquement, l'outil expérimenté par l'ANAP, selon un des experts est présenté comme un « *outil de pilotage et de dialogue de gestion donc plutôt à destination des ARS et des Conseils généraux.* » Les indicateurs proposés répondent souvent aux attentes des autorités de tarification et de contrôle. Cette personne ajoute cependant que ceux élaborés par l'ANAP permettent d'assurer non seulement un suivi infra annuel auprès des autorités mais également en interne dans le cadre d'une construction, d'une négociation ou du contrôle de gestion interne.

Le contrôle de gestion ne se résume pas en un dialogue de gestion avec les autorités de tarification mais est gage d'une meilleure coordination en interne.

Une communication ascendante et descendante facilitée au sein de la structure : le reporting

Un CDG bien expliqué dès le départ est l'assurance d'une qualité de communication entre les différents acteurs de l'établissement. La circulation des informations gagnera en rapidité, efficacité et transparence.

C'est un outil de reporting. Le reporting emprunté au vocable anglais est l'acte de rapporter ses performances à la hiérarchie d'une organisation. Il est de plus en plus utilisé dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux pour évaluer l'activité. Henry MINTZBERG décrit le mode ascendant de ce système d'information « *Ces informations sont progressivement agrégées à mesure qu'elles remontent la hiérarchie, jusqu'à ce qu'elles atteignent le sommet stratégique sous la forme d'indicateurs synthétiques du fonctionnement d'ensemble de l'organisation* »⁹³. Néanmoins si l'acceptation la plus large est le mode ascendant, le reporting doit également être intégré sur un mode de communication descendante. Un échange ou débat doit s'instaurer entre le personnel administratif et le personnel en contact direct avec l'utilisateur. Ils sont indispensables les uns aux autres. Le regroupement des éléments, données techniques et logistiques incluses, et l'analyse de l'efficacité des actions en interne se font ainsi par des regards croisés. Ce procédé entraînera inévitablement des divergences d'opinion, mais l'objectif commun à privilégier sera la prise en charge de l'utilisateur. Le CDG, par son caractère rigoureux, peut apporter de l'argumentaire sur des sujets qui divisent.

La fiabilité de l'information s'enrichit par la tenue de tableaux de bord définie selon une périodicité choisie en amont. La lecture des indicateurs se fait ainsi à des périodes fixes de l'année sur la base d'éléments comparables.

L'équipe de direction, les équipes de cadres et les divers professionnels de la structure ne sont pas obligatoirement destinataires de tous les indicateurs. Selon un des auteurs, pour exemple, une IDE coordinatrice peut avoir besoin de connaître sa consommation de produits à usage médical dans son service, a contrario, les indicateurs sur le chauffage ont peu d'intérêt pour elle.

Le contrôle de gestion doit s'adapter à tous les échelons d'intervention. Le consultant interrogé propose un contrôle de gestion non équivoque et représentatif pour tous. Il doit être « *compréhensible par tous les interlocuteurs même les non-initiés aux questions budgétaires, sinon il n'y a pas de débat possible. Une communication en amont de la mise œuvre est indispensable afin que chaque service comprenne et accepte la remontée d'informations et l'intérêt à connaître sa situation mensuelle (ses performances)* »

Le contrôle de gestion, gage de qualité pour le dialogue social

Au-delà des autorités de tarification ou des professionnels, le CDG sert de support à un dialogue efficace entre les différents acteurs de l'établissement. Des personnes indispensables et pourtant parfois oubliées dans le dialogue institutionnel sont les représentants du personnel. Une fois

⁹³ MINTZBERG Henri, « Structure et dynamique des organisations », 16e tirage 2003, Editions d'organisation, Paris, p 59.

l'information donnée et traduite en indicateurs, les explications auprès des IRP sont nécessaires afin qu'il n'y ait pas d'ambiguïté sur leur interprétation.

La valorisation des résultats, à travers les tableaux de bord, témoigne de la préoccupation de la direction envers les agents, envers leurs conditions de travail et les difficultés qu'ils peuvent rencontrer. Fournir ces données sans explication ni argumentation, inquiète les IRP et ne facilite pas le dialogue. En effet, une décision prise en défaveur des agents risque de créer un conflit si elle n'est pas argumentée. De même, si la décision est favorable mais non justifiée, de la méfiance peut s'instaurer. Le CDG facilite ce dialogue avec les instances représentatives du personnel.

L'important réside à trouver des indicateurs éloquents. En effet, l'un des interlocuteurs explique « *Si vous dites à des instances représentatives du personnel qu'il y a 1 million d'euros sur un compte en banque, ils ne vont pas comprendre pourquoi les salaires n'ont pas été augmentés. Si vous dites que l'argent sur le compte en banque représente trente jours de fonctionnement, ce n'est pas la même chose. C'est un indicateur sur lequel vous pouvez communiquer plus facilement. Ils comprendront que trente jours de trésorerie c'est un mois et c'est juste* ». Utiliser les bons indicateurs auprès des bonnes personnes est essentiel.

Si le CDG améliore la communication avec les différents protagonistes, c'est également un moyen de responsabiliser les acteurs.

Chapitre 2 : La responsabilisation des acteurs à travers le contrôle de gestion

Le contrôle de gestion, dès lors qu'il est correctement amorcé est un facteur dynamisant auprès des professionnels. En modifiant le mode d'action, les professionnels questionnent leurs pratiques, participent davantage à la vie institutionnelle et développent des projets pour l'utilisateur.

Une remise en question des pratiques

Un représentant du personnel, pourtant réticent sur le sujet, précise au cours de l'entretien « *Si cela doit être mis en place, il faut le faire en concertation. C'est sûr. Je pense que si les équipes se rendent compte que cela ouvre des possibilités, ils adhéreront. Malheureusement cela passera par des remises en question et des renoncements et ça...ce sera difficile !* »

Si la direction est claire sur ses objectifs et démontre l'intérêt du contrôle de gestion, les professionnels vont adhérer au projet. Selon un directeur interrogé, « *La limite, c'est ce qu'en font les hommes.* » Le contrôle de gestion peut être impulsé par le directeur mais il demande la participation du plus grand nombre si ce n'est de tous.

Si l'outil a correctement été annoncé, préparé et les étapes suivies, il devient un outil de performance au service de tous les professionnels de la structure.

Tout d'abord il est un moyen de remettre en question le fonctionnement. Le CDG, par le biais des résultats produits, interroge les pratiques. Comme déjà étudié, il déroule la roue de Deming⁹⁴. De mauvais résultats doivent interpeller les agents et faire l'objet d'actions modificatrices.

Le CDG est un outil permettant de solidariser les équipes autour d'un même projet. Vouloir ensemble obtenir un résultat, être mobilisé pour améliorer la prise en charge des usagers et les conditions de travail peut être source de motivation. Aujourd'hui cette solidarité manque parfois dans les équipes. En effet, l'individualisme si souvent dénoncé dans notre société, se répand de plus en plus au sein des professions sociales et médico-sociales. Quel professionnel ne s'éparpille pas à cause des nouvelles technologies? Qui n'a pas assisté à une réunion où l'auditeur était plus attentif à son portable ou tablette qu'à l'orateur? Lors d'une discussion, un soignant précisait que certains de ses collègues pouvaient interrompre un soin pour répondre à leur mobile. D'autres, oublient parfois la cohésion d'équipe et ne répondent plus à l'appel d'un collègue nécessitant de l'aide. Ce n'est pas le sujet majeur de ce mémoire mais ce sont, entre autres, des exemples type d'individualisme dans les structures sociales et médico-sociales. Le CDG peut être une approche intéressante pour retrouver un sentiment d'équipe parfois abimé.

Le CDG est nécessairement travaillé en cohérence avec le projet d'établissement. Il vise à atteindre les objectifs définis dans ce document en observant tous les paramètres dont les coûts, mais également les valeurs. L'introduction au CDG par le biais des valeurs apposées par écrit sur le projet d'établissement et issues de réflexions inter professionnelles peut être une approche intéressante.

Le CDG implique également une plus grande participation. Pour chaque objectif, il doit se décliner graduellement jusqu'à la prise en charge de l'utilisateur. Chacun doit alors répondre à l'objectif fixé à son niveau. Un chef de service souligne par exemple le rôle des cadres intermédiaires dans la transmission des données. C'est une des difficultés retrouvées au FDEF de l'Hérault. La plupart des informations ne remontaient malheureusement pas jusqu'à la bonne personne laquelle devait alors faire de nombreux rappels. Lorsque les données ne sont pas transmises, le sens des actions est perdu. La participation de tous est attendue avec en bonus l'investissement de certains professionnels qui croient en cet outil.

Le CGD développe la créativité. Face aux résultats, qu'est-il possible de mettre en place pour obtenir un changement? Quels sont les nouveaux projets, les nouveaux tableaux de bords ou les nouveaux indicateurs? Les discussions avec les professionnels en relation directe avec les usagers, sont souvent très intéressantes. Ces derniers proposent de nouvelles prises en charge ou de nouveaux moyens pour améliorer le quotidien des usagers ou d'eux-mêmes.

Enfin, les professionnels de terrain sont les experts en accompagnement, dans la prise en charge. Il est donc plus qu'important qu'ils adhèrent au projet et à cet outil. Cette participation sera bien plus conséquente si les idées et les propositions émanent du terrain. Certains des professionnels entendus préconisent des rencontres régulières avec la direction pour être considérés comme de

⁹⁴ Concept de William Edwards DEMING détaillant les étapes pour atteindre la qualité dans une organisation.

vrais acteurs des décisions institutionnelles. Ainsi la structure pyramidale hiérarchique serait davantage effacée en donnant plus de voix aux professionnels experts dans l'accompagnement. Cela reste parmi les ajustements mutuels à prendre en considération. Cela peut prendre du temps et compliquer la mise en œuvre, mais éviter toute précipitation en faveur de la concertation entraîne une action pluridisciplinaire davantage harmonieuse. Et à l'arrivée, il s'agit bien souvent d'un gain de temps.

