



**EHESP**

---

**Filière Directeur des soins**

Promotion : **2010**

Date du Jury : **septembre 2010**

---

## **La performance organisationnelle des pôles d'activité clinique :**

### **Quelles conceptions pour quels pilotages ?**

---

**Olivier Le Rouge**

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier toutes les personnes qui par leur disponibilité, leurs conseils, leur soutien ont participé à la réalisation de ce mémoire.

---

# Sommaire

---

|   |    |
|---|----|
| Introduction .....  | 1  |
| 1 L'appréciation de la performance est fonction de la conception des acteurs et des moyens de sa mesure .....                     | 3  |
| 1.1 La performance organisationnelle, une notion complexe en évolution .....  | 3  |
| 1.1.1 Des approches unidimensionnelles tour à tour insuffisantes .....  | 3  |
| 1.1.2 Une approche multidimensionnelle plus adaptée à la complexité des organisations sanitaires mais peu maniable .....          | 4  |
| 1.2 Des outils du pilotage de la performance des pôles désormais codifiés : en amont le contrat, en aval le tableau de bord ..... | 6  |
| 1.2.1 En amont, les outils stratégiques.....  | 6  |
| 1.2.2 En aval : Le tableau de bord, reflet équilibré de la performance fondé sur des indicateurs .....                            | 8  |
| 1.3 Conclusion de la première partie :.....   | 12 |
| 1.3.1 Les outils de pilotage de la performance reflètent la conception que l'organisation se fait de celle ci .....               | 12 |
| 1.3.2 Les hypothèses :.....   | 12 |
| 2 L'enquête de terrain .....  | 13 |
| 2.1 Les objectifs .....   | 13 |
| 2.2 La méthode de validation : .....  | 13 |
| 2.2.1 Analyse comparée .....  | 13 |
| 2.2.2 Les entretiens auprès des professionnels .....  | 15 |
| 2.3 Les résultats.....  | 16 |
| 2.3.1 Les documents stratégiques.....   | 16 |
| 2.3.2 Des entretiens qui reflètent plus un malentendu qu'une réelle divergence .  | 19 |
| 2.4 Conclusion de la recherche .....  | 20 |
| 3 Pour un management par la performance : pistes d'action .....   | 25 |
| 3.1 Développer une vision partagée.....   | 25 |
| 3.1.1 S'accorder sur un modèle de la performance .....  | 25 |
| 3.1.2 Equilibrer les démarches descendantes <i>et</i> ascendantes .....   | 26 |
| 3.2 Personnaliser les outils de pilotage .....  | 27 |
| 3.2.1 Equilibrer les tableaux de bord.....  | 27 |
| 3.2.2 Equilibrer les indicateurs .....  | 28 |
| Conclusion .....  | 31 |
| Sources et bibliographie .....  | 33 |
| Liste des annexes .....   | I  |

|   |     |
|---|-----|
| -I- Modèle de la performance C Sicotte & al.....                      | III |
| -II- Modèle de la performance hospitalière proposé par la DREES ..... | V   |
| -III- Grille d'entretien .....  | VI  |
| -IV- Modèles de tableau de bord.....                                  | VII |

---

## Liste des sigles utilisés

---

|                    |   |
|--------------------|---|
| ANAP :             | Agence <b>N</b> ationale d' <b>A</b> ppui à la <b>P</b> erformance  |
| AFNOR :            | Association <b>F</b> rançaise de <b>N</b> ormalisation  |
| AHH :              | <b>A</b> ttaché d' <b>A</b> dministration <b>H</b> ospitalière  |
| ANAES :            | Agence <b>N</b> ationale d' <b>E</b> valuation en <b>S</b> anté   |
| ARS :              | Agence <b>R</b> égionale de <b>S</b> anté   |
| CBU :              | <b>C</b> ontrat de <b>B</b> on <b>U</b> sage (du médicament, des produits et prestations)   |
| CH :               | <b>C</b> entre <b>H</b> ospitalier  |
| CHU :              | <b>C</b> entre <b>H</b> ospitalier <b>U</b> niversitaire  |
| COMPAQH :          | <b>C</b> oordination pour la <b>M</b> esure de la <b>P</b> erformance et l' <b>A</b> mélioration de la <b>Q</b> ualité <b>H</b> ospitalière |
| CPOM :             | <b>C</b> ontrat <b>P</b> luriannuel d' <b>O</b> bjectifs et de <b>M</b> oyens   |
| CREA :             | <b>C</b> ompte de <b>R</b> ésultat <b>A</b> nalytique par <b>P</b> ôle  |
| CREX :             | <b>C</b> omité de <b>R</b> etour d' <b>E</b> xpérience  |
| CSS :              | <b>C</b> adre <b>S</b> upérieur de <b>S</b> anté  |
| DIF :              | <b>D</b> roit <b>I</b> ndividuel à la <b>F</b> ormation   |
| DH :               | <b>D</b> irecteur d' <b>H</b> ôpital  |
| DREES :            | <b>D</b> irection de la <b>R</b> echerche, des <b>E</b> tudes, de l' <b>E</b> valuation et des <b>S</b> tatistiques                         |
| DS :               | <b>D</b> irecteur des <b>S</b> oins   |
| EPP :              | <b>E</b> valuation des <b>P</b> ratiques <b>P</b> rofessionnelles   |
| EPRD :             | <b>E</b> tat <b>P</b> révisionnel des <b>R</b> ecettes et des <b>D</b> épenses  |
| EPS :              | <b>E</b> tablishement <b>P</b> ublic de <b>S</b> anté   |
| HPST :             | <b>H</b> ôpital, <b>P</b> atients, <b>S</b> anté, <b>T</b> erritoires   |
| T <sub>2</sub> A : | <b>T</b> arifcation <b>A</b> l' <b>A</b> ctivité  |
| HAS :              | <b>H</b> aute <b>A</b> utorité de <b>S</b> anté   |
| IGAS :             | <b>I</b> nspection <b>G</b> énérale des <b>A</b> ffaires <b>S</b> ociales   |
| IPAQSS :           | <b>I</b> ndicateurs <b>P</b> our l' <b>A</b> mélioration de la <b>Q</b> ualité et de la <b>S</b> écurité des <b>S</b> oins                  |
| ISA :              | <b>I</b> ndice <b>S</b> ynthétique d' <b>A</b> ctivité  |
| ISO :              | <b>I</b> nternational <b>O</b> rganization for <b>S</b> tandardisation  |
| PDCA :             | <b>P</b> lan, <b>D</b> o, <b>C</b> heck, <b>A</b> ct  |
| PMSI :             | <b>P</b> rogramme de <b>M</b> édicalisation des <b>S</b> ystèmes d' <b>I</b> nformation   |
| INSERM :           | <b>I</b> nstitut <b>N</b> ational de la <b>S</b> anté et de la <b>R</b> echerche <b>M</b> édicale   |
| MEAH :             | <b>M</b> ission <b>N</b> ationale d' <b>E</b> xpertise et d' <b>A</b> udit <b>H</b> ospitalier  |
| MERRI :            | <b>M</b> issions d' <b>E</b> nseignement, <b>R</b> echerche, <b>R</b> éférence, <b>I</b> nnovation  |

MCO : **M**édecine, **C**hirurgie, **O**bstétrique  
MIGAC : **M**ission d'Intérêt **G**énéral et d'Aide à la **C**ontractualisation  
PEP : **P**ratiques **E**xigibles **P**rioritaires  
PH : **P**raticien **H**ospitalier  
V2 : **V**ersion **2** (de la certification des établissements de santé)  
V2007 : **V**ersion **2007** (de la certification des établissements de santé)  
V2010 : **V**ersion **2010** (de la certification des établissements de santé)

## Introduction

L'obligation de performance et la déconcentration de la gestion deviennent les nouveaux modes managériaux des établissements publics de santé. La réforme profonde de la gouvernance des établissements de santé depuis le plan hôpital 2007<sup>1</sup> jusqu'à la loi HPST<sup>2</sup> du 21 juillet 2009 associe à cette fin trois éléments principaux :

- De nouvelles modalités de financement (T<sub>2</sub>A),
- Une déconcentration de la gestion interne des établissements (nouvelle gouvernance, contrat de pôle, comptes de résultats analytiques par pôle)
- Des exigences renforcées en matière de qualité de la prise en charge (certification, IPAQSS, Evaluation des pratiques professionnelles, place des usagers).

Ces trois axes ont vocation à s'équilibrer afin d'assurer l'implication des acteurs dans la recherche de la performance clinique au meilleur coût tout en garantissant la qualité des soins.

Plus qu'une réforme, c'est une révolution culturelle qui est en marche et se renforce au rythme des avancées réglementaires<sup>3</sup>. Les managers hospitaliers, les médecins et les soignants s'y engagent cependant prudemment<sup>4</sup> créant les outils de suivi au fur et à mesure des délégations de gestion. Le contrat de pôle devient l'instrument de la négociation entre direction et chefferie de pôle, les tableaux de bord se développent sur la base d'indicateurs locaux ou nationaux dans une double perspective de pilotage interne du pôle et de régulation de son fonctionnement par la direction de l'établissement.

Le Directeur des soins n'est pas absent de ce processus. Sa mission de promotion de la qualité des soins s'inscrit dans la nouvelle architecture interne de l'établissement. Il doit à la fois disposer d'indicateurs fiables concernant le niveau de qualité des pôles et fournir aux cadres gestionnaires de pôle, les informations nécessaires à son pilotage interne dans une logique de subsidiarité<sup>5</sup>.

Cependant, la mise en actes de ces évolutions ne s'effectue de manière linéaire ni entre les établissements ni au sein des établissements, entre les pôles d'activité clinique plus ou moins volontaristes. Mon expérience de Cadre supérieur de pôle et 10 ans d'activité en qualité d'Expert visiteur auprès de la Haute Autorité de Santé (HAS) m'ont permis d'observer de nombreux documents stratégiques internes aux établissements et m'ont conduit à rechercher leur déclinaison sous forme d'outils d'évaluation dans la logique

---

<sup>1</sup> Décret n° 2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôles d'activité et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique

<sup>2</sup> Loi no 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

<sup>3</sup> Décret n°2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-technique dans les établissements de santé.

<sup>4</sup> Inspection générale des affaires sociales, février 2010, *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, RM2010-010P

classique du PDCA<sup>6</sup>. Le constat le plus fréquent portait alors sur la fragilité des articulations entre contrats et indicateurs de suivi. La dimension « qualité des soins » notamment qui apparaît régulièrement au niveau des projets d'établissements (projet qualité, projet de soins...) semble moins présente dans les documents contractuels internes (contrats de pôle) et trouve rarement sa place dans les tableaux de bord de gestion.

A l'heure où les établissements publics de santé (EPS) renouvellent leur organisation interne et si l'on postule de la rationalité des acteurs<sup>7</sup>, cette rupture de continuité révèle-t-elle un point de blocage dans la mise en œuvre de la nouvelle organisation interne des EPS ? Cette interrogation amène à formuler la question de départ suivante : Quel est le lien entre les documents stratégiques contractuels et les documents de suivi de la performance des pôles d'activité clinique ?

Le contrat de pôle signé entre le Directeur de l'établissement et le Chef de pôle précise les objectifs et les moyens du pôle<sup>8</sup> : Les outils de suivi sont liés à ce contrat, il s'agit d'indicateurs généralement regroupés sous forme de tableau de bord dont l'utilité est d'évaluer la réalisation du contrat. Cet ensemble contrat/tableau de bord constitue un processus dynamique, cyclique et répétitif qui implique prévision, négociation, arbitrage, formalisation, suivi, évaluation, réajustement<sup>9</sup>.

Le contrat renvoie à la conception que les parties prenantes se font de la performance attendue d'un pôle d'activité ; le tableau de bord à la mesure de la performance réalisée par le pôle. Pour clarifier les difficultés d'articulation entre performance attendue et performance réalisée, il nous faudra comprendre ce qu'est un pôle d'activité performant, savoir si la qualité des soins est une dimension de la performance dans les représentations de ceux en charge du pilotage de l'hôpital au niveau central comme au niveau des pôles d'activités cliniques. Nous tenterons également de mesurer l'intérêt qu'il y aurait à renforcer la prise en compte de la qualité de service dans l'appréciation de la performance d'un pôle d'activité et si d'autres dimensions concourent à cette performance.

