



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

---

**Directeur d'hôpital**

**Promotion 2005**

---

**Mécanique des tableaux de bord en  
Tarification à l'activité :**  
analyse des tableaux utilisés au Centre hospitalier de  
Villefranche-sur-Saône

---

**Jérôme MALFROY**

---

# Remerciements

---

L'écriture de ce mémoire m'a amené à solliciter l'aide et le temps de nombreux professionnels et personnes de mon entourage que je tiens à vivement remercier pour leur contribution à mon travail.

D'abord je tiens à exprimer à Christophe Pascal, enseignant à l'IFROSS, mes plus vifs remerciements pour avoir accepté de diriger mes travaux. Il a su m'orienter dans mes recherches, et m'a apporté le recul nécessaire pour décrypter les diverses informations que j'ai pu collecter à l'hôpital. Sa vigilance et son attention au cours de la relecture ont donné à ce travail les nombreux compléments dont il avait besoin.

Je remercie aussi Philippe Bozabalian, maître de stage, pour m'avoir ouvert les portes à l'hôpital de toutes les personnes qui pouvaient m'apporter des éclaircissements sur le sujet traité. Je le remercie aussi pour m'avoir mis en contact avec les universitaires les mieux à même de diriger mon étude.

L'équipe médicale du Centre hospitalier, et notamment les membres du bureau de la CME, ont aussi largement contribué à la confection de ce mémoire, et je veux les remercier pour le temps qu'ils ont bien voulu m'accorder, et les réflexions qu'ils ont accepté de partager avec moi.

Je souhaite encore à exprimer ma gratitude à tous les membres du service de l'information médicale et aux responsables de la société qui a mis au point les tableaux de bord étudiés pour avoir pris le temps d'écouter et de répondre à mes interrogations ainsi que pour les compléments d'informations qu'ils ont pu m'apporter.

Ce travail ayant été réalisé tout au long de mon stage long au centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône, je voulais aussi remercier toute l'équipe de direction qui m'a accompagné dans cette première expérience professionnelle à l'hôpital. Au sein de cette équipe, je remercie tout spécialement Véronique Robin pour les travaux qu'elle m'a confiés et la manière dont elle m'a guidé pour leur réalisation.

Enfin, je remercie celles et ceux qui ont parcouru, lu et relu mes épreuves, qui ont contribué à les faire évoluer, et qui m'ont soutenu tout au long du stage et de la rédaction du mémoire. Je tiens tout spécialement à remercier parmi eux mes parents, pour les apports et la relecture attentive qu'ils ont fait de mon travail, et notamment à mon père, Jacky MALFROY, pour le grand intérêt qu'il a eu pour mon travail, et Blandine Moreau pour les idées et réflexions qu'elle m'a apportées ainsi que pour son écoute attentive.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>METHODOLOGIE : .....</b>	<b>7</b>
<b>PARTIE 1: L'UTILISATION DE «TDB ACTIVITE» ET DE « TDB FINANCIER » DANS L'ETABLISSEMENT. ....</b>	<b>9</b>
<b>1.1 «TdB activité» et «TdB financier», reflet de la vie de l'hôpital à l'instant     « T ».....</b>	<b>11</b>
1.1.1 Exemples d'utilisation en COMEX: analyses médico-économiques en temps réel.....	11
1.1.2 Le contrôle de gestion en temps réel.....	16
1.1.3 L'application dans le cadre des futurs pôles .....	19
<b>1.2 Des outils de prévisions économiques et financiers.....</b>	<b>21</b>
1.2.1 Une visibilité budgétaire sur l'année à venir dans le cadre de la Tarification à l'activité... ..	21
1.2.2 ...A condition que le contexte de financement demeure le même.....	24
<b>1.3 Les limites de l'utilisation des tableaux de bords.....</b>	<b>25</b>
1.3.1 Une utilisation trop descriptive des outils .....	25
1.3.2 Une analyse trop centrée sur le Centre Hospitalier.....	27
1.3.3 Une vision réduite aux chiffres financiers (coûts, production).....	28
<b>PARTIE 2 : LA CONSTRUCTION DE «TDB ACTIVITE» ET «TDB FINANCIER» .</b>	<b>31</b>
<b>2.1 La sélection des indicateurs et leur impact sur la pertinence des outils.....</b>	<b>32</b>
2.1.1 Un choix qui découle de la stratégie de l'établissement.....	33
2.1.2 Les critères de sélection d'un indicateur.....	37
2.1.3 Les choix de l'hôpital de Villefranche-sur-Saône : un souci d'objectivité et une perspective trop économique.....	39
<b>2.2 La construction des indicateurs et leur répercussion sur l'efficacité des     outils. ....</b>	<b>44</b>
2.2.1 Une construction soumise à des choix techniques.....	44
2.2.2 Les choix politiques derrière la construction des indicateurs.....	46
2.2.3 Les répercussions sur la lecture des outils.....	49
<b>2.3 Les différentes méthodes de recueil d'information et leur influence sur la     fiabilité des outils.....</b>	<b>51</b>

2.3.1	La centralisation du recueil de l'information: avantages et inconvénients.....	52
2.3.2	La décentralisation du recueil dans les services : avantages et inconvénients. ..	53
2.3.3	Les choix de l'hôpital de Villefranche-sur-Saône et leur répercussion sur les outils «TdB activité» et «TdB financier».....	55
<b>PARTIE 3 : LES PERSPECTIVES D'AMELIORATION DES OUTILS «TDB FINANCIER» ET «TDB ACTIVITE» : DES PHARES AU GPS .....</b>		<b>59</b>
<b>3.1</b>	<b>Donner une vision d'avenir au tableau : afficher la direction choisie par l'établissement.....</b>	<b>61</b>
3.1.1	Entrer des objectifs et des cibles.....	62
3.1.2	Les écueils à éviter : le cloisonnement de l'hôpital et des objectifs.....	64
<b>3.2</b>	<b>Compléter et épurer les indicateurs.....</b>	<b>66</b>
3.2.1	Sortir les indicateurs inutiles, inutilisables ou inutilisés.....	67
3.2.2	Entrer des indicateurs non financiers : qualité et ressources humaines.....	71
3.2.3	Un radar : donner la possibilité de se situer par rapport aux autres.....	74
<b>3.3</b>	<b>Développer l'utilisation des outils.....</b>	<b>77</b>
3.3.1	Etablir un partenariat fort entre le contrôle de Gestion, le service qualité et le DIM pour analyser au mieux les outils et organiser le « reporting ». .....	78
3.3.2	Diffuser et communiquer les outils auprès de toutes les personnes concernées (chef de service, cadre, chef de pôle...). .....	79
3.3.3	Evaluation et adaptation de l'outil. ....	81
<b>CONCLUSION .....</b>		<b>83</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>		<b>85</b>
<b>LISTE DES ANNEXES.....</b>		<b>I</b>



---

## Liste des sigles utilisés

---

AGHN	Analyse de Gestion hospitalière nationale
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
CA	Chiffre d'Affaire
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CME	Communauté Médicale d'Etablissement
COM	Contrat d'Objectif et de Moyen
COMEX	Commission Exécutive
DIM	Département de l'information médicale
DMS	Durée Moyenne de Séjour
ENC	Etude Nationale des Coûts
EPRD	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
FHF	Fédération Hospitalière de France
GHS	Groupe Homogène de Séjours
HCL	Hospices Civils de Lyon
ISA	Indice Synthétique d'Activité
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MIGAC	Mission d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation
PMSI	Programme de Médicalisation du Système d'Information
RUM	Résumé d'Unité Médicale
T2A	Tarification à l'Activité
UF	Unité fonctionnelle

## INTRODUCTION

« Voir en avance les évolutions d'activité, anticiper les recettes, prévoir les coûts... » Toutes ces fonctions sont désormais dévolues aux directeurs, et notamment au directeur des finances de nos établissements publics de santé. Cette situation est entre autre le résultat de la mise en place de la réforme dite de « tarification à l'activité » (T2A). Cette modification majeure des modalités de financement des hôpitaux publics prévoit que les recettes d'un établissement public de santé ne seront plus dépendantes de l'enveloppe que veut bien lui accorder sa tutelle, mais qu'elles soient directement en lien avec l'activité réalisée par le centre hospitalier. L'objectif de cette mesure est de rendre le financement des hôpitaux plus équitable, en supprimant les rentes dont pouvait bénéficier certains centres hospitaliers du fait d'une enveloppe globale élevée qui évoluait peu. Améliorer la transparence dans l'activité des hôpitaux et introduire des mécanismes de régulation dans les recettes sont deux autres objectifs de cette mesure<sup>1</sup>.

Ces objectifs, on le voit, introduisent une réflexion à l'hôpital sur les recettes. Un champ qui avait été délaissé par les directeurs. Ceux-ci avaient en effet fait porter leurs efforts sur les coûts depuis la mise en place de la dotation globale en 1983<sup>2</sup>.

Avec la disparition progressive de l'enveloppe de dotation globale, et l'arrimage d'une part de plus en plus importante des recettes de l'établissement à son activité, les directeurs vont perdre en stabilité de recettes. **Ils vont devoir se doter d'outils de prévisions économiques, qui vont leur donner des indications sur les évolutions d'activités, de recettes, tout en gardant un œil sur les coûts de l'hôpital.**

Pour mettre au point ces outils de navigation budgétaire, il est nécessaire de faire intervenir le contrôle de gestion. Plusieurs définitions de cette fonction ont été avancées

---

<sup>1</sup> Caisse d'assurance Maladie, Groupe de travail Tarification à l'activité, *Lettre Info TAA*, bulletin d'information n°1 du 24/04/2003. L'analyse proposée dans cette lettre est confirmée par le ministre de la santé JF Mattéi lors de sa conférence de presse *Hôpital 2007, un pacte de modernité avec l'hospitalisation*.

<sup>2</sup> J. Métais, directeur de l'ARH Rhône-Alpes, «Le métier de directeur d'hôpital aujourd'hui », in *Revue hospitalière de France*, n° 498, Mai-Juin 2004 : « Dans les années 80 et 90, le directeur s'est transformé en gestionnaire avec la réforme du financement par dotation globale. Il s'agissait alors de gérer au mieux les dépenses de l'établissement. Cette mentalité a marqué toute une génération de directeurs, à tel point que l'aspect recettes était totalement absent de leur préoccupation. »

depuis que le Professeur R.N. Anthony en donna la première en 1965<sup>3</sup>. **Aujourd'hui, au vue des évolutions qu'à connu cette notion, on peut retenir que le contrôle de gestion est un élément du contrôle organisationnel qui permet aux dirigeants de la hiérarchie d'être assurés de la cohérence entre les actions quotidiennes et la stratégie définie à long terme**<sup>4</sup>. Le contrôle de gestion se trouve donc à l'interface entre le niveau stratégique de l'organisation et le niveau opérationnel<sup>5</sup>. Afin de suivre au mieux l'activité et les consommations de ressources, le contrôleur de gestion peut utiliser soit des outils qui existent déjà, soit inventer de nouveaux tableaux de bord.

Le Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) mis au point après la réforme hospitalière de 1991 apporte déjà des règles de mesures de l'activité. Plusieurs tableaux de bord ont donc été mis en place sur cette base. « e-PMSI », tableau de bord mis en ligne par les tutelles en 2004, permet de suivre l'évolution de l'activité des établissements. Il valorise aussi cette activité à partir de la tarification à l'activité définie par le ministère.

L'hôpital de Villefranche a, de son côté, développé avec la société TdB éditeur santé<sup>6</sup> un tableau de bord d'analyse du PMSI depuis 2001. Au départ, le Médecin de l'information médicale du Centre hospitalier souhaitait disposer d'un outil facilitant la rédaction du rapport d'activité de l'hôpital. A la suite de la réforme de la tarification, et après de nombreuses mises à jour, ce programme informatique baptisé «TdB activité» a pris une importance stratégique majeure : il permet de disposer avant l'Agence Régionale d'Hospitalisation de toutes les informations d'activité et de les valoriser en chiffres d'affaires. Ce programme équipe aujourd'hui une centaine d'hôpitaux publics.