Une participation accrue par le développement de services autonomes

La responsabilisation des acteurs passe par l'autonomisation des services. Le CDG permet d'instaurer un budget par unité fonctionnelle. Les centres de responsabilité garantissent l'autonomie des services tel que l'affirme Henri BOUQUIN « *Un centre de responsabilité est une zone d'autonomie et de pouvoir d'actions délégués, autonomie et pouvoirs encadrés néanmoins : un centre de responsabilité se définit par un couple d'objectifs à atteindre/moyens correspondants alloués*⁹⁵. ». Ainsi, si le centre de responsabilité est le service, il pourrait y avoir une UF restauration, une UF activité, une UF logistique etc. Un budget est dédié à chaque UF du service. Il est élaboré et décidé entre les équipes et la direction. L'activité peut être déclinée par les professionnels avec des sous tableaux, créés ou améliorés à leur propre initiative avec par exemple les activités de plein air, les activités à l'intérieur, les activités individuelles, les activités de groupe etc. Les équipes peuvent définir un ou plusieurs responsables par activité. Ensuite, ils peuvent répartir le budget alloué sur les différents items. Les équipes de terrain ont alors la possibilité de suivre leur activité, de la chiffrer, de mesurer régulièrement les écarts, d'en tirer les conséquences et de les communiquer. Ceci est un exemple pour le domaine de l'activité mais pourrait se traduire, de la même manière, par des indicateurs pour l'accueil de l'utilisateur. Les outils réglementaires de la loi 2002 sont-ils systématiquement distribués ? De quelle manière ? Quel temps est consacré à cet accueil ?

La mise en situation sur un budget préétabli permet de mesurer les difficultés rencontrées pour la répartition des coûts et plus largement pour l'organisation de l'enveloppe et ce qu'elle contient. Les acteurs s'investissent dans une démarche totale de gestion.

Enfin le CDG responsabilise les agents sur le coût des services. Certains professionnels y portent déjà de l'intérêt. Pour exemple au FDEF de l'Hérault, une des maîtresses de maison, sensible à cette question, souhaite avoir un budget propre pour s'organiser. Elle est en demande d'objectifs financiers qui lui permettraient de ne pas dépasser l'enveloppe tout en faisant une meilleure répartition des produits alimentaires. Sur une autre unité, le chef de service attend de ses équipes la justification des frais. Jusqu'à présent, un éducateur obtenait une somme pour le weekend, laquelle était généralement dépensée. Il doit maintenant justifier son utilisation. De la même manière, ce chef de service prévoit aujourd'hui le budget alimentaire avec la maîtresse de maison et ses collègues. « *Pour les repas avec la maîtresse de maison, je travaille en fonction du prix de*

⁹⁵ BOUQUIN Henri, KUSZLA Catherine, « Le contrôle de gestion », 10e édition, Presses Universitaires de France, 2013, Paris, p 79.
Virginie JOSEPH – Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015

journalière par enfant. On a besoin d'un certain montant par semaine à répartir en fonction des envies des enfants, de l'enveloppe budgétaire et des apports nutritifs. Je souhaite qu'elle travaille un plan alimentaire et que l'on fasse les menus en amont en fonction des saisons si possible. Même les week-end, on essaie d'organiser des menus spéciaux. Tous les 15 jours, c'est un repas amélioré. »

En favorisant la participation des professionnels à la construction du CDG, leur parole et leurs actes sont rendus légitimes, et peuvent ainsi mener à la création de nouveaux projets pour l'utilisateur.

Du CDG à la création de projets pour l'utilisateur

Le quotidien et les habitudes abiment parfois les acteurs de terrain. Les métiers du soin et du social étant extrêmement difficiles et usants, l'idéal altruiste des premières années professionnelles s'estompent peu à peu. C'est un argument supplémentaire pour améliorer ce contexte. Très souvent, le personnel a le sentiment de ne pas être assez présent auprès de l'utilisateur ou du patient, ce qui accentue le mal-être professionnel. Le CDG peut devenir l'outil permettant d'améliorer leur prise en charge et apporter une satisfaction professionnelle. Si le CDG est abordé dans le but d'un meilleur accompagnement, la sensibilisation sera meilleure et tout aussi vraie.

Les professionnels, face aux difficultés des utilisateurs n'ont pas toujours la réponse appropriée. Ils se sentent parfois désemparés voire désabusés. C'est pour cette raison que le CDG peut être un outil pour réinventer l'accompagnement proposé. En inscrivant plus de formalisme, car il faudra passer aussi par cette étape, l'action deviendra plus transparente pour chacun. Il pourra favoriser alors la réflexion vers de nouveaux projets comme l'organisation du service en fonction du rythme de vie des utilisateurs, le développement de projets intergénérationnels ou un travail sur la mutualisation d'une Equipe mobile de soins de confort (EMSC).

Vers davantage de légitimité pour une pérennisation des pratiques

Dès lors que les vertus d'une action seront démontrées, les professionnels auront davantage de légitimité pour la poursuivre. En effet, certaines activités sont parfois remises en question, leurs bienfaits n'ayant pas été démontrés. L'usage de ces nouveaux outils va leur servir d'argument pour défendre leurs actions, les légitimer par la démonstration de la plus-value de leurs activités et les rendre pérennes. Grâce au CDG ils pourront ressentir une plus grande satisfaction professionnelle tout en améliorant l'accompagnement proposé à l'utilisateur.

Chapitre 3 : Vers l'amélioration de l'accompagnement des utilisateurs

La performance amenée par le CDG permet une meilleure gestion au quotidien et s'adapte ainsi aux besoins de l'utilisateur. Dans certaines situations il peut être porteur d'enseignements auprès de ce dernier et le faire entrer dans un processus de gestion.

Le contrôle de gestion une réponse aux besoins de l'utilisateur

Tout ce qui contribue à l'amélioration d'une organisation se concrétise par l'atteinte des résultats escomptés. Or, les résultats en seront une bien meilleure prise en charge obtenue par le biais d'une organisation performante.

Par ailleurs, comme évoqué précédemment, le CDG autorise la répartition de sous-enveloppes en fonction des UF déterminées. Ainsi chaque UF a une personne responsable. Pour la restauration, le responsable, qui pourrait être la maîtresse de maison ou le chef de cuisine, doit se préoccuper du coût du repas. Il s'agit davantage d'un coût simplifié sans les charges indirectes. Mais au-delà du coût brut de l'approvisionnement, il doit tenir compte de paramètres supplémentaires. En effet, servir un repas au plus bas prix n'a aucun intérêt. La satisfaction des usagers est un élément à prendre en considération. Il est important que celui-ci mange en quantité raisonnable, avec des apports nutritifs adaptés et qu'il ait du plaisir à manger. Les trois conditions sont ainsi réunies : qualité perçue (plaisir à manger), qualité produite (quantité raisonnable et apports nutritifs) et évaluation des coûts (coût du repas). Un questionnaire de satisfaction avec des critères définis peut faire l'objet d'une enquête (qualité des entrées, plats, dessert ; le goût ; la présentation des plats ; la quantité servie ; la température ; la propreté de la vaisselle etc.). Le responsable suit le ressenti de l'utilisateur au niveau de la prestation proposée. Il peut également prendre en considération la qualité générale de la prestation en tenant compte des obligations légales (chaîne du chaud et du froid avec relevé quotidien de la température etc.). Chaque item (activités, blanchisserie etc.) peut faire l'objet d'une étude similaire. L'intérêt est de présenter les bons indicateurs en valorisant ce qui est prioritaire. Suivre l'équilibre, la qualité et la quantité des repas permet également de faire des excès et de prévoir des moments d'exception (repas plaisir).

La prise en charge dans un ESMS doit répondre à deux axes majeurs : sécurité et qualité. La qualité vient d'être abordée par la maîtrise de l'enveloppe et une meilleure répartition grâce au CDG. Celui-ci participe également à assurer la sécurité de l'utilisateur ainsi que l'a précisé un des auteurs dans son témoignage relatif à un problème de sécurité dans un établissement : *« C'est un lieu où les usagers travaillaient et ceux-ci se plaignaient notamment de leur propre sécurité. Les représentants des usagers et les familles ont manifesté leur mécontentement. Finalement, cette situation était liée à l'absence d'indicateurs et de suivi de contrôle de gestion. Cela peut impacter directement la notion de sécurité tel qu'on l'entend, la sécurité physique et l'intégrité des personnes. Un tableau de bord sécurise la mise en œuvre du projet. »*.

Le contrôle de gestion comme outil de soutien ou pédagogique

Le terme pédagogique n'est pas forcément applicable dans tous les secteurs. Néanmoins dans le milieu social où l'utilisateur a des difficultés à gérer un budget, le CDG peut se révéler être un outil efficace. Dans un CHRS ou une maison relais⁹⁶, après répartition des moyens, des groupes d'utilisateurs peuvent eux-mêmes faire des choix, gérer une partie du budget et s'investir dans des

⁹⁶ Circulaire DGAS/SDA no 2002-595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais.

projets collectifs. Un groupe d'usagers (ou une personne) peut se charger des activités collectives, un autre groupe de la gestion des repas, un autre de l'entretien des locaux. Cela peut faire l'objet d'un roulement avec des temps de discussions sur les difficultés rencontrées. Ces formes d'accompagnement existent déjà mais il est probable que le CDG affinerait encore les moyens et serait vecteur de motivation pour les usagers. En effet, la responsabilité d'autres individus pourrait être perçue comme un challenge. La même démarche serait possible pour une gestion individuelle avec des supports simples de suivi.

Dans le domaine de l'enfance, il serait envisageable, après fixation de l'enveloppe annuelle, de déterminer un budget mensuel. Pour les repas du weekend, le budget pourrait être fixé à 15€ par adolescent. Comment vont-ils gérer leur 15€ ? Vont-ils acheter une pizza ou acheter des ingrédients pour cuisiner ensemble ? L'attention est portée sur le développement de leur autonomie. Le CDG est un moyen de les préparer à leur vie future. Les situations difficiles et déplorables que traversent les enfants pris en charge dans le secteur social provoquent parfois des réflexes de compensation. Ce terme est directement emprunté à un représentant du personnel. « *On offre des prestations au gamin pour « compenser » son malheur. Il ne faudrait pas toujours vouloir compenser.* » L'argent de poche, les bons de vêture, les bons de restaurants sont distribués selon les besoins mais semble-t-il pas toujours à bon escient. Ces besoins ne sont pas toujours bien évalués. Par ailleurs, les jeunes expriment un grand désarroi face à la complexité de leur situation. Ils sont dans le découragement et accentuent les épisodes de violence au sein de leur foyer. Malheureusement, à leur majorité, ils ne bénéficient plus des aides de la protection de l'enfance et ne sont pas toujours préparés à affronter certaines réalités. Il est donc essentiel d'apprendre aux enfants à acquérir une forme d'indépendance en suivant le précepte de Confucius⁹⁷ « *Quand un homme a faim, mieux vaut lui apprendre à pêcher que de lui donner du poisson* ». A travers le CDG, c'est un travail éducatif qui est mis en place. Les enfants sont préparés à l'apprentissage de la vie. Il est intéressant de captiver leur intérêt et de suivre leur évolution via les tableaux de bord construits avec leur participation. Ce n'est certes pas une vision idéaliste. Les outils du CDG ne résoudreont probablement pas la situation difficile de l'enfant mais seront un support, régulièrement évalué. Un éducateur donnait l'exemple d'un jeune à qui un billet de train aller-retour avait été remis. L'adolescent lui demande : « *Mais pourquoi tu te casses la tête, je pourrais ne pas payer et au pire prendre une amende. C'est le Conseil général qui paye !* » D'où la nécessité de responsabiliser ces jeunes.

