



EHESP

Directeur d'Hôpital

Promotion : **2007-2009**

Date du Jury : **décembre 2008**

**Le rôle fédérateur d'un outil
décisionnel pour un contrôle de
gestion partagé : l'expérience du
Centre Hospitalier de Roanne**

Vincent ORY

Remerciements

Au terme de cette étude sur un sujet qui favorise le rapprochement des cultures médicale, soignante et gestionnaire par les débats qu'il suscite et les espoirs qu'il fait naître d'un système d'information capable de rassembler la famille hospitalière autour d'une vision partagée du « produit » hospitalier, je tiens à exprimer ma reconnaissance à toutes les personnes qui ont bien voulu enrichir ma réflexion par leurs analyses.

Au Centre Hospitalier de Roanne, je remercie en particulier :

Monsieur Bruno Madelpuech, mon maître de stage, DRH, qui a mis à ma disposition sa connaissance du décisionnel RH ainsi que les moyens matériels et les personnes ressources dont j'ai pu avoir besoin.

Monsieur Michel Fouillat, DAF, qui m'a pleinement associé au travail du Groupe d'Analyse Prospective.

Monsieur Michel Pépin, consultant chez Essor Consultant pour la mission D.R.E.E.S-T2A au CH de Roanne, qui a bien voulu être mon encadrant mémoire, pour ses conseils.

Monsieur André-Gwenaël Pors, Directeur du CH de Roanne pour ses analyses.

Monsieur Amir Doubabi, contrôleur de gestion.

Madame Cécile Estèves, ingénieure informaticienne chargée du système décisionnel.

Madame Pascale Poyet, contrôleur de gestion en charge des tableaux de bord.

Monsieur le Docteur Jean Roche, Président de CME.

Monsieur le Docteur Frédéric Renoux, médecin DIM.

Madame Christiane Mazzariol, AAH Responsable des Affaires Médicales.

Madame Sonia Rasle, Directrice du Système d'Information.

Madame Nathalie Goutey, cadre supérieure de Santé, pôle Médecine.

Monsieur Marc Cealis, cadre supérieur de santé, pôle Gériatrique.

Monsieur le Docteur Wilfrid Tohoubi, Coordonnateur médical du pôle Chirurgie.

Monsieur le Docteur Abdel Taïmi, coordonnateur médical du pôle Femme-Enfant.

Monsieur le Docteur Maurice Pourrot, Coordonnateur médical du pôle Gériatrique.

Madame Claire Montibert, cadre de santé, pôle Femme-Enfant.

Dans les autres établissements :

Madame Cécile Chevance, Directrice des Statistiques et du Contrôle de Gestion au CHU d'Amiens pour sa disponibilité et la qualité de ses analyses.

Madame Chantal Vedere, Coordinatrice des assistants de gestion au CHU de Bordeaux pour son enthousiasme à faire connaître et reconnaître le métier d'assistant de gestion.

Madame Julie CAUHAPE, Directrice des Affaires Financières et du Système d'Information au Centre Hospitalier Intercommunal Elbeuf Louviers, pour ses précieuses informations.

Sommaire

Introduction	1
1^{ère} partie : Le déploiement de l'outil décisionnel s'inscrit dans une dynamique de production et de partage d'information qui repose sur une nouvelle culture de gestion au sein de l'hôpital.....	5
1.1 La mise en œuvre des réformes hospitalières suscite des besoins accrus de pilotage médico-économique	5
1.1.1 Un nouveau mode d'allocation budgétaire qui requiert une anticipation des recettes d'activité	5
1.1.2 La nécessité d'une information co-produite et partagée	6
1.2 Au CH de Roanne, le projet d'un outil décisionnel s'est inscrit comme un des socles techniques de la nouvelle gouvernance	7
1.2.1 La genèse du projet	7
1.2.2 Une composition « médicalisée » du Comité de Pilotage Outil Décisionnel	8
1.2.3 Le choix d'une solution datawarehouse (« entrepôt de données »)	9
1.2.4 Le caractère novateur d'un système décisionnel datawarehouse	10
1.2.5 Le déploiement du décisionnel est étroitement lié à l'évolution du SIH	12
1.3 Le mode d'élaboration des premiers tableaux de bord au CH de Roanne : une expérimentation collective des indicateurs	12
1.3.1 Une production nécessairement collective des indicateurs et tableaux de bord .	12
1.3.2 Les règles de gestion et le dictionnaire, pierres angulaires de l'architecture décisionnelle	14
1.4 La communication des tableaux de bord ANASIM et RH : poser les bases d'un dialogue de gestion.....	16
1.4.1 Les tableaux diffusés	17
1.4.2 Les destinataires des tableaux de bord	18
1.4.3 Le rôle central du DIM et du contrôle de gestion	19
1.4.4 La difficulté des indicateurs à rendre compte de la réalité « du terrain ».....	20
1.4.5 Le risque d'une offre trop abondante d'indicateurs.....	21

2^{ième} partie Le développement du décisionnel doit s'appuyer sur des indicateurs hiérarchisés privilégiant une approche globale de la performance	22
2.1 Le tableau de bord décisionnel doit reposer sur une mesure multidimensionnelle de la performance.....	23
2.1.1 Les CRÉA et les TCCM permettent de poser un diagnostic médico-économique	23
A) Les Tableaux Coûts Case Mix et les Comptes de Résultat Analytique	23
B) Un exemple de CRÉA et TCCM combinés : les tableaux de bord du CHU d'Amiens.....	24
2.1.2 ... mais ils doivent être entourés des précautions d'usage	26
A) Des difficultés techniques à surmonter.....	26
B) Des interprétations centrifuges qui pourraient menacer la cohésion institutionnelle.....	27
2.1.3 Les axes processus, ressources, qualité sont plus naturellement intégrés à la culture médicale et soignante que l'axe financier.....	28
2.1.4 Le pilotage de la performance doit intégrer la transversalité de la prise en charge	30
2.2 La maquette de tableau de bord proposée vise l'articulation du stratégique et de l'opérationnel	32
2.2.1 Les indicateurs doivent traduire des causalités dans les déterminants de la performance	32
2.2.2 Le décisionnel doit intégrer les divers outils de gestion existant dans une structure cohérente et unifiée	33
A) Préparer l'intégration de la comptabilité analytique au décisionnel	33
B) Utiliser les informations de la note de conjoncture	33
2.3 Présentation de la maquette.....	34
2.3.1 Un système pyramidal pour guider l'analyse.....	34
2.3.2 L'indicateur Produits/Charges permettra au pôle de se situer dans un contexte T2A.....	38
2.4 Le décisionnel doit être le support technique de la contractualisation et des délégations de gestion	39
2.4.1 Les indicateurs de pilotage et l'évaluation des pôles	39
2.4.2 La nécessaire mise en place des assistants de gestion pour le développement d'un contrôle de gestion partagé	41
Conclusion	43

Bibliographie	45
Liste des annexes	47
Annexe 1. Présentation du CH de Roanne.....	48
Annexe 2. Exemple de tableau RH : effectifs pour un pôle	49
Annexe 3. Exemple de tableau ANASIM pour un pôle	50

Liste des sigles utilisés

ABC	: ABC (Activity Based Costing)
CCAM	: Classification Commune des Actes Médicaux
CPOM	: Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CME	: Commission Médicale d'Etablissement
CRÉA	: Compte de Résultat Analytique
DIM	: Département d'Information Médicale
DMS	: Durée Moyenne de Séjour
ENCC	: Echelle Nationale des Coûts à Méthodologie Commune
EPRD	: Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
ETP	: Equivalent Temps Plein
GHM	: Groupe Homogène de Malades
GHS	: Groupe Homogène de Séjours
GMSIH	: Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier
HAD	: Hospitalisation A Domicile
ISA	: Indice Synthétique d'Activité
MCO	: Médecine Chirurgie Obstétrique
MeaH	: Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers
PMSI	: Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
SIH	: Système d'Information Hospitalier
SID	: Système d'information Décisionnel
SROS	: Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
TCCM	: Tableau Coûts Case-Mix
T2A	: Tarification à l'Activité
UF	: Unité Fonctionnelle

Introduction

*« Tout ce qui est simple est faux,
mais tout ce qui ne l'est pas est inutilisable »*

Paul Valéry

La tarification à l'activité a introduit les problématiques de gestion au cœur de l'hôpital. Certes, celles-ci n'étaient pas ignorées. La réforme du budget global en 1983, la loi hospitalière de 1991 et les SROS, la généralisation du PMSI et les points ISA en 1997 avaient introduit des mécanismes d'encadrement des dépenses et de mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Mais ces réformes restaient souvent pour le corps médical et soignant une affaire de « gestionnaires », de négociation entre l'administration et les tutelles.

Désormais, en indexant les moyens sur l'activité, la T2A place les producteurs de soins comme garants de l'équilibre budgétaire. Le budget lui-même est devenu un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) et impose d'intégrer l'anticipation dans le calcul hospitalier. Il devient alors nécessaire d'instaurer, dans le cadre de la nouvelle gouvernance, un dialogue de gestion reposant sur la définition et le suivi d'objectifs partagés. La mise en œuvre de ce dialogue requiert un système d'information apportant aux acteurs de la gouvernance des tableaux de bord d'aide à la décision.

La circulaire ministérielle du 6 janvier 1989 du Ministère de la Santé définissait le Système d'Information d'un établissement de santé comme « "[...] l'ensemble des informations, de leurs règles de circulation et de traitement nécessaires à son fonctionnement quotidien, à ses modes de gestion et d'évaluation ainsi qu'à son processus de décision stratégique ». Cette définition de référence renvoie à des réalités cependant contrastées sur le terrain. La complexité des systèmes d'information hospitaliers qui regroupent de très nombreux applicatifs métiers est souvent un obstacle à la production rapide, fiable et automatique d'informations. Par ailleurs, aux difficultés techniques qui peuvent être considérables pour extraire et structurer une information éparse, s'ajoute une difficulté d'ordre culturel qui renvoie au mode de production, de circulation et d'analyse de l'information par des acteurs dont le cœur de métier est différent.

Ainsi, dans la perspective des besoins d'information de gestion que requièrent la T2A et la nouvelle gouvernance, le Centre Hospitalier de Roanne a débuté au cours de l'année 2006 la mise en place d'un système informatique décisionnel reposant sur la production automatisée d'indicateurs issus de divers domaines (activité médicale, ressources humaines...). Le déploiement de ce système constitue un champs d'analyse privilégié

pour observer les conditions de rapprochement de deux rationalités légitimes mais distinctes, celle du soin et celle de la gestion.

Etudier ce rapprochement des cultures, qui est un des objectifs de la nouvelle gouvernance, conduit en effet à s'interroger sur le mode de construction des indicateurs et sur le contenu des tableaux de bord. Il invite à revisiter la notion de performance dans une acception plus large que le seul aspect financier et à intégrer l'ensemble de la prise en charge. Par ailleurs, il impose de faire des choix dans la sélection des indicateurs, de trier et hiérarchiser une information dont le niveau de précision doit être déterminé en ayant à l'esprit que « tout ce qui est simple est faux, mais tout ce qui ne l'est pas est inutilisable » comme le remarquait Paul Valéry. ..

La première partie de cette étude présentera la genèse du projet décisionnel et les spécificités de la technologie mise en place. Elle décrira la dynamique de production et de partage de l'information qui pose les fondements d'un dialogue de gestion. Elle abordera également les obstacles qui peuvent freiner la bonne appropriation de l'outil décisionnel par les acteurs.

La seconde partie s'intéressera au contenu à donner au tableau de bord issu du décisionnel afin de lui garantir un caractère plus opérationnel de contrôle de gestion dans le cadre du pilotage de l'établissement et des pôles. La notion de système hiérarchisé d'indicateurs y sera développée. Une définition élargie de la performance conduira à choisir différents indicateurs complémentaires dans un tableau de bord équilibré qui puisse permettre le suivi des objectifs assignés et une mesure de la performance globale. Une maquette de tableau de bord sera ainsi proposée. Afin de situer le pôle dans un contexte T2A, un indicateur de performance financière sera proposé comme une alternative au CREA.

Enfin, dans la perspective de la contractualisation et des délégations de gestion, l'accompagnement par les assistants de gestion sera également abordé comme un élément structurant d'un contrôle de gestion partagé.

Le déploiement de l'outil décisionnel s'inscrit dans une dynamique de production et de partage d'information qui repose sur une nouvelle culture de gestion au sein de l'hôpital (1). Le développement du décisionnel doit s'appuyer sur des indicateurs hiérarchisés privilégiant une approche globale de la performance (2)

*

*

*

Methodologie adoptée :

Mon travail sur l'analyse et l'évolution du décisionnel s'est inscrit dans le cadre de la réflexion du Groupe d'Analyse Prospective (GAP) du Centre Hospitalier qui regroupe le Directeur des Affaires Financières, le contrôleur de gestion, le médecin DIM et la responsable des tableaux de bord. En effet, le Centre Hospitalier de Roanne a été retenu pour l'étude menée par le Ministère de la Santé (D.R.E.E.S.) dans huit établissements : « Impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé ». Il a été décidé que la phase 2 de l'étude se concentre sur un aspect particulier des liens entre la T2A et les évolutions des établissements. Pour le CH de Roanne, il a été proposé de centrer la réflexion sur le processus d'évolution du tableau de bord « décisionnel ». L'objectif poursuivi est d'analyser dans quelles conditions le tableau de bord peut constituer un véritable outil opérationnel d'aide au pilotage de l'activité et d'aide à la décision sur les évolutions d'organisation.

Compte tenu du déploiement actuel du décisionnel, qui couvre exclusivement le domaine de l'activité médicale et celui des ressources humaines, et dans l'attente d'une intégration progressive des autres domaines (médico-technique, qualité, financier, budgétaire, comptabilité analytique...) mon travail au sein du GAP, auquel j'ai été intégré, a visé la construction d'une maquette et la définition d'un principe de navigation dans le système décisionnel qui mettent à disposition du pôle un outil de pilotage.

Un peu à la manière du mathématicien Henri Poincaré qui énonçait que lorsque l'on fait de la géométrie, il faut « apprendre à raisonner juste sur des figures fausses », la construction de la maquette proposée est, pour partie, encore conceptuelle. En raison du calendrier de développement du décisionnel, il n'a pas été possible de tester directement cette maquette. Cependant, elle sera très prochainement expérimentée auprès d'un pôle candidat (pôle Chirurgie – Bloc – Anesthésie). Les indicateurs non disponibles actuellement dans le décisionnel feront l'objet d'un calcul externe (dans Excel) avant de pouvoir être automatisés.

Le GAP « décisionnel » s'est réuni 4 fois durant mon stage. Il a pu bénéficier de l'apport méthodologique de M. Michel Pépin, consultant chez Essor Consultant, partenaire de la DREES pour l'étude T2A ci-dessus mentionnée et qui a bien voulu être mon encadrant mémoire.

J'ai participé également aux réunions du Comité de Pilotage Décisionnel (3 réunions durant mon stage) qui regroupe aujourd'hui le Directeur, les Directeurs adjoints, le président de CME, le médecin DIM, le responsable du SIH, l'ingénieur informaticien en charge du décisionnel et la responsable des tableaux de bord au contrôle de gestion.

La participation à ces réunions m'a permis d'observer la gestion du projet en cours, les évolutions du décisionnel, en particulier la maintenance du dictionnaire des indicateurs en fonction des remontées du « terrain » et de l'évolution des organisations de la prise en charge qui impactent la signification des indicateurs.

J'ai également mené des entretiens auprès d'un échantillon de praticiens hospitaliers et coordonnateurs de pôle, du président de CME, de cadres de santé et cadres supérieurs de santé ainsi qu'auprès des directeurs dont le domaine fonctionnel est intégré (en partie) au décisionnel (Direction des Ressources Humaines, Direction des Affaires Financières pour la partie gestion administrative des malades et activité médicale).

Pour enrichir la réflexion avec des expériences de terrain, je me suis rapproché de plusieurs établissements :

- Le CHU d'Amiens qui a une expérience avancée des tableaux de bord en particulier des CREA et des TCCM ; au delà du contenu des tableaux, l'objectif était de connaître leur mode de diffusion et le degré d'appropriation de ces tableaux par les pôles.
- Le CHI d'Elbeuf-Louviers qui, de dimension comparable au CH de Roanne, a débuté au cours de l'été 2006 la mise en place d'un système décisionnel reposant sur une technologie identique à celle du CH de Roanne (datawarehouse) ; il s'agissait de connaître les modalités de mise en place et de développement du décisionnel ainsi que l'accompagnement des pôles par le déploiement d'assistants de gestion.
- Le CHU de Bordeaux qui a fortement structuré la fonction assistant de gestion ; l'objectif était de connaître auprès de la coordinatrice des assistants, d'une part les modalités de formation interne mise en œuvre pour les préparer à leur fonction dans les pôles, d'autre part leur positionnement institutionnel au sein des pôles.

J'ai mené par ailleurs une recherche documentaire portant d'une part sur les systèmes d'information hospitaliers, le contrôle de gestion et plus particulièrement les tableaux de bord de pilotage, d'autre part sur la « sociologie » des acteurs hospitaliers.

Il s'agit d'ouvrages, d'articles de périodiques tels que *Gestions Hospitalières* et d'une thèse récente portant sur l'évolution du métier de praticien hospitalier vers celui de « médecin-gestionnaire » depuis l'introduction de la T2A.

Enfin, je me suis rendu au Congrès des systèmes d'information de santé de « Hôpital Expo 2008 » où ont été abordées les problématiques liées aux systèmes décisionnels dans les établissements de santé.