La problématique de ce mémoire se structure autour de ces questions qui nous conduiront à clarifier, dans le champ sanitaire, les conceptions de la performance et les moyens de sa mesure (I) puis par la présentation d'une recherche de terrain (II) à formuler quelques propositions visant à mieux équilibrer dans les établissements de santé, suivi de l'activité et pilotage des autres dimensions de la performance (III)

---

6 Plan, Do, Check, Act, principe de la roue de Deming, W.E. Deming (1900, 1993)

7 MICHEL CROZIER ERHARD FRIEDBERG, 1977, *L'acteur et le système*, Le seuil, Paris, 498 p.

8 LOI no 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, art.13

9 CHU DE TOULOUSE, mai 2004, *Guide de gestion par pôles*, p.5

# 1 L'appréciation de la performance est fonction de la conception des acteurs et des moyens de sa mesure

## 1.1 La performance organisationnelle, une notion complexe en évolution

Relevant à l'origine d'une dimension individuelle et essentiellement sportive, la performance a progressivement gagné une dimension collective et a alors intégré le discours sur les organisations. Se définissant de manière empirique comme la capacité à atteindre des objectifs, le concept de performance reste difficile à appréhender. Il est pourtant central en théorie des organisations et à évolué au rythme des évolutions de la société et de l'idée que les acteurs se font de leur mission. Pour A Teil, la définition de la performance est étroitement liée à la conception de l'organisation retenue et une variété de conceptions engendre une variété de modèles de la performance<sup>10</sup>

### 1.1.1 Des approches unidimensionnelles tour à tour insuffisantes

#### A) Approche administrative de la performance

Historiquement, La mission d'un établissement public de santé est de répondre au besoin d'une population sans autre nécessité que d'exister et d'avoir un fonctionnement « correct ». La conception de la performance relève alors des lois de Rolland<sup>11</sup> notamment du principe de continuité de service. Selon cette approche, une organisation performante est une organisation qui parvient à augmenter ses ressources. Plus les ressources sont importantes, plus l'organisation est considérée comme performante. Au niveau individuel, médical et soignant, la notion de performance est alors perçue comme proche de celle de compétence des professionnels : le beau geste, le bon traitement. Cette conception est toujours présente notamment dans l'argumentaire visant à défendre les hôpitaux de proximité<sup>12</sup>. Son modèle économique est la dotation budgétaire. Le budget global ou l'ancien « prix de journée » sont adaptés à une conception administrative de la performance. Depuis 1996 et les premières mesures PMSI<sup>13</sup> puis, plus brutalement, avec le financement à l'activité, l'approche administrative de la compétence a trouvé ses limites.

---

10 A TEIL, janvier 2001, *Défi de la performance et vision partagée des acteurs, Application à la gestion hospitalière*, Th.doct., Université Jean Moulin – Lyon 3, p. 6

11 Louis Rolland a, dans ses cours entre 1934 et 1946, cherché à systématiser ce qui lui apparaissait constituer le « *noyau de principes qui s'imposent à tout service public* ». On en dénombre généralement trois : continuité, mutabilité ou adaptation et égalité, [http://fr.wikipedia.org/wiki/Droit\\_du\\_service](http://fr.wikipedia.org/wiki/Droit_du_service)

12 ASSOCIATION DES PETITES VILLES DE FRANCE (APVF), 20 octobre 2008, Les hôpitaux de petites villes, une composante indispensable pour une offre de soins de qualité sur tout le territoire, 3ème livre blanc des hôpitaux, *La gazette des Communes, des Départements des régions*, Cahier détaché N° 2 - 39 / 1953, pp.198-217

13 En 1996, la productivité des hôpitaux, mesurée en point ISA (indice synthétique d'activité) a été publiée pour la première fois annonçant la fin du financement par budget global

## B) Approche productiviste de la performance

Le déploiement de la T<sub>2</sub>A à partir de l'année 2005, et ses conséquences dans les établissements : comptabilité analytique et imputations des coûts de structures aux pôles d'activité clinique ont eu un impact considérable sur le fonctionnement interne des établissements. La question centrale est devenue celle de la productivité des unités fonctionnelles.

Dans cette approche aussi appelée « modèle des objectifs rationnels »<sup>14</sup>, la conception de la performance approche la notion d'efficacité : le maximum d'activité associé à la plus faible consommation de ressources. La performance est centrée sur le volume d'actes produit dans une approche taylorienne<sup>15</sup>. Deux risques existent alors : le choix du nombre d'actes au détriment de leur pertinence, par exemple des indications discutables d'actes diagnostics ou thérapeutiques ; le choix de la minimisation des coûts de prise en charge au détriment des règles de bonnes pratiques, par exemple, le renoncement aux soins de support lors de prises en charge complexes.

Mais la rationalisation des processus de production bien que nécessaire, ne suffit pas à répondre aux missions d'un établissement public de santé et se heurte à des logiques professionnelles où le contrat soignants/patient prime sur le contrat établissement/soignants<sup>16</sup>.

Le modèle des objectifs rationnels minimise la dimension qualitative, or la productivité ne peut s'acquiescer au détriment de la qualité des soins sans mettre en péril la viabilité de la structure. Les effets de réputation, les risques médico-légaux, la certification des établissements viennent réguler les excès d'une approche trop fondée sur le modèle de la production industrielle. Viabilité, productivité, qualité sont ainsi indissociablement liées dans une conception nécessairement multidimensionnelle de la performance.

### 1.1.2 Une approche multidimensionnelle plus adaptée à la complexité des organisations sanitaires mais peu maniable

#### A) Approche nord-américaine

*« La performance est un concept complexe et paradoxal dans ce sens qu'une organisation ne peut être performante en fonction de toutes ses dimensions en même temps »<sup>17</sup>.*

Afin d'intégrer cette contradiction, C Sicotte propose un modèle fondé sur la théorie de l'action sociale de Parsons<sup>18</sup> qui ambitionne d'intégrer et de mettre en tension entre elles les différentes dimensions de la performance.

---

14 A. TEIL, Op.cit. p. 3

15 <http://fr.wikipedia.org/wiki/Taylorisme>

16 C. ST HILAIRE, C. SICOTTE, 2001, Gestion des dépenses hospitalières par la décentralisation budgétaire, *Rupture, revues transdisciplinaire en santé*, vol 8 n°1, p. 43

17, C SICOTTE, F. CHAMPAGNE, A.P. CONTANDRIOPOULOS, 1999, La performance organisationnelle des organismes publics de santé, *Rupture revue transdisciplinaire en santé*, vol. 6, n°1, pp 34-10

C. Sicotte définit sur cette base la performance d'un établissement hospitalier par son habileté à réaliser sa mission (atteindre ses objectifs), à acquérir et contrôler des ressources, (argent, personnel, équipements, prestige) et des capacités (d'adaptation au besoin, d'innovation, d'apprentissage), à produire des services de qualité avec productivité et à développer des valeurs communes ; mais l'organisation doit aussi parvenir à maintenir une tension dynamique, un équilibre entre ces quatre fonctions plus ou moins antagonistes<sup>19</sup>.

La prise en compte de la complexité de la performance organisationnelle constitue à la fois l'intérêt et la limite de ce modèle : il permet de s'extraire des approches classiques trop manichéistes et de concilier les logiques des différents acteurs hospitaliers cependant, avec 4 champs et 6 équilibres à prendre en compte, la question de l'opérationnalité de l'outil se pose. Par ailleurs, la dimension qualité n'est pas considérée comme un champ à part entière et peut se retrouver pour partie dans le champ de la production (qualité des résultats obtenus) et pour partie dans celui de l'atteinte des buts. Compte tenu de l'organisation interne des établissements français, ces limites imposent une adaptation du modèle.

B) Approche française, proposée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

La DREES en 2001<sup>20</sup> reprend la modélisation de C. Sicotte et la simplifie en retenant 3 aspects de la performance d'égale importance et un pré requis de culture commune et de conditions de travail favorables:

- L'atteinte des buts fait référence à l'amélioration de la santé des individus, des populations et à la qualité du service rendu.
- L'efficacité économique renvoie à la notion d'efficience.
- La capacité d'adaptation au changement évoque l'ancienne mutabilité des lois de Rolland et plus largement les dimensions d'innovation, de réorganisation et de prise en compte des évolutions de la demande en soins.

Cette approche<sup>21</sup> plus opérationnelle et adaptée au modèle sanitaire français minimise cependant la dimension ressources humaines citée en pré requis, comme pour mémoire. De notre point de vue Il s'agit pourtant d'un déterminant clé de la performance d'une structure sanitaire, nous proposerons donc sur la base du modèle développé par la DREES, une vision ajustée de la performance d'un pôle d'activité clinique.

---

18 Le modèle de PARSONS (1951-1977) dégage 4 fonctions fondamentales d'un système social pour assurer sa pérennité : fonction d'atteinte des buts, fonction d'adaptation à l'environnement, fonction de production, fonction de maintien des valeurs et du climat organisationnel

19 ANNEXE N°1 : modèle de la performance C Sicotte & al.

20 BEAUBAU D, PEREIRA C, 2004, Mesure de la performance dans le domaine de la santé, *Dossier Solidarités et santé* DREES, n°3, p.47

21 ANNEXE N°2 : modèle de la performance hospitalière proposé par la DREES

### C) Approche de la performance retenue

Dans le cadre de ce mémoire, la performance d'un pôle d'activité clinique sera considérée en fonction de trois axes d'égale importance et en interaction :

- L'efficience, définie comme l'atteinte des objectifs d'activités au regard de la consommation de ressources.
- L'atteinte des buts, entendue comme la réalisation de la mission du secteur d'activité dans la recherche de la qualité, de la sécurité des soins et de la satisfaction du patient. Les procédures de soins, les actes mis en œuvre; les résultats obtenus en termes cliniques ou en termes de perception par les patients et l'accessibilité (horaires, délais d'attente, continuité de soins) relève de cette dimension tout comme la capacité à répondre aux besoins globaux des malades.
- Le management durable, cette dimension renvoie au mode managérial du pôle et est entendue ici dans son sens le plus large. Elle intègre les questions de ressources humaines (bien-être au travail, évolution des métiers, attractivité), les capacités d'adaptation, (innovation, coopération) et la prise en compte des enjeux sociétaux (environnement...).

Ainsi, nous proposons d'étudier la question de la mesure de la performance d'un pôle d'activité au regard de ces trois dimensions. Il reste alors à préciser quels outils de pilotage de la performance permettent cette approche multidimensionnelle.

## **1.2 Des outils du pilotage de la performance des pôles désormais codifiés : en amont le contrat, en aval le tableau de bord**

### **1.2.1 En amont, les outils stratégiques**

Le projet et le contrat de pôle constituent la dimension stratégique du pilotage de la performance et relèvent des fonctions « prévoir-planifier » du management. Ils définissent la politique du pôle d'activité en cohérence avec le projet d'établissement et avec le Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyen (CPOM) signé entre l'Agence Régionale de Santé (ARS) et l'établissement. Ils comportent trois dimensions : la prospective, la démarche prévisionnelle, la planification<sup>22</sup>.

---

22 DIRECTION DE L'ACCREDITATION ET DE L'EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES, Janvier 2005, *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé*, HAS, St Denis, p.11

A) Le projet de pôle,

Prévu par l'ordonnance 2005-406 du 2 mai 2005, le projet de pôle relève de la responsabilité du « *praticien responsable (qui) élabore avec le conseil de pôle un projet de pôle qui prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins* »<sup>23</sup>.

Sans totalement supprimer le principe du projet de pôle, la loi HPST accorde la primauté à la notion de contrat entre le pôle et la direction d'établissement<sup>24</sup>. Ce glissement sémantique du projet au contrat n'est pas neutre. Alors que le projet est « *une aventure temporaire entreprise dans le but de créer un produit ou un service unique. Temporaire car un projet se termine à une date déterminée, et unique car le résultat final est propre au projet entrepris* »<sup>25</sup>, le contrat est « *une convention par laquelle une ou plusieurs personnes s'obligent, envers une ou plusieurs autres, à donner, à faire ou à ne pas faire quelque chose* »<sup>26</sup>."

B) Le contrat du pôle,

Depuis l'ordonnance du 24 avril 1996<sup>27</sup>, les établissements de santé avaient la possibilité d'établir des contrats internes par la création de centres de responsabilité. Cette dimension contractuelle ne cesse depuis de se renforcer. La Loi HPST dispose que « *Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle, après avis, pour les pôles d'activité clinique et médico-technique, du président de la commission médicale d'établissement pour vérifier la cohérence du contrat avec le projet médical* »<sup>28</sup>.