Sensibiliser avec prudence l'utilisateur à la notion de coût

Informé l'utilisateur des éléments sur lesquels repose sa prise en charge est une obligation légale mais lui permettre de participer à son accompagnement est une possibilité.

Une personne interrogée observe : « *Je fais une étude sur le coût du repas. Est-ce que cela peut intéresser les jeunes ? Je pourrais par exemple leur dire : Vous voyez l'EDF, ça coûte tant. On*

⁹⁷ Philosophe chinois, 551 av. JC – 479 av. JC.

appelle ça une charge fixe. La nourriture coûte tant parce qu'elle varie en fonction du nombre d'individus. On appelle ça une charge variable. Mais il y a aussi les salaires, et il faut ajouter tant. Lorsque vous êtes chez vos parents, il n'y a pas de charge de personnel, mais il y a toutes les autres charges. » Ces explications sont rarement données même si les usagers sont parfois conscients des difficultés rencontrées. Leur participation peut se faire par le biais d'un projet pédagogique avec une enveloppe donnée.

Il faut toutefois rester prudent avec ces notions. Pas question de culpabiliser les usagers. Ce sont des personnes fragiles. Les professionnels qui les accompagnent sont là en soutien pour rendre meilleur leur quotidien et préparer au mieux leur futur. Il est important d'ajuster le curseur et ce rôle incombe au directeur.



La possibilité d'améliorer le sens de nos actions en devenant plus performant à l'aide du CDG requiert, du directeur, certaines qualités.



Titre 2 : Le Directeur, acteur de la performance à travers le contrôle de gestion

La maîtrise du CDG, demande temps et expérience, deux éléments absents au moment de la prise du premier poste. Certaines connaissances seront indispensables pour définir les priorités et adapter son savoir-faire. La manière dont sera abordé le CDG va énormément dépendre du savoir être.

Chapitre 1 : Le management du changement

Le CDG si peu abordé avec les équipes ou avec les autorités de tarification, exige de la part du directeur un abord prudent. « Assurer l'interconnexion entre la stratégie et les comportements quotidiens n'est pas chose facile, imposer le changement dans un tel domaine l'est encore moins. Il ne s'agit pas seulement de « décliner » une stratégie venant du sommet ; »⁹⁸ Tout d'abord, le directeur n'est pas un contrôleur de gestion. Ensuite, l'intérêt pour cet outil doit être réel malgré un quotidien parfois semé d'embûches. Enfin, la volonté de mettre en place un CDG demande du temps et est source de stress. Il est très apparenté au management du changement.

⁹⁸ BOUQUIN Henri, KUSZLA Catherine, « Le contrôle de gestion », 10e édition, Presses Universitaires de France, 2013, Paris, p 85.
Virginie JOSEPH – Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015

Le directeur utilise le CDG mais n'est pas contrôleur de gestion

La vision telle qu'elle est perçue du contrôleur de gestion ne peut convenir à celle du directeur. Parmi les directeurs interviewés, certains ont fait part de leur volonté de créer un poste de contrôleur de gestion.

Le contrôleur de gestion vu en entretien avait une perception très comptable de sa fonction. Il regrettait son éloignement du terrain et se disait être parfois aux antipodes des professionnels en lien avec l'utilisateur. Pour lui, les chiffres et les tableaux de bord sont vecteurs de décisions qui ont un impact direct sur l'utilisateur. Or, le sens de ma démonstration diffère quelque peu de cette vision très compréhensible mais étriquée. C'est pourquoi il est important de bien différencier le CDG du contrôleur de gestion. Le CDG ne fait pas le management. D'une part, parce que les décisions doivent prendre en considération plusieurs critères déjà énumérés telle que la qualité du service, d'autre part, ce fonctionnement aurait pour conséquence le rejet de l'outil.

Un poste de contrôleur de gestion dans un ESMS exige une définition précise de son champ d'action. Les déductions du contrôleur de gestion ne doivent pas seulement provenir de données chiffrées. Il serait indispensable de légitimer son rôle pour une prise de décision stratégique. Par ailleurs, un directeur intéressé par le CDG doit l'aborder de manière empirique, en prenant tous les paramètres en considération. Il doit également assumer les responsabilités de ses décisions. Pour le contrôleur de gestion rencontré, la personne la plus apte à assumer ce rôle pourrait être un travailleur social formé au CDG. Il aurait connaissance de la population accueillie et des données stratégiques.

Pour que le CDG soit un outil au service de la performance, le directeur doit éviter deux écueils, le quotidien et le désintérêt.

L'ennemi du bien : le quotidien et le désintérêt

Manager le changement implique pour le directeur de se remettre en question et d'être persévérant. L'établissement peut être situé sur une zone géographique isolée. Le directeur doit alors explorer toutes les dimensions de l'établissement. Cela peut être très formateur comme extrêmement difficile. Le danger de se laisser submerger par le quotidien est alors grand. Si, au départ, la volonté est présente, progressivement les tableaux de bord seront mis de côté et le suivi ne sera plus assuré.

Le désintérêt est mis en avant par un des experts interrogés. Celui-ci parle de « laxisme » des instances gestionnaires ou des cadres de direction. « *La plupart des directeurs en poste, ont étudié cet outil à l'école mais ne se sentent plus concernés.* » Il faut cependant relativiser ces propos. Le contrôle de gestion est un outil très intégré dans le secteur sanitaire mais peu dans le secteur social et médico-social. Il doit effectivement faire l'objet d'une ou plusieurs séances de cours en fin de formation, attendues avec impatience parfois. Mais force est de constater encore qu'un faible intérêt est porté à cet outil. Il est effectivement vu en formation mais ne fait pas l'objet de recherches poussées de la part des nouveaux directeurs. Les indicateurs, issus de

l'expérimentation de l'ANAP fourniront peut-être certaines données évoluant sur un CDG. Les professionnels ont donc tout intérêt à s'en préoccuper.

Manager le changement demande une certaine maîtrise du temps, élément important et pourtant peu évident.

Le temps, si précieux et si dangereux

Un représentant du personnel me disait « *Renoncer à quelque chose demande du temps, de la pédagogie, de la négociation... parfois des mois ou des années. Pour changer les idées, il faut y aller par petites touches. C'est la culture du changement, mais c'est humain.* »

Le temps est parfois compté dans le quotidien d'un directeur. Comment alors s'emparer du temps pour qu'il joue en faveur des aspects stratégiques de l'établissement ? Cela nécessite de la préparation. Le changement ne doit pas être brutal ni révolutionnaire. Une personne insiste sur le fait qu'un CDG ne doit « *surtout pas être une usine à gaz* ». Le CDG reste un outil d'aide à la décision. La possibilité de changer de stratégie ne doit pas être exclue. Il faut s'attendre à ce que le CDG ne produise pas rapidement les résultats attendus. C'est un processus au long court. L'idéal serait d'être préparé à l'imprévu mais cela semble difficile ! Si anticiper l'imprévu n'est pas réalisable, il est possible d'anticiper les démotivations, celles des collaborateurs et la sienne. Un outil tel que le CDG demande temps, persuasion, persévérance et entraîne parfois des désillusions. Il ne faut pas hésiter à reconsidérer son action en reprenant chaque étape, en démontrant l'intérêt de chacune et en s'appuyant sur les personnes ressources. Le CDG exige conviction et motivation.

Pour pallier les difficultés, il est nécessaire de respecter les étapes décrites et de ne pas forcer les évènements. Tenter de considérer le temps comme un atout est un point indispensable au CDG. Un directeur m'expliquait qu'il était possible de détecter la rigueur et la vision stratégique d'un individu à la lecture de son agenda. L'important est de s'organiser en fonction des priorités et d'avancer progressivement. Une stratégie intègre forcément le fait de fixer des objectifs, de mettre en rapport des moyens et de prendre le temps d'y réfléchir pour qu'ils s'avèrent réalistes.

Si au départ, le CDG est un objectif, il sera dans sa finalité une aide.

Chapitre 2 : Le directeur, acteur de la performance à l'aide de son savoir et du savoir faire

Vouloir rendre un établissement performant grâce au CDG demande au directeur certaines qualités en terme de savoir et de savoir être.

Des connaissances générales

Le directeur est responsable de son établissement et des usagers accompagnés. Les connaissances essentielles sont celles requises au cours de la formation dispensée à l'EHESP. Le directeur sortant d'école ne maîtrise pas tous les domaines. Néanmoins un bagage de connaissances est attendu pour aborder sereinement une prise de poste avec éventuellement une

réflexion sur le CDG. Il n'est pas question de faire ici une liste exhaustive mais une connaissance de la population accueillie, de bonnes notions de droit social et sanitaire ainsi qu'en communication et en qualité seront autant d'atouts qui l'aideront dans sa démarche. La comptabilité, le budget et les finances feront l'objet d'une attention particulière. Il n'est cependant pas indispensable de prendre un nouveau poste pour mener une réflexion sur le CDG.

La connaissance des éléments financiers, comptables et budgétaires

Maîtriser son budget est un élément central du CDG. « Un budget est la traduction chiffrée sur une période d'un an du projet d'établissement, conçu pour cinq ans. »⁹⁹. Cela demande une bonne maîtrise des dispositions légales déjà citées. Des connaissances sur le financement des ESMS, sur le calendrier budgétaire et sur la comptabilité sont indispensables sans oublier la lecture du plan comptable. De même les investissements en cours et leur évolution doivent être rigoureusement maîtrisés pour un CDG.

Tout poste mérite d'être étudié au regard de l'activité menée. Pour une mission d'aide à domicile, les déplacements ou la téléphonie seront des postes de dépenses sensibles, tandis que sur un établissement d'hébergement, ils n'impacteront que très peu le budget.

Enfin la connaissance de la comptabilité analytique et son intérêt est très utile et complémentaire dans une démarche de CDG.

Pour gagner en crédibilité dans sa démarche, le directeur doit y donner du sens

Le directeur doit s'attendre à des réticences voire même à certains refus émanant non seulement de tout professionnel mais aussi des plus proches collaborateurs. Pour éviter ces réactions, il est important qu'il prépare sa démarche et la façon dont il va l'aborder avec les différents acteurs. Le directeur doit arriver à dégager de l'intérêt pour le CDG et doit éviter de le présenter comme une contrainte ou un non choix. Ces deux notions sont toujours très mal vécues et suscitent de la méfiance des professionnels. En effet les financements, peu importe le contexte, conditionnent les contraintes et le cadre. Si le directeur ne souhaite pas être perçu comme une personne obnubilée par ces critères, il doit mettre en avant le sens de son action.