A l'initiative de la direction du centre hospitalier, il a été décidé de compléter cet outil de suivi d'activité par un outil de suivi de gestion, en intégrant un volet coût. La mise au point

---

<sup>3</sup> En 1965, le Pr R.N. Anthony de Harvard définissait ainsi cette notion : « Le contrôle de gestion est le processus par lequel les managers obtiennent l'assurance que les ressources sont obtenues et utilisées de manière efficace et efficiente pour la réalisation des objectifs de l'organisation ». R. Simons pour sa part le définit comme l'ensemble « des processus fondés sur l'information, que les managers utilisent pour maintenir ou modifier certaines configuration des activités de l'organisation ». in H. Bouquin, *le contrôle de gestion*, PUF, Paris, 1997, page17 à 19

<sup>4</sup> Henri Bouquin, opus cit., page 29

<sup>5</sup> P.L. Bescos, Ph. Dobler, C. Mendoza, G. Naulleau, F. Giraud, V. Lerville-Anger, *Contrôle de gestion et management*, 4<sup>e</sup> ed., Montchrestien, Paris, 1997, pages 90-91

<sup>6</sup> Les noms des tableaux de bord et de la société qui les a conçu ont été anonymisés.

de ce deuxième tableau, appelé «TdB financier», a débuté en 2004. Le développement est aujourd'hui toujours en cours, et plusieurs informations sont déjà disponibles.

La mise en place de tableaux de bord de gestion a fait l'objet d'une littérature abondante. L'utilité et la définition des tableaux de bord ont été débattues. **Aujourd'hui, on peut retenir qu'un tableau de bord est un outil regroupant plusieurs indicateurs. Il en assure une présentation lisible et interprétable, avec une périodicité régulière adaptée aux besoins de pilotage.** Chaque tableau de bord correspond à une unité de pilotage donnée, sur laquelle ont été définis un schéma de responsabilité et une animation de gestion, en vue d'atteindre des objectifs de performances<sup>7</sup>.

L'hôpital public, comme les entreprises privées dans les années 80, s'interroge sur ses besoins en la matière, et reprend les réflexions qui ont été menées dans ce domaine. Les revues hospitalières ont publié plusieurs articles sur ce sujet : « La prévision d'activité. Un outil stratégique dans le cadre de la tarification à l'activité. »<sup>8</sup>, « L'introduction de nouveaux outils du contrôle de gestion à l'hôpital. »<sup>9</sup>. Deux orientations apparaissent dans la définition des tableaux.

D'abord, sur le modèle du contrôle de gestion, on a établi des tableaux de bord financiers, valorisant des résultats. On dispose alors d'indication sur le passé, en essayant d'en tirer les leçons pour l'avenir. Il s'agit là de tableaux de bord de gestion ou de suivi, qu'on pourrait assimiler à des rétroviseurs.

Depuis peu, on voit naître un intérêt pour les tableaux de bord prospectifs, théorisés au milieu des années 90 par David Norton et Robert Kaplan<sup>10</sup>. **Au contraire des précédents, ces tableaux s'intéressent non pas à ce que l'entreprise a déjà créé, via les résultats, mais à ce qu'elle va créer dans les années à venir.** On regarde donc vers l'avenir, tout en gardant un œil sur le passé pour éviter de partir à la dérive.

---

<sup>7</sup> P. Lorino, *Méthodes et pratiques de la performance, le pilotage par les processus et les compétences*, 2<sup>e</sup> éd., Edition de l'organisation, Paris, novembre 2000, page 158.

<sup>8</sup> C. Dupilet, F. Madelmont, «La prévision d'activité, un outil stratégique dans le cadre de la réforme de la tarification à l'activité », in *Gestion hospitalière*, n° 442, janvier 2005.

<sup>9</sup> T. Nobre, « L'introduction de nouveaux outils du contrôle de gestion à l'hôpital : le cas de l'ABC », in *Journal d'économie médicale*, volume 22, numéro 7-8, novembre 2004.

<sup>10</sup> R. Kaplan, D. Norton, *les tableaux de bord prospectifs*, édition d'organisation, Paris, 2000.

A l'étranger, certains établissements ont déjà réfléchi et mis en place ce dernier type de tableaux de bord<sup>11</sup>. C'est le cas du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Saint Pierre à Bruxelles. En France, les Hospices Civils de Lyon (HCL) ont initié cette démarche en 2003<sup>12</sup>.

Le Centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône n'a certes pas la taille de ces CH : 400 lits de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) et de long séjour constituent sa capacité d'accueil. Cependant, sa situation budgétaire, exsangue du fait d'une longue période de sous dotation (1996-2004) qui n'a pas compensé son augmentation rapide et forte d'activité (entre 1996 et 2000, le nombre de personnes accueilli aux urgences a doublé, et les séjours ont suivi la même tendance) l'incite à se doter des outils les plus à mêmes d'orienter sa stratégie pour confirmer ces tendances tout en apurant sa situation budgétaire.

Ces expériences et cette situation amènent à s'interroger sur ce que permettent de faire en terme de prévisions et de pilotage des outils comme «TdB activité» et «TdB financier». *Quel intérêt existe-t-il à les développer dans le cadre de la tarification à l'activité ? Comment peuvent-ils donner un éclairage plus performant sur l'avenir de l'hôpital ?* A travers ces interrogations, il s'agit en fait de plonger au cœur des mécanismes qui président à la mise en place d'outil de gestion ou d'anticipation à l'hôpital public.

Dans un premier temps, le lecteur aura l'occasion de découvrir comment de tels outils sont utilisés au Centre hospitalier. Ceci lui permettra de se familiariser avec les différents aspects et les potentialités de «TdB activité» et de «TdB financier», et de mieux visualiser l'utilité que l'on peut trouver dans de tels tableaux de bords. Ce sera aussi l'occasion de d'analyser leur utilisation telle qu'elle est pratiquée par les professionnels du Centre hospitalier.

A partir de cette analyse, il faudra s'interroger sur les différents éléments qui induisent une telle utilisation de la part de la direction et du corps médical de l'établissement. Le mécanisme de l'outil doit être démontée pour mettre en lumière les défauts de fonctionnement et les innovations apportés par les tableaux de bords au sein de l'hôpital.

---

<sup>11</sup> T. Walravens (directeur du CHU Saint Pierre), P. Kirkove (adjointe à la direction médicale du CHU Saint Pierre), «De la gestion budgétaire à la gestion stratégique », in *Revue Hospitals.be*, volume 2, n°3, troisième trimestre 2004.

<sup>12</sup> Laurence Marian (directrice projet T2A CCAM aux HCL), «Les tableaux de bords, outils de management de la performance », conférence à l'IFROSS du 3 juin 2005.

Enfin, de ces deux analyses apparaîtra la manière dont il serait souhaitable d'utiliser et de construire les outils «TdB financier» et «TdB activité» pour en retirer le maximum d'efficacité. Cette troisième partie verra apparaître une esquisse de tableau de bord prospectif pour le Centre Hospitalier de Villefranche-sur-Saône. Cette dernière n'est, bien entendu, qu'une ébauche, visant plus à illustrer le propos qu'à être réellement développée à l'hôpital. Elle n'a d'ailleurs pas été discutée ni présentée aux pilotes de l'établissement.

Lecteur, te voilà arrivé au terme de l'introduction. L'auteur des lignes que tu vas parcourir tient à préciser qu'il est un individu totalement sain de corps et d'esprit et qu'il est bien conscient que la mécanique des tableaux de bord n'a rien d'un sujet excitant. Cependant, guidé par les impératifs de sa vie d'élève directeur à l'ENSP, il a dû plancher sur ce sujet.

Il te souhaite bon courage pour ta lecture.

Voici quelques recommandations sensé aidé ton avancement dans cette difficile épreuve :

- abandonne tout traitement par hypnotique pendant la durée de cette lecture : le seul fait de lire quelques lignes devrait s'avérer tout aussi efficace que les substances prescrites par ton médecin. Cela aura aussi l'avantage de contribuer à la réduction des dépenses de santé, au coeur des préoccupations gouvernementales.
- évite de lire cet ouvrage aux heures de digestion ou dans les transports en commun. Préfère les périodes d'insomnies ou le frais matin, quand la rosée perle sur l'herbe fraîche, à l'heure du salut au soleil. Ainsi, confortablement installé, tu n'auras pas de velléité de d'endormir trop aisément au détour d'un passage ardu.

## **METHODOLOGIE :**

Ce mémoire est d'abord le fruit d'une observation de l'utilisation de tableaux de bord au sein de l'hôpital de Villefranche-sur-Saône. Cette observation s'est fait d'abord à l'échelle des professionnels dans leurs pratiques quotidiennes à l'hôpital.

Ensuite, on a observé l'utilisation des instrument dans les instances de l'hôpital : Conseil d'administration, comité de direction, comité exécutif, mis en place depuis février 2004.

Cette observation a fait naître des interrogations, a révélé des limites. C'est pourquoi il a fallu compléter les sources afin de trouver des réponses à ces questions. Trois sources ont été utilisées pour combler ses lacunes :

- Dans un premier temps, des renseignements ont été pris via des documents écrits, articles ou ouvrages, sur les expériences extérieures de mises au point et d'utilisation de tableaux de bord. Ces recherches ont permis de se renseigner sur les utilisations à l'hôpital public, afin de mesurer où en était le Centre hospitalier par rapport à d'autres hôpitaux, mais elles ont aussi permis de trouver un point de comparaison avec le secteur privé, pour voir comment celui-ci utilisait des outils similaires, ou comment elles avaient défini leurs outils.
- Ensuite, l'expérience observée au Centre hospitalier de Villefranche a été rapprochée des réflexions de plusieurs théoriciens du contrôle de gestion. Divers ouvrages de références ont été consultés. Des conférences à l'IFROSS (Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations Sanitaires et Sociales) sont venues étayer ces éclairages théoriques.
- Enfin, des entretiens avec les divers professionnels en lien avec le projet de développement de «TdB activité» et de «TdB financier» ont éclairé les logiques à l'œuvre chez les acteurs des situations observées. Ainsi, des médecins, des directeurs et des dirigeants de l'entreprise TdB éditeur santé ont été rencontrés et ont apporté leurs réponses sur l'utilisation et la construction de «TdB activité», ainsi que leur point de vue sur l'utilisation des outils.

Ces trois sources d'information, corrélées avec l'observation et l'analyse de situations professionnelles ont permis la rédaction de ce mémoire. Elles ont donné du recul par rapport aux pratiques professionnelles et aux discours internes sur l'outil. Elles ont aussi permis de mieux en saisir les enjeux. Elles ont éclairé les mécanismes de construction et d'utilisation.



**PARTIE 1 : L'UTILISATION DE « TDB ACTIVITE » ET DE « TDB  
FINANCIER » DANS L'ETABLISSEMENT.**

Un tableau de bord a pour premier objectif d'offrir aux décideurs des données chiffrées dans une forme structurée et synthétique. Ces informations leur permettent d'analyser une situation et d'en tirer des conclusions.

« Disposer d'une visibilité sur l'activité de l'établissement », c'est ainsi que l'on présente aujourd'hui l'objectif de «TdB activité». Dans les Conseils exécutifs (COMEX), les Commissions Médicales d'Etablissement (CME), les comités de direction, on s'appuie de plus en plus sur les renseignements fournis par ce programme.

Mise au point et alimentée par le Département de l'information médicale (DIM), la base de données permet avant tout de disposer d'une base de dialogue entre les médecins d'une part, et l'équipe de direction de l'hôpital d'autre part<sup>13</sup>.

Initié par la direction des finances, «TdB financier» est actuellement en cours d'élaboration. L'objectif annoncé est de compléter les informations de «TdB activité» par un volet portant sur les coûts. Pour l'instant, les membres du COMEX sont les seules personnes à pouvoir accéder aux données de ce tableau. Là encore, on dispose d'un socle de discussion entre la direction et les représentants des médecins, basé cette fois sur les coûts.