Le contrat lie les parties prenantes et les oblige. Cependant, un contrat n'est pas une injonction, au delà de sa dimension contraignante, il suggère une relation équilibrée, « gagnant/gagnant » au sens de la théorie des jeux<sup>29</sup>

---

23 ORDONNANCE n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé « Art. L. 6146-6 CSP »

24 DECRET n°2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-technique dans les établissements de santé

25 <http://fr.wikipedia.org/wiki/Projet>

26 CODE CIVIL, Art. 1101

27 ORDONNANCE n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

28 LOI no 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital

et relative aux patients, à la santé et aux territoires 28 Décret n° 2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôles d'activité et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique

29 La théorie moderne de la négociation est articulée sur le fait qu'une négociation constitue un jeu à somme non-nulle. L'art de la négociation consiste donc moins à faire céder l'interlocuteur sur la ligne principale d'opposition qu'à trouver des arrangements extérieurs à cette ligne qui apporteront beaucoup à l'un sans coûter trop cher à l'autre (stratégies dites Gagnant-gagnant), [http://fr.wikipedia.org/wiki/Théorie\\_des\\_jeux](http://fr.wikipedia.org/wiki/Théorie_des_jeux)

Dans une logique de recherche de la performance, Les objectifs définis dans le contrat de pôle devraient donc d'une part couvrir les 3 champs retenus précédemment (efficacité, atteinte des buts, management durable) mais aussi être à la fois ascendants en correspondant aux priorités du pôle et descendants des attentes de la direction et des contraintes externes (CPOM, IPAQSS...).

Ainsi définies les attentes contractuelles en matières de performance des pôles d'activité doivent encore être mesurables, c'est la fonction du tableau de bord de gestion.

### **1.2.2 En aval : Le tableau de bord, reflet équilibré de la performance fondé sur des indicateurs**

#### **A) Le tableau de bord « équilibré » au service du dialogue de gestion**

Le tableau de bord est, à l'origine, un outil de gestion, dévolu à la reddition des comptes. Les indicateurs y sont purement financiers et la logique déclaratoire<sup>30</sup>. Cette logique principalement comptable et pensée au service du contrôle d'une organisation par sa tutelle va évoluer en fonction de deux déterminants principaux :

- L'intérêt de penser des outils au service de la délégation de gestion et du pilotage interne des organisations.

- L'approche processus, et les développements du concept de performance qui actualisent l'approche anglo-saxonne du *balanced scorecard* (tableau de bord équilibré).

Le premier article portant sur le tableau de bord équilibré a été publié en 1992. Le qualificatif « équilibré » fait référence au fait que ce modèle proposé par Kaplan et Norton<sup>31</sup> repose sur l'intégration de quatre dimensions fondamentales : les finances, la clientèle, les processus internes et l'apprentissage organisationnel. Cette approche fait le postulat que la performance d'une organisation repose sur un équilibre entre ces quatre dimensions. Elle propose donc logiquement un tableau de bord reflet de la performance dans sa complexité. On note à ce propos, le parallélisme des formes entre les conceptions de la performance<sup>32</sup> et celle du tableau de bord équilibré, parallélisme que nous rechercherons lors de notre enquête de terrain.

Un tableau de bord est une représentation graphique, synthétique et visuelle d'un ensemble d'indicateurs donnant à un responsable tous les éléments lui permettant de prendre rapidement des décisions.

---

30 THIERRY NOBRE, 1999, *Quels tableaux de bord de pilotage pour l'hôpital ?*, Université Louis Pasteur LARGE, Strasbourg

31 ROBERT S. KAPLAN ET DAVID P. NORTON, janvier-février 1992, *The Balanced Scorecard – Measures that Drive performance*, Harvard, Business Review, p. 71-79 cité par Hugues Boisvert, Ph.D, *Un tableau de bord de gestion pour les universités* FCMA, HEC Montréal

<sup>32</sup> Confère p.5

La richesse d'un tableau de bord de gestion repose sur l'intégration d'indicateurs non financiers avec des indicateurs financiers, de manière à ce que le gestionnaire s'en serve pour prendre des décisions dans l'exercice de ses responsabilités.

« *Le tableau de bord équilibré favorise la mise en œuvre d'un processus d'autogestion dans lequel les cadres, appartenant à plusieurs échelons hiérarchiques, définissent les mesures utilisées pour leur propre gestion*<sup>33</sup>. »

De ce point de vue, l'usage de tableaux de bord équilibrés favorise la responsabilisation des pôles d'activité clinique et alimente un dialogue de gestion objectif et structuré entre chefferie de pôle et direction de l'établissement.

a) *Quels sont les avantages du tableau de bord équilibré ?*

Hugues Boivert<sup>34</sup> en retient huit :

- Il systématise la production d'information pour la prise de décision,
- il réduit la recherche d'information et la production de rapports
- il permet de constituer une source d'information souple,
- il force l'établissement de liens entre les diverses dimensions de la performance,
- il relie les responsabilités des divers niveaux hiérarchiques,
- il incite à la définition de règles qui renforcent la cohérence,
- il établit une base décisionnelle plus forte,
- il permet une gestion sécurisée de l'information.

b) *Quels en sont les limites ?*

Le tableau de bord est spécifique à une mission, celui du cadre de pôle, n'est par exemple pas celui du directeur des soins. Une définition précise et partagée des missions est donc un préalable à la constitution d'un tableau de bord pertinent.

Le tableau de bord n'a pas vocation à être exhaustif mais à définir des thèmes prioritaires. Il n'a pas non plus l'ambition de créer un maillage serré dans l'analyse, mais seulement de permettre le dépistage des principaux phénomènes<sup>35</sup>.

La qualité du système d'information de l'établissement constitue une autre limite. La capacité à extraire des informations valides, de manière itérative et automatisée impacte directement la viabilité du tableau de bord qui doit pouvoir être actualisé de manière pluriannuelle.

Enfin, la définition d'indicateurs pertinents et partagés reste sans doute l'écueil principal.

---

33 HUGUES BOISVERT, PH. D, juin 2007, *Un tableau de bord de gestion pour les universités* FCMA, HEC Montréal, p.71

34 *Ib.id.*

35 ÉTIENNE MINVIELLE, mai 2003, De l'usage de concepts gestionnaires dans le champ de la santé, *Revue française de gestion* no 146, p. 167.

B) Quels indicateurs pour quel pilotage interne d'un pôle d'activité clinique ?

Pour l'AFNOR, « un indicateur est un événement, un fait observable, mesurable et déterminé par un calcul qui identifie de façon qualitative ou quantitative une amélioration ou dégradation du comportement d'un procédé, processus soumis à examen, l'indicateur est une information choisie, associée à un phénomène, destinée à en observer les évolutions au regard d'objectifs<sup>36</sup> ». Pour l'ANAES en 2002, c'est aussi « un outil d'aide à la décision dont l'utilisation s'inscrit dans une démarche qui répond à un objectif et se situe dans un contexte donné, l'indicateur n'a d'intérêt que par les choix qu'il aide à faire<sup>37</sup> ». Pour être opérationnel, un indicateur doit être simple, acceptable, validé, pertinent, sensible et spécifique. Certaines de ces qualités étant en partie antagonistes, il est d'usage d'utiliser des séries d'indicateurs, 5 ou 6 au maximum afin de mesurer un processus. La présentation sous forme de graphique en « radar » est alors la mieux adaptée.

a) *Indicateurs de processus versus indicateurs de résultats*

Si dans le domaine de la santé, la typologie des indicateurs est foisonnante (Contandriopoulos 1993, DREES 2001, ANAES 2002...), nous retiendrons ici l'approche proposée par l'organisation internationale de standardisation (ISO)<sup>38</sup> qui a le mérite du pragmatisme : pour cet organisme il existe deux types d'indicateurs : des indicateurs de processus et des indicateurs de résultat.

Les indicateurs de processus permettent l'évaluation des pratiques professionnelles et indiquent la nature des éventuels dysfonctionnements. Ils mesurent des taux de conformité à une procédure (taux de mesure du poids des patients, taux d'entretien annuel d'évaluation...) ou des taux de recours à une procédure (taux d'utilisation des solutions hydro-alcooliques, nombre de déclarations d'événements indésirables...)<sup>39</sup>. ainsi dans la logique de pilotage multidimensionnel de la performance d'un pôle d'activité, les indicateurs de processus sont principalement adaptés aux dimensions « atteinte des buts » et « management ».

---

36 Norme NF X50 -171, novembre 2001, *Qualité et management des indicateurs et tableaux de bord qualité*, AFNOR, Paris

37 ANAES, mai 2002, *Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé*,

38 <http://www.iso.org>

39 S. BAHRAMI, C. GRENIER-SENNEILIER, E. MINVIELLE, juin 2005, *Conception et rôle des indicateurs de qualité dans l'évaluation des pratiques professionnelles : L'expérience COMPAQH*, INSERM

Les indicateurs de résultats (taux de mortalité, nombre d'actes...) évaluent la plus value produite par le pôle ce qui les rend très attractifs et aisément compréhensibles, leur pertinence est cependant limitée à la mesure de l'efficacité notamment dans le cadre des comptes de résultats analytiques (CREA) et au domaine de la mesure de la satisfaction (des patients, du personnel, des correspondants...). En matière de qualité des soins, les résultats constituent une conséquence et non un attribut de la qualité<sup>40</sup>(Constandriopoulos 2001) et il n'existe pas de relation déterministe entre les actions entreprises et les résultats obtenus<sup>41</sup>. Par exemple, un taux de mortalité peut être un signal d'alerte mais ne pourrait déceintement pas alimenter le dialogue ordinaire de gestion d'un pôle de cancérologie.

La tendance actuelle est donc de considérer que les deux types d'indicateurs sont complémentaires.

*b) Indicateurs nationaux obligatoire versus Indicateurs à usage interne*

Depuis 2009, L'HAS pilote un recueil obligatoire et généralisé d'indicateurs qualité<sup>42</sup> issus du projet COMPAQH mené par l'INSERM. 11 indicateurs viennent ainsi compléter les 5 indicateurs d'hygiène déployés progressivement depuis 2004. Ces indicateurs sont recueillis à l'échelle d'un établissement mais peuvent être, en interne, ventilés par pôle d'activité afin d'alimenter le dialogue de gestion. Ce dispositif permet des comparaisons inter-pôles ou inter-établissements sur une base incontestable cependant sa nature obligatoire amène les gestionnaires de pôle à y voir un outil de contrôle technocratique, lourds, chronophages, inutiles...alors qu'il est perçu par les gestionnaires d'établissement comme une opportunité d'amélioration<sup>43</sup>.

Les indicateurs développés au sein d'un pôle, ou au sein d'un l'établissement sur la base d'un consensus inter-pôles ne peuvent avoir la qualité métrologique des indicateurs externes. Ils sont souvent imparfaits mais ont le grand mérite de l'acceptabilité ce qui permet d'écartier certains biais connus des indicateurs : les effets de myopie (coupant l'indicateur de son sens), les effets de tunnel (clivant l'indicateur de son contexte). Ainsi, en arrive-t'on à proposer des « hybridations » entre indicateurs externes et indicateurs internes<sup>44</sup> pour le suivi de la dimension « atteinte des buts » de la performance des pôles d'activité clinique.

---

40

41 MINVIELLE E., op cit p.10

42 GUERIN J.P., Décembre 2009, *Indicateurs qualité généralisés en établissements de santé : pourquoi et comment les utiliser ? Retours d'expériences*, Rencontres HAS, Paris

43. BENAMOZIG D, décembre 2009, *Usages des indicateurs qualité en Aquitaine, Une enquête sociologique*, Rencontres HAS, Paris

44 MINVIELLE E, Op cit, p.9

## 1.3 Conclusion de la première partie :

### 1.3.1 Les outils de pilotage de la performance reflètent la conception que l'organisation se fait de celle-ci

La performance organisationnelle est une notion complexe, variable en fonction des acteurs qui peut être unidimensionnelle mais tend à s'élargir afin de prendre en compte d'autres dimensions. L'enjeu au sein des EPS, dans un contexte de déploiement de l'organisation polaire est d'associer les dimensions économiques, de promotion de la qualité des soins et de qualité du management interne. Dans cette perspective, le projet de pôle devrait devenir un contrat de performance multidimensionnel suivi et réajusté dans le cadre d'un dialogue de gestion au regard d'un tableau de bord « équilibré ».

Observe-t-on ces caractéristiques dans les établissements de santé ? Pour l'IGAS, en février 2010, le chemin est long du projet à la chose : « *de nombreux pôles ne sont pas maîtres de la conception des tableaux de bord censés guider leur action, la grande majorité n'ont pas de budget ou d'EPRD de pôle et pilotent donc en aveugle la réalisation de leurs objectifs. Enfin, le partage de l'information est encore un enjeu de pouvoir fort entre les directions d'établissement et les équipes de pôles.* »<sup>45</sup>. Ainsi se pose la question de la marge d'initiative du pôle au niveau de la détermination de ses objectifs et des modalités de leur suivi.