Les professionnels connaissent leur métier et ont leur propre expertise. L'important à questionner est davantage l'ensemble des pratiques et l'organisation. Le directeur peut éventuellement justifier la mise en place de cet outil en faisant ressortir les failles du système actuel et les bienfaits qu'apporterait un CDG. Toutefois, il ne pourra y parvenir sans l'aide d'une solide équipe.

La recherche participative des professionnels

La volonté du directeur d'intégrer tout professionnel dans la démarche du CDG présente plusieurs intérêts : faciliter la compréhension et l'imprégnation de l'outil, mesurer l'importance de la notion de performance dans les ESMS et diminuer les réticences évoquées.

⁹⁹ CAMBON L. et MAUDUIT L., 2014, op. cit., p47.

R. N ANTHONY en 1988 affirmait que « *La tâche essentielle de la direction est de faire en sorte que les conditions d'organisations et les modes opératoires permettent aux personnes d'atteindre leurs propres buts en même temps qu'elles dirigent leurs efforts vers les objectifs de l'organisation* »¹⁰⁰. Le management doit donc être dynamique. Il s'agit ici du management opérationnel. Ce sont les ressources humaines qui entrent en ligne de compte avec le pilotage d'hommes et de femmes.

Cela nécessite des temps d'échanges programmés avec des personnes favorables au projet. Les décisions doivent être issues d'un compromis qui n'est pas toujours évident à atteindre car tel que Serge RAGUIDEAU l'explique « *la parole se déploie sur une scène qui comporte des règles et un auditoire dont les membres occupent des places différentes plus ou moins hiérarchisées, c'est à dire autant de repères qui peuvent devenir des écueils dès lors que l'on franchit certaines limites.* »¹⁰¹

Chapitre 3 : Le savoir être d'un directeur dans l'instauration du CDG

Le savoir être fait le management du directeur. A mon sens pour aborder un outil comme le CDG, il a tout intérêt à le faire par le biais d'un questionnement éthique. De même il doit être directif tout en adoptant une certaine souplesse. Enfin, une fois le CDG instauré, il doit rester constamment dans une démarche visionnaire.

Un questionnement éthique

Le directeur avant d'entreprendre la mise en place du CDG doit s'interroger sur la pertinence de sa décision. Pour le consultant interrogé, « *Le contrôle de gestion apporte au management un plus grand réalisme économique et la prise de conscience collective nécessaire que la noblesse des missions sociales est financée par l'argent commun voire « l'argent des autres ». Il est donc indispensable de rendre des comptes ! Dès lors le management doit aussi évoluer vers une interrogation permanente à chaque décision : bénéfice/ risque, relation avec le « cœur de la mission » de l'ESMS, estimation du coût et de la valeur ajoutée au résultat escompté, la dépense est-elle éthique ?... »*

Toute décision entraînera des conséquences parfois négatives et pour la plupart positives. Néanmoins devant ces choix, ce questionnement doit avoir lieu. Pouvoir prendre des décisions, les assumer, les défendre mais également reconnaître ses erreurs et se remettre en question sont des qualités à posséder pour tout directeur, à fortiori celui souhaitant installer un CDG. Aujourd'hui, instaurer un CDG dans un établissement peut paraître ambitieux, le justifier pour obtenir la performance et le mettre au service de l'utilisateur, prétentieux. Pourtant, mes convictions sont réelles quant aux avantages liés à cet outil.

¹⁰⁰ BOUQUIN Henri, KUSZLA Catherine, « Le contrôle de gestion », 10e édition, Presses Universitaires de France, 2013, Paris, p 183.

¹⁰¹ DESHAIES Jean-Louis, « Stratégie & Management – Briser l'omerta », 2014, Presses de l'EHESS, p132.

Le CDG nécessite un management humble

Le directeur n'est QUE directeur. Je reconnais bien évidemment les responsabilités qui incombent à cette fonction. Je pense aussi que le directeur est un maillon de la chaîne et que chacun de ces maillons est essentiel au bon déroulement d'une organisation. Si le directeur est indispensable par son savoir, son savoir être et par son rôle dans l'institution, le directeur adjoint l'est tout autant par le soutien qu'il apporte. Il en est de même du rôle d'une maîtresse de maison, du personnel du service technique ou des soignants. Les notions de performance ou de CDG heurtent les esprits. La prise de conscience du rôle que chacun, à son niveau, peut jouer facilitera la transmission des données. Enfin pour faire évoluer et suivre cet outil, développer un esprit visionnaire permet d'en dégager les perspectives.

Savoir se retourner pour se projeter

Le CDG est un outil de projection. Il permet dans le même temps d'apprendre des actions antérieures. Pour rendre plus performant ce procédé, le directeur doit poursuivre sa formation sur les perspectives à venir.

Ainsi les indicateurs de l'ANAP sont un premier pas vers le CDG. L'évolution de cette expérimentation doit être suivie. Les indicateurs doivent sans cesse être questionnés pour s'adapter aux nouveaux paramètres. Dans les années à venir, il est possible que de nouveaux indicateurs voient le jour sur la coopération et la mutualisation. Le bénévolat et le mécénat sont également en prendre en considération. Certaines associations viennent dans les établissements et leurs interventions sont extrêmement enrichissantes pour tout le monde. Je pense notamment aux bénévoles qui viennent visiter les personnes âgées en EHAPD. Le passage en Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) et à la pluri annualité fera probablement évoluer le CDG.

Ainsi ces différents axes vont faire avancer le secteur social et médico-social. Pour construire un CDG et diriger un établissement répondant aux critères de la performance (prise en compte de l'accompagnement des usagers, des conditions de travail et efficience), le directeur doit avoir un esprit évolutif et visionnaire.

Conclusion

Pour conclure et au risque de m'éloigner un peu du sujet, je vais faire un détour par le « care¹⁰² ». Souvent opposé au « cure » (traiter au sens médical du terme), le « care » se définit par « l'attention, l'inquiétude ». Le verbe, « To care » signifie « prendre soin de » et, en réalité, n'est pas si lointain du CDG.

Le directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social est chaque jour confronté à des réalités économiques et des réalités de terrain. Il doit tout d'abord répondre aux directives des autorités de tarification et aux obligations réglementaires. Cela demande une grande rigueur sur de nombreux champs du management, ressource humaine et gestion budgétaire en premier lieu. Le directeur doit jongler entre la satisfaction de l'utilisateur, celle des agents et des autorités de tarification. De plus, les réalités du terrain présentent des contradictions entre la théorie et la pratique et les professionnels sont parfois en difficulté. A cela s'ajoute l'impératif du dialogue social et par conséquent les biais de la communication institutionnelle. La plupart des chefs d'établissements seront confrontés à ces dichotomies et à des prises de positions divergentes.

C'est à ce niveau que le CDG peut faire la différence. Il garde l'utilisateur au cœur du dispositif et est ainsi en cohérence avec les outils de la loi 2002. L'objectif est de travailler avec l'utilisateur, de l'intégrer dans son projet de vie. Le contrôle de gestion implique le questionnement des pratiques et des prestations proposées. En intervenant à tous les niveaux, le CDG responsabilise les professionnels.

C'est un outil de management par excellence car il peut apporter aux équipes une lecture des vrais besoins et de l'offre proposée par service. La volonté n'est pas forcément ou seulement de diminuer les dépenses mais de les optimiser par une meilleure répartition. Le CDG peut s'avérer utile quelque soit le contexte dans lequel se trouve un établissement. Pour celui dont les ressources sont rares, il pourra optimiser les moyens et permettre de réfléchir aux marges de manœuvres possibles. Au delà de cet aspect, il développera la créativité pour trouver des leviers, autres que financiers. Pour les établissements plus aisés, le contrôle de gestion sera alors un moyen d'utiliser au mieux les deniers publics en maintenant la qualité des prestations proposées et en améliorant les pratiques.

¹⁰² Concept étudié par Carol Gilligan.

Je crois aussi que le CDG provoquera au départ des contestations, de l'indignation ou parfois du rejet, mais s'il est amené de manière habile, il sera ensuite source d'apaisement et de satisfaction pour chacun des acteurs.

Enfin, pour démontrer le lien inéluctable du CDG et du « care », je rappelle que **les premiers bénéfices attendus du CDG sont l'amélioration de la prise en charge de l'utilisateur même dans un contexte budgétaire contraint.**

Comment améliorer cet instant de vie, ce passage parfois long en institution ? En prenant soin du public accueilli. Le CDG est un outil permettant de pratiquer le « care ». En effet, tout professionnel exerçant dans une structure dont l'objectif premier est l'amélioration de la prise en charge d'une personne en situation de vulnérabilité, est responsable en partie de l'atteinte de cet objectif. Pour moi, le directeur pratique le care s'il fait preuve d'éthique, de responsabilité et d'humilité. En élaborant un CDG au sein de l'établissement, il crée un outil de performance au service du « care ».

Ce mémoire a débuté par un encouragement à la prise de risque, le mot de la fin sera une incitation à la persévérance à tout initiateur du contrôle de gestion.

« Il est souvent nécessaire d'entreprendre pour espérer et de persévérer pour réussir. »
Gilbert CESBRON¹⁰³.

¹⁰³ Gilbert CESBRON, écrivain français.

Sources et bibliographie

Colloque :

GUMB B., 9^{èmes} Journées d'Histoire de la Comptabilité et du Management, 20 et 21 mars 2003, Paris Dauphine, (en ligne), (dernière visite le 20 août 2015), 49 p., disponible en ligne :
http://www.crefige.dauphine.fr/recherche/histo_compta/gumb.pdf

Ouvrages :

BERLAND N., 2009, *Mesurer et piloter la performance*, (e-book en ligne), (dernière visite le 20 août 2015), 183 p., disponible en ligne :
<http://www.crefige.dauphine.fr/publish/berland/performance.pdf>

BERLAND N., 2014, *Que sais-je ? Le contrôle de gestion*, 1^{er} édition, Paris : Presses universitaires de France, 127 p.

BONALDO M., 2008, *100 questions pour comprendre et agir – Démarche de progrès et collectivités locales*, La Plaine Saint Denis Cedex : Afnor éditions, 163 p.

BOUQUIN H., KUSZLA C., 2013, *Le contrôle de gestion*, 10^e édition, Paris : Presses universitaires de France, 598 p.

CAMBON L., Mauduit L., 2014, *Maîtriser le contrôle de gestion en institution sociale et médico-sociale Enjeux, périmètres et outils*, Issy-Les-Moulineaux Cedex : esf éditeur, 175 p.