Cependant, des tableaux de bord tels que ceux-ci doivent être utilisés au-delà d'une simple base de dialogue. Chacun lit et interprète les données fournies selon sa formation, et selon les intérêts qu'il peut en retirer. Cette utilisation de «TdB activité» et «TdB financier» répond-elle à l'objectif annoncé au départ?

Permet-elle d'apporter une réponse aux questions que se posent ceux qui ont la charge de la marche de l'hôpital et de tracer les lignes de son avenir ?

**C'est avant tout l'utilisation faite par les membres du COMEX qui nous intéresse ici.**

Cette instance, mise en place à titre expérimental depuis mars 2004 dans le Centre Hospitalier de Villefranche-sur-Saône, est en effet celle qui utilise le plus ce tableau de bord. Elle seule peut aujourd'hui disposer des informations fournies par les deux outils.

Comment les différents membres conçoivent-ils l'utilisation qui doit être faite des tableaux ? En tirent-ils toutes les potentialités ?

A travers l'étude de l'utilisation qui est faite de «TdB activité» et de «TdB financier», il s'agit de vérifier si ces outils constituent des rétroviseurs, permettant de voir le passé ou le présent de l'établissement uniquement, ou si ce sont des phares qui permettent d'éclairer l'avenir de manière pertinente.

Dans un premier temps, on peut dire que l'utilisation faite permet de donner une analyse médico-économique en temps réel de la situation de l'établissement.

---

<sup>13</sup> Entretien du 24/06/2005, avec un médecin du Centre Hospitalier de Villefranche.

A partir de cette analyse, les discussions qui s'amorcent portent souvent sur la prévision économique et financière que l'on peut tirer des informations données.

De cette utilisation surgissent malheureusement plusieurs limites dans la vision que donnent les outils de l'hôpital.

## **1.1 «TdB activité» et «TdB financier», reflet de la vie de l'hôpital à l'instant « T »**

Quelques exemples d'utilisation en COMEX permettent de comprendre comment «TdB activité» sert à faire une analyse médico-économique en temps réel de la situation de l'hôpital. De son côté, «TdB financier» devra fournir les informations sur les postes de dépense des Unités fonctionnelles de l'hôpital avec la même rapidité, mis en perspective avec leur activité. Cette approche nous amènera à voir comment ces outils peuvent servir de base à l'élaboration des futurs pôles d'activité et quelle sera leur utilité dans ces nouvelles structures.

### **1.1.1 Exemples d'utilisation en COMEX : analyses médico-économiques en temps réel**

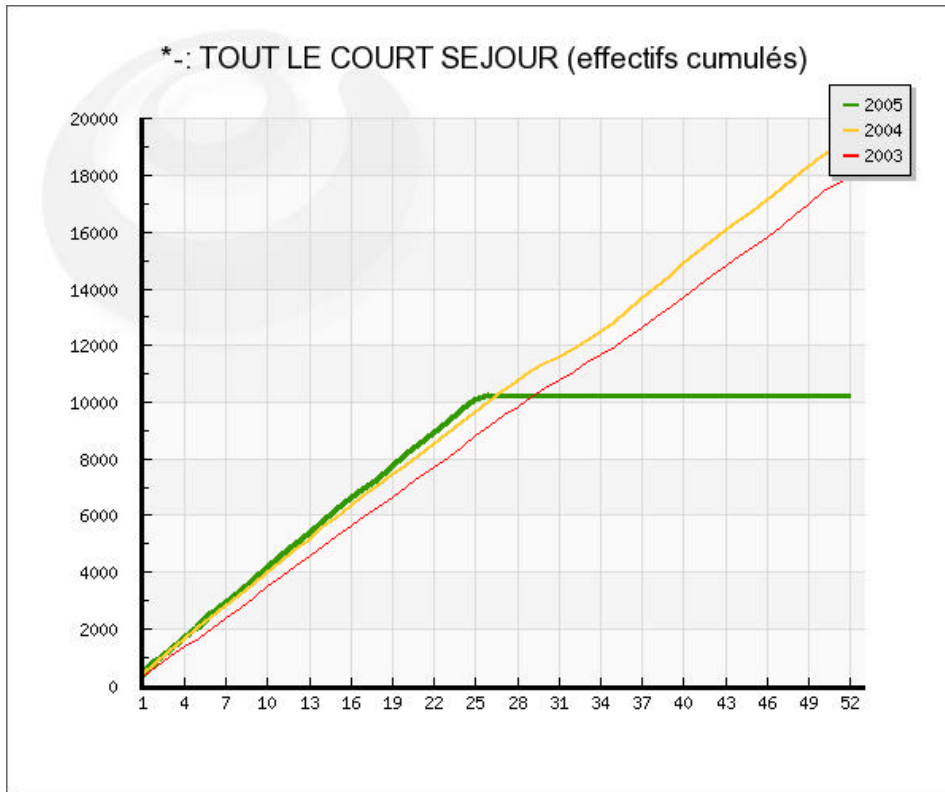
Chaque COMEX s'ouvre selon un rituel désormais bien ancré : « point sur l'activité du Centre Hospitalier »<sup>14</sup>. C'est l'occasion pour le médecin du Département de l'Information médicale (DIM) et pour le directeur de l'hôpital d'exposer à partir de «TdB activité» l'état de l'activité de l'hôpital à l'instant où se déroule la réunion.

En introduction, le médecin DIM projette sur l'écran les courbes de chiffre d'affaire T2A de l'activité des secteurs Médecines Chirurgie Obstétrique (MCO) de l'année 2003, celle de l'année 2004 et celle de l'année 2005. Il fait un premier point sur la santé de l'hôpital en termes financiers, en prenant appui sur les années antérieures. Avec l'arrivée de la tarification à l'activité et sa montée en charge progressive, ces courbes seront de plus en plus importantes. Elles serviront de support au suivi des recettes, dont un montant prévisionnel devra être établi en début d'année.

---

<sup>14</sup> Voir annexe : ordre du jour du COMEX

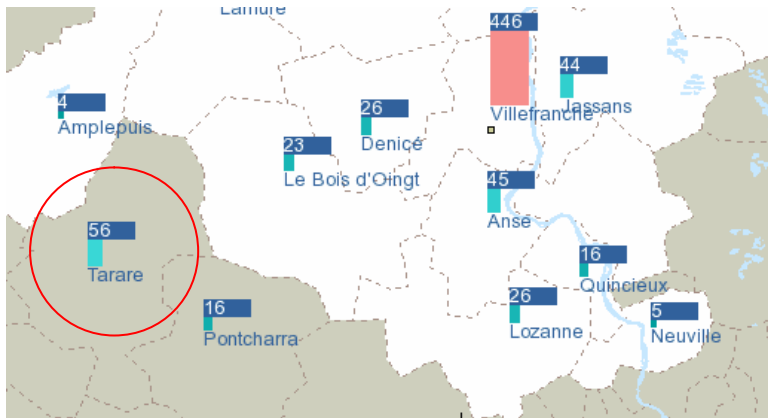
Exemple 1 COMEX du 1 juillet 2005 :



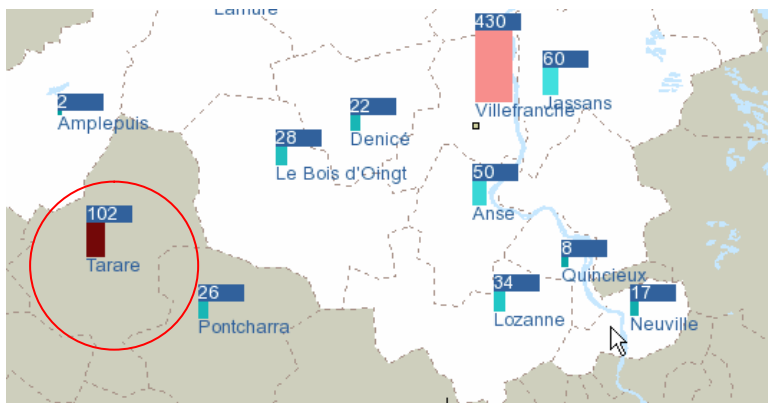
A partir des courbes d'activité de l'année 2004 et 2005 valorisée en nombre d'entrées, le médecin DIM présente l'évolution de l'activité du CH par rapport à l'année précédente. Ici, on voit nettement que la tendance sur le premier semestre est à la hausse, avec un différentiel de + 5.5% d'activité par rapport à 2004.

Viennent ensuite les recherches d'explication. C'est là souvent l'occasion de se pencher sur la Durée Moyenne de Séjour, l'origine géographique des patients, et de voir comment ces données influent sur les courbes d'activité.

## Exemple 2 : COMEX du 15 avril 2005



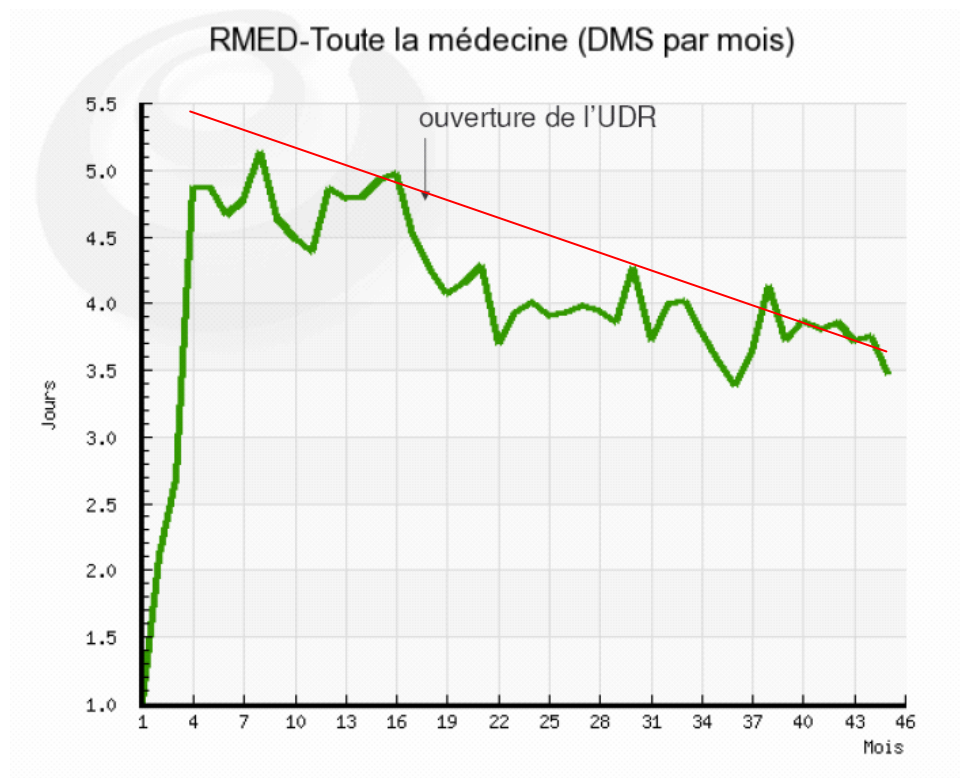
*Origine géographique des patients en obstétrique 1° semestre 2004*



*Origine géographique des patients en obstétrique 2° semestre 2004*

A travers les deux cartes projetées à l'écran, on repère l'évolution du nombre d'accouchements réalisés à Villefranche-sur-Saône de personnes provenant de Tarare. Alors qu'au premier semestre 2004, ce nombre était très faible, il double au deuxième semestre suite à la fermeture de la maternité et à la mise en place d'une unité de périnatalité sur Tarare en lien avec Villefranche-sur-Saône. Le succès de l'opération peut ainsi se démontrer grâce aux chiffres enregistrés dans «TdB activité».

### Exemple 3 COMEX du 1 juillet 2005



On constate depuis 2002 une très nette augmentation de l'activité du Centre hospitalier, malgré une stagnation du nombre de lit. Le taux d'occupation des lits s'élève sur la période, mais ne permet à lui seul d'expliquer la hausse continue de l'activité entre 2004 et 2005.