Deux axes pourraient donc permettre d'évaluer la conception de la performance en cours au sein des établissements :

- L'approche uni ou multi dimensionnelle de la performance,
- L'approche descendante ou ascendante de la relation entre direction d'établissement et équipes de pôles.

De notre point de vue, la réponse à la question du lien entre contrat et éléments de suivi de la performance des pôles d'activité clinique se trouve dans cette matrice qui nous conduit à formuler deux hypothèses :

### 1.3.2 Les hypothèses :

- Les indicateurs de suivi retrouvés dans les tableaux de bord des pôles d'activité relèvent d'une approche de la performance centrée sur la production. Ils sous-estiment les autres dimensions de la performance.
- L'absence d'entente sur ce qu'est la performance attendue d'un pôle d'activité rend nécessaire le jeu entre les contrats et les documents de suivi des pôles d'activité.

---

45 IGAS, rapport N°RM2010-010P, op cit p.2

## **2 L'enquête de terrain**

### **2.1 Les objectifs**

La recherche de terrain vise à confirmer ou à infirmer nos hypothèses. A cette fin nous chercherons à mettre en évidence les conceptions de la performance en usage au sein des établissements étudiés. Cette analyse se fera en repérant les approches unidimensionnelles ou multidimensionnelles de la performance et les dimensions descendantes, prescriptives (obligations réglementaires, prescriptions internes collectives) et ascendantes (issues des pôles eux même) du pilotage de la performance des pôles d'activités cliniques.

### **2.2 La méthode de validation :**

#### **2.2.1 Analyse comparée**

La recherche des éléments de réponse se fera principalement par l'analyse comparée des contrats et tableaux de bord des pôles. Plusieurs entretiens avec les acteurs hospitaliers des établissements étudiés viendront nuancer l'analyse des documents stratégiques.

Les établissements étudiés sont des établissements publics de santé de tailles approchantes (> 2000 lits). Ils sont connus pour leur engagement volontariste dans la contractualisation interne et pour la mise en place de tableaux de bord de gestion par pôle. En quelque sorte, travaillant sur un échantillon réduit, nous faisons le choix d'une erreur volontaire dans le sens du développement de la nouvelle gouvernance.

#### **A) Les établissements**

L'analyse porte sur l'activité MCO des établissements afin de neutraliser la variable du mode de financement. Deux CHU et un CH sont inclus dans l'étude.

##### **a) CH n°1 :**

La capacité d'hospitalisation est de 2000 lits (1500 MCO), 12 pôles d'activité clinique sont en place depuis 2005 et constituent la structure de l'établissement. Ces pôles sont pilotés par un praticien hospitalier chef de pôle (PH), un cadre supérieur de santé (CSS) et un attaché d'administration hospitalière (AAH). Le système d'information de l'établissement est largement informatisé et permet le suivi en ligne des indicateurs retenus au sein de l'établissement.

La démarche qualité est ancienne (1995). Lors de la certification V2 les critères des références 25 et 53<sup>46</sup> relatifs au pilotage des pôles d'activité et à l'évaluation du management sont cotés « A » ou « B », les bémols portent sur le manque de formalisation des processus décisionnels et sur la communication interne des résultats d'évaluation.

L'établissement met en œuvre un plan de retour à l'équilibre financier depuis 2007.

b) CH n°2 :

La capacité d'hospitalisation est de 2200 lits et places (1700 MCO) pour 9 pôles d'activité clinique pilotés par un PH et un CSS. Un directeur d'hôpital (DH) référent de pôle est identifié.

La démarche qualité date de 1997 et s'appuie largement sur une approche ISO 9001. Le rapport de certification V2 (version 2007) cote « B » la référence 1d relative au pilotage des secteurs d'activité en raison de l'absence de contrat de pôle signés, (les contrats de pôles ont été signés en 2009), les critères de la référence 44 relative à l'évaluation du management sont cotés « A » ou « B »<sup>47</sup> l'évaluation du programme qualité est notamment jugée insuffisante.

L'établissement met en œuvre un plan de retour à l'équilibre financier depuis 2008.

c) CH n°3 :

La capacité d'hospitalisation est de 1900 lits et places (1000 MCO) pour 8 pôles d'activité clinique en place dès 2004 et pilotés par un « trio de pôle » : PH, CSS, AAH.

L'organisation qualité est structurée depuis l'année 2000 dans le cadre de la 1ère accréditation hospitalière. La certification V2 par la HAS date de 2006. Les critères de la référence 25 sont cotés « A » ou « B » à l'exception du critère 25g<sup>48</sup> pour lequel est noté un déficit en matière de démarche d'amélioration formalisée. La référence 53 relative à l'évaluation du management est cotée « A ».

L'établissement met en œuvre un plan de retour à l'équilibre financier depuis 2008.

---

46 HAS, 2005, *Manuel de certification des établissements de santé version 2*, référence 25 : « Les responsables des secteurs d'activité exercent pleinement leur rôle », référence 53 : « La mise en œuvre des orientations stratégiques de l'établissement est évaluée et analysée ».

47 HAS, 2007, *manuel de certification des établissements de santé V.2007*, référence 1d « Les responsables pilotent leurs secteurs d'activité en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement » (la référence 1d correspond à la référence 25 du manuel V2 initial), référence 44 : « L'évaluation des politiques et du management »

48 HAS, 2005, *Manuel de certification des établissements de santé*, critère 25g : « Les responsables développent des démarches d'évaluation et d'amélioration »

## B) Les documents stratégiques

### a) *Les contrats de pôles :*

Nous chercherons à déterminer les dimensions contractuelles spécifiques et non spécifiques aux pôles concernés puis dans la partie spécifique à catégoriser les éléments de la performance : recherche de l'efficacité, atteinte des buts et qualité de prise en charge, intégration du management durable. Enfin sur ces différents thèmes nous relèverons les objectifs retenus et s'il y a lieu, les indicateurs de suivi afin de les mettre en relation avec les tableaux de bord de gestion.

### b) *Les tableaux de bord :*

Nous rechercherons les différentes dimensions de la performance et les liens entre indicateurs utilisés et objectifs initiaux puis les dimensions ascendantes et descendantes des indicateurs suivis en routine.

## **2.2.2 Les entretiens auprès des professionnels**

Dans chaque établissement, deux groupes professionnels sont interviewés sur la base d'une grille d'entretien unique<sup>49</sup> : d'une part, les gestionnaires de l'établissement : directeur d'établissement, directeur qualité, directeur des soins, d'autre part, les gestionnaires de pôle : médecin chef de pôle, CSS de pôle. L'objectif est de recueillir leurs conceptions de la performance d'un pôle d'activité clinique et leur vision du dispositif de pilotage de la performance en usage au sein de leur établissement.

Enfin nous chercherons à savoir s'il est possible de catégoriser les professionnels en fonction de leur conception de la performance attendue d'un pôle d'activité. Pour le CH n° 1 : deux DH (directeur général adjoint, directeur qualité), un DS, un PH et un CSS ont été interviewés. Pour le CH n°2 : un DS, un PH, un CSS, Pour le CH n°3 : un DS et un CSS.

---

<sup>49</sup> ANNEXE N°3 : grille d'entretien

## 2.3 Les résultats

### 2.3.1 Les documents stratégiques

A) Des contrats de pôle proches par leur forme mais divergeant sur le fond

Les contrats de pôle des trois établissements relèvent d'un formalisme assez proche et assez conforme aux diverses conventions que les établissements de santé sont habitués à produire. Deux établissements utilisent le format des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) signés entre EPS et ARS : un contrat générique pluriannuel et des annexes opposables, thématiques, spécifiques et chiffrées.

Les trois modèles de contrats diffèrent cependant par leur taille (de 10 à 15 pages pour les CH n° 1 et 3 à 130 pages pour le CH n°2), par leur durée (annuelle pour les CH n°1 et n°3, 4 ans pour le CH n°2) et par les thématiques développées :

#### a) *De l'efficience des pôles*

Les questions relatives à l'efficience des pôles sont constamment présentes et mettent en balance le développement d'activités nouvelles associé à des objectifs de volume d'activités et de qualité du codage avec la consommation de ressources humaines et matérielles.

Dans les trois contrats, les modalités de suivi sont décrites pour l'activité et pour les moyens. Le CH n°2 est le seul à préciser des objectifs d'évolution (mutualisation de structure, modalités d'hospitalisation...) Le contrat précise alors que « *ces objectifs font l'objet d'indicateurs définis en annexe* ». Les règles des CREA sont retenues afin de suivre l'activité et les consommations.

L'usage de tableau de bord est précisé pour les trois établissements mais en termes différents. Alors que le CH n°1 précise factuellement qu'un reporting « en ligne » est opérationnel et demande « *que chaque pôle s'engage à respecter les objectifs négociés et à les suivre régulièrement grâce aux outils de suivi* » Le CH n°2 « *s'engage à fournir (au pôle) des tableaux de bord, ils comportent des indicateurs médicalisés et les consommations de ressources correspondantes, des indicateurs relatifs à la qualité et aux recettes (MIGAC, MERRI)* ». Le CH n°3 pour sa part prévient que « *l'atteinte des objectifs fait l'objet d'une surveillance régulière grâce à la définition d'indicateurs de suivi inscrits dans un tableau de bord* »

Qu'elle porte le nom de « *conférence budgétaire* » (CH n°2) ou de « *revue de gestion* » (CH n°3) les modalités du dialogue de gestion entre la direction de l'établissement et la chefferie du pôle sont décrites dans deux des trois contrats sans que leurs périodicités ne soient précisées.

b) *De l'atteinte des buts*

Le développement et la précision des dimensions « qualité » est très variable. Référence est faite à l'obligation réglementaire pour le CH n°1 (V 2010, IPAQSS) ou à la mise en œuvre de la démarche qualité institutionnelle pour les CH n°2 et n°3,

Le contrat du CH n°1 utilise la formulation générique suivante : « *Compte tenu des objectifs à atteindre pour obtenir la certification V2010 en septembre 2010, chaque pôle s'engage en 2009 sur...* » Les priorités issues de la certification V2 et les « pratiques exigibles prioritaires (PEP)<sup>50</sup> sont ensuite listées. Le contrat du CH n°2 dans un article étonnamment intitulé « *suivi des objectifs qualité* » décrit des objectifs qualité prioritaires en terme toutefois assez larges « *les pôles développent des actions qualité spécifiques qui seront évaluées trimestriellement à partir d'indicateurs qui seront construit en 2009* » alors que le CH n°3 impose à chaque pôle « *de mener et d'évaluer une action qualité annuelle propre afin de promouvoir l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) ou la satisfaction des usagers ou le respect du contrat de bon usage des médicaments (CBU)* ».

2 contrats annoncent des indicateurs de suivi en annexe cependant ces annexes précisent des thématiques prioritaires et non des indicateurs de processus ou de résultat qui permettraient d'évaluer l'amélioration en matière de qualité.

c) *Du management durable*

Si les modalités d'intéressement et de délégation sont toujours présentes, la question du management interne du pôle n'est développée que par le CH n°2 qui met en exergue (en 2<sup>ème</sup> de couverture) les valeurs prônées par le pôle. De plus ce contrat traite de la gestion des ressources humaines de manière quantitative mais aussi qualitative en termes de développement professionnel et de formation tout au long de la vie enfin les relations inter-pôles, les coopérations interne et externe du pôle sont précisées. La notion de développement durable, sans doute encore un peu floue, n'est retrouvée dans aucun document.

---

<sup>50</sup> HAS, juin 2009, Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, *Manuel de certification des établissements de santé V2010*, St Denis 86 p.

#### A) Des tableaux de bord et indicateurs inspirés des CREA

Les tableaux de bord utilisés dans les établissements étudiés se singularisent principalement par leur mode de diffusion, soit en ligne (CH n°1) soit sous forme de documents informatiques transmis par mail ce qui influe sur la périodicité de production : mensuelle pour le CH n°1 quadrimestrielle pour les CH n°2 et n°3.

De façon constante, le contrôle de gestion de l'établissement est le producteur du tableau de bord qui est transmis au pôle dans la perspective du dialogue de gestion périodique.

Dans les trois établissements, les tableaux de bord de gestion sont construits sur le modèle des comptes de résultats analytiques par pôle (CREA) proposés par la Mission nationale d'expertise et d'audit (MEAH) en 2006<sup>51</sup>. Ils s'appuient sur des indicateurs de résultats, pertinents aux objectifs d'activité des pôles mais limités au pilotage de l'efficacité. La forme est celle de tableaux à double entrée, précis mais peu lisibles.