DESHAIES J.L., 2014, *Stratégies & Management Briser l'omerta*, Rennes Cedex : Presses de l'EHESP, 269 p.

DUBREUIL B., JANVIER R., 2014, *Conduire le changement en action sociale Mutation sociétales, transformation des pratiques et des organisations*, Issy-Les-Moulineaux Cedex : esf éditeur, 239 p.

GROLIER J., 2013, *Gestion financière et pilotage médico-économique des pôles hospitaliers*, Rennes Cedex : Presses de l'EHESP, 243 p.

HARDY J-P., 2010, *Financement et tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux*, 3^e édition, Paris : Dunod, 454 p.

MINTZBERG H., 2003, *Structure et dynamique des organisations – Traduction de The structuring of organizations*, 16^e tirage, Paris Cedex, Editions d'Organisation, 434 p.

PAUCHER P., 2013, *Guide de la gestion financière des établissements sociaux et médico-sociaux*, 2^e édition, Paris : Dunod, 528 p.

Rapports :

DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE, Janvier 2015, *Loi de financement de la sécurité sociale 2015 en chiffres*, outil pédagogique de la sécurité sociale, 10 p.

FIRDION J-M., 2006, « Influence des événements de jeunesse et héritage social au sein de la population des utilisateurs des services d'aide aux sans-domicile », *Economie et statistique* n°391-392, 2006, p114.

OMS, 2000, *Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 Pour un système de santé plus performant*, OMS, 248 p.

SANCHEZ J-L., juin 2010, *Décentralisation et protection de l'enfance : Où en est-on ? Enquête de l'ODAS auprès des Départements de France*, ODAS, 22 p.

Sites internet :

ANAP, *Le répertoire d'indicateurs : piloter l'activité et analyser l'efficience*, (dernière visite le 20 août 2015), disponible sur internet :

<http://www.anap.fr/publications-et-outils/detail/actualites/le-repertoire-dindicateurs-piloter-lactivite-et-analyser-lefficience/>

ANAP, *Le tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social*, (dernière visite le 20 août 2015), disponible sur internet :

<http://www.anap.fr/l-anap/programme-de-travail/diffuser-a-grande-echelle-la-culture-et-les-outils-de-la-performance/detail/actualites/le-tableau-de-bord-de-la-performance-dans-le-secteur-medico-social/>

ANAP, *Le tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social – kit d'outils 2015*, (dernière visite le 20 août 2015), disponible sur internet :

<http://www.anap.fr/publications-et-outils/outils/detail/actualites/le-tableau-de-bord-de-la-performance-dans-le-secteur-medico-social-kit-doutils-2015/>

ATIH, *Les ENC*, (dernière visite le 20 août 2015), disponible sur internet :

<http://www.atih.sante.fr/information-sur-les-couts/etudes-nationales-de-couts-presentation>

ATIH, *Enquête nationale des coûts EHPAD Guide méthodologique mars 2014*, (dernière visite le 20 août 2015), disponible sur internet :

http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2428/guide_methodologique_enquete_de_couts_publication_14-03-05.pdf

ATIH, *L'étude nationale des coûts EHPAD (ENC EHPAD)*, (dernière visite le 20 août 2015), disponible sur internet :

<http://www.atih.sante.fr/l-etude-nationale-des-couts-ehpad-enc-ehpad>

ATIH, *Les coûts en établissements pour personnes âgées dépendantes 2013*, (dernière visite le 20 août), disponible sur internet :

http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2779/ehpad_rapport_enquete_de_couts_2013.pdf

ATIH, *Retraitement comptable*, (dernière visite le 20 août 2015), disponible sur internet :

<http://www.atih.sante.fr/information-sur-les-couts/retraitement-comptable>

DGOS, *Fiches pratiques de comptabilité analytique hospitalière*, (dernière visite le 20 août 2015), disponible sur internet :

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/DGOS_Fiches_pratiques_Comptabilite_Analytique_Hospitaliere_V3.pdf

Support formation EHESP:

LEROUX J-M., 10 octobre 2014, cours « Introduction au contrôle de gestion et tableaux de bord dans les établissements sanitaires et sociaux – Directeurs d'établissements sanitaires sociaux et médico-sociaux ».

ORVAIN J., cours « Piloter la performance – Indicateurs et Tableaux de Bord »

RENARD L., cours « Performance dans le secteur médico-social – quelques outils »

Textes législatifs et réglementaires :

MINISTERE D'ETAT, DE L'ECOLOGIE, DE L'ENERGIE, DU DEVELOPPEMENT DURABLE ET DE L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE, MINISTERE DE L'INTERIEUR, DE L'OUTRE MER ET DES COLLECTIVITES TERRITORIALES, MINISTERE DE L'ECONOMIE, DE L'INDUSTRIE ET DE L'EMPLOI, et al. Loi n° 2009-323 du 25 mars 2009 de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion (En ligne). Journal officiel, du 25 mars 2009. (Visité le 19 août 2015). Disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020438861>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITE, MINISTERE DE L'EQUIPEMENT, DES TRANSPORTS, DU LOGEMENT, DU TOURISME ET DE LA MER. Circulaire DGAS/SDA n° 2002-595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais (En ligne). (Visité le 20 août 2015). Disponible sur internet :

<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-52/a0524142.htm>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITE, MINISTERE DE L'INTERIEUR, DE LA SECURITE INTERIEURE ET DES LIBERTES LOCALES, MINISTERE DE LA JUSTICE, et al. Décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, et des établissements mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique (En ligne). Journal officiel, n°247 du 24 octobre 2003. (Visité le 20 août 2015). Disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000610356&categorieLien=id>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE PERSONNES ÂGEES ET AUTONOMIE. Circulaire interministérielle DGCS/SD3/DSS/SD1 no 2013/418 du 6 décembre 2013 relative à la mise en œuvre du décret no 2013-22 du 8 janvier 2013 relatif à l'évaluation et à la validation du niveau de perte d'autonomie et des besoins en soins des personnes hébergées dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et fixant la composition et le fonctionnement de la commission régionale de coordination médicale mentionnée à l'article L.314-9 du code de l'action sociale et des familles (En ligne). (Visité le 20 août 2015). Disponible sur internet :

http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2014/14-01/ste_20140001_0000_0074.pdf

MINISTERE DE L'ECOLOGIE, DU DEVELOPPEMENT DURABLE, DES TRANSPORTS ET DU LOGEMENT, MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA COHESION SOCIALE. CIRCULAIRE N°DGCS/1A/5C/2012/86 du 20 février 2012 relative à la campagne budgétaire du secteur "accueil, hébergement et insertion" et à la contractualisation entre l'Etat et les opérateurs pour 2012 (En ligne). (Visité le 20 août 2015). Disponible sur internet :

http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/02/cir_34695.pdf

MINISTERE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DU BUDGET, MINISTERE DE L'INTERIEUR ET DE LA DECENTRALISATION, MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE, PORTE PAROLE DU GOUVERNEMENT, et al. Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière (En ligne). (Visité le 20 août 2015). Disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006068965>

MINISTERE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE, MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, MINISTERE DE LA JUSTICE, et al. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (En ligne). (Visité le 20 août 2015). Disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>

MINISTERE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE, MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, MINISTERE DE L'AGRICULTURE ET DE LA PÊCHE, et al. Loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (En ligne). Journal officiel, n°179 du 3 août 2005 (visité le 19 août 2015), disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000813423&categorieLien=id>

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, MINISTERE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DU BUDGET, MINISTERE DE LA FONCTION PUBLIQUE ET DE LA MODERNISATION DE L'ADMINISTRATION, et al. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière (En ligne). Journal officiel du 2 août 1991. (Visité le 20 août 2015). Disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000720668>

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION, MINISTERE DES FINANCES ET DES AFFAIRES ECONOMIQUES, et al. Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale (En ligne). (Visité le 20 août 2015). Disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000886688>

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, MINISTERE DE LA JUSTICE, MINISTERE DE L'INTERIEUR, et al. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (En ligne). Journal officiel, du 3 janvier 2002. (Visité le 19 août 2015). Disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460>

MINISTERE DE L'INTERIEUR ET DES CULTES. Loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association. (En ligne). (Visité le 24 août 2015). Disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006069570>

MINISTERE DE L'INTERIEUR, MINISTERE DE L'ECONOMIE NATIONALE ET AUX FINANCES, MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE, et al. Décret n°43-891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics (En ligne). (Visité le 20 août 2015). Disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006072701&dateTexte=20101105>

MINISTERE DE L'INTERIEUR, DE L'OUTRE MER ET DES COLLECTIVITES TERRITORIALES, MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITE ET DE LA VILLE, MINISTERE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS, DE LA FONCTION PUBLIQUE ET DE LA REFORME DE L'ETAT, et al. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (En ligne). Journal officiel, n°0167 du 22 juillet 2009. (Visité le 19 août 2015). Disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

MINISTERE DE L'INTERIEUR, MINISTERE DE LA JUSTICE, MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES, et al. Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales (En ligne). (Visité le 20 août 2015). Disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000699217>

MINISTERE DE L'INTERIEUR, DE LA SECURITE INTERIEURE ET DES LIBERTES LOCALES, MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITE, MINISTERE DE LA JUSTICE, et al. Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 (En ligne). Journal officiel, du 18 décembre 2003. (Visité le 19 août 2015). Disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000249276>

MINISTERE DE LA JUSTICE, MINISTERE DE L'INTERIEUR, MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES, et al. Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière (En ligne). Journal officiel, du 3 janvier 1971. (Visité le 20 août 2015). Disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000874228>

MINISTERE DE LA JUSTICE, MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES, MINISTERE DE LA JUSTICE, et al. Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (En ligne). Journal officiel, n°98 du 25 avril 1996. (Visité le 20 août 2015). Disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000742206&dateTexte=19960425>

MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES, MINISTERE DE LA JUSTICE. Loi constitutionnel n° 96 - 138 du 22 février 1996 instituant les lois de financement de la sécurité sociale (En ligne). Journal officiel, n°46 du 23 février 1996 (visité le 19 août 2015), disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000741468&categorieLien=id>

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, MINISTERE DE L'INTERIEUR, DE LA SECURITE INTERIEURE ET DES LIBERTES LOCALES, MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITE, et al. Décret n°2003-1135 du 26 novembre 2003 relatif aux modalités d'autorisation de création, de transformation ou d'extension d'établissements et services sociaux et médico-sociaux (En ligne). (Visité le 20 août 2015). Disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005706620&dateTexte=20041025>