Grâce à «TdB activité», on peut suivre l'évolution de la Durée Moyenne de Séjour en quelques instants. Si l'on regarde le graphique projeté lors du COMEX, on comprend que la baisse continue de la DMS a permis un accroissement de l'activité. Sur la période on passe de 6.61 jours en moyenne à 4.42 jours<sup>15</sup>.

Parfois, les médecins du COMEX donnent leur ressenti ou leur analyse sur certains aspects médicaux particuliers qu'ils ont vu se développer, ou dont ils pensent qu'ils peuvent avoir un impact sur les données fournies par «TdB activité». Par exemple, une hausse importante du nombre de patient d'un groupe homogène de séjour (GHS) qui viendrait fausser les données d'un service.

---

<sup>15</sup> Les chiffres de la courbe diffèrent de ceux du DIM car ils prennent en compte les séjours ambulatoires.

#### Exemple 4 COMEX du 6 juin 2005

Taux d'occupation des places de chimiothérapie installées en pneumologie
--

	2002	2003	2004
Nombre de séjours	142	459	539
Taux d'occupation	Début Sept 02	45,5%	53,3%

En vue de la création d'un pôle de cancérologie, un point a été fait sur l'activité de pneumologie, au cours duquel a été évoquée l'activité des fauteuils d'hospitalisation de jour, avec un point sur l'évolution du nombre de patients traités et du taux d'occupation de ces fauteuils. L'analyse permet de prendre conscience que le taux d'occupation en 2004 n'était que de 53 % et qu'il est donc possible de faire des efforts en terme de chimiothérapie ambulatoire pour les années à venir.

Certes, on pourra argumenter que la DMS, les nombres de RUM l'activité, le taux d'occupation sont toutes des données dont doit disposer tout Département de l'Information Médicale qui se respecte. C'est même l'enjeu du rapport d'activité fait annuellement par les services du DIM. Par ailleurs, les données transmises tous les trimestres aux tutelles permettent d'avoir ces chiffres. C'est le principe d'e-PMSI.

En réalité, si toutes ces données sont bien disponibles dans tous les hôpitaux, «TdB activité» sert d'accélérateur de leur analyse. D'une part, comme on l'a vu, il n'est nul besoin d'attendre le retour des tutelles, puisque le traitement se fait automatiquement par le logiciel. On peut faire les analyses au fur et à mesure que les données sont enregistrées dans la base. **On a donc une vision en temps réel de la situation de l'activité du Centre hospitalier.**

Quant à la conception du rapport d'activité, tous les hôpitaux s'accordent à dire que c'est un travail fastidieux, rarement lus, et qui, malheureusement, ne permet de faire des comparaison qu'une fois l'an, et sur des période d'un an.

Avec «TdB activité», tel qu'il est utilisé par le COMEX du Centre Hospitalier de Villefranche, on tire la quintessence des données avant de les transmettre et d'avoir le

retour des tutelles. On peut faire des comparaisons mois par mois, sur tous les secteurs de l'établissement.

### **1.1.2 Le contrôle de gestion en temps réel**

Jusqu'à aujourd'hui, peu d'utilisations de «TdB financier» ont été faites au Centre Hospitalier de Villefranche-sur-Saône. Ce dernier est le site expérimentateur du produit, et aide la société TdB éditeur à le mettre au point.

Cependant, un entretien avec le Directeur d'TdB éditeur à Villefranche-sur-Saône permet de cerner les futures avancées que permettra cet outil dans le contrôle de gestion. Le principe étant le même que «TdB activité», on devrait, grâce à «TdB financier», disposer des informations mensuelles sur les dépenses de chaque Unité Fonctionnelle, et sur l'ensemble de l'établissement.

Le principal obstacle aujourd'hui à l'utilisation régulière et fiable de cet outil, réside dans les difficultés que rencontrent les hôpitaux à faire remonter les informations de consommation des services chaque mois<sup>16</sup>.

Le second obstacle, c'est celui de la répartition des coûts entre les unités de soins ou entre les différentes unités fonctionnelles. Au Centre hospitalier de Villefranche, cette question fait l'objet de nombreuses discussions sur les règles à adopter en terme de répartition et d'affectation<sup>17</sup>.

Les entretiens avec les médecins du COMEX, pour l'instant seuls informés de la mise au point de cet outil, permettent de voir comment ces derniers envisagent sa mise en place et son utilisation.

Tous ont bien perçus qu'ils auraient en parallèle les recettes qu'ils génèrent et les coûts de fonctionnement de leur service<sup>18</sup>. Et tous ont perçu qu'à partir de ces chiffres, il va être possible de faire un calcul de rentabilité des services, voire des médecins, selon le degré de finesse qui sera retenu dans les découpages<sup>19</sup>.

---

<sup>16</sup> Entretien du 13 juillet 2005, avec le directeur du développement de TdB éditeur santé, Villefranche-sur-Saône

<sup>17</sup> idem

<sup>18</sup> Entretien du 13 juillet 2005 avec le directeur du développement de TdB éditeur santé, à Limas

<sup>19</sup> Entretien du 30 juin 2005, avec un médecin, Hôpital de Villefranche-sur-Saône



Une préfiguration de ce qu'il pourra en ressortir a été donnée lors du COMEX du 10 juin 2005.

Exemple 5 : le COMEX du 10 juin 2005

A cette occasion, le médecin pneumologue, qui anticipe des difficultés de surcharge d'activité dans son service, du fait du futur départ d'un praticien, s'est lancé dans une analyse médico-économique accompagnée d'une analyse financière de son service, en s'appuyant sur «TdB activité» bien sûr, mais aussi, sur «TdB financier»<sup>20</sup>.

	Nb de séjours	Dépenses de personnel médical (2004)	C.A.T2A (2004)
Gastro-entérologie	1337	346 776 €	2 731 475 €
Pneumologie	1688	244 045 €	3 498 473 €
Rhumatologie	875	162 129 €	2 125 237 €
Neurologie	762	303 606 €	2 061 961 €
Cardiologie	1069	270 282 €	2 990 107 €
<b>GLOBAL</b>	<b>5731</b>	<b>1 326 835 €</b>	<b>13 407 253 €</b>

---

<sup>20</sup> Présentation PowerPoint de l'activité du service de pneumologie du Centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône

Le tableau présenté est on ne peut plus claire : «le service de pneumologie coûte 244 045 € en personnel médical. Il génère 3 498 473 € de recette. Il rapporte plus que d'autre service avec la même capacité d'accueil et coûte moins qu'eux en personnel médical. Il semble donc plus rentable. »

	DPM <sup>21</sup> par séjour moyen	Ratio DPM/CA T2A	Écart à la moyenne DPM par séjour	Écart à la moyenne DPM/CA
Gastro-entérologie	259 €	13 %	37 232 €	76 455 €
Pneumologie	145 €	7 %	-146 759 €	-102 178 €
Rhumatologie	185 €	8 %	-40 450 €	-48 193 €
Neurologie	398 €	15 %	127 189 €	99 546 €
Cardiologie	252 €	9 %	22 788 €	-25 631 €

Partant de la constatation de la rentabilité supérieure de son service par rapport à certains autres services comparables, le chef de service argumente la possibilité pour son service de recruter un jeune praticien hospitalier supplémentaire. L'alternative possible selon lui à cette mesure serait de fermer 8 lits définitivement.

Cette présentation souleva bien entendu des réactions dans le corps médical. La fiabilité des chiffres et la pertinence des données analysées ont été mises en question. Le calcul lui-même ne prend pas en compte tous les éléments nécessaires à l'analyse, et la supposée rentabilité des services en question est à discuter.

Cet exemple est très probant sur l'utilisation qui peut être faite de cet outil d'analyse de gestion qu'est «TdB financier», et des impacts qu'il aura sur les relations entre médecins, et sur les relations entre médecins et directeurs.

---

<sup>21</sup> Dépenses de personnel médical

### 1.1.3 L'application dans le cadre des futurs pôles

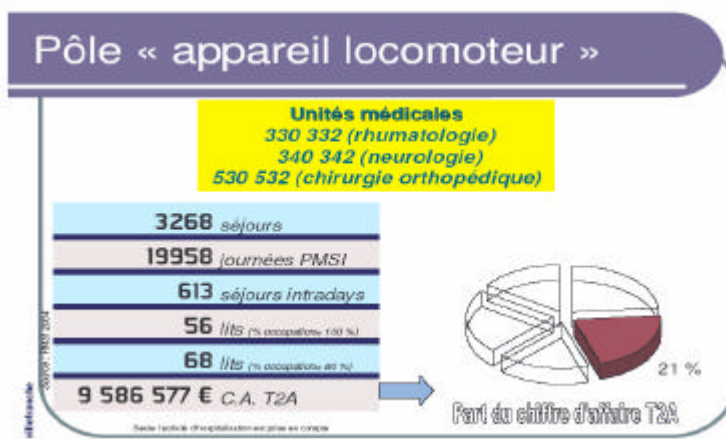
Dans le cadre des futurs pôles d'activité, «TdB activité» et «TdB financier» sont identifiés par les médecins comme des outils d'analyse utiles et performants, à condition qu'ils soient adaptés et personnalisés pour chaque pôle.

Le premier avantage que voient les médecins dans l'utilisation possible de «TdB activité» et de «TdB financier» est bien évidemment d'avoir un suivi de leur activité et de leurs dépenses. Dès aujourd'hui, le DIM a proposé des projections sur les différents pôles qui ont été évoqués au Centre Hospitalier de Villefranche.

Grâce à la possibilité de regrouper les Unités Fonctionnelles, le programme «TdB activité» peut donner les volumes d'activité que représente chacun des pôles. Le COMEX du 8 avril 2005 a d'ailleurs été l'occasion de prévoir ce que représente chaque projet. Au fur et à mesure que les médecins du COMEX ou l'administration faisaient des propositions de regroupement d'unité ou de service au sein d'un pôle d'activité, le médecin DIM, par l'intermédiaire du programme, faisait automatiquement les projections en lits, activité et chiffre d'affaire.

Exemple 6 : COMEX du 8/04/2005

Simulation de création d'un pôle locomoteur



A partir de ces données, on peut déjà établir une prévision financière du pôle « appareil locomoteur ». Avec «TdB financier» en contrepoint, on pourra mettre en parallèle ce qu'il représente en terme de coûts. On aura alors le diagnostic financier complet de ce pôle.

Cependant, il manque des perspectives. Car si on dispose bien d'un bilan financier sur le futur pôle, on dispose de peu d'informations sur la structure du Chiffre d'affaires. Quelle est l'activité principale ? Comment se répartissent les GHS au sein de ce pôle ?

C'est là qu'intervient la nécessité d'affiner les données fournies à chaque pôle. Il faut alors mettre à disposition de chaque praticien des informations sur les gestes techniques effectués, sur les principaux GHS et sur la part qu'ils représentent par rapport à l'activité du pôle.

Concernant le service des urgences aujourd'hui, un médecin fait remarquer que «TdB activité» ne peut pas lui dire qu'elle a été l'évolution du nombre de premier passage aux urgences et celle du nombre de consultation de suite de soins. Ces deux données sont pourtant importantes pour un chef de service des urgences afin d'organiser aux mieux l'accueil des patients. Le tri des patients, l'ouverture éventuelle d'un accueil des consultations de suite de soins sont autant d'organisations dépendantes de ce type de données<sup>22</sup>.

A travers ces trois points sur l'analyse de l'activité, l'analyse des coûts et de la rentabilité, et la perspective des pôles, on voit bien comment les médecins sont ou pourront être des utilisateurs de «TdB activité». Mais l'usage de ces outils reste limité chez les personnels médicaux, qu'ils soient praticiens ou chefs de service, à l'exception de ceux qui ont des contacts fréquents avec la direction. Manque de temps, manque d'information sur l'utilisation des outils, manque de communication sont des facteurs de sous utilisation de ces tableaux de bord sur l'activité de l'hôpital.

L'utilisation qui est faite s'intéresse ici surtout à l'activité passée : les tableaux sont des outils de suivi, dont on essaie de tirer à posteriori des analyses pour expliquer les résultats de l'hôpital, mais aussi pour anticiper et justifier certains choix. Les médecins font donc de «TdB activité» et de «TdB financier» des rétroviseurs.