1^{ière} partie : Le déploiement de l'outil décisionnel s'inscrit dans une dynamique de production et de partage d'information qui repose sur une nouvelle culture de gestion au sein de l'hôpital

La T2A et la nouvelle gouvernance ont conduit le Centre Hospitalier de Roanne à mettre en place un outil informatique qui répond aux exigences nouvelles de rapprochement des cultures administrative, médicale et soignante en créant les conditions favorables à l'instauration d'un dialogue de gestion. Si l'élaboration collective d'un dictionnaire d'indicateurs permet d'établir progressivement un socle d'informations partagées, le processus d'appropriation du décisionnel par les acteurs des pôles rencontre encore des obstacles liés au statut de l'information et à la difficulté de décrire la complexité hospitalière.

1.1 La mise en œuvre des réformes hospitalières suscite des besoins accrus de pilotage médico-économique

1.1.1 Un nouveau mode d'allocation budgétaire qui requiert une anticipation des recettes d'activité

Depuis une quinzaine d'années, le secteur public dans la plupart des pays occidentaux a été le sujet de nouvelles exigences : transparence financière, efficacité et efficience. Cette recherche d'une efficience de l'action publique s'est traduite en France par la LOLF¹ qui substitue une logique de résultats à une logique de moyens. En particulier, la LOLF vise une connaissance du coût des actions engagées et l'identification d'indicateurs pertinents et fiables pouvant mesurer l'atteinte des objectifs assignés aux programmes ministériels. Dès 2002, au travers du Plan Hôpital 2007, les réformes du secteur hospitalier participent de la même philosophie. Le Plan Hôpital 2007 a permis l'émergence de plusieurs réformes majeures dans le domaine hospitalier :

- la mise en place de la tarification à l'activité dans le champ des activités MCO,
- la réforme budgétaire et comptable,
- la nouvelle gouvernance,
- l'organisation des soins découlant des SROS de 3^{ème} génération,
- la poursuite des démarches de qualité au regard de la certification.

La mise en place de la tarification à l'activité (T2A) s'est accompagnée d'une réforme du régime budgétaire et comptable afin de permettre une responsabilisation accrue des établissements et la nécessaire souplesse de gestion requise par un système dans lequel

les ressources des établissements ne sont plus garanties ex-ante mais sont fonction de l'activité médicale réalisée. Ainsi, la réforme budgétaire et comptable s'est traduite par l'instauration dès 2006 de l'Etat des Prévisions de Recettes et de Dépenses (EPRD) qui remplace l'ancien budget. Alors que le budget se construisait à partir d'une progression des dépenses encadrées déterminée par les autorités de tutelle, l'EPRD s'articule autour des prévisions de recettes dont est responsable l'établissement. Traduisant un changement majeur d'optique, l'EPRD doit permettre de faciliter le pilotage de l'établissement sur un plan financier, tout en favorisant la sincérité des comptes qui avait pu s'amoinrir avec le budget limitatif. Face à des recettes qui ne sont plus certaines, il nécessite une réactivité de gestion pour atteindre un équilibre qui ne peut plus être garanti a priori. Il s'agit donc bien de l'inversion du modèle : l'activité détermine les recettes attendues, donc les dépenses finançables et le résultat qui en découle.

Le système des points ISA, porté par le déploiement du PMSI et la création de la base de l'échelle nationale des coûts, avait déjà conduit certains établissements à développer leur comptabilité analytique et leur contrôle de gestion. Mais, comme l'observe P. Expert² les changements restaient l'affaire des gestionnaires et des administratifs. Les professionnels de santé étaient alors plus spectateurs qu'acteurs. La particularité de cette nouvelle réforme du financement est liée au fait qu'elle dépasse largement le cadre des spécialistes de la gestion.

1.1.2 La nécessité d'une information co-produite et partagée

Le système institutionnel hospitalier a pu être rattaché longtemps au modèle de la bureaucratie professionnelle décrite par H. Mintzberg³. L'entreprise de type bureaucratique se caractérise par une division horizontale et verticale forte. La coordination s'effectue par standardisation des procédés ou des résultats. Pour ce genre d'organisation, le marché (la patientèle dans le cas de l'hôpital) doit être stable et prévisible et l'organisation est régie par des buts de système. Le pouvoir (détenu par les directeurs) est fortement centralisé au niveau du sommet stratégique et les opérateurs, démunis de toute prise de pouvoir à cause de la standardisation des procédés et des résultats se regroupent en associations exerçant une influence importante.

Or la réforme de la T2A et la Nouvelle Gouvernance remettent en cause ce modèle bureaucratique en organisant désormais le passage d'une logique administrée, incarnée par l'ancien mode de financement, à une logique financière. Elle requiert un pouvoir de gestion plus important pour les médecins en leur donnant un nouveau rôle. Les médecins déjà présents au coeur du centre opérationnel, prennent des responsabilités au sommet

¹ Loi organique relative aux lois de finances du 1^{er} août 2001.

² P. EXPERT, *La tarification à l'activité. Médecine et gestion : une dynamique nouvelle.*

hiérarchique. Ce courant venu des Etats-Unis, s'est répandu en Angleterre où il a pris le nom de « clinical governance » avant de se diffuser en France sous le nom de nouvelle gouvernance. L'objectif est de favoriser une meilleure coopération des médecins avec leurs partenaires naturels, cadres infirmiers et direction afin de développer la production de solutions organisationnelles adaptées, prenant en compte le savoir-faire des différentes catégories d'acteurs. Cela implique aussi bien une coopération avec les directions d'établissement dans la prise de décision stratégique face aux autorités de tutelle que la coopération avec le personnel soignant dans la mise en oeuvre effective de cette stratégie. La réforme conduit les médecins et les soignants à repenser leurs pratiques, leur organisation et leurs relations. Il est alors primordial de décrire et de mesurer autant que possible l'activité selon des critères partagés. Dans cette perspective, le système d'information est un élément capital pour valoriser l'activité et pour favoriser l'évaluation des résultats. Cela implique que :

- l'organisation existante soit dans une logique de transmission de l'information,
- l'information ne soit pas fragmentée,
- l'information soit mise en cohérence dans une approche institutionnelle.

Or, de même que dans la quasi totalité des établissements, ces conditions nécessaires n'étaient pas réunies au CH de Roanne lors de l'introduction des réformes. C'est pourquoi ce dernier a cherché à mettre en place un outil informatique capable d'intégrer dans son mode d'élaboration et de restitution de l'information les grands principes du plan Hôpital 2007. Ce projet a constitué pour l'établissement un investissement important (moyens matériels et prestations extérieures) de l'ordre de 250 k€. Un poste spécifique de contrôleur de gestion a été créé (et positionné auprès de la Direction générale, pour bien marquer son enjeu stratégique) et un temps plein d'informaticien est dédié exclusivement à ce projet depuis deux ans.

1.2 Au CH de Roanne, le projet d'un outil décisionnel s'est inscrit comme un des socles techniques de la nouvelle gouvernance

1.2.1 La genèse du projet

En anticipation de la nouvelle gouvernance, le CH de Roanne a engagé dès 2003 une réflexion sur son organisation en pôles. Des «collèges» interdisciplinaires ont ainsi été constitués afin d'expérimenter la mise en commun de sujets comme le projet médical, la préparation du futur hôpital ou la gestion des effectifs. L'expérience collégiale a abouti à la

³ H. Mintzberg, *Structure et dynamique des organisations*.

constitution des pôles actuels⁴ qui ont été créés en janvier 2007. Dans cette préparation à la nouvelle gouvernance et à la T2A qui lui est étroitement liée, le CH de Roanne a projeté en 2004 la mise en place d'un outil informatique de production automatisée de tableaux de bord nécessaires aux nouvelles modalités de pilotage des établissements. En effet, le passage du budget global à la T2A conduit désormais à un pilotage par la facturation qui impose de redéfinir l'ensemble des processus « métier » du parcours global de soins d'un patient. De l'admission du patient à la facturation, il convient désormais de trouver un système d'aide à la décision apte à fédérer et manipuler toutes les données significatives de l'établissement.

Le CH de Roanne s'est donc tourné vers la mise en place d'un outil décisionnel dont l'architecture et le mode d'élaboration épouse les principes de la nouvelle gouvernance : transversalité et partage de l'information.

1.2.2 Une composition « médicalisée » du Comité de Pilotage Outil Décisionnel

Le Comité de Pilotage Décisionnel a compté dans ses rangs dès le départ quatre médecins : le Président de CME, le DIM, le médecin président du comité de pilotage du système d'information (SIH2) et le médecin président de la commission d'information médicale. Ce choix visait à associer pleinement les praticiens au projet afin que l'outil réponde bien aux attentes partagées des cultures médicale et administrative. Côté administratif et technique, le comité de pilotage rassemblait le directeur chef d'établissement et sponsor du projet, le directeur des finances, le directeur des services économiques, un contrôleur de gestion et le responsable des services informatiques.

Le Programme Détaillé Fonctionnel (PDF⁵) était ainsi rédigé : « Dans le cadre d'une volonté de consolidation de l'ensemble des données de l'établissement et du suivi de son activité, le CH de Roanne veut mettre en place un système d'information décisionnel. Dans le contexte de la tarification à l'activité, le CH de Roanne a besoin d'outils médico-économiques dans le but de faciliter la compréhension de son fonctionnement actuel et l'anticipation de ses actions pour un pilotage éclairé. Cet outil décisionnel nécessite la mise en place d'un entrepôt de données (datawarehouse) dont la construction se fera par étapes successives ». Le choix d'une architecture novatrice, le datawarehouse, appelée à s'implanter progressivement en intégrant les données issues des différents applicatifs métiers, s'est imposé au regard de la nécessité de mettre à disposition des utilisateurs

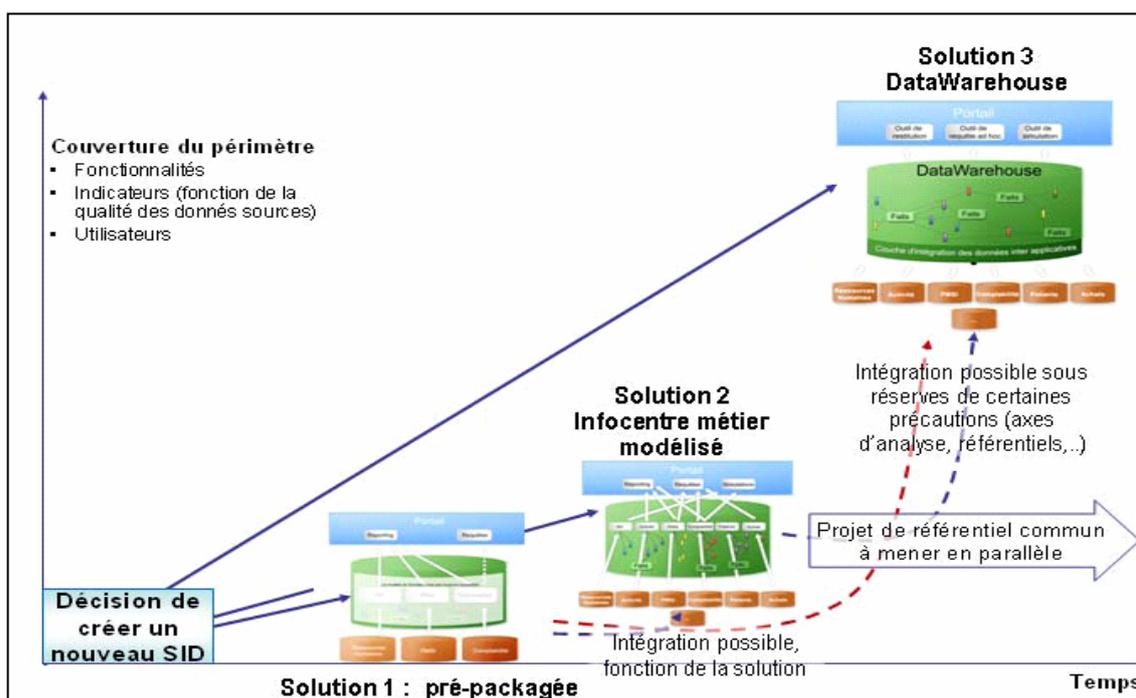
⁴ Il existe actuellement 7 pôles cliniques, 1 pôle médico-technique et 2 pôles de gestion (ressources et management).

⁵ Le mode retenu de passation du marché a été le dialogue compétitif qui est particulièrement adapté lorsque l'acheteur n'est pas en mesure de définir ses besoins à la fois en termes technique et financier et se trouve donc dans l'impossibilité de rédiger lui-même son cahier des charges.

une information fiable et structurée quel que soit le niveau d'analyse et l'échelle d'observation.

1.2.3 Le choix d'une solution datawarehouse (« entrepôt de données »)

Ces dernières années, en raison de la réforme du financement des hôpitaux, l'offre de systèmes d'information décisionnels (SID) a considérablement augmentée. Le schéma ci-dessous présente les diverses possibilités ouvertes aux établissements en matière de système d'information de pilotage. Sur le schéma ci-dessous, la solution1 « pré-packagée » correspond à une opérationnalité rapide du système mais au prix d'une flexibilité moindre, les possibilités de requêtes et tableaux étant prédéfinies et limitées (principe du logiciel « presse-bouton »). La solution2 « infocentre métier modélisé » permet plus de souplesse puisque des requêtes informatiques peuvent extraire et croiser des données des différentes bases métiers. La cohérence et la fiabilité de l'information n'est cependant pas acquise car on accède à de l'information « brute ». Enfin, la solution3, la plus longue à mettre en œuvre, est celle qui garantit la meilleure qualité d'information puisqu'elle repose sur la construction d'une base globale structurée à partir des données extraites des différents logiciels métiers.



Source : GMSIH, *Systèmes d'Information Décisionnels dans les établissements de santé, analyse de l'offre éditeur au 31/07/2007*

Le CH de Roanne a retenu la solution3, celle du datawarehouse, préférée à des solutions « clés en main » produisant des rapports standards. Cette solution nécessite un investissement personnel plus important mais permet d'obtenir des données et des tableaux sur mesure.

1.2.4 Le caractère novateur d'un système décisionnel datawarehouse

« Un datawarehouse est une collection de données orientées sujet, intégrées, non volatiles et historicisées, organisées pour le support d'un processus d'aide à la décision⁶ ». Cette définition est celle de Bill Inmon que l'on nomme le « père » des entrepôts de données et l'inventeur de ce qu'on appelle EDW pour Entreprise Data Warehouse ou CIF pour Corporate Information Factory. Un SID présente des différences importantes avec les systèmes d'information classiques. En effet, d'un point de vue fonctionnel, il donne accès à des données fiabilisées issues de plusieurs sources. La différence entre un infocentre classique et un datawarehouse réside dans le caractère structuré des données. L'infocentre, à partir d'un logiciel de requête (de type Business Object par exemple) permet d'attaquer directement les bases sous-jacentes aux logiciels métiers visés. Dans l'architecture datawarehouse, un « nettoyage » préalable des données est nécessaire avant intégration, dans un souci de rationalisation et de normalisation. Par ailleurs et surtout, les données du datawarehouse sont non volatiles : une donnée entrée dans l'entrepôt n'a pas vocation à être supprimée. Ce caractère historique des données permet l'analyse rétrospective et constitue un élément essentiel des SID.

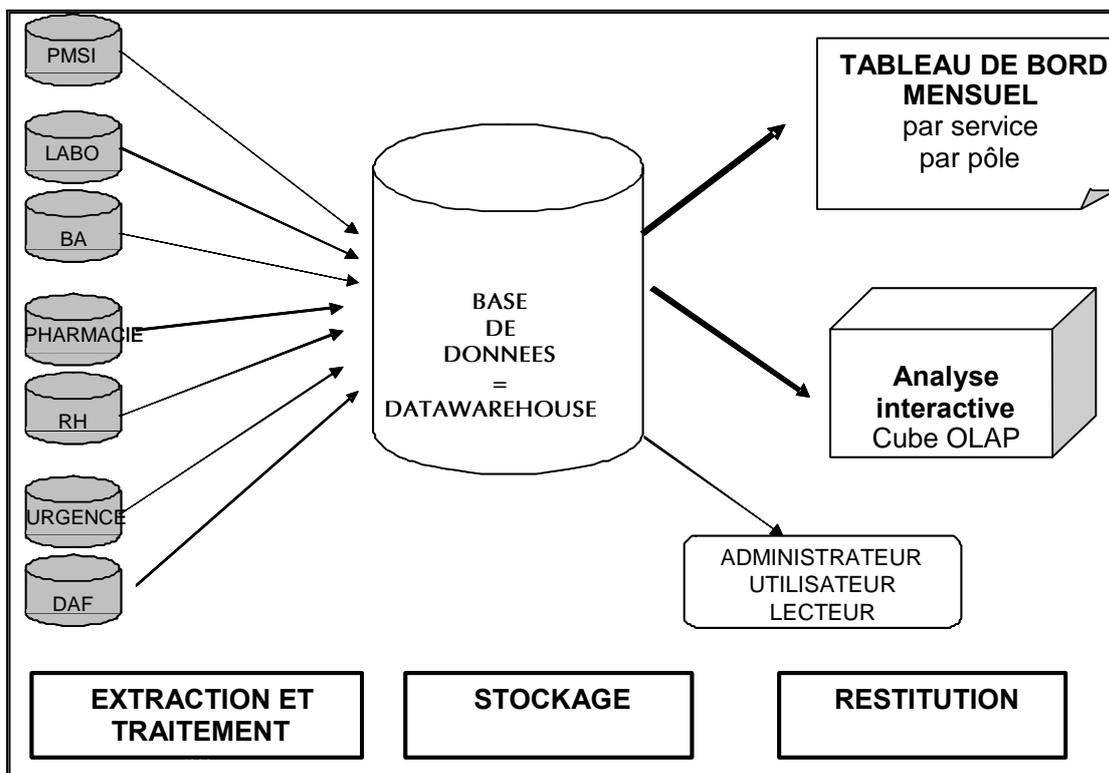
Le système d'information du CH de Roanne regroupe à ce jour plus de 70 applicatifs « métiers ». Or, la structuration logique et informatique des données est variable d'un applicatif à l'autre. La valeur ajoutée d'un d'entrepôt de données réside dans cette structuration des données. La construction de la base repose ainsi sur un rapprochement nécessaire des acteurs, voire des « cultures », afin de pouvoir restituer une information cohérente, décrite par le même vocabulaire et mesurée ou traduite par des indicateurs interprétés identiquement par tous. Un exemple de rapprochement nécessaire concerne l'applicatif de prescriptions pharmaceutiques. Le médecin praticien prescrit généralement selon une nomenclature « métier » (le nom usuel des médicaments). Le pharmacien utilise lui la dénomination commune internationale du médicament (DCI). Afin de pouvoir mettre en commun et utiliser une information signifiante pour tous, il convient de transcoder les données avant de les intégrer dans le datawarehouse.