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, MINISTERE DE L'INTERIEUR, DE LA SECURITE INTERIEURE ET DES LIBERTES LOCALES, MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITE, et al. Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles (En ligne). Journal officiel, n°74 du 27 mars 2004. (Visité le 20 août 2015). Disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000437022&dateTexte=20040327>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, MINISTERE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA REFORME DE L'ETAT. Décret n° 2010-425 du 29 avril 2010 relatif à l'organisation financière et à l'investissement immobilier des établissements de santé (En ligne). Journal officiel, n°0101 du 30 avril 2010. (Visité le 20 août 2015). Disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022149672&categorieLien=id>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, MINISTERE DU BUDGET DES COMPTES PUBLICS ET DE LA REFORME DE L'ETAT. Décret n° 2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-technique dans les établissements publics de santé (En ligne). Journal officiel, n°0136 du 15 juin 2010. (Visité le 20 août 2015). Disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022346630&categorieLien=id>

Article de périodique :

BERTEZENE S., 2013, « Le pilotage de la performance éthique : résultats de recherche-interventions dans le secteur médico-social, CAIRN revue management & avenir, n°64 pages 56-75, (dernière consultation le 20 août 2015, disponible sur internet :

<http://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2013-6-page-56.htm>

BONNIN O., 7 avril 2015, « Un « tableau de bord médico-social » à grande échelle », TSA quotidien (en ligne), (dernière consultation le 20 août 2015), disponible sur internet :

<http://www.tsa-quotidien.fr/action-sociale/etablissements-et-services/a-354405/un-tableau-de-bord-medico-social-a-grande-echelle.html?xtmc=un%20tableau%20de%20bord%20médico%20social%20à%20grande%20échelle&xtr=1>

BOUETIER N., mars 2011, « La performance dans les starting-blocks », TSA mensuel, n°20 (en ligne), (dernière consultation le 20 août 2015), disponible sur internet :

<http://www.tsa-quotidien.fr/action-sociale/etablissements-et-services/a-118303/la-performance-dans-les-starting-blocks.html?xtmc=la%20performance%20dans%20les%20starting%20block&xtr=1>

BOUETIER N., 15 mars 2012, « L'ANAP joue sa partition dans le médico-social », TSA quotidien (en ligne), (dernière consultation le 20 août 2015), disponible sur internet :

<http://www.tsa-quotidien.fr/action-sociale/etablissements-et-services/a-184430/l-anap-joue-sa-partition-dans-le-medico-social.html?xtmc=l'anap%20joue%20sa%20partition%20dans%20le%20médico%20social&xtr=1>

BOUETIER N., 5 février 2014, « Tableau de bord, Paerpa : l'ANAP trace sa route », TSA quotidien (en ligne) (dernière consultation le 20 août 2015), disponible sur internet :

<http://www.tsa-quotidien.fr/action-sociale/etablissements-et-services/a-290300/tableau-de-bord-paerpa-l-anap-trace-sa-route.html?xtmc=Tableau%20de%20bord,%20Paerpa%20:%20l'ANAP%20trace%20sa%20route%20&xtcr=1>

DAOVANNARY L., 11 mai 2015, « Evaluation interne : à quoi servent les indicateurs ? », TSA quotidien (en ligne), (dernière consultation le 20 août 2015), disponible sur internet :

<http://www.tsa-quotidien.fr/action-sociale/etablissements-et-services/a-357694/evaluation-interne-a-quoi-servent-les-indicateurs.html?xtmc=évaluation%20interne%20à%20quoi%20servent%20les%20indicateurs&xtcr=1>

DUBOST N., 2014, « Culture professionnelle et démarches qualités dans le secteur médico-social français », CAIRN revue internationale de gestion, vol. 39 p185 à 192, (dernière consultation le 20 août 2015) disponible sur internet :

<http://www.cairn.info/revue-gestion-2014-4-page-185.htm>

GRENIER C., MARTIN V., 2013, « Performance des organisations et bien-être des usagers : quels modes de pilotage et d'intervention ? », CAIRN revue management & avenir, n°61 pages 129 à 145, (dernière consultation le 20 août 2015), disponible sur internet :

<http://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2013-3-page-129.htm>

LEMAIRE C., NOBRE T., 2014, « Le rôle des acteurs dans la gestion d'un projet d'implantation d'un tableau de bord dans le secteur médico-social », CAIRN journal de gestion et d'économie médicales, Vol. 32 pages 431 à 461, (dernière consultation le 20 août 2015), disponible sur internet :

<http://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-medicales-2014-7-page-431.htm>

MIREBEAU S., 2010, « Clinique et management : une synergie en construction », CAIRN revue EMPAN, n°78 pages 53 à 66, (dernière consultation le 20 août 2015), disponible sur internet :

<http://www.cairn.info/revue-empan-2010-2-page-53.htm>

Annexes

Annexe I – Procédure de rédaction note de conjoncture / analyse de gestion (FDEF Hérault)

Annexe II - Fiche d'activité et de suivi budgétaire par UF (FDEF Hérault)

Annexe III – Grille d'entretien experts – contrôle de gestion

Annexe IV – Grille d'entretien professionnels – contrôle de gestion

Annexe V – Fiche thème : Définition et vision du contrôle de gestion

Annexe VI – Etude du coût en EHPAD

Annexe VII – Extraits tableaux de bord ANAP

FDEF	PROCEDURE DE REDACTION NOTE DE CONJONCTURE /ANALYSE DE GESTION		Codification
Thème : Note de conjoncture/ analyse de gestion	Date de révision : 01/04/2014	FICHE D'ENREGISTREMENT N°1- Version n°1	

I - Objet

Définir les modalités de rédaction de la note de conjoncture mensuelle à la direction et des notes de conjoncture trimestrielles aux responsables des UF dans le cadre de l'analyse de gestion du FDEF

Fiabiliser les échanges d'informations entre les différents services, par une structure identique pour tous les services prestataires.

II - Domaine d'application / responsabilité

Cette présente procédure s'applique à l'ensemble des personnels du service financier.

III - Définitions / abréviations

Procédure : « **P** » manière spécifiée **d'accomplir une activité**. Cette activité peut contenir plusieurs tâches, donc faire appel à un ou plusieurs protocoles. (Document organisationnel : *Comment doit-on le faire ?*)

Analyse de gestion : mise en œuvre d'une organisation de collecte de données, liée à l'activité, aux ressources et dépenses de l'établissement à destination mensuelle de la Direction, et trimestrielle pour les chefs de service. Analyse comparative et projective, comme aide à la décision.

Note de conjoncture : document de synthèse élaboré sous la responsabilité du service financier, présentant les flux financiers mensuels et cumulés tout au long de l'exercice comptable. Analyse des flux en relation avec l'activité, tant en ressources qu'en dépenses, hypothèses projectives, et comparatives sur l'exercice antérieur. La note de conjoncture offre à la direction des pistes de réflexion, des propositions d'orientation, des offres de réajustement ou de redéploiement.

IV - Documents de référence

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

« Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de **l'ANESM** »

(Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et Médico-sociaux).

Norme ISO 8402 : 1994 : Management de la Qualité et Assurance de la Qualité-Vocabulaire.

Le guide méthodologique de la DGAS: mars 2004 « Démarche qualité – Evaluation interne dans un établissement ou service médico-social ou social et recours à un prestataire ».

Analyse de gestion et **instruction M22**.

BP et CA N-1

Budget et DMS de l'exercice N.

Procédure de découpage analytique du FDEF.

V - Descriptif

L'analyse de gestion nécessite un découpage analytique précis et concordant à la réalité fonctionnelle de l'établissement.

La structuration du découpage est commune à l'ensemble des services et validée par la Direction dans le cadre de sa démarche qualité.

Chaque UF (unité fonctionnelle) produit un bien matériel ou immatériel (service) et comporte des unités quantitatives de valeur de production de biens au service de l'utilisateur.

L'entité juridique FDEF est totalement découpée en unités fonctionnelles, dès lors la somme des unités correspond à l'ensemble de la structure. Tous les services sont concernés (TS dans la codification), ainsi chaque responsable de service est porteur d'informations mensuelles vérifiées qui sont transmises selon des modalités définies au service financier dans le cadre de l'analyse de gestion.

Quand : Chaque fin de mois pour une analyse à la Direction de l'établissement remise le 10 du mois suivant délais de rigueur.

Les données de chaque unité fonctionnelle seront intégrées aux tableaux de suivi préétablis, et transmis sous forme numérique au service financier, qui est en charge de synthétiser les informations, opérer un deuxième niveau de contrôle de la justesse des informations et opérations. Ensuite le service analyse l'ensemble de la situation des services et communique une note mensuelle de conjoncture à la Direction.

Une version papier est transmise à la Directrice Adjointe, dans le cadre de la démarche d'assurance qualité de l'FDEF, et comme responsable de l'analyse de gestion.

Chaque situation d'activité issue du découpage analytique est validée par la signature du responsable du document garantissant la pertinence et la justesse des informations.

Une note trimestrielle de conjoncture est élaborée sur les bases identiques à l'intention des services ou unités fonctionnelles.

Quantification : 12 notes de conjoncture à la Direction
4 notes aux services

Les documents préétablis ne peuvent être modifiés que dans le cadre de la procédure qualité

FDEF	PROCEDURE DE REDACTION NOTE DE CONJONCTURE /ANALYSE DE GESTION		Codification
Thème : Note de conjoncture/ analyse de gestion	Date de révision : 01/04/2014	FICHE D'ENREGISTREMENT N°1- Version n°1	

GRILLE D’ENTRETIEN : CONTROLE DE GESTION

Présentation

Milieu professionnel

Lien avec le contrôle de gestion

Questions générales :

- 1) Quelle est votre vision du contrôle de gestion en ESMS ?
- 2) En quoi est elle spécifique par rapport à la définition d’Anthony : « le contrôle de gestion est un processus par lequel les dirigeants influencent d’autres membres de l’organisation pour mettre en œuvre les stratégies ».
- 3) Pourquoi ne pas parler d’analyse des coûts plutôt que de contrôle de gestion ? Est-ce que ce terme est compatible en ESMS ?
- 4) Lorsque dans les hôpitaux, on parle de contrôle de gestion, on parle également de comptabilité analytique, de retraitement comptable... Est ce que c’est possible (quid des coûts variables nombreux dans le social) et même souhaitable (doit-on tout chiffrer ?) de travailler sur un contrôle de gestion très affiné ?
- 5) Est-il plus difficile d’engager une démarche de contrôle de gestion dans les ESMS public que dans les privés ?
- 6) Est ce possible auprès d’un établissement non autonome (budget annexe) ?

Effets du contrôle de gestion :

- 7) Quelle(s) plus-value(s) un gestionnaire d’ESMS peut-il attendre du contrôle de gestion ? Dans quels domaines ?
- 8) En quoi selon vous le contrôle de gestion est il complémentaire du contrôle budgétaire ?