Mais si les médecins utilisent peu «TdB activité» et «TdB financier», la direction peut elle y trouver des ressources importantes. Il faut alors se pencher sur la manière dont elle se sert des tableaux qui lui sont données.

---

<sup>22</sup> Entretien du 11 juillet avec un médecin, Hôpital de Villefranche-sur-Saône.

## **1.2 Des outils de prévisions économiques et financiers**

«TdB activité» était d'abord un outil mis au point par le corps médical, et notamment le DIM, dans l'optique de faciliter la rédaction du rapport d'activité. Ces données sont donc avant tout médicales, même si la réforme de la tarification à l'activité lui a donné un intérêt financier très important.

«TdB financier» au contraire est une idée de la direction du Centre Hospitalier de Villefranche-sur-Saône, arrivée dans un second temps pour compléter les informations données par «TdB activité». Elle vise à renforcer les possibilités de suivis et de prévisions budgétaires.

Aujourd'hui, à la vue de l'utilisation qui est faite des outils, on peut deviner que la logique économique a pris le pas sur la logique médicale. Cette dernière vient essentiellement donner les informations qui expliquent la première.

Il s'agit donc maintenant de voir comment les outils peuvent servir à l'administration et au COMEX de «phare » éclairant l'avenir budgétaire de l'établissement sur une année, et comment cette utilisation a été conçue dans le cadre de la tarification à l'activité en 2004.

Dans un second temps, il s'agit de mesurer comment la campagne budgétaire 2005 a mis en doute la capacité de ces outils à faire de la prévision budgétaire.

### **1.2.1 Une visibilité budgétaire sur l'année à venir dans le cadre de la Tarification à l'activité...**

Avec la réforme de la tarification à l'activité, les données du Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI), jusqu'alors chiffrées en point ISA (indice de synthèse d'activité), ont été valorisées financièrement.

En 2004, chaque établissement a vu son activité valorisée en chiffre d'affaire, et 10 % de cette valorisation lui a été attribuée, en compensation de la diminution de sa dotation globale de 10 % également. On avait donc des finances dépendantes à 10 % de l'activité de l'établissement.

Dès lors, avec la perspective de l'augmentation de cette part jusqu'à 100 % de l'activité MCO, comme prévu dans la présentation du plan Hôpital 2007<sup>23</sup>, il devenait vital pour les

---

<sup>23</sup> Dossier de presse préparée pour la présentation de la réforme hôpital 2007.

directions des finances de prévoir quel serait le montant du chiffre d'affaire de l'établissement, afin d'avoir une vision à un an sur les recettes du Centre Hospitalier.

En 2006, les établissements publics de santé devront définir leur budget dans un état prévisionnel de recettes et de dépenses (EPRD). Il s'agit d'un document comptable dans lequel la direction prévoira d'un côté ses recettes en parties liées à son activité, et de l'autre les dépenses de l'établissement. Contrairement à aujourd'hui, où le système de dotation globale assure la direction de la réalité des crédits alloués, ici, les recettes seront prévisionnelles, donc basées sur les hypothèses de chiffre d'affaire. Disposer d'un outil capable de chiffrer au mois de mars, c'est à dire au moment du vote du budget, des projections de recettes pour l'année, c'est disposer d'un éclairage stratégiquement intéressant.

Avec «TdB activité», grâce aux informations affichées mois par mois au cours du premier trimestre, en les comparant aux autres années, on peut déjà en mars disposer d'une vision sur le niveau d'activité et de chiffre d'affaire que l'on va réaliser.

C'est ainsi que les valorisations établies dès le mois d'avril permettaient de dire, lors du COMEX du 8 avril 2005 que l'activité de l'année 2005 serait au moins égale à celle de 2004, sans tenir compte des variations de tarifs survenues en mars 2005.

En ce sens, on peut dire que «TdB activité» permet aujourd'hui de guider la direction des finances de l'hôpital de Villefranche-sur-Saône dans les choix budgétaires qu'elle fait. Par exemple, lorsqu'il s'agit de chiffrer en avril 2005 dans le budget primitif le montant des 25 % de tarification à l'activité<sup>24</sup>, on peut se reposer sur les données de «TdB activité». Le programme sert donc bien d'outil d'aide à la décision, et donne un éclairage sur l'avenir proche du Centre Hospitalier.

«TdB financier» assurera de son côté le suivi des dépenses des unités fonctionnelles. C'est là encore un atout puisque cela permettra de mesurer la vitesse de consommation des crédits, de les comparer avec les crédits ouverts, et à partir des premières tendances, de lancer des procédures d'alertes. C'est ainsi par exemple que l'hôpital a mis cette année six mois à découvrir que les comptes ouverts pour la location de matériel médical ont été très vite et très largement dépassés<sup>25</sup>. Grâce à «TdB financier», on pourra

---

<sup>24</sup> En 2005, le ministère de la santé a décidé de faire passer la part de financement dépendante de l'activité à 25 % au lieu des 10 % de 2004.

<sup>25</sup> Les budgets ayant été arrêté en fin juin, le suivi budgétaire pour l'année 2005 a pris beaucoup de retard.

prévenir ce genre de phénomène, et attirer l'attention des unités fonctionnelles concernées par une consommation rapide des crédits sur la nécessité de réduire leurs dépenses.

Exemple de suivi de dépense par «TdB financier»

## RHUMATOLOGIE HOSP. SEMAINE

4<sup>e</sup> trimestre 2004

*Synthèse de la base de données*

INDICATEURS	
<b>Séjours R.U.M.</b>	
Nombre de RUM dans la base	41
Nombre de RUM réalisés dans la base	41 [100 %]
Durée Moyenne de Séjour brute	1,29 jours
Durée Moyenne de Séjour PMSI	0,59 jours
Nombre de journées PMSI	24 jours
Nombre de séjours ambulatoires	29 séjours
IGS2 moyen	0
<b>Séjours R.S.S.</b>	
Age moyen	59,25 ans
Sex ratio	0,56
<b>Tarifcation à l'activité</b>	
Valorisation T2A	38 160 €
basée sur	41 RUM
C.A. moyen par RUM	930,74 €
C.A. moyen par journée	720,01 €
C.A. extrapolé	38 160 €

*Données financières*

INDICATEURS		
<b>Dépenses de personnel</b>		
Personnel Médical	1 000 €	5 %
Personnel Non Médical	4 669 €	22 %
<b>Sous Total</b>	<b>5 669 €</b>	<b>27 %</b>
<b>Dépenses médicales</b>		
Location, maintenance et amortissement mat médical	77 €	0 %
Molécules onéreuses	0 €	0 %
Petit matériel médical	212 €	1 %
Produits pharmaceutiques	1 879 €	9 %
<b>Sous Total</b>	<b>2 168 €</b>	<b>10 %</b>
<b>Dépenses indirectes</b>		
Consommation d'activité médico-technique	3 020 €	15 %
Logistique générale, frais de structure	8 476 €	41 %
Logistique Médicale	1 448 €	7 %
<b>Sous Total</b>	<b>12 944 €</b>	<b>62 %</b>
<b>Total Dépenses</b>	<b>20 781 €</b>	<b>100 %</b>

Dans la partie «Dépenses médicales », on peut suivre l'évolution des consommations coûteuses. Pour revenir à l'exemple du matériel médical, on voit ici qu'on peut mesurer le coût des locations sur l'ensemble du 4<sup>e</sup> trimestre. Mais, au besoin, il est prévu de suivre les coûts mensuellement. Afin de déterminer à quel niveau sera la dépense en fin d'année, on effectue des corrélations entre les données du premier trimestre 2005 et les tendances constatées sur cette période par rapport à l'année précédente.

La direction peut ainsi définir quels sont les points de vigilances en matière de poste de dépenses.

Ce suivi des coûts et des recettes permet donc bien d'avoir une visibilité par tendance de la situation de l'hôpital sur un an, ou du moins d'en cerner les grandes lignes. Cependant, cette forme de prévision connaît certaines limites.

## **1.2.2 ...A condition que le contexte de financement demeure le même.**

Comme les phares d'une voiture ne peuvent éclairer au delà d'une certaine portée, et ne permettent pas d'anticiper ou très peu, l'évolution de l'environnement du véhicule (météo, brouillard, animaux), «TdB activité» et TdB financier ne peuvent pas anticiper les évolutions du cadre réglementaire du financement des hôpitaux. En ce sens, on peut dire que la campagne budgétaire de 2005 a agi sur l'établissement comme un brouillard, qui a complètement occulté les possibilités de prévisions économiques qui avaient été établies.

En ce basant sur la réforme de la tarification à l'activité et sur les perspectives d'accroissement de l'activité mises en lumière par «TdB activité», la direction du Centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône et l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) avait signé un plan de retour à l'équilibre sur trois ans. Outre les économies que le Centre Hospitalier s'engageait à faire sur les groupes 2 et 3 de dépenses, une partie des dividendes de la tarification à l'activité attendue devait être affectée à la réduction des déficits. Le pilotage économique du Centre Hospitalier, fin 2004, était donc bien établi et la prévision s'étalait sur une large perspective de trois ans.

C'était sans compter sur les évolutions des modes de financement, et notamment sur l'évolution de l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie et des tarifs fixés pour chaque groupe homogène de séjour (GHS). Après une grande période d'incertitude, due au retard de parution des textes sur les tarifs, qui ne sont sortis qu'à la fin mars 2005, et la découverte tardive des bases budgétaires transmises par le ministère d'avril à fin mai 2005, la prévision financière de l'hôpital a été considérablement revue à la baisse. Avec une baisse des tarifs de 7 % et les modifications dans le calcul des recettes des hôpitaux, il a fallu redessiner les perspectives d'avenir et reconsidérer les possibilités de retour à l'équilibre à l'horizon 2007.

Il a fallu aussi revoir entièrement les modalités de calculs des prévisions de recette. En effet, les GHS ne sont plus les seuls à entrer en ligne de compte. Il faut désormais facturer en sus les dispositifs médicaux implantés aux patients, et les molécules onéreuses utilisées pour le traitement. Autant de nouveaux éléments à prendre en compte qui influent sur les capacités de prévisions économiques.

«TdB activité» et «TdB financier» doivent donc connaître des corrections importantes, qui modifient les calculs. La visibilité budgétaire, ouverte en 2004 sur une perspective de 3 ans, est réduite aujourd'hui à 6 mois : le premier trimestre a servi d'étalon pour mesurer la tendance d'activité par rapport aux années précédentes, le second a vu l'intégration des



données réglementaires (évolution des tarifs, de la part Tarification à l'activité, modalité de financement des missions d'intérêt général...) et le budget a été arrêté en mai.

La direction semble, à la différence des médecins, utiliser «TdB activité» et «TdB financier» comme des outils de prospectives, éclairant l'avenir.

L'utilisation faite par les médecins et par l'administration de «TdB activité» et de «TdB financier» se heurte donc à des blocages. Ces derniers sont les révélateurs des limites qu'il y a dans l'exploitation des données telle qu'elle est faite au Centre Hospitalier de Villefranche-sur-Saône.

### **1.3 Les limites de l'utilisation des tableaux de bords**

A partir de l'analyse de l'usage qu'en font les différents professionnels du Centre Hospitalier trois freins à une exploitation optimale de «TdB activité» et de «TdB financier» peuvent être évoqués.

D'abord, on remarque que l'utilisation faite est celle d'une photographie, à partir de laquelle on décrit la situation de l'hôpital sans forcément se donner le temps de l'analyse.

Ensuite, on se focalise essentiellement sur l'hôpital, sans tenir compte de l'évolution des autres établissements, ce qui explique en partie que l'on perde en visibilité.

Enfin, l'utilisation faite est d'abord et avant tout à visée financière, ce qui limite encore l'analyse que l'on pourrait tirer des données fournies par les outils.

#### **1.3.1 Une utilisation trop descriptive des outils**

Comme nous l'avons dit plus haut, à chaque début de COMEX, le médecin du DIM et le directeur de l'hôpital présentent les courbes d'activité et de chiffre d'affaire réel et virtuel (en projection année pleine) de l'hôpital, en les comparant aux années précédentes.