A partir de la variété des applicatifs métiers de l'hôpital (GRH, gestion financière, comptabilité, laboratoires, radiologie, PMSI, facturation...), il s'agit de constituer une base par « univers » ou « domaines ». Ces derniers correspondent à des ensembles structurés d'informations liées les unes aux autres (par exemple par le biais de l'identifiant du patient ou du matricule de l'agent) et permettent d'analyser des relations quantitatives ou qualitatives. Par exemple, les données relatives à l'âge des agents et celles concernant

⁶ W.H. Inmon, R. D. Hackathorn, *Using the data warehouse*.

l'absentéisme qui sont saisies dans deux applicatifs métiers différents vont être chargés et mises en relation dans la base commune que constitue le datawarehouse.

L'alimentation des données à partir des bases de production est une phase primordiale. Des outils logiciels sont alors nécessaires pour intégrer les données dans le datawarehouse.



Architecture de l'outil décisionnel au CH de Roanne

Il s'agit d'outils ETL (Extract, Transform, Load) qui vont charger les données conformément à la structure de la base de donnée du datawarehouse. Les chargements peuvent par exemple avoir lieu toutes les nuits afin de « rafraîchir » les données du datawarehouse.

Les données peuvent être d'être analysées sous la forme d'un « cube » OLAP (On-line Analytical Processing). Cette structure est prévue à des fins d'analyses interactives. Les cubes OLAP ont les caractéristiques suivantes : obtenir des informations déjà agrégées selon les besoins de l'utilisateur et pouvoir croiser les informations.

Le prestataire retenu a apporté les outils informatiques (produits COGNOS) qui permettent de construire cette architecture. Cependant, loin d'être un outil livré « clé en main », l'outil décisionnel requiert un accompagnement par le prestataire et une

mobilisation importante de l'ensemble des acteurs. Le haut degré de technicité de l'outil (nombreux paramétrages) nécessite souvent un transfert de compétences. Ainsi, le CH de Roanne a recruté dans cette perspective un ingénieur informaticien. En effet, une des difficultés majeures d'un système décisionnel réside dans la nécessité de comprendre la structure des bases de données métiers afin d'en extraire efficacement les données et de les restructurer sous une forme unifiée dans l'entrepôt de données. Le chargement et la mise en forme des données ne peuvent être automatisés qu'après cette phase d'analyse de la structure des données brutes. Le mode d'abondement de la base décisionnelle repose donc fondamentalement sur une collaboration de tous les acteurs qui doivent expliquer précisément à l'informaticien ce que recouvrent « leurs » données.

1.2.5 Le déploiement du décisionnel est étroitement lié à l'évolution du SIH

Ayant vocation à intégrer toujours plus de domaines métiers, le décisionnel dépend des évolutions du SIH. En particulier l'interopérabilité des applicatifs doit être maintenue à mesure que le SIH évolue. Comme le souligne C. Hagege⁷ : « gouverner un système d'information hospitalier, c'est déterminer aujourd'hui les concepts et les pratiques d'une 'nouvelle urbanisation' ». À l'instar d'une ville qui doit moderniser ses avenues et ses immeubles sans couper l'eau ni l'électricité, l'hôpital doit faire évoluer son système d'information, son organisation et ses équipements, en ne cessant pas de soigner ses patients. En d'autres termes, il doit poursuivre les projets en assurant une continuité de service, c'est-à-dire le maintien en condition opérationnelle de son système d'information. Au CH de Roanne, le SIH2 évolue actuellement vers le SIH3. Cette évolution concerne en particulier la mise en place d'un dossier patient informatisé qui regroupera de façon unifiée l'ensemble des informations de la prise en charge (dossier médical, dossier de soins, pharmacie, actes de bloc, laboratoire...). Elle permettra au décisionnel d'intégrer progressivement de nombreuses données liées à la prise en charge.

1.3 Le mode d'élaboration des premiers tableaux de bord au CH de Roanne : une expérimentation collective des indicateurs

1.3.1 Une production nécessairement collective des indicateurs et tableaux de bord

Dans les sciences de gestion, un indicateur peut être défini comme une « valeur relative qui permet d'évaluer en quoi une activité participe à la réalisation d'un objectif »⁸. C'est un repère chiffré qui peut être rapporté à un objectif, une moyenne, un standard, et dont les

⁷ C. HAGEGE, *Gouverner le système d'information hospitalier ou l'éloge du tailleur du souverain*.

⁸ D. AUTISSIER, *Mesurer la performance du contrôle de gestion*.

valeurs dans le temps constituent une appréciation de l'évolution. Il permet de formaliser et contractualiser les engagements et de mettre en œuvre des dispositifs de contrôle. Selon l'ANAES (devenue HAS), c'est à la fois « un élément d'alerte, d'analyse et de décision »⁹. Le domaine d'utilisation d'un indicateur dépend en grande partie de l'objectif que souhaite atteindre celui qui le choisit, le met en œuvre et en exploite les résultats.

Il suppose l'existence d'une question qu'il contribue à éclairer et n'a de sens qu'accompagné de ses éléments d'interprétation, notamment les critères précis de sa définition et le contexte de sa mise en œuvre. Si ces principes ne sont pas suivis, les indicateurs peuvent être l'objet de biais d'analyse et les facteurs de confusion dans leur interprétation sont fréquents.

Un indicateur doit donc être :

- simple et acceptable ;
- valide et pertinent ;
- fiable (mesure précise et reproductible) ;
- sensible et spécifique (adapté à la question dont il rend compte) ;
- restitué de façon claire.

Si le point de mire d'un tableau de bord « achevé » (voire idéal) est d'être « un ensemble d'indicateurs peu nombreux, conçus pour permettre aux gestionnaires de prendre connaissance de l'état et de l'évolution des systèmes qu'ils pilotent et d'identifier les tendances qui les influenceront sur un horizon cohérent avec la nature de leurs fonctions »¹⁰, en pratique l'élaboration des premiers tableaux de bord au CH de Roanne a d'abord visé à associer les acteurs (médecins, soignants et administratifs) à une démarche collective de co-production d'indicateurs et de tableaux.

En effet, la cause profonde des problèmes de redondance, d'inutilité, voire de contestation des indicateurs réside le plus souvent dans le fait qu'ils n'ont pas fait l'objet, au départ, d'une définition claire et partagée. À défaut d'une telle définition, une mesure reconnue initialement comme étant pertinente peut facilement perdre avec le temps sa légitimité. Au pire, elle peut être contestée dans sa justesse et donc dans les résultats qu'elle produit. Parmi les solutions qui permettent d'éviter ces dérives, P. Iribarne donne deux « bonnes pratiques »¹¹ :

- les acteurs concernés par un indicateur doivent être associés à son élaboration ;
- tout indicateur doit être défini de manière formalisée et doit être communiqué afin que chacun ait la même compréhension de la grandeur qu'il mesure.

⁹ A.N.A.E.S. *Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé : principes généraux*, Mai 2002.

¹⁰ H. BOUQUIN, *Le contrôle de gestion*.

Il est ainsi primordial d'associer les acteurs à la conception des indicateurs mais également à leur ajustement éventuel, leur « maintenance ». En échangeant avec les utilisateurs, ils deviennent des participants actifs du projet et en intégrant leurs remarques, ils deviennent des alliés.

Historiquement, le domaine ANASIM (ANAalyse du Système d'Information Médicale), recouvrant essentiellement le champ PMSI et la gestion administrative des malades, a été le premier à être intégré au décisionnel. A compter de janvier 2005, le prestataire retenu a accompagné durant 6 mois la mise en place de l'outil décisionnel et l'intégration du domaine ANASIM afin d'assurer un transfert de compétence à des ressources internes en charge d'intégrer ultérieurement et progressivement les autres domaines métiers en particulier :

- Ressources Humaines
- Activités Médico-techniques
- Qualité
- Finances / Comptabilité Analytique
- Logistique

Dès 2005, afin de rédiger le Plan Détaillé Fonctionnel, le groupe projet avait recensé les besoins des services. Le contrôleur de gestion a rencontré tous les chefs de service. Par ailleurs, le comité de pilotage a communiqué régulièrement sur les objectifs du projet décisionnel qui se déroulait concomitamment à la réflexion sur la nouvelle gouvernance et le besoin de pilotage médico-économique des futurs pôles. En décembre 2006 les premiers tableaux ont été adressés aux services.

1.3.2 Les règles de gestion et le dictionnaire, pierres angulaires de l'architecture décisionnelle

L'étape primordiale avant la constitution des tableaux de bord concerne la rédaction des définitions et des règles de calcul (ou règles de gestion) des indicateurs. Pour le domaine ANASIM, le dictionnaire a été élaboré par le comité de pilotage (qui comptait en particulier quatre médecins) qui se réunissait tous les mois afin de déterminer les indicateurs et les règles de gestion associées à leur production. Cette phase longue et qui se poursuit toujours aujourd'hui avec l'ajout, le retrait éventuel et la modification d'indicateurs décrit un processus essentiellement dynamique au cours duquel le retour du « terrain » est déterminant. Le mode de calcul et la définition (la réalité décrite) de l'indicateur doit bien spécifier l'échelle d'observation des organisations sous-jacentes. Par exemple, la durée de séjour d'un patient hospitalisé peut être mesurée au niveau d'une unité, d'un service

¹¹ P. IRIBARNE, *Les tableaux de bord de la performance*.

ou de l'établissement. L'indicateur doit préciser le mode de calcul afin de rendre compte de l'organisation de la prise en charge (trajectoire du patient dans les différentes unités d'une filière). Ainsi, selon le destinataire du tableau de bord, pour ne pas confondre la DMS, durée moyenne du séjour au niveau établissement avec la DMS en unités ou pôles, les termes de DMSU, durée moyenne de séjour dans l'unité et DMSP, durée moyenne de séjour dans le pôle ont été retenus. En raison de la transversalité de la prise en charge, le « contrôle » de la DMS n'est pas le même au niveau de l'unité ou au niveau de l'établissement. Le taux d'occupation est également un indicateur qui peut faire débat au regard du fichier commun de structure de l'établissement. En effet, l'organisation en unité médicale peut ne pas recouvrir exactement le découpage géographique (unité fonctionnelle de localisation) lorsque les lits ne se pas dédiés exclusivement à une spécialité médicale. Après concertation et pour permettre une lecture comparée des taux d'occupation, il a été décidé de produire un taux d'occupation calculé sur les localisations y compris pour le tableau de bord de la spécialité.

Le schéma ci-dessous présente un extrait du dictionnaire du domaine ANASIM. Il est régulièrement mis à jour et discuté en comité de pilotage en fonction des besoins nouveaux liées aux organisations et à l'activité et en fonction des remarques et propositions formulés auprès du contrôle de gestion par les utilisateurs.

extrait du dictionnaire ANASIM

famille	dimensions d'analyse	libellé retenu	abréviation	définition	synonymes utilisés	règle de calcul	conditions d'obtention
ACTIVITE	TEMPS STRUCTURE PATIENT ACTE DOSSIER ADRESSEUR URGENCES ASA	Nb d'accouchements	NB_ACC	nombre d'accouchements pratiqués à la maternité		Somme des actes CCAM correspondant à un critère donné	
		Nb de dossiers	NB_DOS	nombre de dossiers créés	Nb d'entrées Nb d'hospitalisations Nb d'admissions Nb de séjours Nb de consultations	somme des dossiers créés	par type de dossiers
		Nb de RUM	NB_RUM	nombre de RUM	Nb de séjours UF	somme des RUM	
		Nb d'actes	NB_ACTES	nombre d'actes médicaux ou paramédicaux réalisés		Somme des actes par nomenclature	
		Nb d'actes sous-traités producteurs	NB_ACT_ST_PROD	nombre d'actes paramédicaux envoyés par le service producteur à un sous-traitant		somme actes sous-taités médico-techniques géré par le producteur	concerne tous les examens médico-techniques (radio, labo, coronarographie,...)
		Nb d'actes sous-traités consommateurs	NB_ACT_ST_CONS	nombre d'actes paramédicaux envoyés par le service consommateur à un sous-traitant		somme actes sous-taités médico-techniques géré par le consommateur	facturés à la compta.
		Nb de lits occupés	NB_LITS_OCC	nombre de lits installés affectés aux patients sans les lits supplémentaires			occupés : 15
		Taux d'occupation	TX_OCCUP	nombre de lits occupés + nombre de lits supplémentaires rapporté au nombre de lits installés moins les lits bloqués			exemple UF 9252 = $(15+10)/(15-0) = 166\%$

L'intégration du domaine des Ressources Humaines a débuté quant à lui en décembre 2006 et a été fonctionnel et livrable aux utilisateurs au printemps 2008. En étroite collaboration avec les référents métiers du service des Ressources Humaine, les informaticiens du CH ont adopté une méthodologie d'élaboration des tableaux inspirée de l'« Extreme Programming ». Cette méthode de gestion de projet informatique est adaptée aux équipes réduites avec des besoins changeants. Dans les méthodes traditionnelles de développement, les besoins sont définis et souvent fixés au départ du projet informatique, ce qui accroît les coûts et les délais ultérieurs de modification. Avec l'Extreme Programming, il s'agit plutôt de proposer une maquette qui a pour but de montrer à quoi ressemblera la version finale. Ce n'est pas un prototype. Il s'agit plus d'un « décor », qui permet souvent de fixer quelques idées chez le futur utilisateur. Ce dernier peut visualiser le projet et formuler des remarques quant à l'ergonomie du produit et ses fonctionnalités.

Le domaine RH a été développé dans une approche « métier » du décisionnel. Il faut souligner que, en comparaison du développement de ANASIM, les médecins et soignants ont été moins associés à la démarche. En effet, à côté de productions orientées spécifiquement pour le dialogue de gestion avec les pôles, il a été développé également dans la perspective de satisfaire des besoins de gestion quotidienne des secteurs métiers telle que la gestion du temps, la paie, l'absentéisme... Si une certaine « méfiance » des utilisateurs a été perceptible au départ devant l'outil, la souplesse de développement (extreme programming) et un important travail de fiabilisation des requêtes et des données a permis aux équipes de la DRH une appropriation de l'outil. Les requêtes nouvellement développées ont permis grâce à l'automatisation un gain de temps perceptible selon les utilisateurs même s'il reste difficile à évaluer¹².

1.4 La communication des tableaux de bord ANASIM et RH : poser les bases d'un dialogue de gestion

La communication des premiers tableaux de bord d'activité à la fin de l'année 2006 a été généralement bien accueillie par la communauté médicale et soignante. Les tableaux de bord concernant les ressources humaines ont été adressés plus récemment (depuis février 2008) et les cadres supérieurs de santé référents de pôle ont été et sont un excellent relais pour leur diffusion auprès des équipes soignantes.

¹² A titre d'exemple, au CHI Elbeuf Louviers, la mise en place d'un système décisionnel a permis de diviser par cinq le temps d'élaboration du Compte Administratif Retraité.

1.4.1 Les tableaux diffusés

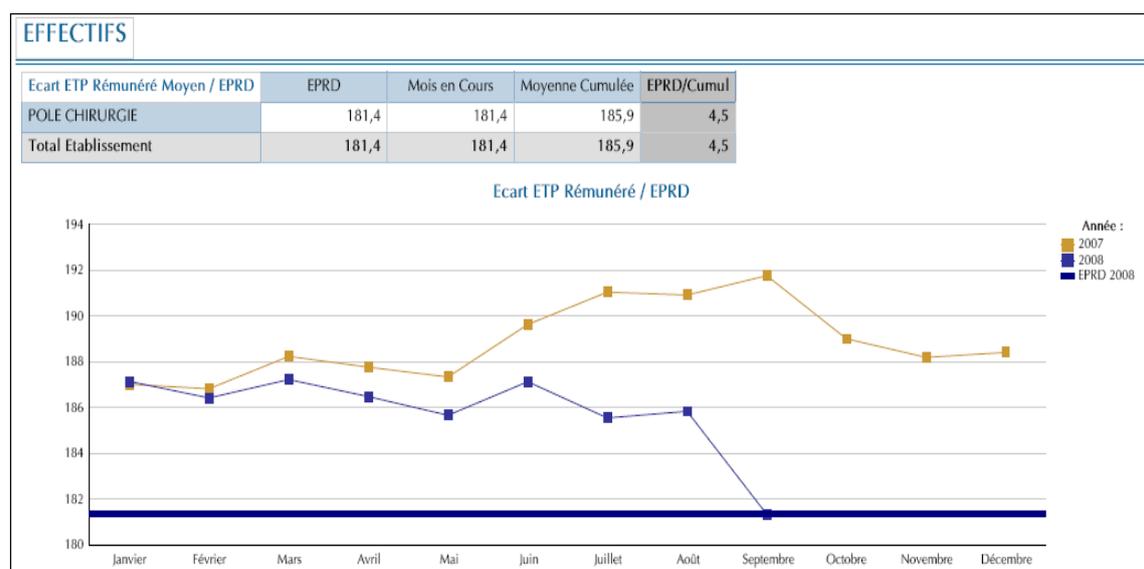
Au côté de la note de conjoncture mensuelle¹³, document qui permet un suivi budgétaire et prospectif dans le cadre de l'EPRD, le tableau de bord décisionnel est systématiquement analysé et commenté en Conseil Exécutif. Chaque pôle médical dispose d'un tableau de bord produit le 10 du mois pour les données du mois précédent. Une consolidation des données au niveau de l'établissement est également établie, qui fournit une vision globale de l'activité des pôles.