Difficultés, contraintes et points de vigilance :

- 9) Quelle(s) peuvent être les contrainte(s) pour mettre en œuvre un contrôle de gestion ? Quelle précaution faut il prendre dans sa mise en place et sa mise en œuvre (d’une manière générale et dans le cas d’un ESMS) ?
- 10) Comment entreprendre un contrôle de gestion dans le secteur social tel un foyer d’enfance ? (choc des cultures)
- 11) N’avez vous pas peur que la recherche de l’efficacité, de la performance puisse au contraire avoir un effet négatif sur les professionnels ?
- 12) Les hôpitaux travaillent depuis des années avec le contrôle de gestion, pourquoi autant de réticence dans notre secteur ?
- 13) Comment aborder les coûts cachés dans un établissement ?

Communication :

- 14) En quoi facilite t-il le reporting interne puis externe ?
- 15) Est-il nécessaire d’aborder le contrôle de gestion avec les agents ? Et comment ?

Impact direct ou indirect sur les usagers : _____

16) Le contrôle de gestion pourrait-il être utilisé pour entreprendre des actions éducatives envers les usagers?

17) Le contrôle de gestion peut-il avoir un effet direct sur la prise en charge des usagers ?

Qualité :

18) Pensez-vous que le contrôle de gestion contribue ou plutôt est complémentaire à la démarche qualité de l'établissement ? Et si oui en quoi ?

Management :

19) Le contrôle de gestion est à l'interface de plusieurs composantes organisationnelles : au niveau de la production, au niveau des processus de production, au niveau du management et au niveau des finances. Comment le management intervient dans le contrôle de gestion ?

20) Et qu'apporte le contrôle de gestion au management ?

GRILLE D’ENTRETIEN : CONTROLE DE GESTION

Présentation

Milieu professionnel

Lien avec le contrôle de gestion

Questions générales :

1) Que signifie ou qu’évoquent les termes :

- contrôle de gestion
- performance,
- efficience?

Y mettez vous une connotation négative ?

Difficultés, contraintes et points de vigilance :

- 2) Quelle pourrait être les contraintes à la mise en place d’un tel système ? Et quelles précautions faut-il prendre ? Connaissez vous le coût de la prise en charge ?
- 3) Pensez vous qu’au sein des structures sociales et médico sociales, il y ait beaucoup de gaspillages ? Pouvez vous me donner quelques exemples ?
- 4) Comment aborder ce thème sans se confronter au choc des cultures ?
- 5) Depuis de nombreuses années, le monde sanitaire utilise le contrôle de gestion. Pourquoi le secteur SMS est il plus réticent ?

Communication :

- 6) Quelle pourrait être la plus-value de faire remonter des données quantitatives et qualitatives au gestionnaire de l’établissement ?

Impact direct ou indirect sur les usagers :

- 7) Pensez vous que l’optimisation des coûts de prise en charge pourrait avoir des vertus éducatives (constatation d’un surcoût = utilisation pour développer une action éducative)

Qualité :

- 8) L’optimisation des coûts peut-elle être associée à la démarche qualité ?

Management :

- 9) Pour vous le contrôle de gestion doivent ils rester de l’ordre des décideurs ou également des travailleurs sociaux ?

Questions générales :

- 10) Vous ai je convaincu de l'intérêt de cet outil pour améliorer la prise en charge de l'utilisateur ?
- 11) Si non, pourquoi ?

Annexe V – fiche thème : Définition et vision du contrôle de gestion

Citations des personnes interrogées	Codification	Idées retenues
« De toute façon il existe déjà un peu. Ce qu'on fait, le BP et le CA, c'est tout simplement du contrôle de gestion. Donc l'un est lié avec l'autre et puis un budget n'est que la représentation future, en terme comptable d'un projet. Donc le contrôle de gestion c'est d'abord quel diagnostic ? Où est ce qu'on veut aller aujourd'hui ? Où est ce qu'on veut aller demain ? »	CAA2	BP et CA prémisses du CG Budget = représentation future en terme comptable d'un projet Diagnostic d'un projet
« D'abord c'est un ensemble d'outil parce que le contrôle de gestion recouvre plein de domaines. C'est un outil assez transversal qui recouvre autant des domaines d'analyse budgétaire, fin d'analyse de contrôle de suivis budgétaires, en amont, en aval et à postériori... autant des outils d'analyse financière, donc la structure de l'organisation que des outils RH, c'est à dire comment les personnels considérés comme des ressources, sont pilotés pour améliorer le résultat. Et donc derrière, il y a tout les enjeux de qualités, évaluation continue etc... »	CAA2	Outil transversal qui recouvre de nombreux domaines (analyse budgétaire, financière, RH) Enjeux de qualité et d'évaluation continue
« Pour moi le contrôle de gestion est un repère, l'utilisation d'un budget à bon escient. Ça me renvoie à la notion d'économie également. »	GEC2	CG = repère, notion d'économie
« Pour moi, le contrôle de gestion est une possibilité d'amélioration du quotidien des usagers. Il pourrait améliorer le relationnel. Oui c'est quelque chose de positif. »	SAI2	Moyen d'améliorer le quotidien des usagers
« Le contrôle de gestion, offre au chef d'établissement une vision synthétique de la structure financière de l'ESMS à des périodes fixes, avec des projections sur les tendances les plus fines possibles de réalisation budgétaire de l'exercice. Cette technique permet d'influer sur les décisions de management grâce à la vision projective financière. »	MIC2	Vision synthétique de la structure financière à des périodes fixes Projection sur les tendances Influence sur les décisions
« Définition : Le contrôle de gestion permet de contrôler l'organisation d'un service, d'un établissement. C'est un moyen d'atteindre des objectifs. De fixer des objectifs et de voir s'ils sont atteints. C'est aussi un outil comportant des tableaux de bord, des indicateurs. Il permet de mesurer les écarts et l'efficacité des coûts. Il permet de voir la rentabilité d'un service mais c'est un mot qui fait peur dans ce secteur. Le contrôle de gestion est lié à la comptabilité analytique. Cela permet de revoir les objectifs fixés au départ et voir s'ils sont réalisables ou pas. Voir les dérives financières. Cela permet de donner un coût par service, un coût partiel, un coût global d'où on en tire un prix par journée. Il faut produire des tableaux en prenant en compte les surfaces, des ratios, des coûts précis. »	GRR2	Moyen d'atteindre des objectifs Mesure des écarts et efficacité des coûts CG lié à la comptabilité analytique Donne un coût par service
« Contrôle de gestion : contrôle des dépenses, contrôle de l'activité, gestion d'un service, gestion d'un budget et de l'argent public, possibilité de faire des projets ou pas dans la manière de gérer les choses. »	MAR2	Gestion d'un service, gestion de l'argent public
« Ma vision du contrôle de gestion est d'abord ramenée à l'acte de management et de responsabilisation vis à vis de l'ensemble des acteurs. Donc le but ce n'est pas simplement, même si c'est très important, de fournir une note de conjoncture mensuelle et un état des lieux en temps quasi réel de l'état des dépenses, des modalités de dépenses et des éventuels anachronisme on va dire ! Bien sur que ça c'est important, puisque quand on ne dispose pas de ces données, on est toujours en train de courir après les éléments d'information. Alors que maintenant on dispose d'une maquette mensuelle qui nous permet de saisir l'ensemble des renseignements quasi au fil de l'eau. Parfois, en provenance des équipes éducatives c'est un plus compliqué de fournir des	GAD2	Acte de management et de responsabilisation en période de contraintes et de maîtrise des dépenses

<p>éléments sur les modalités de dépenses... Si on s'arrête à la comptabilité par unité de production, c'est déjà bien en soi. Qu'un directeur, un DA, un cadre socio-éducatif, un responsable des finances maîtrise un tableau de bord, c'est très important. Mais le but comme pour tout, dans ce type de maison c'est de le ramener à l'acte de management, de responsabilisation de l'ensemble des acteurs, en période de fortes contraintes et de maîtrise des dépenses. Ce qui suppose d'amener à une responsabilisation facilitant les choix, la compréhension des choix. »</p>		
<p>« En général on lui donne 2 fonctions ou plus exactement une fonction qui consiste à faire le lien entre 2 fonctions qui est la fonction stratégique qui est, je définis les objectifs et j'essaie de les suivre. Et la fonction opérationnelle qui est, je réalise. Et donc, le but normalement du CG c'est de s'assurer que les réalisations soient conformes aux objectifs. Si je dois résumer ce qu'est le CG la plupart du temps dans la littérature c'est ça et dans les faits aussi d'ailleurs. Donc il a une double fonction, une fonction stratégique et opérationnelle ou plus exactement il a pour fonction de faire le lien entre le stratégique et l'opérationnel. C'est ça d'ailleurs qui à mon avis en fait tout l'intérêt. »</p>	<p>BAA2</p>	<p>Fonction stratégique et fonction opérationnelle</p>
<p>« CG : contrôle des coûts. Réticence. C'est pour regarder ce qui dysfonctionne »</p>	<p>LEI2</p>	<p>Permet d'observer ce qui dysfonctionne</p>
<p>« CG : adéquation entre besoin et moyen. Outil pour évaluer si les moyens financiers presque humain sont en adéquation avec les besoins. »</p>	<p>GAC2</p>	<p>Adéquation entre moyen et besoin</p>
<p>« Contrôle de gestion : contrôler les chiffres, budget »</p>	<p>RAR2</p>	<p>Contrôle du budget</p>
<p>« CG : Vérifier que les moyens sont gérés conformément aux procédures et aux règles. Il faut que les moyens soient affectés de manière efficiente. Réduire les coûts tout en optimisant les avantages. - Vérifier la bonne affectation par rapport aux procédures et aux règles Adapter l'affectation des moyens aux besoins »</p>	<p>BOC2</p>	<p>Moyens conformes aux procédures et aux règles Réduire les coûts tout en optimisant les avantages</p>

: : : : à la Une : : : :

29/06/2015 - Etablissements et services

Ehpad : vers une connaissance aiguisée du coût par type de résident

La 3e étude nationale des coûts menée cette année auprès d'environ 80 Ehpad volontaires doit permettre d'affiner les connaissances en la matière par catégorie de résidents. Une évolution portée par un décret cadrant ces travaux.



Fotolia

La réalisation d'études relatives à l'analyse des différents coûts de revient et tarifs des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) relevant de sa compétence figure parmi les missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) depuis fin 2009. Leurs conditions de réalisation devaient être fixées par voie réglementaire. Près de 6 ans plus tard, c'est désormais chose faite, mais pour partie seulement : le décret du 22 juin 2015 précise les modalités de mise en œuvre des études de coûts de revient et de tarifs dans les seuls établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Un texte trop tardif ? Pas si sûr...