Seul le CH n°2 complète ce compte de résultat avec des indicateurs de processus liés aux objectifs de prise en charge des patients et comparés aux résultats de l'année précédente, par exemple : *nombre de séjours entrés par les urgences* afin de répondre à l'objectif « *maitriser le non programmé* », *taux de patients transférés dans les structures d'aval* du CH afin de répondre à l'objectif « *mieux gérer les sorties* »...

La dimension qualité n'est pas intégrée dans les tableaux de bord. Le CH n°1 a prévu dans sa trame de tableau de bord, des indicateurs sur le taux de plaintes et sur d'autres éléments qualitatifs mais n'a pas été en mesure de renseigner régulièrement ces items. Le CH n°3 précise que « *les indicateurs de suivi des objectifs qualités institutionnels et spécifiques au pôle font l'objet d'une réflexion* ».

La dimension « qualité » est cependant abordée soit lors de rencontres spécifiques quadrimestrielles (CH n°2) soit par transmission aux pôles de leur résultats IPAQSS et d'enquête SAPHORA<sup>52</sup> (CH n°1, CH n°3). Il s'agit alors de temps de régulation entre le pôle et les acteurs institutionnels de la qualité.

La dimension managériale est peu retrouvée au niveau des tableaux de bord. Seul le CH n°3 qui a précisé la dimension développement social dans ses contrats de pôle suit des indicateurs de processus et de résultat dans ce domaine « *part de personnel handicapé au sein du pôle* », « *absentéisme* », « *pourcentage de réalisation du plan de formation* »...

---

<sup>51</sup> <http://www.meah.sante.gouv.fr>

<sup>52</sup> L'enquête SAPHORA- CHU est une enquête téléphonique annuelle de satisfaction des patients hospitalisés réalisée depuis 2008 par 23 CHU à l'initiative de la Conférence des Directeurs généraux (<http://web.reseau-chu.org>) et réalisée avec le support méthodologique du Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine ([www.ccecqa.asso.fr](http://www.ccecqa.asso.fr))

### 2.3.2 Des entretiens qui reflètent plus un malentendu qu'une réelle divergence

#### A) Les managers des établissements

Pour les membres des équipes de direction, la performance est d'évidence multidimensionnelle « *un pôle performant, c'est un pôle capable de réfléchir à ses organisations, afin d'améliorer ses résultats tout en conservant ses valeurs de départ* » (DS, CH n°2), « *c'est d'améliorer ou de maintenir la qualité et tendre vers une meilleure gestion des ressources, l'évaluation, elle sert à ça* » (DH, CH n°1), les pôles peu performants qui dégradent leur compte de résultat, on va plutôt repérer les évolutions organisationnelles positives » (DS, CH n°1). La référence à la mission de santé publique de l'établissement est aussi très présente dans les discours « *il faut de la solidarité inter-pôle pour répondre à la mission de l'établissement* » (DS, CH n°3).

Pour les directeurs, la question de la performance et de son pilotage est en évolution constante « *tout ça c'est en chantier, rien n'est coulé dans le marbre* » (DS, CH n°1) et les obstacles sont nombreux : « *les directions fonctionnelles et les pôles doivent communiquer* » (DH, CH N°1).

Mais si la logique est plutôt dans l'accompagnement et la recherche de la qualité du service rendu, le problème c'est d'abord les autres, « *ils y viennent (à la qualité) contraints et forcés* (DH CH n°1), « *on a des pôles plus frileux que d'autres notamment sur les questions relatives à la masse salariale* » (DS CH n° 2) cependant, certains équilibrent mieux les responsabilités entre « top management » et management de pôle « *il faudrait qu'ils (les pôles) acceptent d'en prendre et que l'on accepte d'en lâcher...* (DS CH n°3) « *on s'aperçoit aussi que le fait de déléguer certaines choses aux pôles, ça fait qu'ils sont plus vertueux que ce que l'on aurait demandé à la direction* » (DH CH N°1)

Alors les directions avancent prudemment vers « *un pilotage en autonomie, pas en indépendance* » (DS CH n°2) pour que « *ça ne parte pas dans tous les sens* » (DS CH n°3) vers une délégation de gestion « *alimentée de manière permanente par le contrôle de gestion* » (DH CH n°1).

Est-ce ainsi que les responsables des pôles d'activité clinique voient les choses ?

#### B) Les managers des pôles d'activité clinique

Au niveau des responsables de pôle, qu'ils soient médicaux ou soignants, le discours est d'abord défensif « *je reste toujours sur mes gardes avec ces termes, performance, objectifs...il y a une méconnaissance de ce qu'est le soin* » (CSS, CH n°2), mais l'importance de l'équilibre budgétaire est aussi reconnu « *un pôle performant, il est d'abord efficient mais c'est le patron (du pôle) qui décide si il est ou non efficient, avec les CREA c'est impossible* » (PH CH n°2).

Comme pour les managers de l'établissement, la dimension collective est une notion primordiale « *ce n'est pas le pôle qui est performant c'est l'établissement, un pôle peut ou pas être déficitaire ça n'a pas d'importance, un pôle performant c'est celui qui arrive à faire ce qu'il a décidé de faire dans une négociation bien faite.* » (PH CH n°1) alors la dimension « qualité » vient équilibrer la prédominance médico-économique « *il faudrait savoir si le fil à plomb c'est les finances ou la qualité des soins* » (PH, CH n°1)

Là aussi, dans un parallèle troublant, le problème c'est les autres. La méfiance est au premier plan et elle porte sur le soupçon de gestion strictement budgétaire de la part de la direction « *la direction essaye de faire un transfert de charges, je ne suis pas gestionnaire* » (PH CH n°2), « *on attend de nous une exécution plutôt qu'une collaboration* » (CSS, CH n°2) « *c'est toujours : veuillez diminuer vos dépenses...* » (PH, CH n°1) pourtant les gestionnaires de pôle restent prêts à assumer leurs fonctions et font des propositions (un peu) constructives « *les 1<sup>ers</sup> contrats sont nuls, il n'y a pas de balance qualité/activité mais ils existent, c'est un premier pas* » (PH, CH n°2).

Trois demandes prédominent dans ces propos : plus de négociation, plus de concertation, plus de confiance dans le pilotage des pôles « *si l'on doit travailler par contrat, il faut qu'il y ait un sens de la négociation, une connaissance fine de l'activité afin de pouvoir dire : là on a un problème sur l'activité, il faut le résoudre ensemble, alors là oui...* »

## 2.4 Conclusion de la recherche

### A) Synthèse de l'analyse comparée

L'analyse des documents stratégiques permet de mettre en évidence un double déséquilibre et une évolution :

- Déséquilibre au sein des contrats et des tableaux de bord où la dimension budgétaire est largement prédominante.

- Déséquilibre entre les contrats et les tableaux de bord où le lien entre objectifs et indicateurs de suivi n'apparaît clairement, que pour les objectifs liés à l'efficacité.

La dimension qualité reste largement incitative au niveau des contrats (« *le pôle s'engage à développer et à évaluer une action spécifique...* ») le suivi de cette dimension lorsqu'il est organisé n'est pas mis en lien avec la dimension efficacité (CH n°2),

- Evolution dans le temps vers une conception de la performance plus complexe et mieux articulée dans les documents les plus récents. Le contexte de retour à l'équilibre financier dans les trois établissements a nécessairement un impact sur les priorités affichées et les modalités de suivi de la performance mais ce n'est pas le seul élément explicatif.

Il semble probable que l'apprentissage de la tarification à l'activité amène à pondérer l'importance des questions financières au bénéfice d'une dimension qualité, renforcée par les indicateurs nationaux obligatoires et, de manière émergente, au profit de la question du développement social et du bien être au travail. Ces évolutions apparaissent également dans les entretiens auprès des professionnels.

#### A) Synthèse des entretiens

Si la prédominance de la dimension « efficacité » est évidente dans les documents stratégiques, les choses sont plus nuancées dans les propos des différentes parties prenantes.

##### a) *Les managers des établissements*

Malgré les situations de plan de retour à l'équilibre, les questions financières ne sont jamais présentées comme une finalité mais comme un moyen au service de la mission de l'hôpital. Au niveau des directions, l'activité et son financement sont bien les déterminants-clés de la performance des pôles d'activité, ce ne sont pas pour autant les seuls.

La dimension « qualité » est traitée avec plus d'embarras : majoritairement plus comme une contrainte externe nécessaire que comme une dimension de la performance interne. Toutefois, la contrainte réglementaire est aussi utilisée comme un levier permettant d'impliquer dans la démarche des pôles réputés rétifs, « *comme un argument externe pour améliorer la qualité en interne*<sup>53</sup> ».

Au niveau des managers de l'établissement, la réputation du pôle d'activité a souvent autant d'importance que la maîtrise de la qualité au sens de l'amélioration des processus de soins. Ceux-ci restent mal connus, difficile à appréhender et finalement considéré comme un pré-requis allant de soit. L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) n'est par exemple jamais évoquée en tant que dispositif de pilotage de la qualité des soins.

La dimension managériale du pôle d'activité est peu évoquée spontanément sinon pour mettre en évidence la variabilité des compétences dans ce domaine au sein des pôles. La susceptibilité supposée des chefs de pôle sur la question de leur management interne et, en conséquence, la difficulté qu'il y aurait à trop préciser les attentes reviennent aussi dans les entretiens.

---

<sup>53</sup> ORVAIN J., avril 2010, *Indicateurs qualité et tableaux de bord*, cours au Directeurs des soins, EHESP, institut du management, Rennes

Les tableaux de bord en usage dans les établissements sont plutôt un sujet de satisfaction. Ils sont évoqués comme des outils facilitant la régulation et le suivi du pôle par la direction (les conférences budgétaires). Le tableau de bord est pensé comme un outil standardisé de suivi de l'efficacité et non comme le moyen de pilotage de la performance au service du management du pôle. Le format précis mais peu maniable des tableaux de bord observés correspond bien à cette conception.

Globalement, les managers des établissements expriment une vision de la performance multidimensionnelle mais accordent une place centrale à la dimension « efficacité » comme moyen de régulation des pôles. Ceux-ci sont perçus comme émergents et donc fragiles sur les plans gestionnaires et managériaux.

#### b) *Les managers de pôles*

Paradoxalement, ce sont les managers des pôles d'activité qui évoquent le plus les problématiques budgétaires et d'équilibre financier. Ils le font pour s'en plaindre et rappeler la primauté de leur fonction clinique dans une logique d'opposition entre la qualité de prise en charge des patients et la gestion.

Peut-on pour autant parler de conception unidimensionnelle de la performance ? Ce serait sans doute excessif alors que les managers de pôles rencontrés sont parfaitement conscients des contraintes de gestion et les considèrent légitimes. Ils évoquent aussi, leur apprentissage du rôle de manager d'un pôle d'activité et la priorité que constitue pour eux, la qualité de la prise en charge (plus souvent que la Qualité en tant que démarche).

Les problématiques managériales sont très présentes dans le discours des Cadres supérieurs de pôle mais aussi dans celui des médecins, les questions de recrutement, de compétence, d'attractivité sont centrales.

Le discours des managers de pôles reflète surtout une profonde méfiance vis-à-vis des attentes de leur direction. Les craintes portent principalement sur les questions de gestion : « *imputation arbitraire des coûts* », « *vision purement comptable* »... et sur les limites des outils de suivi de l'activité : « *comment piloter sans visibilité ?* »

#### B) Validation des hypothèses

L'enquête réalisée permet de valider partiellement les hypothèses, pour des raisons de formes et pour des raisons de fond.

##### a) *Sur la forme :*

La taille de l'échantillon étudié nous conduit à rester très prudent en termes de conclusion. Même si les établissements sont comparables par leur taille, leurs activités et leur situation financière, ce travail met en évidence des orientations et des évolutions mais ne suffit sans doute pas à extrapoler des règles plus globales.

La prudence s'impose également à propos des entretiens, 10 entretiens ont été réalisés auprès de 4 catégories de professionnels (DH, DS, PH, CSS) dans 3 établissements. La concordance des discours apporte de la crédibilité aux entretiens mais leur nombre reste insuffisant.

*b) Sur le fond :*

L'analyse des documents stratégiques et des documents de suivi met clairement en évidence un déséquilibre du pilotage de la performance des pôles d'activité.