Le tableau d'activité présente des données détaillées sur :

- le nombre de dossiers par service, selon le mode de prise en charge, le mode d'entrée, le mode de sortie,
- la DMS et le taux d'occupation,
- le nombre de dossiers répartis par durée de séjour
- nombre de dossiers selon les caractéristiques des patients (âge, origine géographique)
- liste des 10 premiers GHM,
- nombre d'actes réalisés sur les patients externes, et sur les patients hospitalisés, répartis par nature d'actes.

Le tableau de bord fournit ensuite la liste exhaustive des actes réalisés par les praticiens du pôle¹⁴. Au niveau du service, le tableau de bord donne la répartition des actes ventilés par praticien.

En ce qui concerne le domaine Ressources Humaines, plus récent, il est essentiellement destiné aux cadres supérieurs des pôles. Ce domaine est très complet concernant le suivi des effectifs (exemple de tableau ci-dessous) notamment au regard de l'objectif d'EPRD.



¹³ Nous reviendrons dans la seconde partie sur cet outil de gestion.

¹⁴ Un tableau d'activité de pôle figure en annexe.

L'absentéisme fait également l'objet d'un suivi collectif très attentif. Les tableaux de bord sont diffusés aux cadres supérieurs et permettent d'identifier les différents types d'absentéisme (moins de 3 jours, 3 à 10 jours, 10 à 30 jours, plus de 30 jours) pour les arrêts maladie, maternité. Le suivi est effectué par pôle et par catégorie professionnelle.

La transmission régulière des tableaux de bord a amélioré la sensibilisation et la vigilance. Pour répartir au mieux les absences prévisibles, les cadres supérieurs de santé sont chargés de transmettre les prévisions d'absentéisme au fur et à mesure de l'annonce de maternités ou d'interventions chirurgicales ou de soins particuliers nécessités par l'état de santé des personnels. Les actions menées pour répartir au mieux les absences prévisibles sont multiples : gestion des heures supplémentaires, adaptation des organisations théoriques lorsque l'activité le permet, suppléance, mobilité inter-services ou inter-pôles, contrats de remplacement de courte durée notamment l'été, intérim, ...

1.4.2 Les destinataires des tableaux de bord

L'envoi (par messagerie électronique) des tableaux de bord relatifs au mois M a lieu en général le 10 du mois M+1. L'objectif est de favoriser l'accès direct au portail par les utilisateurs. Cependant, les données étant régulièrement rafraîchies, les résultats de certains tableaux peuvent varier d'un jour sur l'autre en fonction des modifications effectuées. Pour ces tableaux (notamment relatifs aux effectifs), il est prévu de maintenir l'envoi par messagerie afin de garantir l'unicité des documents en particulier lors de rencontres de la DRH avec les pôles.

Le tableau ci-dessous retrace le type d'envoi selon les destinataires :

Tableau de bord / Destinataires	Le conseil exécutif	Le trio de pôle	Les cadres de santé	Les praticiens
Activité établissement				
Activité Pôle				
Activité Service				
Occupation des lits				
Statistique d'activité établissement				
RH établissement				
RH pôle				
ETP / EPRD				
Effectifs totaux permanents				
Absentéisme pôle				
Récapitulation pôle gestion du temps		cadres sup		
Absentéisme établissement hors CAE		cadres sup		
Absentéisme établissement CAE		cadres sup		

Ce choix d'envois ou d'accès « ciblés » répond à la nécessité de favoriser l'appropriation des tableaux de bord par les acteurs selon leur périmètre naturel d'action. Ainsi, les cadres supérieurs de santé qui gèrent les plannings des agents de leur pôle sont les destinataires principaux des tableaux d'absentéisme détaillés.

1.4.3 Le rôle central du DIM et du contrôle de gestion

Dans son analyse de la performance à l'hôpital, N. Berland énonce que dans la mesure où l'organisation hospitalière se rapproche d'une bureaucratie professionnelle : « Le contrôle de gestion a peu de légitimité dans ce type de configuration. En effet une grande partie de la compréhension du travail lui échappe. Que peut dire un contrôleur de gestion à un médecin ? Celui-ci peut l'utiliser de façon efficace mais il reste subordonné aux professionnels dont il comprend mal l'activité. Le contrôleur est entièrement dépendant du noyau opérationnel »¹⁵. Il poursuit : « si l'hôpital se rapproche de la structure divisionnalisée, en suivant le Plan Hôpital 2007, les responsables seront jugés sur leur capacité à atteindre des objectifs économiques. Le contrôle de gestion y jouera alors un rôle essentiel »...

L'étude de G.Loubet semble lui donner raison. Dans sa thèse portant sur le « médecin gestionnaire »¹⁶, elle met en évidence une évolution du métier des praticiens hospitaliers qui sont à présent mobilisés sur des tâches administratives. Le pouvoir qu'ils disaient avoir perdu au profit des directeurs et des cadres infirmiers semble à nouveau leur revenir dans le cadre de la nouvelle gouvernance ou tout au moins être partagé.

G. Loubet observe que les médecins qui ont participé à des formations de gestion qu'elle animait montrent un intérêt pour la gestion et s'impliquent lors des formations, allant jusqu'à proposer des solutions pour réduire les dysfonctionnements liés au PMSI et à la T2A. Par ailleurs, après formation, leur représentation de la performance a évolué et ils accordent plus d'importance à la dimension financière¹⁷.

Au CH de Roanne, depuis la mise en œuvre de la T2A, une évolution des comportements favorable à l'appropriation de l'outil décisionnel est observée. Le médecin DIM souligne l'importance des transformations induites par la T2A, qui impactent tous les pôles, aussi bien les pôles médicaux (en ce qui concerne les pratiques médicales ou l'analyse des processus de prise en charge) que les pôles Médico-Technique, Ressources et Management. Dans l'implication des médecins dans la gestion, le médecin DIM joue un rôle central. Au sein du Groupe d'Analyse et de Prospective, il apporte non seulement son expertise technique du codage et de la gestion des données PMSI mais il joue également un rôle de relais, en étroite collaboration avec le contrôle de gestion, auprès de ses confrères notamment dans le cadre d'études ad hoc. Il a été nécessaire de le positionner dans un pôle et le choix a été de l'inclure dans le pôle Ressources, mais une approche

¹⁵ N. Berland, *Mesurer et piloter la performance*.

¹⁶ G. Loubet, *Du praticien hospitalier au médecin-gestionnaire hybridation du métier et tensions de rôle : une étude exploratoire*.

¹⁷ La 2^{ème} partie abordera la performance telle qu'elle peut être perçue par les médecins et les soignants.

transversale est indispensable. Son positionnement au sein de ce pôle (plutôt qu'un rattachement à un pôle médical ou médico-technique) a permis de le placer « en première ligne » par rapport à la maîtrise des circuits d'information médicale et de la chaîne de facturation. Il faut observer qu'il a conservé une activité clinique aux Urgences (une nuit par semaine et un week-end par mois) ce qui est considéré comme un point important en terme de crédibilité auprès du corps médical.

Aujourd'hui, les services sont plus attentifs à la saisie de leur activité. Ils sollicitent le service d'information médicale et le contrôle de gestion (au travers du GAP) pour mieux valoriser leur activité, pour trouver des organisations plus efficaces ou développer de nouvelles activités. Il s'agit d'un signe positif de pénétration de la réforme T2A sur le terrain clinique.

1.4.4 La difficulté des indicateurs à rendre compte de la réalité « du terrain »

Comme le font observer O. Serre et F. Signac, inconsciemment ou non, il y a toujours des réticences d'une part à partager l'information, car « l'information, c'est le pouvoir »¹⁸ et d'autre part à faire circuler des informations par crainte d'interprétations erronées. C'est pourquoi, la phase d'explication de la démarche est fondamentale pour la recherche de la transparence. Malgré le caractère négocié du calcul des indicateurs qui sont issus d'un dictionnaire largement coproduit, il existe encore une lecture « utilisateur-dépendante » des tableaux, en raison de cultures « terrain » différentes.

Ainsi, une des préoccupations exprimées par les soignants à la lecture des tableaux relatifs aux effectifs a trait aux possibilités d'interprétation divergente des chiffres notamment en ce qui concerne les ETP moyens rémunérés qui, dans un contexte d'EPRD très contraint, ont une résonance particulière. Il est reproché par les soignants à cet indicateur son caractère « biaisé » dans la mesure où il ne prend pas en compte l'absentéisme. En effet, en période de niveau structurellement élevé de ce dernier, les cadres soignants raisonnent plutôt en nombre de journées travaillées dont a bénéficié l'unité : l'analyse porte alors sur la « présence effective au travail et non plus sur la seule évaluation de type budgétaire données par le décompte des mensualités »¹⁹.

Enfin, les indicateurs « traditionnels » qui sont souvent des moyennes, reflètent mal les fortes variations d'activité au sein des unités, les « pics » d'activité aléatoires, qui peuvent avoir des conséquences en matière de charge mentale et de ressentis. J.P Escaffre considère qu'« en terme de contrôle de gestion, le suivi des ressentis est essentiel et

¹⁸ O.Serre, F. Signac, *Elaboration de tableaux de bord : une ardente obligation*, Gestions Hospitalières, Novembre 2007.

¹⁹ J.Gottzman, M-A Pontonnier, *Mise en place de tableaux de bord par service*, Gestions Hospitalière, décembre 2002.

peut permettre de prévenir l'apparition de crises majeures »²⁰. Avec l'introduction de l'informatique à l'hôpital et les exigences accrues de traçabilité auxquelles s'ajoute le recensement détaillé de l'activité, le temps de cotation peut être considérable et il est très important que les indicateurs puissent restituer aux producteurs la mesure de leur activité. Mais celle-ci n'est pas toujours vécue comme « technique » et mesurable dans le rapport au patient. J. Hart a décrit récemment la crainte des soignants de ne retrouver dans la mise en place du dossier patient informatisé qu'une partie de leur activité globale : « seule la part technique de l'activité soignante liée au PMSI est prise en compte dans la tarification à l'activité. Du côté des soignants, cette lacune dans la valorisation de leur activité est parfois mal vécue »²¹. Mais, sauf à utiliser des modèles très spécialisés tels que la cotation en SIIPS²², il est difficile de mesurer précisément les charges de travail et il convient alors de chercher à les objectiver en collaboration avec les services à travers un « faisceau » d'indicateurs simples mais variés (ratio d'entrées par ETP, taux d'occupation, taux de rotation des lits, ...).

1.4.5 Le risque d'une offre trop abondante d'indicateurs

La difficulté lors de la proposition de tableaux de bord est de répondre aux demandes parfois très personnalisées des pôles ou des services, au risque d'affaiblir la capacité des indicateurs à dégager un socle d'indicateurs partagés au profit de spécificités locales.

M. Cauterman²³, chargé de mission à la MeaH, rappelle que l'élaboration d'un tableau de bord est un « processus nécessairement partagé » et que la production d'une statistique ou d'un indicateur est toujours le résultat d'une vision des choses que chacun essaie d'imposer à l'autre comme dans un jeu d'acteurs. Les acteurs veulent toujours plus d'informations. Une tendance fréquemment observée est la production d'informations pour comprendre l'information comme dans un puits sans fond. En particulier, les médecins formés à la recherche clinique font difficilement confiance au « signal »²⁴ produit par un indicateur dont ils ne maîtrisent pas toute la chaîne de production. Cependant, dégager un « tronc commun » est primordial pour une efficacité du pilotage global. Une trame unitaire de tableau de bord présentant des indicateurs partagés permet en effet de poser un socle pour l'ensemble des pôles.

En matière de choix d'indicateurs, il faut appliquer l'adage « choisir, c'est renoncer »...

²⁰ J.P Escaffre, *Le contrôle de gestion des unités de soins hospitaliers*.

²¹ Josette HART, *De la révolution informatique à la révolution soignante*, Techniques Hospitalières, novembre-décembre 2007

²² SIIPS est l'acronyme de Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée. Les SIIPS représentent un ensemble d'outils statistiques et une méthode d'évaluation et de gestion de l'activité de dispensation des soins infirmiers.

²³ Présentation faite au Congrès des Systèmes d'Information de Santé, Hôpital Expo, 30 mai 2008.

²⁴ Le Dr Cauterman, parle du « diktat du p », p étant dans les tests d'hypothèse statistiques un paramètre de significativité et d'acceptabilité.

2^{ème} partie Le développement du décisionnel doit s'appuyer sur des indicateurs hiérarchisés privilégiant une approche globale de la performance

Les réformes mises en œuvre à partir du plan Hôpital 2007 instaurent un mode de régulation du système hospitalier qui vise son efficience globale en liant intimement dans un cercle « vertueux » la nouvelle gouvernance, le financement de l'établissement (T2A), la satisfaction des besoins de santé d'un territoire (SROS 3) et la qualité des soins (certification V2).

Il est dès lors nécessaire pour un établissement de définir une stratégie globale car elle fixe les grandes orientations de l'établissement tant dans le cadre de son projet médical que des différentes unités de son organisation. Une stratégie d'établissement implique qu'un diagnostic ait été formulé et qu'une hiérarchisation des priorités ait été dressée. En effet, une stratégie comprend un nombre limité d'orientations car une organisation ne peut pas se disperser autour de multiples objectifs et projets.

Dans le cadre de la nouvelle gouvernance, l'outil de pilotage doit assurer une cohérence globale entre d'une part le niveau stratégique de l'établissement et le projet dont il est porteur et d'autre part le niveau opérationnel que constituent les pôles. Socle « technique » de la nouvelle gouvernance, les tableaux de bord du décisionnel doivent apporter les informations nécessaires à un diagnostic et à des objectifs partagés par l'ensemble des pôles.

Ces principes généraux ainsi que la prise en compte des observations formulées par les utilisateurs rencontrés ont été des guides pour la proposition d'une maquette de tableau de bord de pilotage dont la structure, encore largement conceptuelle, est présentée plus loin.

2.1 Le tableau de bord décisionnel doit reposer sur une mesure multidimensionnelle de la performance

2.1.1 Les CRÉA et les TCCM permettent de poser un diagnostic médico-économique ...

A) Les Tableaux Coûts Case Mix et les Comptes de Résultat Analytique

Ce sont deux tableaux permettant de poser un diagnostic sur la performance économique d'un pôle. La MeaH et l'ENSP²⁵ ont produit un guide²⁶ d'élaboration des CRÉA et des TCCM afin que les établissements disposent d'outils de diagnostic médico-économique et d'aide à la contractualisation avec leurs pôles.

Le TCCM a pour objectif de comparer les coûts constatés d'un établissement, d'un pôle ou d'un service²⁷ MCO avec les coûts d'une structure virtuelle présentant le même case-mix valorisé aux coûts de l'Echelle Nationale des Coûts. A partir des données transmises par les établissements dont la comptabilité analytique est assez avancée pour respecter les principes retenus par l'ENCC, le coût moyen d'un séjour hospitalier (du champ MCO exclusivement) peut être décomposé en lignes de dépenses relatives à l'ensemble des activités mises en œuvre pour la prise en charge du patient. Le coût complet (moyen) d'un séjour se décompose en un coût médical, un coût hôtelier ou logistique et un coût de structure. Le guide de comptabilité hospitalière donne un exemple de TCCM concernant un service de neurologie (voir ci-dessous).

TTCM du CH C	Coût réel Neurologie	COUT THEORIQUE	ECART
PERSONNEL	1 142 344	623 477	83,22%
MEDICAMENTS	23 786	52 821	-54,97%
CONSOMMABLES MEDICAUX	107 196	35 231	204,26%
AMORTISSEMENTS MAINTENANCE MATERIEL MEDICAL	12 428	7 266	71,04%
LOGISTIQUE MEDICALE	16 281	33 041	-50,72%
LABORATOIRE	208 858	107 396	94,47%
Coût du B	0,22	0,17	25,01%
TOTAL PLATEAU TECHNIQUE	490 475	285 270	71,93%
COÛT MEDICAL	1 792 510	1 037 106	72,84%
Blanchisserie	26 045	19 663	32,46%
COÛT LOGISTIQUE ET HOTELIER	678 710	436 557	55,47%
COÛT COMPLET	2 471 220	1 473 663	67,69%
Coût de Structure	162 270	73 225	121,60%
Coût Complet avec Structure	2 633 490	1 546 889	70,24%

²⁵ Devenue Ecole Des Hautes Etudes en Santé Publique.

²⁶ MeaH-ENSP, *Nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôles, Contribution méthodologique à la construction des Tableaux Coûts Case Mix (TCCM) et des Comptes de Résultats Analytiques(CRÉA).*

Pour le service considéré, le coût de référence est constitué par la somme des coûts décomposés des GHM de son case-mix.

Pour chaque poste de dépenses, la colonne écart « positionne » le service par rapport à la référence et constitue un signal d'alerte si l'écart est défavorable. Par exemple la ligne « laboratoire » indique que la consommation de B en valeur est presque le double de la consommation moyenne des établissements constituant la base de l' ENC. Le coût du B (0,22 contre 0,17 soit 30% d'écart) explique seulement en partie l'écart global. A l'effet-prix s'ajoute un effet volume qui invite à s'intéresser aux pratiques de prescription. Pour l'analyse des effets prix, l'analyse peut être complétée par le rapprochement des coûts des activités de l'établissement avec ceux de la base d'Angers²⁸.

Les TCCM offrent un ensemble d'indicateurs qui, sans donner immédiatement des causalités, permettent cependant d'interroger les organisations sous-jacentes.