Une 3^e étude de coûts plus poussée

Sachant que plusieurs études des coûts dans les Ehpad ont déjà été publiées pour les années 2012 et 2013, ce décret paraît bien tardivement... Mais, selon la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la CNSA, il arrive à point nommé. En effet, les précédentes éditions portaient seulement sur les données comptables des Ehpad et avaient vocation à calculer le coût à la place en hébergement permanent supporté par les résidents et leur famille, les conseils départementaux et l'assurance maladie. En revanche, l'étude nationale des coûts de 2015 nécessitait l'édiction du décret - pris après avis de la Cnil -, dès lors qu'il s'agit de recueillir "des données relatives aux résidents et que [celles-ci] incluent certaines données sensibles" (numéro d'identification au répertoire national d'identification des personnes physiques). L'objectif étant de "déterminer un coût moyen journalier par typologie de résident", explique la CNSA.

Modalités pratiques

Ces études de coût sont réalisées avec le concours de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), autorisée pour cela à mettre en œuvre un traitement automatisé de données, auprès d'un échantillon d'Ehpad volontaires. Concrètement, le décret précise les modalités pratiques de réalisation de ces études : catégories de données relatives aux résidents à recueillir (données de la grille Aggir et de l'outil Pathos, recours à des prestations de psychomotricien, recueil du temps de travail des personnels soignants, etc.) et personnes morales auprès desquelles elles doivent être collectées (Ehpad, Cnamts et CNSA). Au sein des Ehpad, des personnes doivent être spécialement habilitées pour recueillir les informations. L'accès à ces dernières est par ailleurs strictement limité.

A lire également

Les lieux de vie collectifs pour personnes âgées toujours aidés par la Cnav

Coup d'envoi de la campagne budgétaire 2015 des CHRS

Détail de l'aide à l'investissement dédiée aux Esat

Secteur tutélaire : fixation des DRL 2015

Conventionnement et financement des Ehpad volontaires

Le décret vient préciser que le recueil des informations auprès des Ehpad doit s'effectuer dans le cadre d'une convention conclue entre l'établissement, l'Atih et l'agence régionale de santé (ARS) dont il relève. Un modèle, rédigé par la CNSA, a été adressé aux ARS. Cette convention, ont précisé la DGCS et la CNSA, prévoit "les droits et obligations respectives des parties et permet notamment de préciser les modalités de compensation financière". Cette contrepartie, non prévue par le décret, est toutefois actée par la circulaire relative à la campagne budgétaire 2015 des ESSMS pour personnes âgées et handicapées. Laquelle indique que les 77 Ehpad volontaires percevront, en 2015, un "apport budgétaire complémentaire et non reconductible d'un montant de 22 077 € par Ehpad". Ce, afin de compenser les moyens matériels et humains mobilisés pour le recueil de données.

Intérêt mutuel

Les informations fiabilisées recueillies au cours de ces enquêtes doivent permettre d'alimenter "les réflexions sur la simplification et la modernisation du fonctionnement et de la tarification des Ehpad", explique la CNSA. Qui estime que pour ces établissements, "c'est l'occasion d'avoir une vision globale (soins de ville inclus, mais hors immobilier) de leurs dépenses", "certains y [voyant] aussi l'opportunité d'utiliser la comptabilité analytique comme un outil de pilotage".

Par [Virginie Fleury](#), Dictionnaire
Permanent Action sociale

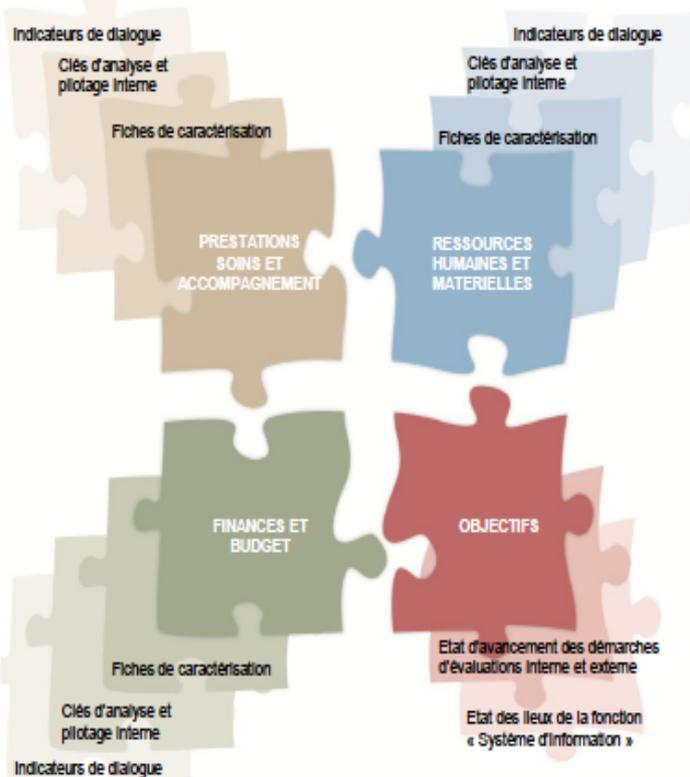
Documents joints :

[Décret du 22 juin 2015](#)

[Délibération Cnil du 26 février 2015](#)

• **Composition du tableau de bord partagé :**

Le tableau de bord partagé comporte 4 dimensions



Le tableau de bord partagé est construit sur 3 niveaux

1. Des données de caractérisation permettant de décrire la structure et de calculer certains indicateurs ;
2. Des indicateurs de dialogue permettant à la structure d'échanger avec les autorités de tarification et contrôle;
3. Des indicateurs clés d'analyse permettant d'éclairer, d'approfondir la lecture des indicateurs de dialogue et de mener un pilotage interne de la structure.

Les indicateurs de dialogue doivent être analysés au regard des indicateurs clés d'analyse et contextualisés par les informations de la fiche de caractérisation. Cette dernière permet également de documenter l'offre de soins et d'accompagnement et de permettre des analyses par groupe homogènes de structures.

Indicateurs de niveau 1

Indicateur IPr2.1.1	Score moyen de l'échelle retenue de dépendance : dernier GMP validé		EHPAD
Axe	Prestations de soins et d'accompagnement pour les personnes		
Question clé	Quelle est la charge en soins et en accompagnement pour l'ESMS ? (IPr2)		
Signification	Groupe Iso-Ressources Moyen Pondéré (uniquement pour les structures accompagnant des personnes âgées)		
	Mode de calcul : Groupe Iso-Ressources Moyen Pondéré, établi sur le fondement du positionnement des personnes sur la grille AGGIR	Données sources : Dernier GMP validé Date de validation du dernier GMP	
Définition	Unité : Points	Période de référence Dernière coupe validée	Source : Documents budgétaires (compte administratif)
	Commentaires et précisions : Les informations plus précises relatives aux groupes Iso-Ressources (groupes homogènes de personnes) sont disponibles dans le Niveau 2 du tableau de bord au travers de la lecture des GIR.		
Lecture	Le GMP permet d'estimer, en nombre de points, le niveau de prestation fourni par l'établissement pour la prise en charge de la dépendance. Il est déterminé par une coupe transversale réalisée en établissement et validée par le conseil général. Plus le GMP est élevé, plus le niveau de dépendance moyen et le niveau de prestation à fournir sont élevés.		

Indicateurs de niveau 2 : « Clés d'analyse »

Indicateur 2Pr6.3	Profil des personnes accompagnées : Répartition en fonction des types de déficiences observées	ESMS pour PH
Axe	Prestations de soins et d'accompagnement pour les personnes	
Questions clés	Quels sont les profils des personnes au regard de la mission de la structure ? Quelle est la charge en soins et en accompagnement pour la structure ? (2Pr6)	

Signification	Description du profil des personnes accompagnées en fonction des déficiences observées de manière principale et associée		
	Définition	Mode de calcul :	Données sources :
		<p>Numérateur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de personnes avec déficience intellectuelle (à titre principal /associé) • Nombre de personnes avec autisme et autres TED (à titre principal /associé) • Nombre de personnes avec troubles psychiques (à titre principal /associé) • Nombre de personnes avec troubles du langage et des apprentissages (à titre principal /associé) • Nombre de personnes avec déficiences auditives (à titre principal /associé) • Nombre de personnes avec déficiences visuelles (à titre principal /associé) • Nombre de personnes avec déficiences motrices (à titre principal /associé) • Nombre de personnes avec déficiences métaboliques (à titre principal /associé) • Nombre de personnes traumatisées crâniennes (à titre principal /associé) • Nombre de personnes avec autres types de déficiences (à titre principal /associé) 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de personnes présentant une déficience à titre principal (intellectuelle, autisme et autre TED, psychique, du langage et des apprentissages, auditive, visuelle, motrice, métabolique, traumatisme crânien, autres) • Nombre de personnes présentant une déficience à titre associée (intellectuelle, autisme et autre TED, psychique, du langage et des apprentissages, auditive, visuelle, motrice, métabolique, traumatisme crânien, autres) • Nombre de personnes accompagnées dans l'effectif au 31/12 (toutes personnes, y compris en accueil temporaire)
		<p>Dénominateur commun : Nombre de personnes accompagnées dans l'effectif</p>	
<p>Unité : Taux</p>	<p>Période de référence : Au 31/12/N-1</p>	<p>Source : Notification MDPH des personnes accompagnées</p>	
	Commentaires et précisions :		
Lecture	En l'absence de score, cette proposition de classification permet de partager une description objective des profils des personnes accompagnées.		

JOSEPH

Virginie

Décembre 2015

**Elève Directeur d'établissement sanitaire social
et médico-social**

Promotion 2014-2105

**LE CONTRÔLE DE GESTION DANS LES ETABLISSEMENTS
SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX : UN OUTIL DE PERFORMANCE
AU SERVICE DE L'USAGER ET DU PROFESSIONNEL**

Résumé :

Le contexte budgétaire contraint depuis quelques années, est un nouveau défi pour les directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Pour le relever et répondre aux nouveaux enjeux économiques, réglementaires et humains, l'audace et la persévérance peuvent être de précieux atouts.

Le contrôle de gestion, déjà présent dans les établissements sanitaires, est peu utilisé dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Son image est en partie ternie par la représentation stricte de la fonction de contrôleur de gestion dont la seule préoccupation serait l'optimisation des coûts.

Ce mémoire tend à démontrer que cet outil dépasse cette seule dimension d'efficience mais prend également en compte l'amélioration de l'accompagnement des usagers et les conditions de travail, répondant ainsi aux critères de la performance décrite par l'OMS.

Mots clés : contrôle de gestion – accompagnement des usagers – performance – optimisation des coûts – conditions de travail – communication – conduite du changement

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.