La dimension efficacité, la production d'actes et la consommation de ressources, est centrale et est l'objet quasi-unique du dialogue de gestion. Les dimensions « atteinte des buts » et « management durable » sont soit sous-estimées soit absentes des documents. Les entretiens auprès des professionnels permettent de nuancer ce constat en montrant que la conception des acteurs est plus large que ce qu'en montre les documents. Nous sommes donc plus en présence d'un déficit de formalisation que d'une conception unidimensionnelle de la performance.

Ce défaut de formalisation est-il fonctionnel ? C'est sans doute le cas car il préserve le statut quo et évite de mettre au premier plan les divergences de point de vue et les procès d'intention. Il restreint cependant la contractualisation à un dénominateur commun acceptable mais il maintient le flou sur les questions relatives à la qualité des soins et au management interne des pôles d'activité cliniques ce qui de notre point de vue pourrait être amélioré.

### **3 Pour un management par la performance : pistes d'action**

Le pilotage des pôles d'activité par la performance propose une vision associant entre elles différentes dimensions observées de manière quantitatives et qualitatives. Force est de constater que plusieurs obstacles limitent la portée de cette approche dans les EPS. Certains, qui ne sont pas les moindres, relèvent de la confiance entre les acteurs, d'autres se situent au niveau de la conception et de la mise en œuvre des outils de pilotage. Ces deux aspects ne sont cependant pas indépendants, la confiance résultant souvent de la qualité de la collaboration, de l'accord sur la stratégie.

En matière de management et de pilotage, il n'existe pas de martingale. Nous proposerons donc ici trois axes d'actions qui, de notre point de vue, vont dans le sens de la convergence des approches, du partage des outils de pilotage et du renforcement du dialogue entre management de l'établissement et management des pôles d'activité clinique.

#### **3.1 Développer une vision partagée**

##### **3.1.1 S'accorder sur un modèle de la performance**

Comme nous l'avons montré dans la première partie de ce mémoire, les conceptions de la performance sont diverses et contingentes à la mission des acteurs. Les entretiens réalisés permettent cependant de montrer que les responsables hospitaliers développent majoritairement une vision multidimensionnelle et finalement assez semblable de la performance. Celle-ci gagnerait cependant à passer de l'implicite à l'explicite.

Nous proposons une approche de la performance en trois dimensions principales permettant de regrouper les missions, les projets et les objectifs de manière simple mais aussi en attirant l'attention sur l'importance de la qualité du management interne du pôle, dimension souvent tenue pour allant de soit.

D'autres modèles existent et sont sans doute plus pertinents (Sicotte, DREES, ANAP...) <sup>54</sup>. Quel qu'il soit, ce choix doit mettre en balance la sophistication et l'opérationnalité du modèle théorique de la performance afin d'articuler les différentes dimensions retenues tout en restant compréhensible par tous. Le modèle de la performance devra alors être validé en termes de faisabilité et d'acceptabilité, emporter l'adhésion des gestionnaires du pôle et être compatible avec la stratégie institutionnelle.

Ce modèle, le modèle retenu par l'établissement, peut dès lors constituer la trame des contrats de pôle et la structure des tableaux de bord. <sup>55</sup>

---

<sup>54</sup> Confère pp.4-5

<sup>55</sup> ANNEXE N° 4 : modèles de tableau de bord

A l'instar de cette équipe du CH n°3 qui a tenu à inscrire les valeurs guidant son action en exergue de son contrat de pôle, il serait utile au sein des établissements publics de santé, de s'entendre, pôle par pôle, sur une vision partagée de la performance. Au-delà, de l'aspect formel, cet accord sur les principes permettrait *a minima* de fonder le contrat de pôle sur une base claire et de limiter les procès d'intention de part et d'autre.

### **3.1.2 Equilibrer les démarches descendantes et ascendantes**

La mise en œuvre de la nouvelle gouvernance promeut la délégation de gestion et la subsidiarité alors que dans le même temps les établissements de santé sont soumis à de nombreuses contraintes impactant l'ensemble des dimensions de la performance. On peut bien sûr citer les plans de retour à l'équilibre mais aussi les recueils obligatoires d'indicateurs (IPAQSS, Score agrégé en hygiène hospitalière...) ou la mise en œuvre du droit individuel à la formation (DIF). Sans émettre ici un avis sur ces évolutions sans doute bénéfiques, on peut toutefois observer que les managers des pôles d'activité sont les destinataires finaux de ces injonctions et qu'ils se sentent parfois piégés dans une position d'exécutant. Ils parlent alors de « *transfert de charge* », de « *délégation des déficits* » et *in fine* perdent l'intérêt pour leur mission.

En matière de démarche qualité notamment, les perspectives sont différentes lorsqu'un pôle doit s'engager contractuellement à participer à la certification de l'établissement (contrat de pôle du CH n°1) ou lorsqu'il définit ses priorités et sa méthode en terme de Qualité, d'EPP, de gestion des risques. L'établissement peut alors, contractuellement, reconnaître ces démarches comme de la création de valeur contribuant à la performance du pôle (donc de l'EPS) et s'engager à les soutenir.

Qu'il s'agisse de définir la performance, de contractualiser sur des objectifs ou de définir les indicateurs pertinents, il serait utile, d'équilibrer les choses entre d'une part des priorités institutionnelles nécessaires et incontournables et d'autre part les démarches initiées par les pôles qu'il convient de promouvoir et de soutenir.

Loin d'être un lieu commun, le respect de cet équilibre serait perçu par les managers de pôle comme un renversement de perspective, comme une mise en actes concrète du principe de subsidiarité. Il serait alors plus aisé de définir contractuellement les indicateurs de suivi et de les intégrer dans un tableau de bord équilibré.

## 3.2 Personnaliser les outils de pilotage

### 3.2.1 Equilibrer les tableaux de bord

La recherche documentaire et de terrain réalisée dans le cadre de ce mémoire nous a permis d'observer de nombreux documents de reporting en usage dans les EPS. Nous l'avons montré, ils s'apparentent principalement à des outils de reddition de comptes or, ce n'est pas la fonction principale d'un tableau de bord de gestion qui devrait être « *un outil à la disposition d'un responsable ou de son équipe pour prendre des décisions et agir en vue de l'atteinte d'un but qui concourt à la réalisation d'objectifs stratégiques* »<sup>56</sup>

Pour ce faire, le tableau de bord doit équilibrer et mettre en relation les différentes dimensions de la performance au sein d'un document simple, synthétique, visuel où les indicateurs financiers ont une place limitée car peu contributive à la prise de décision.

La question de la faisabilité du pilotage à partir d'un tableau de bord interroge aussi la qualité du système d'information (SIH) de l'établissement. Il doit être en capacité d'extraire des données valides quantitatives et qualitatives et de les mettre à la disposition des utilisateurs. La capacité pour l'établissement à réaliser des audits internes de manière simple et ciblée est également une source d'information nécessaire au fonctionnement d'une gestion par tableau de bord. Ce type d'organisation est présent dans certains EPS mais pourrait encore être développé en identifiant par exemple des auditeurs internes au sein des pôles.

Ces préalables étant posés, la constitution d'un tableau de bord de gestion impose une phase de personnalisation de l'outil en trois étapes :

#### A) Définir l'utilisateur, ses objectifs et ses besoins :

L'information fournie par le tableau de bord est corrélée à la mission du pôle. Si l'on suppose, par exemple la double mission suivante :

- produire des soins sécurisés et conformes aux données de la science
- inscrire les prises en charge dans le cadre d'un parcours de soins coordonné

L'ensemble des informations fournies par le tableau de bord sera en relation avec ces missions afin de ne pas déconnecter les informations collectées de la raison d'être de la structure.

---

<sup>56</sup> BARAT S., décembre 2008, *L'apport du tableau de bord au pilotage stratégique d'un établissement de santé*, mémoire professionnel, EHESP, Rennes, p.15

Le tableau de bord doit aussi être adapté à son utilisateur : même s'ils fonctionnent en étroite collaboration, un médecin chef de pôle et un CSS n'ont pas forcément besoin des mêmes indicateurs, on peut imaginer que le délai d'envoi des comptes rendus d'hospitalisation va être plus utile au PH alors que le taux de réalisation du plan de formation concerne plus directement le CSS, ces deux indicateurs concourent cependant à la performance d'un pôle d'activité clinique. Le tableau de bord d'un responsable devrait donc être un outil personnel, adapté à une fonction et cohérent à la mission que se donne un pôle.

#### B) Définir une maquette commune à l'établissement

Un tableau de bord est un outil de pilotage. C'est aussi un support de communication, au niveau du pôle pour ses résultats et au niveau de l'établissement pour son management. La forme du tableau de bord est donc plus qu'une question d'apparence, c'est une marque d'appartenance du pôle à l'établissement, de professionnalisme des outils utilisés en interne et surtout d'opérationnalité : Le tableau de bord être doit à la fois spécifique au pôle et signer un mode de gestion déployé sur l'ensemble de la structure.

La maquette et la charte graphique contribuent à l'atteinte de ce double objectif. Le format standard peut être un document A4 divisé en 3 ou 4 parties (une partie par dimension de la performance) présentant sous forme graphique les indicateurs relatifs aux facteurs clés de la réussite<sup>57</sup>.

#### C) Identifier les facteurs clés de la réussite

Pour chaque dimension de la performance, quelques éléments sont à identifier pour leur spécificité, par exemple pour la dimension « management » l'organisation de la concertation multi professionnelle, pour la dimension « atteinte des buts », la prise en charge des patients non programmés...Ce sont ces facteurs acceptés par les parties prenantes qui déterminerons le choix des indicateurs pertinents.

### 3.2.2 Equilibrer les indicateurs

La question des indicateurs est l'ultime étape du processus de construction du tableau de bord, elle nécessite cependant la plus grande attention. C'est la pertinence des indicateurs qui fait la validité d'un tableau de bord.

---

<sup>57</sup> ANNEXE N° 4 : modèles de tableau de bord

Les qualitiens disent qu'un indicateur doit être SMART : Simple, Mesurable, Adaptable, Temporellement défini. Au-delà du jeu de mot, il s'agit de différencier indicateur et compteur. Un indicateur doit rester un outil d'aide à la décision, il permet de s'assurer que les actions engagées s'inscrivent bien dans la voie du progrès choisie.

Nous l'avons vu, les indicateurs de processus sont les plus pertinents, par exemple, le « *nombre de réunion de comité de retour d'expérience (CREX) ayant donné lieu à un compte rendu dans un pôle* » signe mieux la dynamique de gestion des risques que « *le nombre de plaintes* ». Les indicateurs de résultat ont cependant toute leur place, d'une part pour le pilotage de la dimension « *efficience* » où un nombre d'actes et un taux d'occupation reste des données factuelles et indispensables et d'autre part pour la mesure de la satisfaction des patients qui devrait elle aussi être acceptée comme un fait reflétant la qualité perçue par le « *client* ». Le management par la performance d'un pôle d'activité ne devrait pas se dispenser d'une évaluation régulière et ciblée de la satisfaction de ses patients.

Les outils tels que le répertoire d'indicateurs édité par l'ANAP<sup>58</sup> ou les travaux menés par le projet COMPAQH depuis 2003 sont précieux dans la mesure ou ils proviennent d'expériences réussies et sont validés méthodologiquement. Cependant, pour les indicateurs internes, la qualité métrologique est moins importante que la simplicité de recueil et l'acceptabilité de l'indicateur, c'est l'évolution de l'indicateur dans le temps qui est significative et non sa valeur brute.

Les indicateurs IPAQSS sont également incontournables et permettent les comparaisons internes et externes. Ils peuvent constituer la base du tableau de bord sur la dimension « *qualité* » en suivant en routine les éléments sur lesquels le pôle décide de progresser.

Le tableau de bord du pôle devraient donc trouver un double équilibre entre indicateurs obligatoires, descendants et « *robustes* » et indicateurs contextuels choisis par le pôle, simples à recueillir et à utiliser et entre indicateurs de processus, reflets de la dynamique du pôle et indicateurs de résultat témoins de l'activité produite et de la satisfaction des patients.

---

<sup>58</sup> NORMAND V ; HAAS P.E. LE SPEGAGNE D, *Piloter l'activité mesurer l'efficience, répertoire d'indicateurs*, 2009, ANAP, Paris

## Conclusion

Le pilotage de la performance est une approche complexe mais féconde du management visant à associer différentes logiques d'action afin d'offrir une lecture d'ensemble de la gestion.

Dans un contexte de renouvellement et de déconcentration de la gouvernance hospitalière, la notion de performance organisationnelle émerge à l'échelle des établissements et au niveau des pôles d'activité clinique où elle permet d'évaluer la dynamique et les résultats en termes d'efficience, de qualité des soins et de qualité du management. La performance d'un pôle d'activité clinique est cependant une notion largement empirique, sujet à diverses interprétations. Elle restant aussi souvent implicite afin de maintenir de fragiles équilibres entre pilotage de l'établissement et pilotage du pôle.