Les CRÉA quant à eux (par pôle ou service) mettent en regard des coûts constatés les recettes générées par l'activité du pôle (la tarification des GHS). Cependant, le CRÉA n'est pas un EPRD par pôle qui ne retiendrait que les comptes budgétaires et les règles de la comptabilité générale. L'utilisation de la comptabilité analytique pour déterminer le niveau des dépenses de chaque pôle conduit à distinguer, comme pour le TCCM, les dépenses directes, induites et indirectes. Elle autorise une présentation qui prend en compte les prestations entre pôles, ce qui est intéressant en terme d'analyse des processus de production.

Couplé avec le TCCM, c'est-à-dire en intégrant les coûts de référence ENCC, le CRÉA permet une lecture plus globale de la formation du résultat et de la performance financière en alertant sur les lignes de dépenses excédentaires.

B) Un exemple de CRÉA et TCCM combinés : les tableaux de bord du CHU d'Amiens

Le CHU d'Amiens a entamé son processus d'élaboration de tableaux de bord depuis 2005. Les CRÉA par pôle font l'objet d'une présentation très détaillée dans une logique de consolidation des comptes.

Pour chaque service du pôle, une feuille détaille les recettes et les dépenses en distinguant l'hospitalisation de l'activité externe ainsi que les recettes T2A et hors T2A (essentiellement MIGAC).

²⁷ Avec une fiabilité moindre au niveau du service en raison de la difficulté de rattachement des charges afférentes aux séjours multi-services.

²⁸ Cette base met en commun les résultats de comptabilité analytique concernant les coûts des activités des établissements participants à des fins de comparaison (benchmarking).

		Valorisation globale des recettes d'hospitalisation MCO :				
		Mono CR	Multi CR	Total	Période n-1	
HOSPITALISATION MCO	RECETTES	GHS	30 492 965 €	6 181 240 €	36 674 205 €	34 498 083 €
		Supplément séjours hauts	577 117 €	924 709 €	1 501 826 €	1 464 368 €
		Minoration séjours bas	-143 958 €	-10 774 €	-154 732 €	-166 294 €
		Supplément Réa, Soins Intens. Soins Cont.			3 834 001 €	3 058 930 €
		Supplément dialyses hospitalisés			0 €	0 €
		Supplément radiothérapie			301 782 €	331 285 €
		Supplément molécules onéreuses			7 435 324 €	5 949 602 €
		Supplément DMI onéreux			193 364 €	146 732 €
		forfait hébergement			-51 520 €	0 €
		Forfait prélèvement d'organe			0 €	0 €
		Forfait transpl d'org et greff moelle oss			154 710 €	0 €
		FAU et Recette activité ext des réseaux			109 117 €	0 €
		Total activité			49 998 079 €	45 282 705 €
		% enseignement recherche			5 044 694 €	4 324 494 €
		Valorisation a des hors nomenclature			402 429 €	405 307 €
		Autres (dotat Mig-ac dont molec innov ortic)			502 193 €	628 084 €
		Total Migac			5 949 316 €	5 357 885 €
		Total Recettes hospitalisation			55 947 395 €	50 640 590 €
				Valorisation globale des coûts d'hospitalisation MCO :		
HOSPITALISATION MCO	COÛTS		Total pôle	Base nationale	Période n-1	
		Dépenses de personnel	17 620 647 €	15 451 751 €	15 936 254 €	
		- Personnel médical	3 557 669 €	3 050 864 €	3 048 737 €	
		- Pers non médical (hors pool)	12 784 083 €	12 400 887 €	11 783 482 €	
		- Pers du pool (soignant et autre)	1 278 896 €		1 104 035 €	
		Consommables médicaux	12 862 864 €	11 524 015 €	10 345 272 €	
		- dont molécules onéreuses	7 406 234 €		5 878 506 €	
		- dont DMI onéreux	190 964 €		139 594 €	
		Amort, locat, aut dép cliniques	694 295 €	240 454 €	607 270 €	
		Total Dépenses directes	31 177 807 €	27 216 220 €	26 888 796 €	
		Actes médico-techniques	14 952 902 €	10 653 453 €	13 407 753 €	
		Dépenses de logistique	13 504 083 €	13 769 245 €	12 266 544 €	
		Total Dépenses hospitalisation	59 634 791 €	51 638 918 €	52 563 092 €	

CHU d'Amiens, activité d'hospitalisation d'un service, tableau Coûts/Recettes

Une feuille récapitulative pour le pôle consolide l'ensemble des CRÉA par service (le tableau consolidé du pôle figure page suivante). La construction du tableau par service a été demandé par les coordonnateurs de pôle qui tiennent à conserver dans le contrôle de gestion le niveau spécialité (service). Au CHU d'Amiens, les TCCM sont établis annuellement de même que les CRÉA. Ils sont systématiquement présentés et commentés en réunion de pôle. La diffusion depuis dix ans des TCCM (qui ont été inaugurés en régime point ISA) a facilité chez les médecins et soignants l'appropriation des CRÉA. Il faut remarquer que certains médecins ont souhaité suivre des formations à la gestion hospitalière lors du passage à la T2A en 2005. Tous les tableaux de bord sont disponibles sur l'intranet de l'établissement.

**POLE P
DETAILS DES RECETTES ET DEPENSES
ANNEE**

		Valorisation globale des recettes d'hospitalisation MCO :				
		Mono CH	Multi CH	Total	Période n-1	
HOSPITALISATION MCO	RECETTES	CHS	20 492 965 €	6 18 12 40 €	26 67 4 205 €	24 49 0 03 €
		Supplément séjour haute	577 117 €	92 47 09 €	1 50 1 526 €	1 45 4 388 €
		Mitigation séjours bas	-140 355 €		-154 722 €	-158 234 €
		Supplément Réa, Soins Intens, Soins Crit.			3 53 4 001 €	3 25 8 330 €
		Supplément chirurgie hospitalière				
		Supplément radiothérapie			20 1 752 €	23 1 255 €
		Supplément molécules onéreuses			7 43 3 234 €	8 24 9 822 €
		Supplément DMI onéreux			193 284 €	146 732 €
		Forfait hébergement			-81 530 €	
		Forfait logement d'organe				
		Forfait transport d'organe matériel cost			154 710 €	
		CAU et Recette activité des réseaux			103 117 €	
		Total activité			40 928 079 €	45 23 27 05 €
		Te enseignement recherche			5 04 4 894 €	4 22 4 494 €
		Valorisation actes hors nomenclature			402 429 €	405 207 €
Autres (dont MIGAC dont moléc onéreux)			502 193 €	52 094 €		
Total Migac			5 549 316 €	5 257 895 €		
Total Recettes hospitalisation			55 947 395 €	59 840 930 €		
		Valorisation globale des coûts d'hospitalisation MCO :				
		Total pôle	base nationale	Période n-1		
HOSPITALISATION MCO	COÛTS	Dépenses de personnel	17 520 947 €	15 48 17 91 €	15 23 62 54 €	
		- Personnel médical	3 557 885 €	3 09 05 84 €	3 04 97 37 €	
		- Personnel non médical (hors pool)	12 754 052 €	12 40 08 07 €	11 79 4 03 €	
		- Parts du pool (soignant et autre)	1 210 000 €	12 40 08 07 €	1 10 4 03 €	
		Consommables médicaux	12 960 394 €	11 55 40 15 €	10 34 52 72 €	
		- dont molécules onéreuses	7 408 224 €		5 27 5 08 €	
		- dont DMI onéreux	392 254 €		129 294 €	
		Amort, loyat, aut/dép clinique	594 225 €	24 04 54 €	60 7 270 €	
		Total Dépenses directes	31 177 387 €	27 41 8 220 €	26 83 7 58 €	
		Actes médico-techniques	1 4 292 202 €	10 63 4 33 €	12 40 7 52 €	
		Dépenses de logistique	13 524 282 €	13 76 2 45 €	12 26 5 44 €	
		Total Dépenses hospitalisation	55 924 791 €	51 63 9 13 €	52 38 3 92 €	

		Valorisation globale des recettes d'activité externe :			
		Actes en libre	Valorisation	Période n-1	
ACTIVITE EXTERNE	RECETTES	Consultations externes	26 24 €	691 200	687 296
		Actes externes	21 482	622 6 13	508 717
		Molécules onéreuses			754
		DMI onéreux			
		Total Activité		1 314 603 €	1 197 013 €
		Te enseignement recherche		142 212	128 817
		Valorisation actes hors nomenclature			7 202
		Autres		149 272 €	133 817 €
		Total Recettes activité externe		1 464 115 €	1 331 028 €

		Valorisation globale des coûts d'activité externe :		
		Pôle	Période n-1	
ACTIVITE EXTERNE	COÛTS	Dépenses de personnel	1 501 501 €	1 622 424 €
		- Personnel médical	522 173 €	521 448 €
		- Personnel non médical (hors pool)	966 775 €	1 095 608 €
		- Parts du pool (soignant et autre)	12 553 €	11 239 €
		Consommables médicaux	140 657 €	132 277 €
		- dont molécules onéreuses		754 €
		- dont DMI onéreux		
		Amort, loyat, aut/dép clinique	110 174 €	149 629 €
		Total Dépenses directes	1 752 233 €	1 930 631 €
		Logistique médicale	137 942 €	121 412 €
Dépenses de logistique	418 393 €	474 331 €		
Total Dépenses activité externe	2 298 568 €	2 526 374 €		

		Valorisation globale des coûts d'activité hors T2A :			
		Migac	Période n-1	Autre	Période n-1
ACTIVITES HORS T2A	COÛTS	Dépenses de personnel	734 881 €	817 726 €	
		- Personnel médical	370 532 €	421 038 €	
		- Personnel non médical (hors pool)	410 151 €	386 750 €	
		- Parts du pool (soignant et autre)			
		Consommables médicaux	123 €		
		- dont molécules onéreuses			
		- dont DMI onéreux			
		Amort, loyat, aut/dép clinique	-8 261 €	6 6 19 €	
		Total Dépenses directes	789 542 €	824 4 15 €	
		Actes médico-techniques	631 €	2 83 €	
Dépenses de logistique	172 125 €	185 2 14 €			
Total Dépenses hors T2A	962 334 €	1 009 7 13 €			

		Valorisation globale des recettes hors T2A		
		Total	Période n-1	
ACTIVITES HORS T2A	RECETTES	Dotation SSR		
		Produit de la tarification USLD		
		Dotation et activité externe MIGAC	1 112 882 €	1 048 828 €
		Sup molécules onéreuses		
		Sup DMI onéreux		
		Forfait urgences		
		Total Activité	1 112 882 €	1 048 828 €
		Te enseignement recherche	625 €	2 55 €
		Valorisation actes hors nomenclature		
		Autres		
Total autres	625 €	2 55 €		
Total Recettes hors T2A	1 113 507 €	1 049 420 €		

CHU d'Amiens, synthèse Coûts/Recettes du pôle

2.1.2 ... mais ils doivent être entourés des précautions d'usage

A) Des difficultés techniques à surmonter

En pratique la fiabilité de la démarche repose sur la capacité du fichier commun de structure à « découper » correctement les activités de l'établissement et à permettre une qualité et une précision acceptable en ce qui concerne les imputations aux unités consommatrices. Le guide de la MeaH-ENSP relève des problèmes fréquents auxquels les établissements sont confrontés portant sur le calcul des charges. Ils concernent :

- l'affectation du personnel et sa valorisation lorsque les agents ont des affectations multiples qu'il faut pouvoir quantifier (quotités de travail)
- les pratiques d'engagements des dépenses, des sorties de stocks et leurs affectations exactes sur les sections d'analyse consommatriques
- le suivi des actes médico-techniques (faits en interne ou en externe) en quantité et/ou en valeur par pôle

Du côté des recettes, il faut pouvoir en particulier:

- arrêter avec les pôles un modus operandi pour répartir les produits T2A liés aux patients « multi-pôles »
- répartir les recettes GHS dans le cas des patients qui intègrent les pôles d'hospitalisation suite à un séjour aux urgences
- répartir les dotations et forfaits annuels

Il faut remarquer qu'en complément à la comptabilité analytique, il est possible d'analyser de manière fine les coûts indirects qui composent un séjour hospitalier par la méthode ABC (Activity Based Costing). Celle-ci met en œuvre le principe qu'il est utile non pas de calculer un coût mais de le piloter. Les stratégies utilisées par les établissements pour atteindre leurs objectifs doivent s'appuyer sur des processus de prise en charge ou organisationnels. Ces processus intègrent des segments d'activité. La méthode ABC permet d'avoir une vue de ces activités sur la base d'une organisation hiérarchique classique mais également d'avoir une vue transversale, favorisant l'analyse de la manière dont les activités fonctionnent entre elles au sein des processus internes. La méthode permet de définir et de dégager des indices de performance par activité, très utiles pour jauger du bon fonctionnement général de l'établissement et de la réalisation des objectifs fixés. Pour ce faire, il y a nécessité d'approcher la vérité des coûts. La méthode ABC se propose de le faire avec le principe que les patients « consomment » des activités (par exemple du nursing, de la radiologie, de la biologie...) lesquelles activités consomment elles-mêmes des ressources, alors que traditionnellement, il est seulement supposé que les patients consomment des ressources.

B) Des interprétations centrifuges qui pourraient menacer la cohésion institutionnelle

Ainsi qu'il est rappelé par le guide de la MeaH, « Les TCCM ou les CRÉA ne sont que des outils au service d'une politique d'établissement, ils ne doivent pas constituer un objectif en soi. Le CRÉA n'a de signification et d'intérêt que pour les établissements qui s'engagent dans une décentralisation interne de la gestion et/ou dans une contractualisation sur des objectifs d'activité et de consommations de ressources ; le CRÉA doit accompagner les réformes engagées par l'établissement, c'est un des outils de contrôle de gestion du pôle et il pourra (devra ?) ensuite évoluer pour déboucher sur un véritable budget prévisionnel par pôle »²⁹.

²⁹ MeaH-ENSP, ouvrage déjà cité.

Par ailleurs dans son mode de détermination le CRÉA reste très rétrospectif alors qu'une gestion déléguée au pôle requiert des outils d'anticipation favorisant sa réactivité. Comme le remarque P. Peyret : « la comptabilité analytique hospitalière médicalisée est essentiellement rétrospective, les coûts étant calculés à posteriori. De même l'ENCC est basée sur des valeurs constatées. Or, le calcul des coûts 'en temps réel' devient indispensable pour une gestion budgétaire décentralisée »³⁰.

L'introduction des CRÉA doit être progressive et accompagnée afin d'éviter des phénomènes de « désolidarisation » de pôles liés à des interprétations trop « immédiates » des CRÉA : il faut que la logique « filiale » de l'hôpital l'emporte sur celle de « PME ». ..

Le modèle de l'ENCC, présente des particularités dont il faut tenir compte pour décliner la T2A en gestion budgétaire interne : « en ventilant près de 80% des charges à la journée, l'ENC conduit à un subventionnement croisé inter et intraGHM. Les GHM légers sont surrémunérés, les lourds sous-rémunérés. En outre un principe bien connu d'économie industrielle est que les grandes séries financent les petites séries. En conséquence avoir des activités à fort volume permet de dégager une marge qui finance les activités à plus faible volume, souvent des activités de recours aussi bien inter qu'intra disciplines »³¹.

Actuellement, la Direction du CH de Roanne n'envisage de produire des CRÉA par pôle. Si les coordonnateurs de pôle sont favorables au benchmarking que permettent les TCCM, ils sont en revanche plus partagés sur le sens à donner au CRÉA et sur sa capacité à fédérer les pôles autour d'un outil dont les limites techniques et analytiques ont été évoquées ci-dessus. Certains médecins coordonnateurs de pôle ont clairement exprimé qu'ils n'étaient pas (encore) « mûrs » pour les CRÉA...

2.1.3 Les axes processus, ressources, qualité sont plus naturellement intégrés à la culture médicale et soignante que l'axe financier

G. Loubet, dans sa thèse consacrée au médecin-gestionnaire³², présente les résultats d'un questionnaire qu'elle a soumis à 33 praticiens hospitaliers et dans lequel elle les interrogeait sur leur définition de la « performance » dans leur établissement. À l'analyse des réponses, elle identifie quatre types de performance. Citée très nettement devant les autres, une première conception de la performance renvoie à la bonne prise en charge du patient, la réussite de l'intervention, le résultat des traitements. Le deuxième type de performance est lié aux systèmes d'information, à l'ambiance. Vient ensuite la satisfaction

³⁰ P.Peyret, Enseignement de l'EHESP, 2008 : « Comptabilité Analytique Hospitalière ».

³¹ F.X Selleret, F. Bugnon Murys, C. Heuclin, S. Couray-Targe, *Décliner la T2A en gestion budgétaire interne*, Gestions Hospitalières, Novembre 2005.

³² Ouvrage déjà cité.

des patients à la sortie de l'établissement. Enfin, citée loin derrière les autres, on trouve la performance financière. Cette classification renvoie aux travaux de Norton et Kaplan³³ qui ont été adaptés au cas des hôpitaux français en particulier par des universitaires comme Thierry Nobre³⁴ ou des hospitaliers comme Patrick Expert³⁵. Schématiquement on peut rattacher la performance à 4 axes :

- Axe processus : il traduit l'organisation des séjours, le processus de déclaration d'activité et les processus d'innovation.
- Axe ressources : sur le plan humain, il évalue la motivation du personnel et sa compétence; sur le plan matériel, il mesure les pannes et l'indisponibilité des équipements ainsi que l'accès à l'information.
- Axe qualité : il recouvre l'offre de soins, la coordination, les événements indésirables, la non-qualité.
- Axe financier : il mesure un excédent ou un déficit et est la conséquence des résultats sur les trois axes précédents.