C'est parfois l'occasion, de faire une analyse médico-économique de l'activité.

Cependant, dans la plupart des COMEX, cette analyse est rarement faite de manière détaillée. Un COMEX est prévu pour durer 2 heures, avec environ 8 sujets à traiter, souvent importants pour la stratégie de l'hôpital (mise en place des pôles d'activité,

ouverture de nouvelles activités, préparation du projet de territoire...). Cela laisse un quart d'heure pour traiter de chaque sujet. Or la présentation des données de «TdB activité» n'est bien souvent pas un point de l'ordre du jour, mais un préliminaire du COMEX. Elle joue le rôle d'introduction. Fréquemment, les membres du COMEX n'arrivent pas à l'heure prévue. La présentation des chiffres d'activité permet donc de patienter en les attendant, les « vrais sujets » étant discutés lorsque tout le monde est présent.

D'ailleurs, ces sujets sont rarement en rapport avec l'analyse de l'activité. Il y a une déconnexion entre les outils d'analyse médico-économique sensés éclairer la décision, et les sujets stratégiques abordés.

Le temps consacré à la projection et à l'analyse des chiffres est donc au maximum de 5 minutes en temps normal. Dans ce court laps de temps, il est bien entendu impossible pour le médecin DIM de procéder à une véritable analyse des causes de l'évolution des chiffres.

C'est là un premier fait marquant le caractère trop descriptif et peu analytique de l'utilisation qui est faite de «TdB activité».

Dans un second temps, on peut remarquer qu'en l'absence de stratégie définie par rapport à l'évolution de l'activité, il est difficile d'aller au-delà d'une analyse descriptive. «TdB activité» joue alors non pas un rôle de «phare » capable d'éclairer l'avenir de l'activité, mais seulement celui d'un compteur de vitesse à travers lequel on constate une accélération de l'activité sans forcément pouvoir se situer ni par rapport aux autres, ni par rapport aux objectifs.

Difficile alors de définir une tactique en vue de modifier la situation pour atteindre les objectifs. «TdB activité» permet de décrire, il ne permet pas d'agir ni de prendre une décision par rapport aux données qu'il propose. Il est un outil de visualisation, de description, mais pas un outil de pilotage.

Il apparaît donc que l'utilisation qui est faite des outils est plutôt contemplative. Or, se perdre dans la contemplation de courbe, sans savoir où cela emmène la structure, n'est pas le gage d'une bonne exploitation de tableaux de bord<sup>26</sup>. toutefois, au gré des séances du COMEX, certains directeurs sentent émerger chez les médecins un sentiment de

---

<sup>26</sup> Laurence MARIAN, directrice PROJET T2ACCAM aux HCL, *Les tableaux de bords, outils de management de la performance*, conférence à l'IFROSS du 3 juin 2005.

responsabilité y compris financière et se développer chez eux une sensibilité à l'analyse de gestion<sup>27</sup>.

### **1.3.2 Une analyse trop centrée sur le Centre Hospitalier**

La seconde limite dans l'utilisation faite de «TdB activité» et de «TdB financier», c'est qu'elle se focalise trop sur l'hôpital, sans tenir compte de l'environnement qui l'entoure.

Pour devenir un véritable outil de pilotage «TdB activité» doit s'ouvrir à l'extérieur. Observer l'environnement de l'hôpital ne devrait pas seulement se limiter à scruter la provenance géographique des patients : la concurrence, les autres Etablissements publics de Santé, l'évolution réglementaire sont autant d'éléments à garder sous surveillance.

Ne pas tenir compte de ces facteurs, cela revient à rouler dans un véhicule sans fenêtre, avec impossibilité de se situer dans un contexte local, régional ou national. On roule en se focalisant sur le bitume, sans regarder les autres véhicules, les conditions climatiques, tous ce qui fait les conditions de circulations.

Parmi les exemples qu'on peut donner du manque de prise en compte de l'hôpital, on trouve l'analyse liée à la hausse d'activité. Une des idées reçues à l'hôpital à l'aube de la réforme de la tarification à l'activité, c'est que si la dotation globale était trop faible par rapport à l'activité, alors les années à venir seraient marquées par une hausse du budget, par le simple fait que le surcroît d'activité allait générer un surcroît de financement.

En réalité, le raisonnement est plus complexe. La tarification à l'activité ne récompense pas les établissements qui ont une augmentation d'activité. Elle récompense essentiellement les établissements qui ont une forte hausse d'activité quand les autres établissements voient leur activité stagner, décroître ou augmenter faiblement.

Mais si la plupart des établissements connaissent une hausse d'activité, du même niveau que celle du Centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône, alors personne ne gagne en financement.

Ce phénomène s'explique parce que l'enveloppe de financement voté tous les ans au Parlement est une enveloppe fermée.

---

<sup>27</sup> Entretien du 26 septembre avec un directeur du centre hospitalier.

C'est pourquoi, lorsque les prévisions de financement concernant le plan de retour à l'équilibre ont été négociées avec l'Agence Régionale d'Hospitalisation, il aurait fallu regarder non pas seulement la hausse d'activité prévue pour le Centre hospitalier de Villefranche, mais aussi la hausse attendue pour les autres Centre Hospitalier de 4<sup>e</sup> catégorie (CH4) de la région par exemple. On aurait pu alors un peu mieux anticiper la réalité des gains espérés sur le nouveau mode de financement des hôpitaux.

**On voit ainsi qu'il est important de disposer d'un outil qui s'ouvre à l'environnement, qui ne reste pas uniquement centré sur l'hôpital.**

Pour réaliser ce tour d'horizon, les hôpitaux disposent par exemple des chiffres donnés annuellement par la Fédération Hospitalière de France (FHF) sur les évolutions des établissements. La direction peut aller elle-même chercher les informations auprès des autres établissements de la région.<sup>28</sup>

### **1.3.3 Une vision réduite aux chiffres financiers (coûts, production).**

Enfin, l'utilisation faite des données de «TdB activité» et de « TdB financier » se limite trop aujourd'hui à des données de production et de coûts.

L'hôpital de Villefranche-sur-Saône utilise ses tableaux de bord comme des outils de mesure de la rentabilité. On reste dans une perspective industrielle d'organisation du travail, avec pour objectif de réduire les coûts et d'augmenter la production.

La mise en page de «TdB financier» telle qu'elle est proposée reflète totalement cette vision économique et ce raisonnement quasi industriel des concepteurs de l'outil.

D'un côté, on affiche les recettes d'un service, et ces performances de production (productivité, mesurée par exemple par la DMS). De l'autre, on affiche en parallèle tous les coûts liés à l'activité du service. A partir de ces deux éléments, il est aisé de faire le calcul de rentabilité.

---

<sup>28</sup> La société TdB éditeur réfléchit aujourd'hui à la possibilité de mettre ne ligne une base de donnée par zone géographique qui centraliserait les informations de tous les sites équipés par « TdB activité » et « TdB financier ». entretien du 22 septembre 2003 avec le directeur du développement de TdB éditeur à Limas. Ce tableau s'apparenterait à celui disponible dans les entreprises privées, du type SAP et Oracle, qui fournisse aux sociétés une base de donnée régionale en temps temps réel.

Cette analyse présente cependant deux limites.

En premier lieu, à partir des éléments le plus souvent utilisés de «TdB activité» et de «TdB financier», on ne dispose pas d'une analyse qualitative des patients traités, qui puissent venir nuancer les conclusions purement économiques mises en avant par les utilisateurs des outils.

Dans l'exemple d'utilisation faite par en pneumologie, nous avons certes l'établissement de ratio de rentabilité, mais on ne sait pas ce qui compose les coûts ni le chiffre d'affaire. Or, il est important de disposer de données telles que le poids moyen des patients traités afin d'affiner l'analyse sur la productivité du service.

Dans cet exemple, le poids moyen des patients influe sur la charge de soins que consacrent les infirmières à chaque patient. Plus cet indicateur est élevé, plus le service est lourd. Cette information doit donc bien être prise en compte afin d'obtenir une vision précise de l'activité du service, et donc de la réalité de la valeur créée.

Ensuite, se contenter d'une analyse purement économique sur le mode production/coût peut conduire à des dangers pour le service public. Certains services sont déficitaires, mais sont indispensables à un établissement sensé assurer le service public de santé<sup>29</sup>. On ne peut donc pas réduire la lecture de l'hôpital à ce raisonnement.

Au-delà de ce raisonnement sur la mission des Etablissements publics de santé, la logique économique peut nuire au maintien d'activité sans lesquelles l'hôpital n'a plus lieu d'être. L'exemple le plus caricatural concerne la réanimation. En effet, bien que très valorisés, les tarifs des Groupes Homogène de Séjours de réanimation ne permettent pas de combler les coûts de ces services très consommateurs en équipement, en personnel, et en consommables. Cependant, il ne vient à personne l'idée de les fermer, tant ils sont indispensables au maintien d'autres activités de l'hôpital comme la chirurgie.

L'idéal pour ces services est de comparer ses coûts, son activité, tant qualitativement que quantitativement à d'autres services de centre hospitalier de même taille ou de même activité.

Ce genre d'utilisation permet de ne pas se limiter à une description, de regarder autour de soi et de fonder ses décisions sur une analyse de ce qui se fait à l'extérieur de

---

<sup>29</sup> Eric Poirot, directeur adjoint du Centre hospitalier de Villefranche, CD-ROM de présentation de PMSI pilot.

l'établissement, et enfin de ne pas se cantonner à une analyse uniquement financière, mais aussi sur la qualité des soins dispensés.

**Laisser l'analyse se porter uniquement sur les critères financiers revient à ne regarder que le passé de l'établissement**<sup>30</sup>. Ces indicateurs reposent en effet sur des performances déjà réalisées par l'hôpital. Afin de mieux se projeter dans l'avenir, il est important de trouver d'autres facteurs d'analyse qui permettent d'apercevoir la future valeur du travail que va fournir un service. Ces critères sont le plus souvent non financiers. C'est par exemple des données sur la qualité des prestations dispensées. Accompagnées d'une communication adéquate, les retombées d'une réelle politique de qualité peuvent attirer un nombre croissant de patients. De ce surcroît d'activité, l'hôpital peut attendre des retombées financières positives<sup>31</sup>.

A travers les différents exemples donnés de l'utilisation qui est faite de «TdB activité» et de «TdB financier» au sein du Centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône, on peut comprendre l'intérêt des acteurs à disposer de tels tableaux. D'abord, ces derniers constituent de vrais outils de suivi, des tableaux de bord de gestion. Ils sont un rétroviseur permettant de garder un œil constant sur le passé proche de l'hôpital et d'y réagir.

Ensuite, comme les indicateurs de vitesse, de niveau d'eau, d'essence ou d'huile d'une voiture, ils permettent de visualiser de manière synthétique le présent.

Enfin, comme les phares d'un véhicule, ils permettent d'éclairer les grandes tendances budgétaires et médico-économiques de l'année à venir, et permettent de préparer les adaptations nécessaires à ces évolutions.

Malheureusement, leur utilisation s'heurte à des limites de visibilité. Ces limites sont à chercher pour partie dans l'utilisation que nous avons décrite. Cependant, celles-ci découlent bien souvent de la manière dont ont été construits les tableaux. C'est pourquoi il est important de se pencher sur la mécanique interne de «TdB activité» et de «TdB financier» pour mieux comprendre comment elle peut être source d'erreur.

---

<sup>30</sup> Laurence MARIAN, opus cit.

<sup>31</sup> P. Lorino, opus cit. page 153 : « L'amélioration de la qualité va permettre de réduire les coûts de rebuts, retouches, réclamations, (...), mais elle devrait permettre aussi d'améliorer la satisfaction des clients, de les fidéliser, d'améliorer l'image globale de l'entreprise, de gagner à terme des parts de marché ou de vendre à des prix moyens plus élevés, grâce à une rente de réputation ».