Les managers des établissements et ceux des pôles ont toutefois des conceptions proches de la performance attendue d'un pôle d'activité clinique. La question de l'équilibre budgétaire notamment n'est ni sous estimée ni déconnectée de la mission du pôle ou de la qualité de la prise en charge. Cependant, cette vision multidimensionnelle peine à se concrétiser dans les documents de pilotage des pôles d'activité qui restent largement centrés sur l'activité produite et la consommation de ressources.

Cette focalisation sur l'efficience n'est pas sans conséquence :

- Elle entretient une forme de défiance entre les gestionnaires de l'établissement et ceux des pôles d'activité clinique et limite la portée de la déconcentration de gestion.
- Elle limite l'intérêt des documents de reporting qui en l'état s'apparentent plus à des outils de reddition de comptes qu'à de véritables tableaux de bord équilibrés.

Afin d'aller vers un management des pôles d'activité clinique par la performance, il serait utile de s'accorder au sein des établissements sur un sens partagé de ce concept puis de le décliner dans les documents de pilotage, notamment les contrats de pôle et les tableaux de bord de gestion au sein desquels la question de l'équilibre est centrale :

- Equilibre entre les différentes dimensions de la performance renvoyant chacune à des objectifs et à des indicateurs spécifiques et d'égale importance.
- Equilibre entre les approches descendantes, regroupant les attentes institutionnelles et les approches ascendantes correspondant aux priorités et aux indicateurs retenus par le pôle lui-même.
- Equilibre enfin entre indicateurs de processus, témoins de la dynamique du pôle et indicateurs de résultats objectivant la création de valeur par le pôle.

En respectant une architecture de ce type, le tableau de bord de gestion peut devenir un outil de pilotage au service des managers de pôle d'activité et le vecteur du nécessaire dialogue de gestion entre direction de l'établissement et management du pôle.

La qualité de ce dialogue, son recentrage sur une vision plus large et partagée de la performance ne peut qu'améliorer la confiance et la collaboration entre des professionnels partageant la même mission.

---

## Sources et bibliographie

---

## **Textes législatifs et réglementaires :**

- Code civil, Art. 1101
- Loi no 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- Décret n°2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-technique dans les établissements de santé.
- Décret n° 2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôles d'activité et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique
- Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, Art. L. 6146-6 CSP
- Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

## **Ouvrages**

- CROZIER M. FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, Le seuil, Paris, 498 p.
- DIRECTION DE L'ACCREDITATION ET DE L'EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES, janvier 2005, *Guide pour l'autodiagnostic des fonctions des pratiques de management en établissement de santé*, HAS, Saint Denis, 37 p.
- NORMAND V ; HAAS P.E. LE SPEGAGNE D, 2009, *Piloter l'activité mesurer l'efficience, répertoire d'indicateurs*, ANAP, Paris, 82 p.
- NORME NF X50 -171, novembre 2001, *Qualité et management des indicateurs et tableaux de bord qualité*, AFNOR, Paris, disponible sur : <http://www.afnor.org>
- BAHRAMI S., GRENIER-SENNELIER C., MINVIELLE E., juin 2005, *Conception et rôle des indicateurs de qualité dans l'évaluation des pratiques professionnelles : L'expérience COMPAQH*, INSERM

## **Articles de revue :**

- ASSOCIATION DES PETITES VILLES DE FRANCE (APVF), 20 octobre 2008, Les hôpitaux de petites villes, une composante indispensable pour une offre de soins de qualité sur tout le territoire, 3ème livre blanc des hôpitaux, *La gazette des Communes, des Départements des Régions*, Cahier détaché N° 2 - 39 / 1953, pp.198-217.
- BEAUBAU D, PEREIRA C, 2004, Mesure de la performance dans le domaine de la santé, *dossier Solidarités et santé n°3*, DREES, pp.47-56.

- BOISVERT H., D PH, juin 2007, *Un tableau de bord de gestion pour les universités* FCMA, HEC Montréal, 71 p,
- MINVIELLE E., mai 2003, De l'usage de concepts gestionnaires dans le champ de la santé, *Revue française de gestion* no 146, p. 167-189
- NOBRE T., 1999, *Quels tableaux de bord de pilotage pour l'hôpital ?*, Université Louis Pasteur LARGE, Strasbourg, disponible sur internet : [http://www.afcca.com/archives/docs\\_congres/congres2000/Angers/Fichiers/NOBRE.pdf](http://www.afcca.com/archives/docs_congres/congres2000/Angers/Fichiers/NOBRE.pdf)
- SICOTTE C, CHAMPAGNE F, CONTANDRIOPOULOS A.P., 1999, La performance organisationnelle des organismes publics de santé, *Rupture revue transdisciplinaire en santé*, vol. 6, n°1, pp 34-10.
- ST HILAIRE C., SICOTTE C., 2001, Gestion des dépenses hospitalières par la décentralisation budgétaire, *Rupture, revues transdisciplinaire en santé*, vol 8 n°1, pp. 40-56.

### **Rapports :**

- ANAES, mai 2002, *Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé*, Paris, 39 p.
- CHU DE TOULOUSE, mai 2004, *Guide de gestion par pôles*, Toulouse, 22 p.
- HAS, 2005, Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, *Manuel de certification des établissements de santé V2*, St Denis
- HAS, 2007, Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, *Manuel de certification des établissements de santé V.2007*, St Denis 180 p.
- HAS, juin 2009, Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, *Manuel de certification des établissements de santé V2010*, St Denis 86 p.
- INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, février 2010, *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, RM2010-010P, Paris,123 p.

### **Thèses et mémoires :**

- TEIL A., janvier 2001, *Défi de la performance et vision partagée des acteurs, Application à la gestion hospitalière*, Th.doct., Université Jean Moulin – Lyon 3, 399p.
- BUISSON T.; 2008, *Le tableau de bord, instrument de pilotage de la performance pour le directeur des soins*, mémoire professionnel, EHESP, Rennes,51 p.
- BARAT S., décembre 2008, *L'apport du tableau de bord au pilotage stratégique d'un établissement de santé*, mémoire professionnel, EHESP, Rennes, 75 p.

## **Cours et Conférences :**

- GUERIN J.P., Décembre 2009, *Indicateurs qualité généralisés en établissements de santé : pourquoi et comment les utiliser ? Retours d'expériences, Rencontres*, HAS, Paris
- BENAMOUZIG D, décembre 2009, *Usages des indicateurs qualité en Aquitaine, Une enquête sociologique*, Rencontres HAS, Paris
- ORVAIN J., avril 2010, *Indicateurs qualité et tableaux de bord*, cours aux Directeurs des soins, EHESP, Institut du management, Rennes

## **Sites internet :**

- <http://web.reseau-chu.org>
- [http://fr.wikipedia.org/wiki/Droit\\_du\\_service](http://fr.wikipedia.org/wiki/Droit_du_service)
- <http://fr.wikipedia.org/wiki/Taylorisme>
- <http://fr.wikipedia.org/wiki/Projet>
- [http://fr.wikipedia.org/wiki/Théorie des jeux](http://fr.wikipedia.org/wiki/Théorie_des_jeux)
- <http://www.piloter.org/balanced-scorecard>
- <http://www.ccecqa.asso.fr>
- <http://www.anap.fr>

---

## Liste des annexes

---

- ANNEXE N°1 : Modèle de la performance C Sicotte & col
- ANNEXE N°2 : Modèle de la performance hospitalière proposé par la DREES
- ANNEXE N°3 : Grille d'entretien
- ANNEXE N°4 : Exemples de tableaux de bord équilibrés

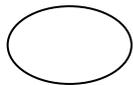
## -I- Modèle de la performance C Sicotte & al.<sup>59</sup>



**Atteinte des buts** : efficacité, efficience, satisfaction des groupes d'intérêt avec les résultats



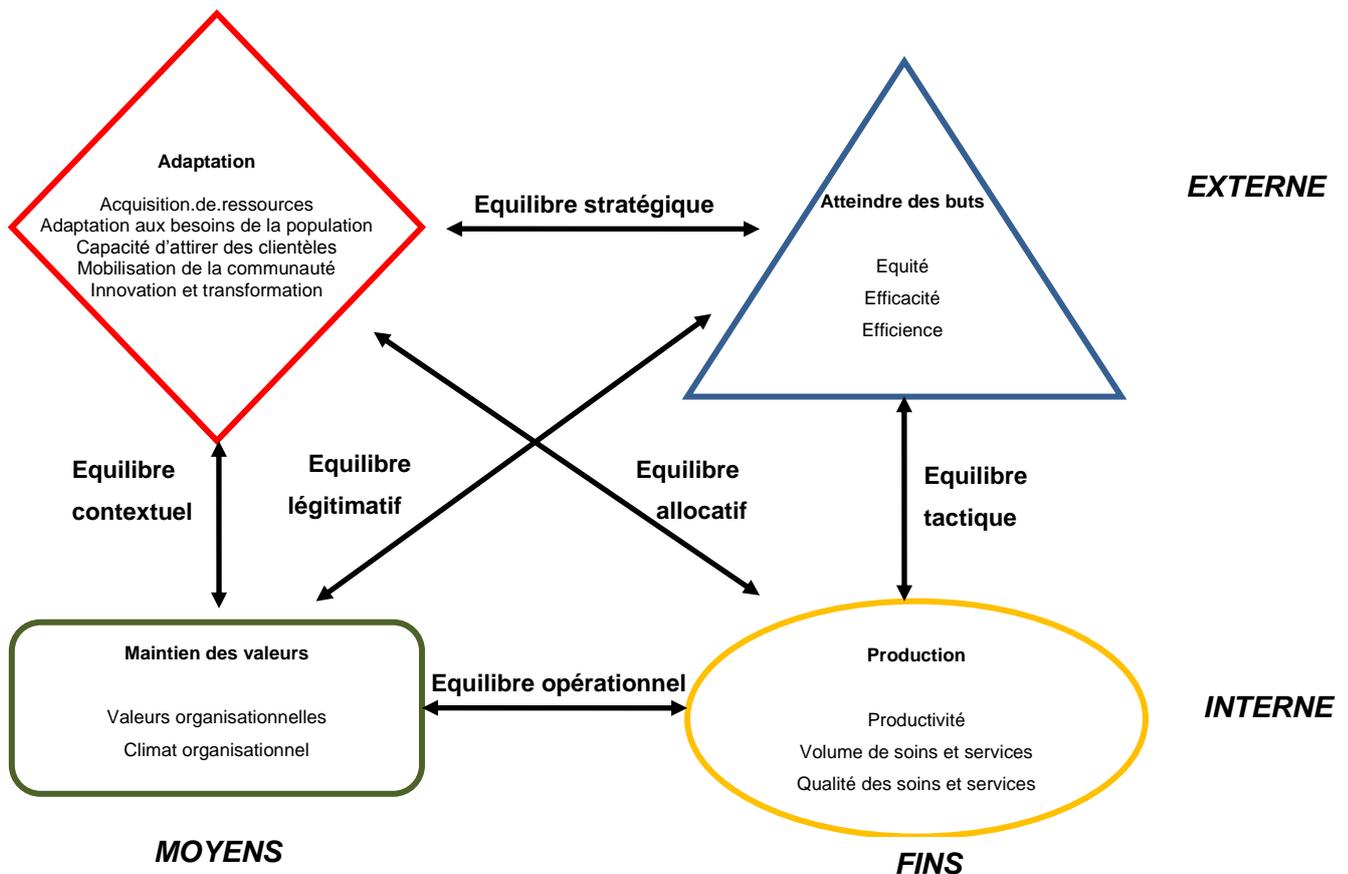
**Adaptation** : capacité d'acquisition de ressources, orientation vers les besoins populationnels, capacité d'attraction de la clientèle, habileté à mobiliser l'appui communautaire, habileté d'innovation et de transformation



**Production** : volume de services produits, coordination, productivité, qualité (accessibilité, humanisation, complétude, qualité technique, satisfaction)



**Maintien des valeurs et climat organisationnel** : consensus autour de valeurs fondamentales (professionnalisme, dévouement, éthique...), climat organisationnel (motivation, allégeance organisationnelle)



<sup>59</sup> SICOTTE C., CHAMPAGNE F., CONTANDRIOPOULOS A.P., 1999, La performance organisationnelle des organismes publics de santé, *Rupture revue transdisciplinaire en santé*, vol. 6, n°1 p.39

- **Alignement stratégique** : compatibilité des mécanismes d'adaptation en fonction de la priorisation des buts **et** pertinence des buts étant donné l'environnement et la recherche d'une plus grande adaptation.
  