Cette analyse pluridimensionnelle de la performance conduit à élaborer des tableaux de bord « équilibrés » en sélectionnant des indicateurs associés à chacun des axes ci-dessus. Par ailleurs ces tableaux ont un caractère prospectif parce que les indicateurs qui se situent en deçà des cibles définies préalablement permettent de dégager des objectifs. En ce sens, le contenu des tableaux de bord suscite les actions futures. Ainsi, pour le CH de Blois des exemples d'indicateurs sont les suivants :

Au titre de l'axe processus :

- la bonne orientation des patients dans le bon lit ;
- la pertinence des hospitalisations (par ex. patients maintenus hospitalisés faute de solution de sortie);
- les durées de séjour;
- les délais d'obtention des examens internes spécialisés (IRM, scanner, avis d'un pneumologue, d'un cardiologue...);

Au titre de l'axe ressources :

- l'absentéisme court et le turnover du personnel ;
- la compétence (journées de formation rapportées aux journées travaillées) ;

Au titre de l'axe qualité :

- la coordination des soins (par exemple, la mesure du délai d'envoi des courriers de sortie au médecin traitant du patient);

³³ R.-S.Kaplan. D.-P et Norton *The Balanced Scorecard*.

³⁴ T. Nobre, Le tableau de bord prospectif, un outil de gestion pour l'hôpital ?, Gestions Hospitalières, mars 2002.

³⁵ P.Expert est directeur adjoint au CH de Blois.

- les infections nosocomiales et les événements indésirables
- les questionnaires de sortie (pourcentage de retours et thèmes dominants dans les remarques);

Au titre de l'axe financier

- les dépenses (directes et indirectes, issues de la comptabilité analytique) ;
- les recettes (T2A modulée par la valorisation des prestations internes inter-services ou inter-pôles);
- les résultats financiers (excédent, déficit ou équilibre)

2.1.4 Le pilotage de la performance doit intégrer la transversalité de la prise en charge

Dans le champ MCO, la T2A fait de la rémunération au séjour la principale recette des établissements. Maîtriser la réalisation de ce séjour est donc l'objet du pilotage et l'optimisation du parcours du patient dans l'établissement est alors l'objectif recherché. Mais piloter cette trajectoire nécessite d'envisager une conception large de la performance comme on l'a vu ci-dessus car les conditions de réalisation d'un séjour sont multiples. Ainsi, les systèmes de mesures et indicateurs qui sont mis en avant par le management par les processus ne considèrent plus les individus et les départements de manière isolée. Les principes désormais sont le décloisonnement, la recherche d'efficacité, le sentiment d'appartenance, la responsabilisation, la souplesse. Dans ce sens le management par les processus répond aux attendus de la nouvelle gouvernance et de l'organisation en pôles. Les principes de management par les processus sont basés sur l'efficacité des processus transverses et sur leur aptitude à décliner les orientations générales.

Ainsi, pour les Hospices Civils de Lyon, la T2A a constitué en premier lieu une réforme stratégique et managériale avant d'être une réforme budgétaire et comptable³⁶ : l'enjeu de la T2A réside d'abord dans l'activité de soins mise au cœur du processus d'allocation de ressources. L'attention est donc à porter au cœur de métier de l'hôpital. La question posée par la T2A aux établissements de santé ne consiste pas seulement dans la comparaison de leurs coûts internes par rapport aux tarifs nationaux. Les coûts étant l'expression économique et financière du fonctionnement d'une organisation, il convient pour les auteurs de s'intéresser à l'organisation qui est à l'origine de ces coûts. Dès lors, l'enjeu est d'obtenir une organisation du séjour du patient qui soit optimisée, en tout cas plus performante que la moyenne dans un premier temps, pour tendre ensuite vers les

³⁶ B.Leclercq et F-X Selleret, *La T2A, un outil pour une possible révolution culturelle et managériale, sa mise en œuvre aux Hospices civil de Lyon*, journal d'économie médicale, vol 23, 2005

meilleurs. Une attention forte est donc à porter aux processus de prise en charge et aux pratiques professionnelles avec une conviction forte : efficacité et qualité de soins vont souvent de pair. Une culture de la comparaison à la moyenne et aux meilleurs (benchmarking) en découle : Durée Moyenne de Séjour, prescriptions, taille des unités... Mais l'objectif est de se comparer pour s'améliorer : l'analyse des données doit déboucher sur la prise de décision. Il s'agit par là même d'introduire une culture de l'action. En l'occurrence, il s'agit d'aller du contrôle de gestion au pilotage de la performance.

La T2A déborde donc la seule dimension financière pour être intégrée dans le management général et la stratégie de l'hôpital. Ainsi, la réflexion des auteurs s'appuie sur les principes médico-économiques suivants :

a) Les coûts expriment la consommation de ressources induites par une organisation. Dès lors pour agir sur ceux-ci, le travail d'optimisation de l'organisation est primordial.

b) Le travail sur les coûts fixes est essentiel, notamment ceux issus du processus de prise en charge du patient : la dimension de l'unité de soins en terme de nombre de lits est à cet égard structurante.

c) La grande majorité des coûts est proportionnelle à la durée de séjour. De ce fait, la comparaison des DMS par rapport à la base nationale, GHM par GHM et synthétisée par l'indice de performance de la durée de séjour, est un bon indicateur de consommation des coûts fixes. De plus, indépendamment du niveau des coûts par rapport aux tarifs, les DMS comparées traduisent également le niveau d'efficacité d'une organisation dans sa relation aussi bien avec l'amont qu'avec l'aval. Si la durée de séjour dépend tant de facteurs internes qu'externes, elle reflète globalement l'organisation du séjour du patient : gestion des interfaces, programmation des hospitalisations, articulation services cliniques et médico-techniques, liens avec l'aval (HAD, rééducation, retour à domicile).

d) Seule une stratégie de volume, donc une stratégie de développement de l'activité, permet d'amortir les coûts fixes induits par les missions, l'organisation et la dimension des établissements d'une certaine dimension.

Par ailleurs, une activité et une clientèle sont plus difficiles à conquérir qu'à conserver. Réagir rapidement, compte tenu de l'environnement est décisif. En conséquence, il est tout à fait légitime et réalisable de se fixer des objectifs de croissance d'activité, à travers la maîtrise de la durée de séjour, ainsi que des objectifs opérationnels de maîtrise de la consommation de ressources.

En mettant l'accent sur la qualité pour conquérir des parts de marché et en assurant le développement de l'activité par la maîtrise de la durée de séjour sans attendre d'obtenir des coûts fins par séjour à comparer aux tarifs, il est possible de bâtir une stratégie reposant sur l'adhésion des pôles à des objectifs opérationnels qui restent contrôlables pour les pôles et entrent alors plus facilement dans leur champ de responsabilité.

2.2 La maquette de tableau de bord proposée vise l'articulation du stratégique et de l'opérationnel

2.2.1 Les indicateurs doivent traduire des causalités dans les déterminants de la performance

En analysant de nombreux tableaux de bord d'entreprises, P. Iribarne³⁷ relève leur fréquente insuffisance à décrire la performance globale de l'organisation. Il constate que les tableaux de bord sont le plus souvent :

- **passéistes** : les indicateurs sont surtout financiers et reflètent une performance passée de l'organisation. Ils ne permettent pas d'apprécier les évolutions en cours, ou de mesurer l'avancement d'une stratégie.
- **partiels** : Les indicateurs ne recouvrent que partiellement les enjeux de l'organisation. Les données liées aux ressources humaines, à la qualité, à la satisfaction des clients sont autant de domaines réservés aux fonctions concernées, qui font l'objet de « reporting » spécifiques. Ce cloisonnement entre les différents domaines de performances est renforcé par l'absence de liens de cause à effet entre indicateurs. Une conséquence perverse majeure est que chaque service peut être efficace séparément sans que la valeur ajoutée globale de l'organisation soit démontrée. Les indicateurs partiels peuvent être trompeurs.

L'objectif est donc de définir des indicateurs et des tableaux de bord qui soit élaborés comme un système et non comme une collection de mesures. Il faut en effet hiérarchiser l'information afin de permettre au pôle une lecture des causalités de la performance.

Il est nécessaire d'identifier des indicateurs « avancés » qui permettent d'anticiper et des indicateurs « rétroviseurs » qui permettent de juger d'une situation. Par ailleurs, il convient d'équilibrer les mesures entre indicateurs « lents » et indicateurs « rapides ». L'attractivité d'un établissement de santé mesurée sous forme de parts de marché est un indicateur lent. L'impact du recrutement d'un médecin ou du développement d'une nouvelle activité sur la captation de la patientèle sera en général moins rapide que les effets d'une politique d'amélioration de la qualité des repas sur la satisfaction des patients hospitalisés par exemple.

³⁷ P. IRIBARNE, ouvrage déjà cité.

2.2.2 Le décisionnel doit intégrer les divers outils de gestion existant dans une structure cohérente et unifiée

A) Préparer l'intégration de la comptabilité analytique au décisionnel

Afin de développer sa comptabilité analytique, le CH de Roanne a recruté en 2006 un contrôleur de gestion avec l'objectif d'intégrer à horizon 2009 la base de l'ENCC. L'exhaustivité du rattachement au séjour des charges directes n'est actuellement limitée que par des problèmes informatiques concernant les logiciels de la pharmacie et du laboratoire qui sont en cours de résolution. Cette évolution logicielle permettra d'intégrer prochainement au datawarehouse le secteur médico-technique qui bénéficiera de données d'activité à l'instar des pôles cliniques.

Si la Direction des Affaires Financières dispose déjà d'un logiciel de comptabilité analytique, l'automatisation actuelle des opérations comptables ne permet pas de contrôler la qualité des imputations qui n'est pas toujours garantie en raison des limites du système informatique ou lors de la saisie. C'est pourquoi la comptabilité analytique est « retravaillée » dans Excel pour calculer en particulier le coût des unités d'œuvre. La détermination des unités d'œuvre ainsi que des clés de répartition, sujet sensible comme on l'a vu plus haut, nécessite un rapprochement parfois difficile avec les pôles. Mais cette démarche participe bien du dialogue de gestion dont le projet décisionnel veut être le socle et le promoteur.

Les évolutions prévues du système d'information permettront par ailleurs d'installer prochainement une nouvelle version du logiciel de comptabilité analytique dont les résultats pourront être intégrés au décisionnel.

B) Utiliser les informations de la note de conjoncture

La note de conjoncture mensuelle, document de suivi budgétaire et qui existe depuis 2002 a considérablement évolué depuis 2005 avec le passage à la T2A, en particulier dans le cadre du suivi quadrimestriel de l'EPRD. Elle reste un document de suivi budgétaire mais elle est devenue plus prospective dans sa construction. Les réalisations mensuelles sont rapprochées des prévisions mensualisées³⁸ de recettes et dépenses. Les écarts aux prévisions initiales et la tendance observée en cumul permettent une projection des réalisations au 31/12/n et de prendre les mesures qui s'imposent au regard de l'objectif d'EPRD. Ces éléments de recettes et dépenses de la note de conjoncture entreront dans le calcul de l'indicateur Produits/Charges que nous proposerons plus loin

³⁸ Par exemple en ce qui concerne les recettes T2A, l'analyse d'une chronique de l'activité PMSI depuis 2004 a permis de calculer une tendance (trend) et des coefficients saisonniers qui sont utilisés pour mensualiser l'EPRD annuel prévisionnel.

dans la présentation de la maquette de tableau de bord. On trouvera ci-dessous un exemple de suivi des recettes :

Réalisations Q1 par rapport aux prévisions EPRD saisonnalisées (Holt-Winters)

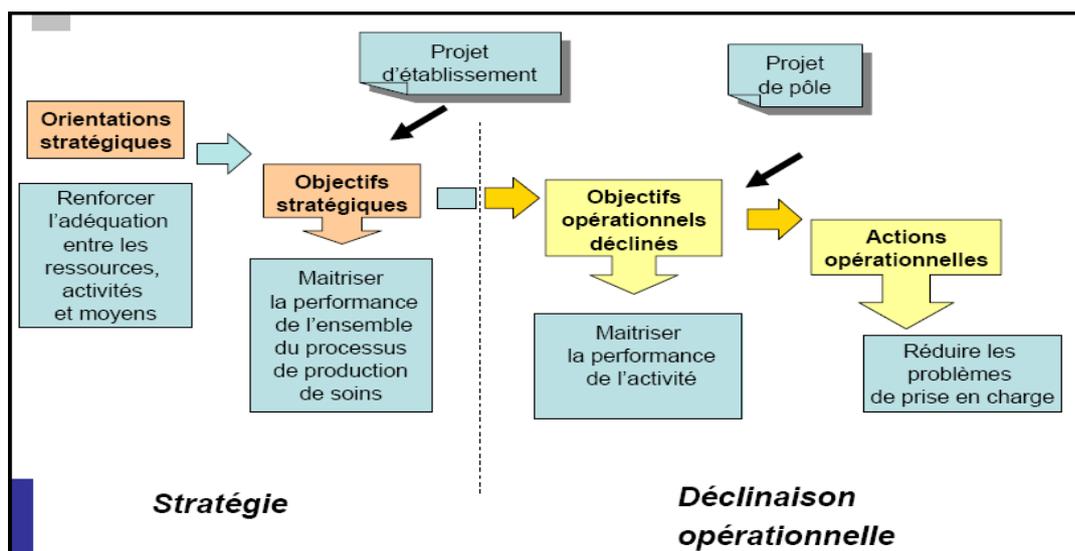
En valorisation	609 700 €	↗					
En volume	2.4%	↗					
Réalisé	M1	M2	M3	M4	Total	EPRD hw	écarts
Hosp, MCO	5 873 268	6 042 470	5 681 939	5 994 185	23 591 862	23 089 264	2.2%
Externe	503 322	475 655	489 322	508 398	1 976 697	1 881 526	5.1%
HAD	133 295	126 882	142 792	129 741	532 710	520 780	2.3%
Total	6 509 885	6 645 007	6 314 053	6 632 324	26 101 269		
EPRD hw	6 326 375	6 140 305	6 760 538	6 264 352		25 491 570	2.4%

2.3 Présentation de la maquette

Comme il a été précisé plus haut, la maquette de tableau de bord proposée ne présente pas encore un caractère opérationnel dans sa globalité. Les développements techniques du système décisionnel et l'intégration progressive des différents domaines conditionneront la mise en œuvre automatique de cette maquette. Toutefois l'objectif est de préfigurer, y compris à partir d'outils actuellement extérieurs au décisionnel (calculés séparément), un tableau de bord qui sera testé sur le pôle de Chirurgie/Bloc/Anesthésie qui a accepté d'être pôle pilote.

2.3.1 Un système pyramidal pour guider l'analyse

Comme le souligne les recommandations du GMSIH, dans la conduite de l'établissement, les orientations, les objectifs et les actions doivent former un système comme l'indique le schéma ci-dessous (Source : GMSIH Kit de base des tableaux de bord, 2006) :

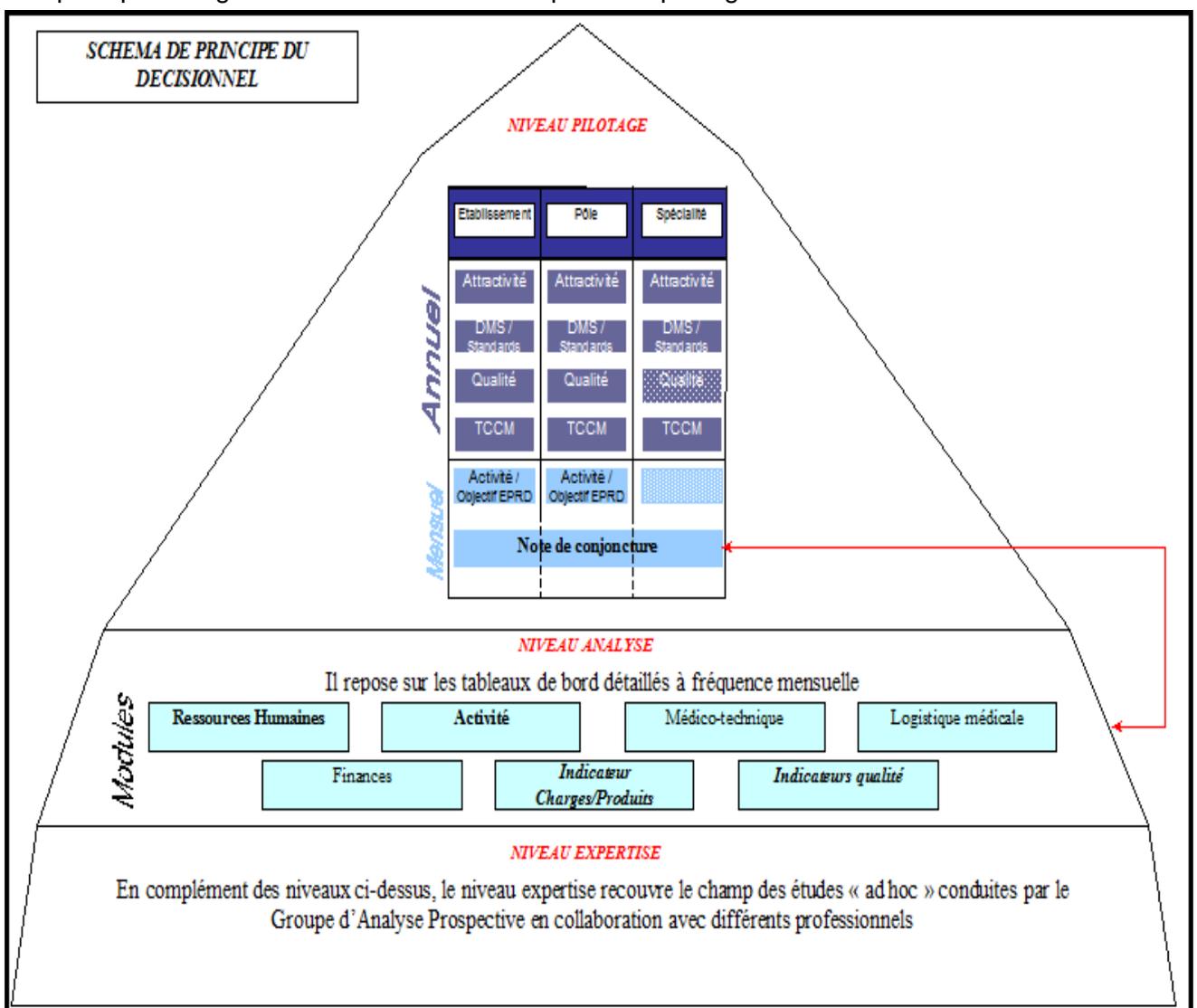


La déclinaison se fait de manière pyramidale. Les objectifs et actions de l'entité supérieure (établissement niveau N) doivent correspondre et être en cohérence avec ceux de l'unité N-1 (pôle, regroupement de services). Par ailleurs, les indicateurs retenus doivent d'abord permettre et favoriser la comparaison interne et externe, à la moyenne

comme aux meilleurs (benchmarking). Mais les indicateurs ont également vocation à traduire et à porter les objectifs stratégiques d'une institution. En nombre limité, ces indicateurs n'ont effectivement de sens que s'ils sont reliés aux objectifs stratégiques de l'institution et que s'ils en sont la déclinaison pour chaque interlocuteur dans son champ de responsabilité.