**PARTIE 2 : LA CONSTRUCTION DE «TDB ACTIVITE» ET  
«TDB FINANCIER»**

Pour que la visibilité donnée par les tableaux de bord soit fiable, il faut que la méthode de construction de ces outils repose sur des bases saines. Il est donc important de se pencher sur la « mécanique » à l'œuvre dans la formation et le fonctionnement des outils, afin de bien comprendre comment ils peuvent éclairer les utilisateurs.

C'est aussi le meilleur moyen de repérer les biais de lecture qui sont induits par les outils eux même. On pourra alors mettre en avant l'existence d'éventuels « angles morts », ou encore de « miroirs déformants » faussant le point de vue des décideurs.

Trois éléments fondamentaux assurent la construction des tableaux de bord et l'alimentation de leur base de données. Chacun à leur niveau, ils peuvent avoir une influence forte sur la lecture qui sera faite des résultats donnés par «TdB activité» et «TdB financier».

D'abord, la sélection des indicateurs, qui va déterminer les angles sous lesquels la situation de l'hôpital va être appréciée, est le facteur déterminant la **pertinence** d'un outil d'aide au pilotage dans un établissement public de santé.

Ensuite, la manière dont ces indicateurs sont construits, sont composés, leur méthode de calcul, leur « mécanique mathématique » permet de mieux mesurer la **lisibilité** d'un outil d'aide à la décision.

Enfin, de l'organisation du recueil d'information qui va alimenter l'outil et les indicateurs qui le composent dépend la **fiabilité** de l'outil.

## **2.1 La sélection des indicateurs et leur impact sur la pertinence des outils.**

La société qui commercialise «TdB activité» et «TdB financier» propose à tous les utilisateurs un grands nombres d'indicateurs (125 indicateurs sont livrés avec «TdB activité»). Cet ensemble est livré avec les logiciels, et il n'y a pas de personnalisation des indicateurs en fonction de la demande des clients. Au gré de son expérience, la société TdB éditeur enrichit chaque année le nombre d'indicateurs disponibles. Les retours qu'elle a des utilisateurs lui permet en effet de d'actualiser cet échantillon<sup>32</sup>.

A charge ensuite à chaque hôpital de sélectionner et de trier les indicateurs dont il a besoin. Ce travail ne peut cependant pas se faire sans une réflexion sur la stratégie de

---

<sup>32</sup> Entretien du 13/07/2005 avec le directeur du développement de TdB éditeur à Limas



l'établissement, qui va servir de base à la sélection des indices les mieux à même de rendre compte des orientations choisies.

Dans un deuxième temps, il faut que les indicateurs soient suffisamment opérationnels pour permettre à l'hôpital de réagir à leurs évolutions.

Ces deux logiques - stratégiques et opérationnelles – permettront de voir comment l'hôpital de Villefranche-sur-Saône a sélectionné les indicateurs qu'il affiche et si ces choix répondent aux exigences des outils de pilotage qu'il veut déployer.

### 2.1.1 Un choix qui découle de la stratégie de l'établissement.

Avant de se pencher sur les indicateurs affichés sur les tableaux de bord, il importe de définir une stratégie. Il faut donc d'abord définir cette notion. La définition la plus communément admise de la stratégie est la suivante :

« Les plans de la direction pour atteindre des résultats en rapport avec les missions et les objectifs de l'entreprise. »<sup>33</sup>

A cette définition, il convient cependant d'apporter des compléments. **Selon Robert Kaplan et David Norton, la stratégie est un ensemble d'hypothèses.** Elle implique le mouvement d'une organisation de sa position actuelle à une position future souhaitable mais incertaine. Dans la mesure où elle n'a jamais occupé cette position, la société doit emprunter un chemin comprenant une série d'hypothèses liées entre elles. Le tableau de bord sert de repère pour suivre ce chemin :

« Le tableau de bord permet de décrire ces hypothèses comme un ensemble de relations de cause à effet qui sont explicites et vérifiables. De plus les hypothèses impliquent d'identifier les activités qui induisent (indicateurs prospectifs) les résultats souhaités (indicateurs de suivi). »<sup>34</sup>

Le but du tableau de bord est donc à la fois d'éclairer le chemin par des indicateurs prospectifs, et de mesurer la distance déjà parcourue par des indicateurs de suivis et de résultat. Il doit donc bien jouer à la fois le rôle de phare et le rôle de rétroviseur qu'on lui a vu attribuer dans la première partie.

---

<sup>33</sup> H. Mintzberg, B. Ahlstrand, J. Lampel, *Safari en pays stratégique*, Paris, édition village mondial, août 2005.

<sup>34</sup> R. Kaplan et D. Norton, opus cit.

Les indicateurs de résultat sont là pour analyser a posteriori les performances de l'organisation. Ils ne permettent pas d'infléchir l'action, mais de constater la réalisation ou la non réalisation d'un objectif<sup>35</sup>. Ils permettent aussi de se situer par rapport à la cible, et de mesurer les efforts qui restent à faire pour atteindre la cible dans les délais impartis.

Les indicateurs de suivis sont essentiellement les indicateurs financiers, qui traduisent résultats de l'organisation à un instant « T »<sup>36</sup>. Ils doivent permettre à l'organisation suivre l'évolution des actions en cours, et de réagir à temps, via d'éventuelles mesures correctrices, pour atteindre les objectifs de l'organisation<sup>37</sup>.

Les indicateurs prospectifs ont eux pour mission de voir quelles sont les futures valeurs que va créer l'institution. Ces critères sont souvent essentiellement non financiers<sup>38</sup>.

L'objectif est ensuite de lier les indicateurs à la stratégie. Ces derniers doivent représenter la vision future qu'on a de l'organisation. Ils doivent être limités, pour s'assurer que les acteurs ne soient pas noyés sous les informations, qui peuvent rendre plus floue la vision de la situation de l'hôpital et bloquer la décision plus que la faciliter. C'est pourquoi Kaplan et Norton préconisent de se limiter à une quinzaine d'indicateurs<sup>39</sup>.

### **Une articulation doit exister entre la stratégie globale et les indicateurs choisis.**

Pour l'hôpital, les concepteurs des tableaux de bord prospectif donnent l'exemple suivant, appliqué à l'hôpital pédiatrique de Duke<sup>40</sup> :

---

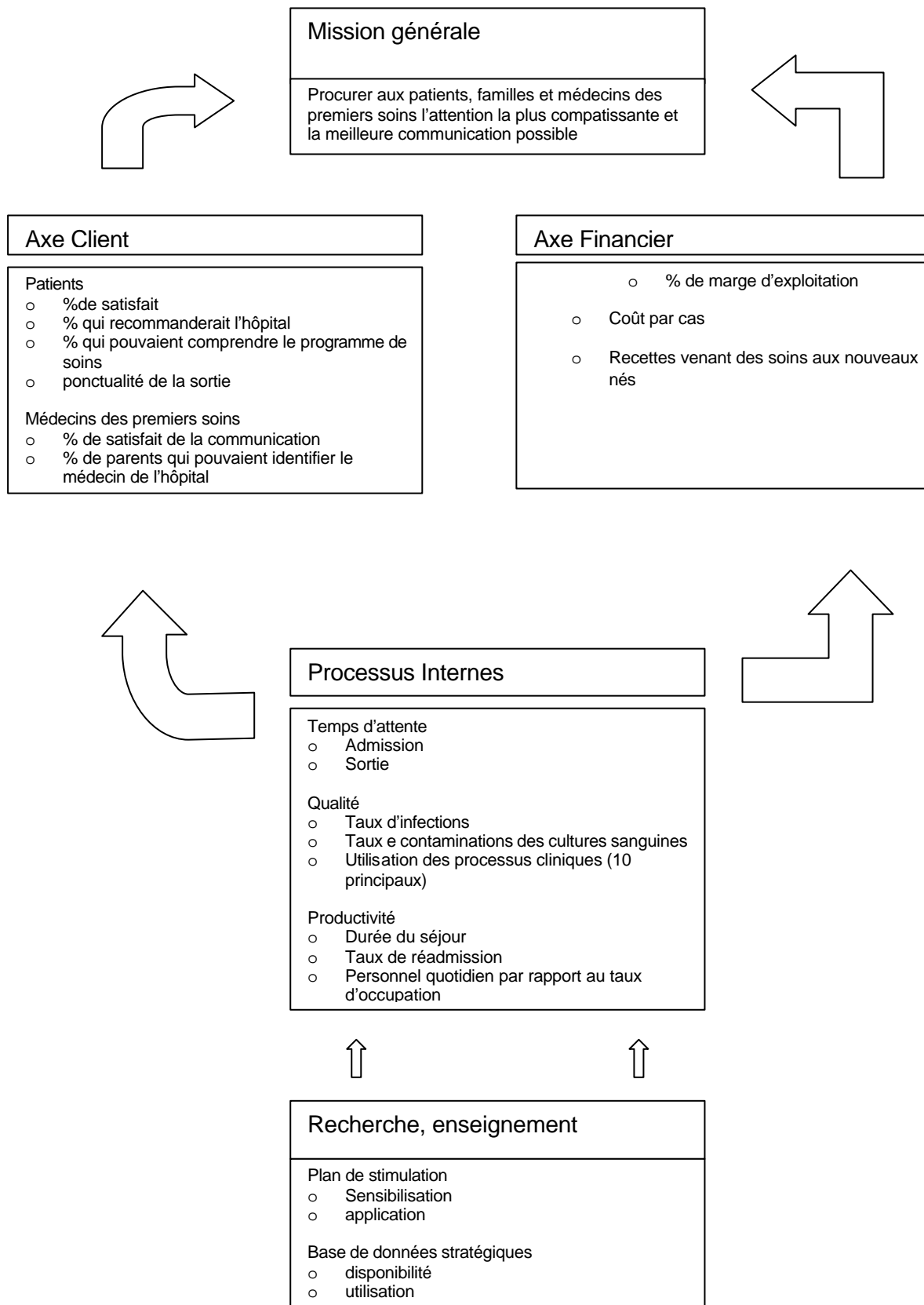
<sup>35</sup> P. Lorino, opus cit., page 149.

<sup>36</sup> R. Kaplan et D. Norton, opus cit. page 26 : « les mesures financières rendaient compte des résultats, c'étaient des indicateurs de suivi mais elles ne disaient rien sur les performances à venir . »

<sup>37</sup> P. Lorino, opus cit., page 149 : « un indicateur de suivi doit révéler les évolutions tendanciennes dans les processus et fournir une capacité d'anticipation ou de réaction à temps. »

<sup>38</sup> R. Kaplan et D. Norton, opus cit. page 66 : « nous décrivons les indicateurs non financiers du tableaux de bord comme étant des indicateurs prospectifs(...) Ce qui est déterminant pour une entreprise sur le long terme, c'est comment elle se positionne par rapport à ses concurrents. Si même pendant les régressions économiques, les entreprises peuvent continuer à investir dans les relations clients, l'amélioration des processus, le développement de nouveaux produits et les capacités du personnel, elles peuvent améliorer leur position par rapport aux concurrents, de sorte que lorsque la conjoncture extérieure s'améliore, elles connaissent des bénéfices bien supérieures à la moyenne. »

<sup>39</sup> ibid. page 266 : « le nombre d'indicateurs ne devraient pas dépassé 15 »



L'exemple de structure de tableaux de bord ci dessus nous donne un bon aperçu de ce doit être le choix des indicateurs et comment tout cela découle de la mission qui a été définie pour l'hôpital. Le tableau comprend 21 indicateurs, ce qui est légèrement supérieur aux préconisations. Cependant, la dernière partie du tableau comprend quelques indicateurs flous, et peu compréhensibles, qui seront peut-être révisés.

Les 17 autres items sélectionnés permettent à la direction de l'établissement de surveiller tous les paramètres les plus révélateurs pour s'assurer que l'hôpital joue bien son rôle dans la stratégie définie.