- **Alignement allocatif** : justesse allocative des moyens parmi les processus de production **et** compatibilité des moyens adaptatifs en réponse aux résultats de la production.
  
- **Alignement tactique** : Conformité de la production à la priorisation des buts **et** pertinence des buts en réponses aux résultats de la production.
  
- **Alignement opérationnel** : effet mobilisateur des valeurs et du climat sur la production **et** impact sur les valeurs et le climat des résultats de la production.
  
- **Alignement légitimatif** : Effet mobilisateur des valeurs et du climat sur l'atteinte des buts **et** impact sur les valeurs et le climat de l'atteinte des buts.
  
- **Alignement contextuel** : effet mobilisateur des valeurs et du climat sur les mécanismes d'adaptation **et** impact sur les valeurs et le climat en réponse aux résultats atteints par les mécanismes d'adaptation

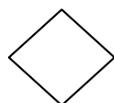
## -II- Modèle de la performance hospitalière proposé par la DREES<sup>60</sup>



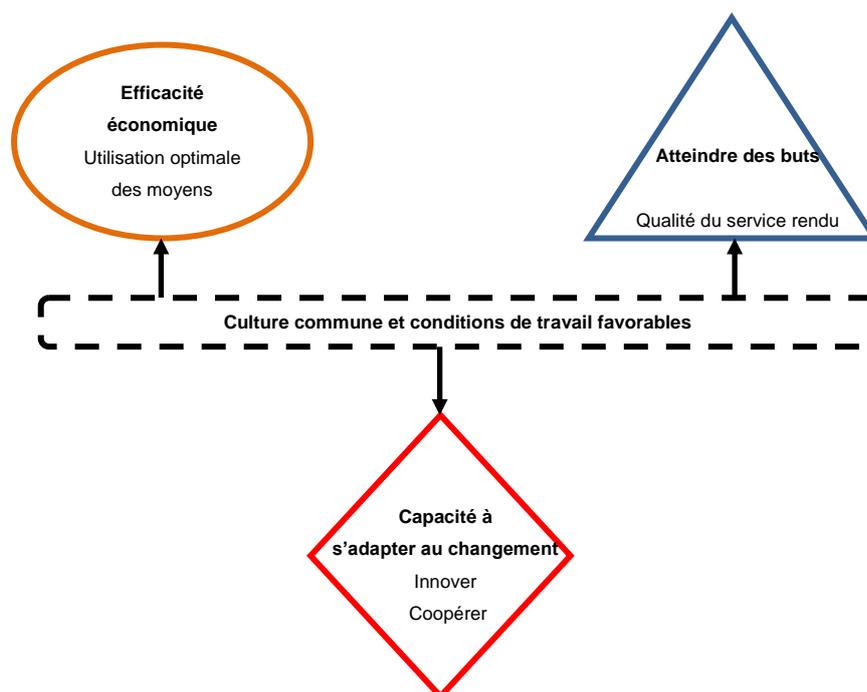
**Atteinte des buts** : amélioration de la santé des individus et des populations (performance des équipements, compétences des ressources humaines, procédures de soins, résultats cliniques, satisfaction des patients) et qualité du service rendu à la collectivité (accessibilité physique, financière, culturelle ; continuité des soins, globalité, coopération)



**Efficacités économique** : utilisation optimale des moyens



**Capacité d'adaptation au changement** : innovation, coopération



<sup>60</sup> BEAUBAU D, PEREIRA C, 2004, *Mesure de la performance dans le domaine de la santé*, dossier Solidarités et santé DREES, n°3, pp.47- 56

### **-III- Grille d'entretien**

**-I- Pouvez vous me précisez qu'elles sont vos missions au sein de votre établissement ? :**

**-II- Qui sont vos interlocuteurs au niveau de la direction d'établissement / au niveau des pôles ?**

**-III- Pour vous, quels sont les principaux éléments constitutifs de la performance d'un pôle d'activité ?**

**-IV- Dans votre établissement, de quelle manière est organisé le dialogue de gestion entre votre pôle et vos référents au niveau de la direction d'établissement (ou entre l'équipe de direction et les responsables de pôles?) [*parties prenantes, périodicité, élément du dialogue*]**

**-V- Pouvez vous me précisez les points principaux faisant l'objet d'un suivi régulier relatif à la performance de votre pôle d'activité ?**

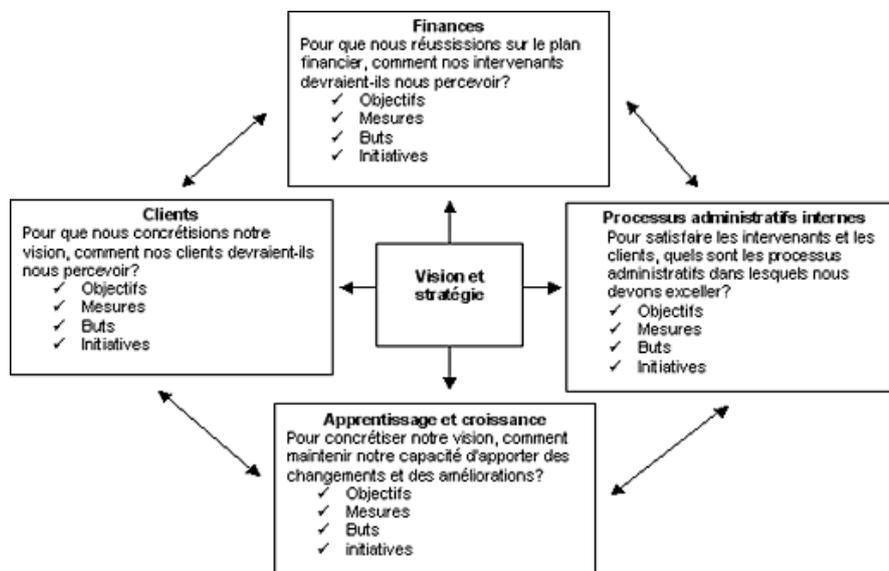
**-VI- Ces points ont il fait l'objet d'une contractualisation entre le pôle et la direction ?**

**- VII- De votre point de vue ce dispositif est il suffisant, satisfaisant, adapté ?**

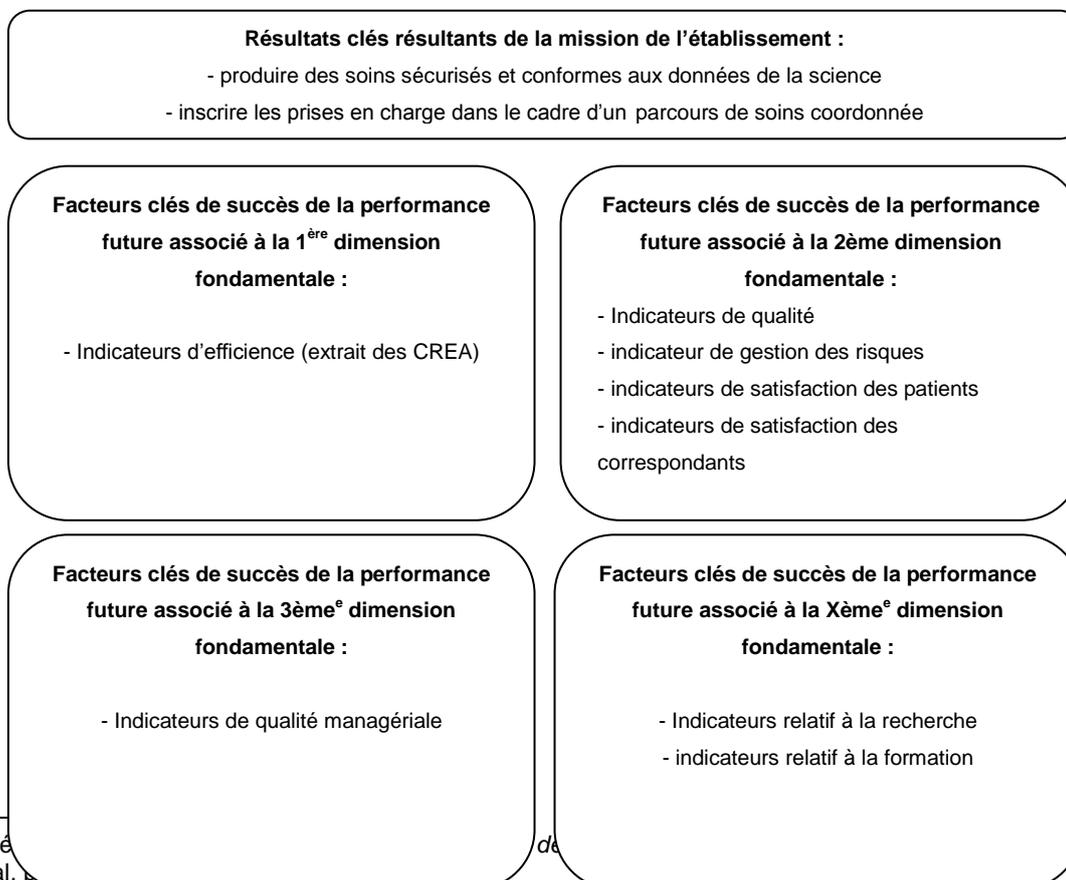
**- VIII- Quelles approches alternatives, complémentaires vous paraîtraient pertinentes ?**

## -IV- Modèles de tableau de bord

### - Tableau de bord prospectif équilibré (Norton & Kaplan) :



### - Exemples de tableau de bord équilibrés<sup>61</sup>



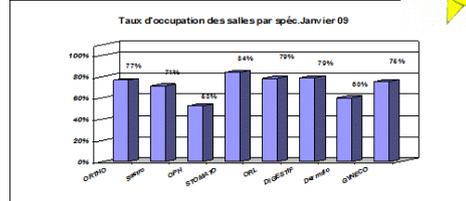
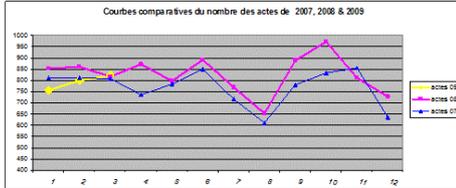
<sup>61</sup> inspiré de Montréal, p.

- Tableau de bord d'un bloc opératoire<sup>62</sup>

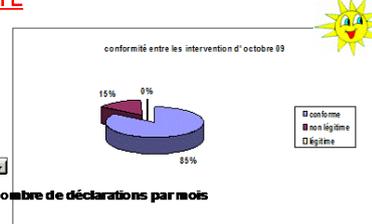
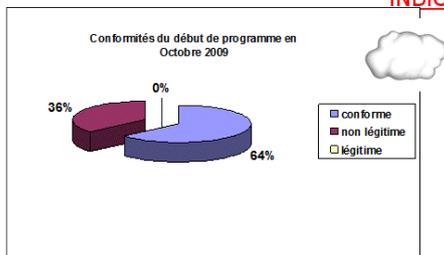


**TABLEAU DE BORD QUALITE DU BLOC: Octobre 09**

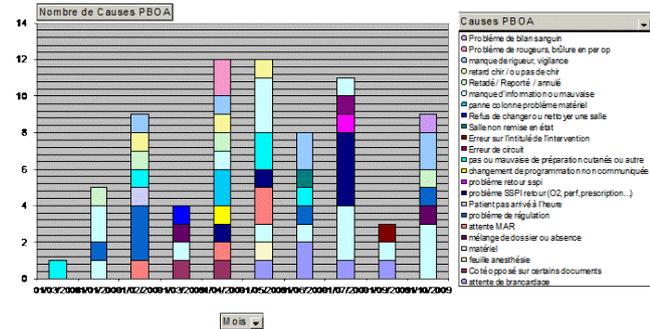
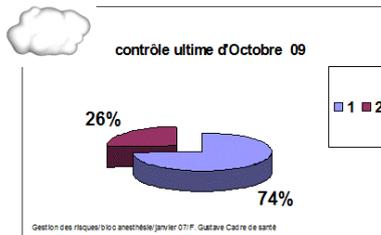
**INDICATEURS D'ACTIVITE**



**INDICATEURS DE PRODUCTIVITE**



**INDICATEURS DE SOINS**



Indicateurs/Bloc/Anesthésie J. Monod/octobre 07/Cellule d'analyse

<sup>62</sup> GUSTAVE F., LE ROUGE O., 2008, *tableau de bord du bloc opératoire*, Groupe Hospitalier du Havre