Dans la production des indicateurs, l'outil décisionnel permet précisément de développer une arborescence selon le principe des « poupées gigognes » énoncé ci-dessus. L'analyse à partir du portail décisionnel pourra être ainsi guidée par une navigation selon l'échelle d'observation : établissement, pôle, service. De la sorte, on peut passer du niveau stratégique de l'établissement au niveau plus opérationnel du pôle en gardant une cohérence dans les causalités sous-jacentes.

Ces principes ont guidé l'élaboration de la maquette de pilotage ci-dessous :



Le 1er niveau est le tableau de bord de l'établissement pris en sa globalité. Il regroupe 5 pavés.

Ce choix d'indicateurs repose sur les analyses précédemment développées, notamment en ce qui concerne la DMS qui est un très bon indicateur de la performance processus de la structure. Les indicateurs sont les suivants :

- QUALITE : ICALIN³⁹ ou IPAQH⁴⁰;
- TCCM : benchmarking par rapport à l'ENCC ;
- D. M. S. : écart par rapport aux DMS standards de la base nationale ;
- ATTRACTIVITE : attractivité comparée par commune et fuites hors bassin ;
- ACTIVITE : en regard des prévisions EPRD mensualisées .

Les quatre premiers indicateurs sont des indicateurs lents et sont calculés annuellement au niveau de l'établissement, du pôle et éventuellement du service. En ce qui concerne l'activité au regard des objectifs EPRD, elle est mensuelle puisque cet indicateur peut être calculé à partir des éléments de la note de conjoncture mensuelle.

Le TCCM calculé au niveau établissement résulte des processus de prise en charge globale et révèle la performance de la « chaîne » de soins qui associe les pôles cliniques et les pôles supports dans la création de la valeur hospitalière.

Le niveau analyse regroupe les tableaux déjà intégrés ou à venir dans le décisionnel et qui permettent un pilotage opérationnel. Certains indicateurs de l'axe qualité pourront être intégrés très prochainement : résultats des questionnaires de sortie, délai d'émission de la lettre de sortie, délai d'attente pour un examen d'imagerie...

Ce niveau est celui de la gestion opérationnelle du pôle ou de la spécialité, les indicateurs étant produits à un niveau fin et détaillé (en caractère gras sur le graphique figurent les domaines déjà intégrés ou à intégrer très prochainement).

Le niveau expertise concerne des études ad hoc qui peuvent être demandées par le Conseil Exécutif, la direction, les pôles ou les spécialités et qui requièrent des compétences techniques apportées par le GAP auquel peuvent être associés d'autres professionnels.

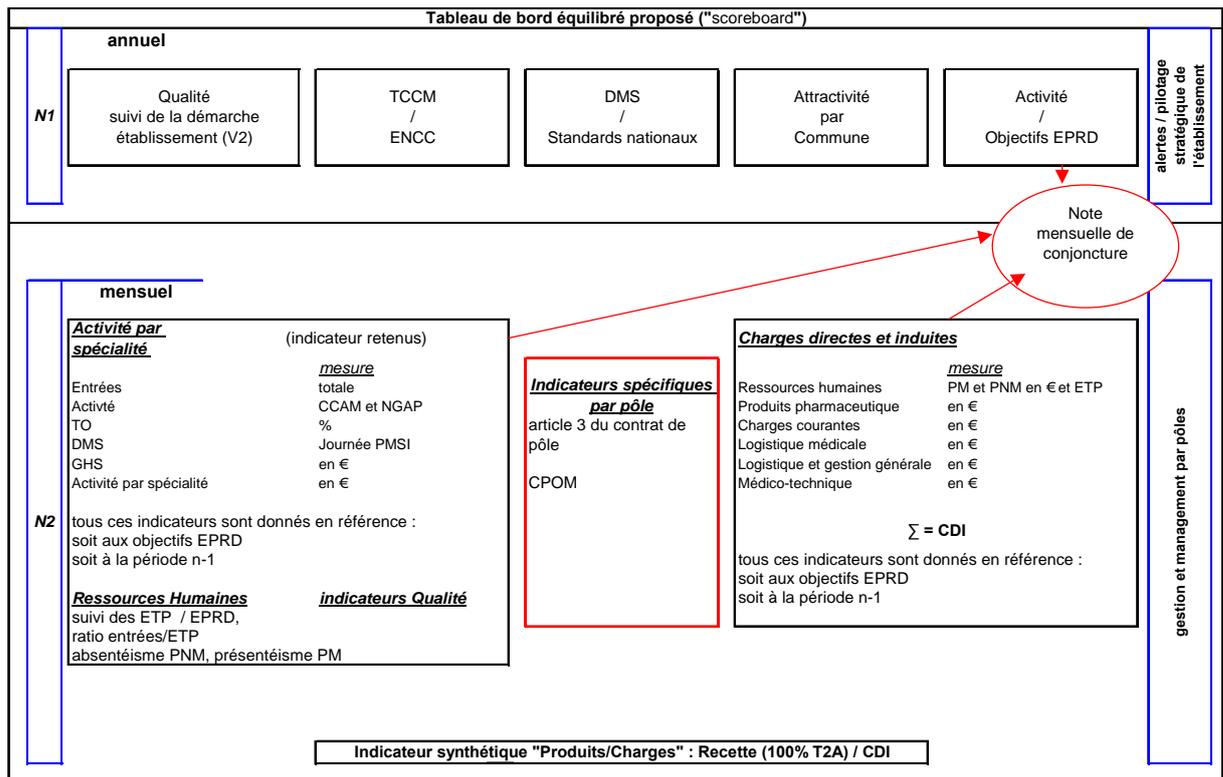
Le principe de l'analyse hiérarchisée est le suivant : le chef de pôle qui constate par exemple une DMS défavorable au niveau de son pôle pourra accéder à ce même

³⁹ Indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales.

⁴⁰ IPAQH : Indicateurs de Performance pour l'Amélioration de la Qualité Hospitalière. Ils concernent la tenue du dossier patient et du dossier anesthésique et le respect des bonnes pratiques de prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë.

indicateur au niveau de la spécialité⁴¹. Il accède par ailleurs au niveau analyse qui présente une variété d'indicateurs permettant de décrire les différents axes de la performance et qui donnent des clés d'analyse sur les processus et les organisations concourant in fine à la DMS de son pôle. Si les indicateurs ne suffisent pas à lui apporter une analyse complète, il peut recourir au niveau expertise qui développera une étude ad hoc.

On peut préciser le passage du niveau établissement (stratégique) au niveau pôle par le tableau ci-dessous :



La note mensuelle de conjoncture fait le lien entre les deux niveaux. Elle sera calculée pour l'établissement mais également en référence à des objectifs par pôle qui semblent indispensables pour donner le cap. Ainsi, pour le pôle, des éléments de suivi budgétaire à caractère prospectif (la note de conjoncture intègre des projections d'activité fondées sur les écarts mensuels 'réalisé/prévisionnel') figureront aux côtés des indicateurs d'activité et de ressources humaines.

Ils seront complétés par des indicateurs spécifiques au pôle qui figurent à l'article 3 des contrats de pôle en cours de signature. Ces derniers concernent des indicateurs CPOM relatifs au SROS3 ou à la part variable complémentaire pour les spécialités chirurgicales

⁴¹ D'un point de vue technique, le décisionnel proposera une navigation de type « portail » qui orientera l'utilisateur d'un niveau d'analyse à l'autre, par l'entrée dans des répertoires hiérarchisés.

(par exemple, qualité du codage PMSI, indicateurs de suivi des infections du site opératoire...).

2.3.2 L'indicateur Produits/Charges permettra au pôle de se situer dans un contexte T2A

En utilisant le suivi des recettes et dépenses de la note de conjoncture (dépenses directes en particulier⁴²) on peut construire un indicateur 'Produits/Charges' mensuel comme une alternative au CRÉA. Cet indicateur permettra aux pôles de se situer dans le contexte T2A. C'est son évolution qui est significative plutôt que sa valeur absolue. Il ne repose pas sur des coûts complets qui sont toujours critiquables dans leur mode de calcul. Malgré l'imperfection de ce dernier (il ne prend pas en compte la logistique médicale et générale, comme le montre le tableau plus bas), il apportera une notion forte de gestion par pôle en soulignant la nécessité pour les pôles de dégager ($P/C > 1$) une marge analogue à l'Exédent Brut d'Exploitation pour couvrir au niveau de l'établissement les charges de structure mais sans susciter toutefois des comparaisons directes entre pôles.

Indice de performance financière :

Le mode de calcul regroupe :

Les charges directes du pôle

Les charges indirectes médico-techniques

Charges non prises en compte

Les charges indirectes de la logistique médicale (pharmacie, stérilisation, biomédical, hygiène...)

Les charges indirectes de la logistique et gestion générale (restauration, blanchisserie ...)

Les charges de structure

Dépenses			Recettes		
Hospitalisation			Hospitalisation		
Titre	Intitulé	Nature	Titre	Intitulé	Nature
1	Personnel médical	Charge directe	1	GHS	Activité
1	Personnel soignant	Charge directe	1	suppléments	Activité
1	Personnel autres	Charge directe	1	Forfait	Autres
2	Consommables médicaux	Charge directe	1	MODMI	Autres
4	Amortissements	Charge directe	1	MIG	Autres
Sous total charges directes			Total recette d'activité		
B	laboratoires	Charge induite	2	Ticket modérateur	Produits Hosp.
P	anatomie - pathologie	Charge induite	Consultation		
AMK	rééducation	Charge induite	1	CCAM	Soins externes
ICR	anesthésiologie	Charge induite	1	NGAP	Soins externes
ICR	explorations fonctionnelles	Charge induite	2	Ticket modérateur	Produits Hosp.
1/2 h	smur terrestre	Charge induite	Total recettes consultation		
ICR	bloc obstétrical	Charge induite	Total général		
ICR	imagerie centrale	Charge induite	<div style="background-color: #00bfff; padding: 10px; text-align: center;"> <p>Performance < 1 ou > 1 marge d'amélioration : c'est l'évolution de l'indicateur qui est signifiante plutôt que sa valeur absolue</p> </div>		
Passage	sau - upatou	Charge induite			
ICR	bloc opératoire central	Charge induite			
Sous total Médico-technique					
Consultation					
1	Personnel médical	Charge directe			
1	Personnel soignant	Charge directe			
1	Personnel autres	Charge directe			
2	Consommables médicaux	Charge directe			
4	Amortissement	Charge directe			
Sous total charges directes					
Total général					

⁴² Les charges induites seront valorisées aux coûts d'unités d'œuvre établis par la comptabilité analytique de l'année précédente ce qui constitue une approximation satisfaisante.

2.4 Le décisionnel doit être le support technique de la contractualisation et des délégations de gestion

2.4.1 Les indicateurs de pilotage et l'évaluation des pôles

La contractualisation interne et la délégation de gestion sont les deux éléments fondamentaux permettant, d'une part, de responsabiliser le pôle sur des objectifs qualitatifs et quantitatifs inscrits au sein d'un contrat, et, d'autre part, de déconcentrer au niveau du pôle la prise de décision dans les domaines de gestion le concernant. La délégation de gestion et la contractualisation avec les pôles, tout en étant deux actes séparés, vont de pair.

Aux termes de l'article L-6145-16⁴³ du code de la santé publique : « Les établissements publics de santé mettent en place des procédures de contractualisation interne avec leurs pôles d'activité, qui bénéficient de délégations de gestion de la part du directeur. Le contrat négocié puis cosigné entre le directeur et le président de la commission médicale d'établissement, d'une part, et chaque responsable de pôle d'activité, d'autre part, définit les objectifs d'activité, de qualité et financiers, les moyens et les indicateurs de suivi des pôles d'activité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat. La délégation de gestion fait l'objet d'une décision du directeur ».

Au CH de Roanne, il est prévu de signer avant la fin de l'année 2008 des contrats de pôle qui définiront les délégations de gestion. L'établissement a souhaité aller assez loin en ce domaine, afin de mettre en œuvre au niveau du pôle le principe de subsidiarité qui consiste à laisser agir l'échelon de proximité chaque fois qu'il se trouve être le mieux qualifié pour opérer les choix les plus pertinents. Le contrat-type prévoit en effet cinq domaines de délégations :

- la gestion des effectifs non-médicaux (hors recrutement, gestion de carrières et notation), dans le cadre d'un volume global annuel,
- la gestion des effectifs médicaux, dans les mêmes conditions,
- l'évaluation des pratiques professionnelles,
- le développement ou la création d'activités dans le cadre des effectifs annuels,
- la gestion des relations avec les pôles prestataires (contrats clients-fournisseurs).

⁴³ Créé par l'ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

En contrepartie de la délégation de gestion, un montant de dépenses pour chaque domaine de délégation sera défini chaque année, avec des règles spécifiques laissant la possibilité au pôle de transformer certains moyens en les adaptant à ses projets.

Dans cette perspective, le système décisionnel doit permettre au pôle d'assumer sa gestion et de suivre ses objectifs de performance globale (gestion médico-économique, qualité, bonnes pratiques...). Ainsi dans l'article 2.5 du contrat de pôle, il est mentionné explicitement que « dans le cadre d'un calendrier revu annuellement pendant la période du contrat, la direction s'engage à mettre à la disposition des acteurs du pôle les moyens et les actions suivantes :

- les indicateurs d'activité, de ressources humaines, de prestations médico-techniques, de qualité, de coûts et de ressources, issues du système d'information décisionnel accessible par l'intranet,
- les informations et indicateurs nécessaires au suivi et à l'amélioration des bonnes pratiques,
- les délégations de gestion définies à l'article 2.6, dont les modalités pratiques seront élaborées pendant la première année du présent contrat. »⁴⁴

En contrepartie, le pôle s'engage sur les objectifs et les actions suivantes :

- la qualité du recueil, de la diffusion et de la transmission de l'information à la source dans les délais impartis pour les besoins des acteurs hospitaliers du pôle et de l'institution,
- l'atteinte des objectifs d'activité définis conjointement avec le Conseil Exécutif chaque année dans le respect du projet d'établissement et du CPOM,
- la bonne utilisation des moyens dont la gestion lui a été déléguée dans le souci de la meilleure qualité au moindre coût,

La maquette qui fera l'objet d'une expérimentation avec le pôle Chirurgie/Bloc/Anesthésie permettra de tester les indicateurs proposés qui seront progressivement enrichis. Leur calcul, encore externe au décisionnel pour certains, sera automatisé à mesure que les différents domaines métiers (finances, résultats de comptabilité analytique, recettes T2A PMSI...) seront intégrés. Pour donner à cette expérimentation un caractère institutionnel et un signe fort d'engagement de gestion, cette démarche pourra figurer parmi les objectifs du pôle.

⁴⁴ Il s'agit d'un extrait et non de l'intégralité de l'article.

2.4.2 La nécessaire mise en place des assistants de gestion pour le développement d'un contrôle de gestion partagé

Le projet de la Direction est de renforcer le management en introduisant une fonction d'assistant de gestion. En effet, il est nécessaire comme on l'a vu plus haut de faciliter l'analyse et l'exploitation des informations dans une logique opérationnelle, car aujourd'hui la densité des tableaux de bord peut être un frein à son utilisation dans les pôles.

Il est ressorti des entretiens menés auprès des utilisateurs que l'appropriation sera facilitée si le déploiement du décisionnel est accompagné. Les médecins et soignants ressentent en effet le besoin d'une assistance dans l'analyse de la gestion du pôle. Ainsi, dans le contrat de pôle, il est mentionné que « au plus tôt, il sera créé dans chaque pôle clinique et médico-technique un poste d'assistant de gestion qui sera placé sous l'autorité du coordonnateur de pôle. Le descriptif de ses missions fera l'objet d'un avenant au présent contrat. Dès la création de ce poste, le directeur délégué sera repositionné comme directeur adjoint référent du ou des pôles concernés ».

Le positionnement institutionnel de l'assistant de gestion est en effet un enjeu fort de la gouvernance ⁴⁵ et la Direction a souhaité les intégrer pleinement à la vie du pôle en les plaçant sous l'autorité du coordonnateur de pôle.

L'idée est de prévoir 0,5 ETP par pôle, en redéployant des effectifs issus des pôles de gestion. Cependant, ce projet reste à préciser, tant au niveau des profils de poste que des ressources redéployées. En effet, les contours opérationnels de ce métier émergent restent à définir et le déploiement récent des assistants de gestion dans les hôpitaux ne permet pas encore de « standardiser » cette fonction qui présente une grande variabilité selon les endroits.

Au CHU de Bordeaux, la réflexion sur le déploiement des assistants de gestion a accompagné la mise en place des pôles. La coordinatrice des assistants de gestion a mis en place un programme interne de formation au contrôle de gestion et à l'analyse médico-économique. Certains assistants contractuels ont par ailleurs été recrutés à l'extérieur sur des profils à dominante gestionnaire.

Depuis février 2007, les dix-neuf assistants de gestion partagent leur temps de travail entre la direction fonctionnelle à laquelle ils restent rattachés pour la plupart et le pôle (0,5 ETP). Via intranet et un requêteur Business Object, ils accèdent en autonomie aux données du système d'information de gestion (partiellement en ce qui concerne le PMSI) et préparent les analyses nécessaires au pilotage du pôle dans le cadre des délégations

⁴⁵ L'attribution récente d'une prime (arrêté du 22 août 2008 fixant le montant de la prime aux agents de la fonction publique hospitalière exerçant les fonctions d'assistant de responsable de

de gestion. Ils se retrouvent régulièrement dans des ateliers thématiques (gestion économique et financière, activités médico-techniques, activités médicales) pour travailler sur les indicateurs. Ils constituent à cet égard un relais important des pôles dans l'évolution des tableaux de bord. Ils restent hiérarchiquement rattachés à leur direction fonctionnelle ce qui fait débat au sein des pôles qui y voient parfois un obstacle à sa « neutralité »...

Le déport de la production statistique sur les assistants de gestion a permis de libérer (un peu) du « temps d'analyse » pour la structure centrale de contrôle de gestion.

A côté des missions de gestion qui constituent leur « cœur de métier », les tâches qu'ils assurent dépendent du positionnement qu'ils ont pu et su adopter au sein du pôle, allant du travail administratif de secrétariat parfois jusqu'à la véritable gestion de projet.

Le CHI d'Elbeuf Louviers, plus proche par la taille du CH de Roanne, a également déployé, selon des quotités de temps variables, des assistants de gestion recrutés parmi les adjoints des cadres ou les attachés d'administration et qui conservent par ailleurs un rattachement à une direction fonctionnelle. Les compétences en matière de gestion sont inégales.

Le trio de pôle accède aux tableaux de bord via intranet mais n'accède pas aux requêtes. En effet, la structure de contrôle de gestion ne souhaite pas recréer un « mini-contrôle » de gestion dans chaque pôle. Afin qu'un partage de l'information soit réellement efficace, celle-ci doit être contrôlée et requiert pour sa production des compétences spécialisées qu'il est difficile actuellement de déployer dans chaque pôle.

pôle d'activité clinique ou médico-technique) est une reconnaissance de l'importance de cette fonction.

Conclusion

Cette étude qui s'inscrit comme un bilan d'étape dans le déploiement du projet décisionnel a mis en évidence que la dynamique d'appropriation de cet outil est bien en marche au CH de Roanne. Certes, les tableaux de bord actuels suscitent des remarques quant à leur imperfection pour décrire une réalité hospitalière complexe. Mais, comme le souligne P. Expert, le tableau de bord idéal tient de « l'arlésienne et du phénix » et la vocation d'un tableau de bord est au fond d'être un « document martyr, complété, discuté, contesté, renouvelé ». Cela souligne que le mode d'élaboration des tableaux de bord est déterminant et dans cette perspective, l'association des médecins et soignants à l'élaboration d'un outil de pilotage leur redonne du contrôle sur leur activité et favorise le rapprochement des cultures visé par la nouvelle gouvernance.

La co-production et le partage d'information pose en effet les bases d'un dialogue de gestion. En régime T2A, qui nécessite l'anticipation des recettes et la maîtrise de l'activité, ce dialogue est fondamental et on constate qu'il se développe. Le médecin et le soignant deviennent, par la force des choses, plus gestionnaires. Dans cette dynamique perceptible de gestion, le tableau de bord décisionnel doit être équilibré, capable de traduire une mesure multidimensionnelle de la performance. La maquette proposée vise précisément à guider l'analyse à travers un ensemble d'indicateurs non exclusivement financiers. L'introduction des CREA doit être progressive et accompagnée pour éviter des interprétations trop immédiates, sources de tendance « centrifuges », qui pourraient fragiliser le dialogue de gestion. La démarche expérimentale qui aura lieu avec le pôle Chirurgie/Bloc/Anesthésie permettra d'enrichir, d'adapter cette maquette et de tester la pertinence de l'indicateur de performance Produits/Charges introduit comme alternative au CREA.

Enfin, dans le cadre de la contractualisation prochaine et des délégations de gestion, le principe de subsidiarité conduira les pôles à opérer des choix de gestion pour plus de réactivité et d'efficacité. Ils devront les opérer et les assumer en « connaissance de cause ». L'information apportée par l'outil de pilotage du décisionnel sera alors utilement relayé par les assistants de gestion qui seront installés dans les pôles et permettront de mettre en œuvre les conditions favorables à un contrôle de gestion partagé.

*

*

*

Bibliographie

OUVRAGES :

AUTISSIER, D. / *Mesurer la performance du contrôle de gestion*. Paris : Editions d'organisation, 2007

BERLAND N. / *Mesurer et piloter la performance*. Editions de la Performance, Août 2004

BOUQUIN H. / *Le contrôle de gestion*. PUF, 2004

ESCAFFRE J.P. *Le contrôle de gestion des unités de soins hospitaliers*. Paris, Economica, 2007

EXPERT P. / *La tarification à l'activité. Médecine et gestion : une dynamique nouvelle*. 2^{ème} édition, Paris Berger-Levrault, 2006

HAGEGE C. / *Gouverner le système d'information hospitalier ou l'éloge du tailleur du souverain*. Bordeaux : Les Etudes Hospitalières, 2006

INMON W.H., HACKATHORN R.D. / *Using the data warehouse*, Wiley-QED, 1994

KAPLAN R.-S., NORTON D.-P. / *The Balanced Scorecard*. Boston, Harvard Business School Press, 1996

MINTZBERG H. / *Structure et dynamique des organisations*. Paris : les éditions d'organisation, 1982

IRIBARNE, P. / *Les tableaux de bord de la performance*. Paris : Dunod, 2003

GUIDES :

Agence Nationale d'Accréditation d'Evaluation en Santé. (A.N.A.E.S.). / *Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé : principes généraux*. Paris, Mai 2002

GMSIH / *Systèmes d'Information Décisionnels dans les établissements de santé : analyse de l'offre éditeur au 31/07/2007*, Version 1.0, support électronique

GMSIH / *Le kit de base des tableaux de bord pour les établissements de santé*, Version 1.0, support électronique, septembre 2007

MeaH / ENSP *Nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôles, Contribution méthodologique à la construction des Tableaux Coûts Case Mix (TCCM) et des Comptes de résultats analytiques (CRÉA)*

THÈSE :

LOUBET G. / *Du praticien hospitalier au médecin-gestionnaire, hybridation du métier et tensions de rôle : Une étude exploratoire*. Thèse de Doctorat, Université de Montpellier 2, 2007

ARTICLES DE PERIODIQUES:

NOBRE T. / *Le tableau de bord prospectif, un outil de gestion pour l'hôpital ?* Gestions Hospitalières, mars 2002

HART J. / *De la révolution informatique à la révolution soignante.* Techniques Hospitalières, novembre-décembre 2007

EXPERT P. / *Le Tableau de bord idéal, Arlésienne et phénix,* Réflexion Hospitalières numéro 504, mai-juin 2005

SELLERET F.X., BUGNON MURYS F., HEUCLIN C., COURAY-TARGE / *Décliner la T2A en gestion budgétaire interne.* Gestions Hospitalières, Novembre 2005.

SERRE O., SIGNAC F. / *Elaboration de tableaux de bord : une ardente obligation.* Gestions Hospitalières, Novembre 2007

GOTTSMAN J., PONTONNIER M-A / *Mise en place de tableaux de bord par service* Gestions Hospitalière, décembre 2002.

LECLERCQ F., SELLERET F.X. *La T2A, un outil pour une possible révolution culturelle et manageriale.Sa mise en œuvre aux Hospices Civils de Lyon.* Journal d'Économie Médicale 2005, Vol. 23, n° 3-4, 201-207

Liste des annexes

Annexe 1 : présentation du CH de Roanne

Annexe 2 : exemple de tableau RH effectifs pour un pôle

Annexe 3 : exemple de tableau ANASIM pour un pôle

Annexe 1. Présentation du CH de Roanne

Situé à la limite nord ouest de la région Rhône Alpes, au nord du département de la Loire, le Centre Hospitalier de Roanne est dans le cadre du SROS3 l'établissement de référence au sein du bassin de santé roannais constitué de plus de 150.000 habitants. D'une capacité diversifiée de plus de 1000 lits (MCO, SSR, USLD, psychiatrie adulte et pédo-psychiatrie, HAD, SSIAD...) le CH de Roanne offre l'accès aux principales disciplines médicales et chirurgicales et son SAU est également le siège du centre 15 SAMU 42B. La maternité qui comporte une unité de néonatalogie (4 lits) est de niveau IIb. La gouvernance du CH repose sur une organisation en pôles, 7 pôles cliniques, 1 pôle médico-technique et 2 pôles de gestion (ressources, management).

La structure des Pôles d'activité est la suivante :

Pôles médicaux

- Urgences – Réanimation
- Médecine et Pathologie vasculaire
- Médecine et Cancérologie
- Chirurgie – Bloc – Anesthésie
- Femme – Enfant
- Gériatrie – MPR
- Psychiatrie

Pôle médico-technique

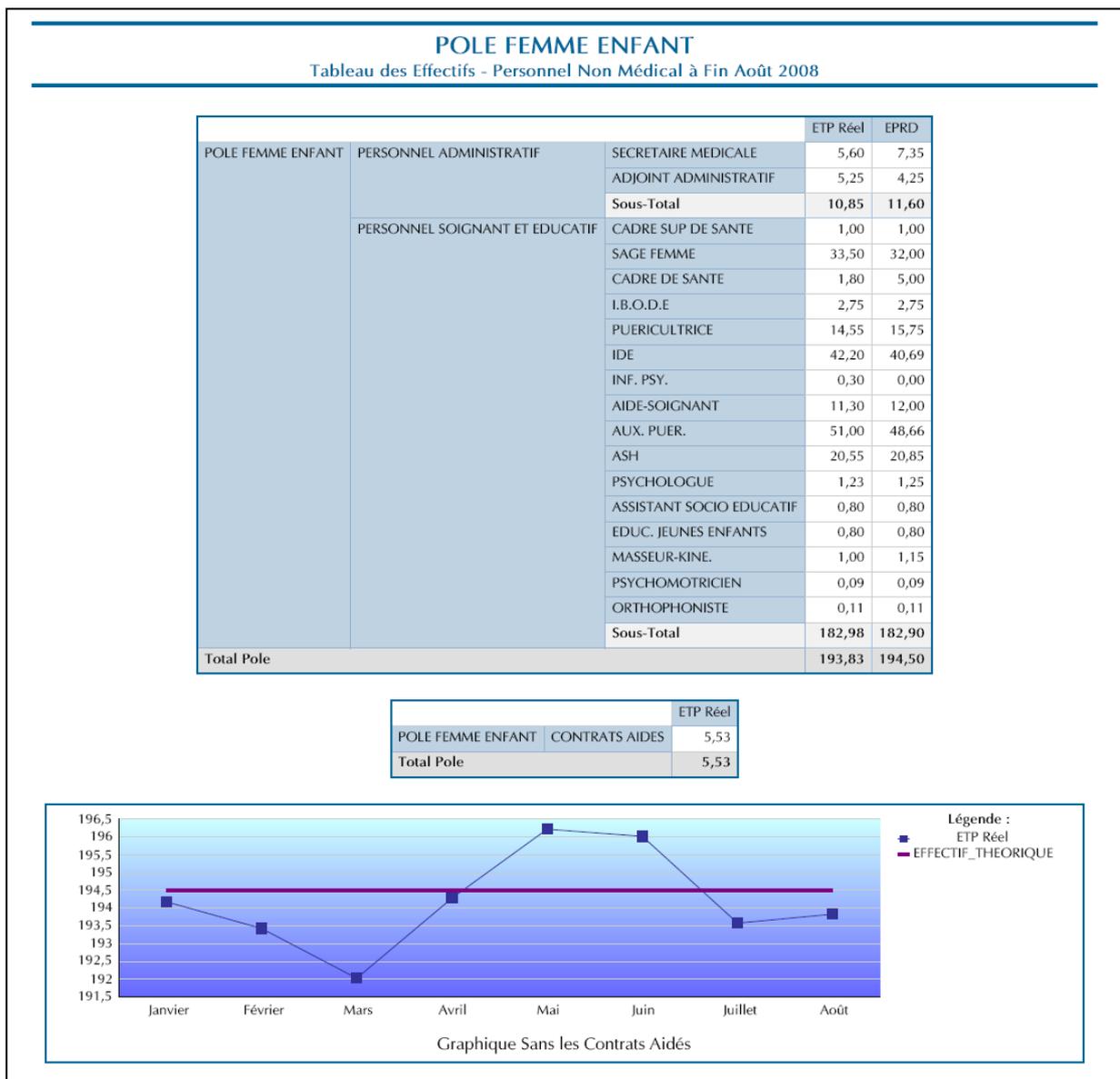
Pôles de gestion

- Ressources (dont le DIM)
- Management

Le CH est engagé dans un important programme de reconstruction de son secteur chirurgical et de son pôle femme-enfant lequel a presque doublé son activité d'obstétrique suite à l'absorption de la Clinique privée Brossolette en mars 2006. Les nouveaux locaux seront opérationnels en 2009 et la perspective prochaine du déménagement se traduit par une montée en charge progressive des diverses opérations de phasages et des réorganisations soignantes et médicales. La préparation de la visite de certification (V2) qui aura lieu en janvier 2009 conforte par ailleurs ce large mouvement d'analyse des pratiques et des process.

En termes financiers, le déficit structurel de l'établissement a conduit à la mise en place d'un plan de retour à l'équilibre pour les années 2006 à 2009. Le déficit structurel en 2007 s'est élevé à 4.2 M€ (sur un budget d'environ 125 M€) rabaissé à 2.8 M€ par une aide exceptionnelle de l'ARH. Concernant l'application de la T2A à 100% en 2008 l'établissement apparaît sous-doté. Ce déficit structurel, accentué par les coûts de la reconstruction, a orienté les débats budgétaires pour l'EPRD 2008.

Annexe 2. Exemple de tableau RH : effectifs pour un pôle



Annexe 3. Exemple de tableau ANASIM pour un pôle

TABLEAU DE BORD MENSUEL POLE FEMME ENFANT				
Données Cumulées du 1er janvier à fin Août				
---- 2007 ---- 2008				
Nombre de séjours		Données cumulées de Janvier à Août 2008	Données cumulées de Janvier à Août 2007	Ecart
GYNECO OBSTETRIQUE	ASSIST MED PROCREATION	56	101	-45
	CMSF HJ	197	200	-3
	GYNECOLOGIE	820	814	6
	OBSTETRIQUE	1 570	1 563	7
	total service	2 643	2 678	
PEDIATRIE GRANDS ENFANTS	PEDIATRIE GD ENFANTS H4	1 052	1 147	-95
	total service	1 052	1 147	
PEDIATRIE NOURRISSONS	NEONAT SOINS INTENSIFS F4	92	93	-1
	PEDIATRIE NEONAT F4	140	110	30
	PEDIATRIE NOURRI F4	501	561	-60
	total service	733	764	
Total pôle	4 428	4 589	-161	

Nombre de naissances		Données cumulées de Janvier à Août 2008	Données cumulées de Janvier à Août 2007	Ecart
GYNECO OBSTETRIQUE		1 308	1 336	-28

Taux d'Occupation		Données cumulées de Janvier à Août 2008	Données cumulées de Janvier à Août 2007	Ecart
GYNECO OBSTETRIQUE		72,55%	66,70%	5,85%
PEDIATRIE GRANDS ENFANTS		49,08%	50,85%	-1,78%
PEDIATRIE NOURRISSONS		71,70%	67,73%	3,97%
Moyenne Pôle		67,22%	63,50%	0,00%

Durée Moyenne de Séjour		Données cumulées de Janvier à Août 2008	Données cumulées de Janvier à Août 2007
GYNECO OBSTETRIQUE		4,19	4,07
PEDIATRIE GRANDS ENFANTS		2,46	2,34
PEDIATRIE NOURRISSONS		5,26	4,73
Moyenne		3,93	3,72

Nombre d'actes réalisés par les praticiens du pôle sur les patients externe		Données cumulées de Janvier à Août 2008	Données cumulées de Janvier à Août 2007	Ecart
Acte d'échographie		2 864	2 538	326
Acte d'imagerie		48	32	16
Acte d'obstétrique		1 681	925	756
Acte Infirmier		11	11	0
Acte Sage-Femme		381	316	65
Acte technique medical		532	482	50
Actes de chirurgie		105	75	30
Biologie			7	-7
Biologie-Biochimie-Bactériologie		26		26
Consultation		10 050	10 714	-664
Non Identifié		1 593		1 593
Total		17 291	15 100	2 191

Nombre d'actes réalisés par les praticiens du pôle sur les patients hospitalisés		Données cumulées de Janvier à Août 2008	Données cumulées de Janvier à Août 2007	Ecart
Acte d'anesthésie			3	-3
Acte d'échographie		434	476	-42
Acte d'imagerie		11	1	10
Acte d'obstétrique		3 734	3 148	586
Acte dentaire			1	-1
Acte technique medical		5 527	4 142	1 385
Actes de chirurgie		344	386	-42
Consultation		4	3	1
Majoration		2	2	0
Total		10 056	8 162	1 894

Evolution mensuelle