Dans l'axe client, on trouve à la fois le travail à faire envers les familles et envers les partenaires extérieurs que sont les médecins de premiers soins. Un axe financier permet de contrôler que la santé de l'hôpital est bonne. L'axe processus interne se penche sur les actions à mener pour satisfaire le client (temps d'attente), et assure la mise en place d'une organisation des soins fondée sur la qualité des prestations (qualité), et sur l'efficacité (productivité). En effet, si les familles sont satisfaites des prestations de l'hôpital, elles assureront la réputation et l'attractivité de l'établissement. Si les professionnels sont satisfaits du travail qu'ils font avec l'hôpital, ils n'hésiteront pas à renvoyer leurs patients vers l'hôpital. Enfin, si l'on contrôle que le coût des cas traités est maîtrisé, alors la bonne santé financière de l'hôpital est assurée, tout en remplissant la mission qu'il s'est donnée.

Bien en amont de la sélection des indicateurs, l'hôpital doit donc choisir quelle va être sa vision stratégique pour les années à venir. Cette conception de ses missions, et du rôle qu'il entend jouer dans le paysage sanitaire qui l'environne, va permettre à l'hôpital de définir des objectifs sur lesquels il va concentrer son attention. A chaque axe de la stratégie seront définis un ou des objectifs, qui auront eux même des indicateurs.

**Il ne sert donc à rien de nourrir des indicateurs sans avoir au préalable fixé des objectifs qui transcrivent les orientations stratégiques dans le tableau de bord.** L'information ne doit pas être un but en soi, elle doit être le support d'une action et d'une décision<sup>41</sup>.

Avec une telle méthode de sélection des indicateurs, on peut craindre d'oublier de suivre des éléments qui n'auraient pas été retenus comme des éléments de la stratégie et qui n'en sont pas moins importants pour la vie de l'institution.

C'est par exemple ce qu'il s'est passé pour la ville de Charlotte aux Etats-Unis. Après avoir défini sa stratégie, et construit ses tableaux de bord, la ville se rend compte que n'y apparaissent pas de données sur des fonctions comme le ramassage des ordures ménagères, les services de pompiers ou le traitement des eaux usées. Or ces fonctions sont nécessaires au fonctionnement de la collectivité. La personne en charge du dossier répondit aux salariés déçus de se voir écarté du tableaux de bord que leur performance serait de toute façon suivie par les autorités départementales et que, chacun à leur niveau, ces services pouvaient avoir des actions qui influeraient sur les résultats des tableaux de bord<sup>42</sup>.

On peut ajouter pour compléter cette argumentation que si les indicateurs ne prennent pas en compte ce type d'activité, cela ne peut empêcher les performances réalisées par les services concernés de trouver un écho dans les indicateurs de suivi, surtout dans un établissement public de santé. Par exemple ce n'est pas parce qu'un hôpital se tourne vers une stratégie qui vise au développement des soins ambulatoires qu'il peut se permettre de négliger les services de blanchisserie qui assure la propreté des draps et l'approvisionnement en linge. Sans quoi la réputation et donc l'attractivité de l'établissement pourraient beaucoup s'en ressentir. Cette influence néfaste trouvera des répercussions sur les indicateurs de suivi.

### **2.1.2 Les critères de sélection d'un indicateur.**

Une fois la stratégie définie, un grand nombre d'indicateurs peut être proposé pour la décliner dans les tableaux de bord. Il faut donc mettre au point des règles de sélection afin d'obtenir un outil lisible et efficace. Un horizon de 15 indicateurs semble approprié pour que les informations distribuées par les tableaux soient suffisamment synthétiques et rendent une vision la plus juste possible de la situation de l'établissement. Cependant, ce chiffre n'est pas un impératif. Le but est de conserver un instrument de pilotage le plus lisible et interprétable possible<sup>43</sup>.

---

<sup>41</sup> Laurence Marian, opus cit.

<sup>42</sup> R. Kaplan et D. Norton, opus cit., page 146

<sup>43</sup> P. Lorino, opus cit., page 155 : « quel est le bon nombre d'indicateurs ? La contrainte en la matière est l'efficacité cognitive, c'est une contrainte d'ergonomie cognitive. Celle-ci ne se traduit pas en nombre d'indicateurs, mais en lisibilité/interprétabilité du système d'indicateurs, qui dépend autant de la structure globale du système (type de liens existants entre les indicateurs) que du nombre des informations qui y figurent : l'ergonomie du tableau de bord 'une voiture ne se mesure

Pour être performants, les indicateurs doivent répondre à six exigences<sup>44</sup>.

D'abord, un indicateur doit être **simple**. C'est le gage que personne ne le contestera, et que tout le monde comprendra à quoi il renvoie. S'il survenait des divergences sur ce point, les acteurs ne pourraient parvenir à l'analyser, ne sachant déjà pas ce qu'il représente. Ce critère est un gage de solidité de l'indicateur.

Ensuite, l'indicateur choisi doit être **mesurable**. En effet, un tableau de bord doit permettre de traduire en chiffre la réalité de l'hôpital. Certes, cette réalité est bien souvent complexe et irréductible au chiffre. Cependant, sans mesurabilité, on ne peut pas intégrer la donnée, ni la faire estimer par chacun des acteurs de manière objective. Un indicateur non chiffrable ne peut donc pas être retenu. La mesurabilité permet aussi d'assurer le suivi de l'évolution de l'indicateur.

L'indicateur doit encore être **accessible**. Cela veut dire que chacun doit pouvoir le retrouver dans les bases de données de l'hôpital et se référer à lui. Si l'accès à l'indicateur et à son évolution n'est pas facile, personne n'ira le consulter. Bien vite, il risque de ne plus intéresser les acteurs. Dès lors, ces derniers ne se mobiliseront plus pour le faire évoluer, et l'indicateur perdra son utilité dans le tableau de bord.

Afin de se situer par rapport aux autres, un indicateur doit être **comparable**. Cela veut dire qu'on doit disposer d'une base de données de plusieurs établissements qui suivent le même indicateur, avec la même méthode de construction. Ceci permet de se comparer et de mieux situer les objectifs de l'hôpital par rapport aux performances des autres établissements.

Pour assurer la cohérence entre les objectifs et les indicateurs, il faut que les indicateurs suivis soient **pertinents**. Ils doivent donc être directement en rapport avec le but poursuivi par le service.

L'indicateur doit aussi être **contrôlable**. Il est inutile de prendre en compte un indicateur sur lequel personne au sein de l'établissement n'aurait de prise. S'il est trop dépendant de la conjoncture, il n'est pas un indicateur important pour mobiliser les acteurs autour de la

---

pas simplement par le nombre de données qu'il fournit : les liens établis entre ces données, leur présentation, l'indication claire de seuils d'alerte, influent fortement sur l'interprétabilité. La complexité du tableau de bord (sa difficulté de décryptage) ne se résume pas à sa complexité (le nombre de données qui y figurent). »

<sup>44</sup> Laurence Marian, opus cit.

stratégie de l'établissement. Même s'il peut être utile de garder un œil sur les indicateurs de conjoncture, il ne faut que ces-derniers viennent encombrer le tableau de bord.

Il convient enfin de ne pas confondre l'indicateur avec la cible. Par exemple, à l'hôpital, si l'on décide d'améliorer la productivité, l'un des indicateurs pertinent est la DMS. La cible peut être 4 jours.

### **2.1.3 Les choix de l'hôpital de Villefranche-sur-Saône : un souci d'objectivité et une perspective trop économique.**

En terme de stratégie, l'hôpital de Villefranche-sur-Saône, comme tous les établissements public de santé, dispose de plusieurs documents dans lesquels il a dû définir sa stratégie. Le projet d'établissement<sup>45</sup> est l'émanation de la réflexion et des orientations stratégiques définies par les dirigeants de l'établissement. A sa lecture, on peut comprendre que la stratégie de l'hôpital est de devenir le centre hospitalier de recours du secteur sanitaire 9, devenu territoire de santé de Villefranche-sur-Saône en 2004. Quatre axes sont dessinés pour y parvenir :

- compléter l'offre de soins du Centre hospitalier.
- renforcer le travail en réseau avec les autres établissements public du secteur, notamment St Cyr en Mont d'Or, centre hospitalier spécialisé, et avec la Polyclinique du Beaujolais.
- Développer une politique de qualité des soins.
- Améliorer les conditions de travail sur l'hôpital.<sup>46</sup>

Si l'on reprend les quatre axes définis par Kaplan et Norton, on peut transcrire les orientations du Projet d'établissement comme suit :

- Axe client<sup>47</sup> :

---

<sup>45</sup> Le projet d'établissement a été rédigé conjointement par le bureau de la CME et par la direction de l'établissement. Des groupes de travail associant tous les chefs de services ont été constitués. Des universitaires de l'IFROSS ont également accompagné la démarche.

<sup>46</sup> Centre Hospitalier de Villefranche-sur-Saône, Projet d'établissement 2002-2007, 107 pages

<sup>47</sup> Le Centre hospitalier étant un établissement public, on peut identifier deux types de clients qui adressent leur demande et exigences à l'hôpital. D'une part, les patients, qui s'adressent à l'hôpital

- patient : donner une offre de soins complète et de qualité.
  - Tutelle : avoir la certification que les soins dispensés sont de qualité
- Axe apprentissage organisationnel :
- Partenaire : décloisonner le fonctionnement de l'hôpital et signer des conventions de coopération avec les autres acteurs du secteur sanitaire.
- Axe processus internes :
- Gestion des personnel : attirer et fidéliser les personnels par le développement de la GPEC et l'amélioration des conditions de travail.

Trois remarques peuvent être faites sur les orientations choisies.

Avant tout, les objectifs décrits dans le document sont très généraux. Il serait donc nécessaire de les approfondir, de les préciser, afin de dégager ensuite de véritables choix stratégiques.

Ensuite, il n'apparaît pas d'axe financier. C'est là un choix de la direction sans doute, mais cela enlève un volet important de la stratégie de l'établissement, sur lequel on n'a ni visibilité ni d'objectifs fixés.

D'autre part, le document définissant la stratégie est très long, puisqu'il fait 107 pages. A sa lecture, on se rend vite compte que certaines parties se recoupent largement. Par exemple, le projet contient un projet de soins et un projet qualité, distinct, mais qui propose tous deux d'améliorer la qualité des soins dispensés à l'hôpital et les prestations fournies aux usagers. La longueur et le manque de synthèse peuvent nuire à la définition d'une stratégie. Il est d'ailleurs plutôt conseillé par Norton et Kaplan de définir la stratégie de l'établissement dans un document court, n'excédant pas 50 pages<sup>48</sup>.

---

pour se faire soigner. D'autre part, les institutions qui fournissent les fonds et qui ont des exigences de bonnes gestions du budget alloué.

<sup>48</sup> R. Kaplan et D. Norton, opus cit., page 142 : « Nous avons des documents de « stratégie » qui faisaient plus de 50 pages. Et l'essentiel du document, une fois la mission et la vision énoncées,



Le Contrat d'Objectifs et de Moyens (COM), signé avec l'Agence Régionale d'Hospitalisation, décline ce projet en plusieurs objectifs et indicateurs.

Par exemple, pour ce qui concerne l'axe d'apprentissage organisationnel, le COM prévoit la mise en place d'actions pour améliorer l'information sur la formation continue, suivies par deux indicateurs :

- le nombre de demandes de formations refusées pour non respect de la procédure
- l'évolution des demandes individuelles de formation<sup>49</sup>.

Contrairement au projet d'établissement, le COM comprend un volet financier, avec des objectifs chiffrés en terme d'économie pérenne à réaliser sur les groupes 2 (dépenses médicales) et 3 (dépense d'hébergement). Cependant, les indicateurs de suivi ne sont pas repris dans «TdB financier». Par exemple, l'hôpital s'est engagé à réaliser 30 000 € d'économies en supprimant la location des matelas anti-escarre<sup>50</sup>. Aucune mesure n'est, à ce jour, réalisée dans les tableaux de bord. Au contraire, le service des affaires financières et les services économiques connaissent des difficultés à maîtriser ce poste de dépenses.

On peut aussi faire remarquer que ce type d'indicateur n'est pas des plus pertinents : en effet, il est difficile de faire figurer dans un tableaux de bord stratégique tel que le propose Kaplan et Norton des indices aussi précis et pointu que l'évolution du compte de location des matelas anti-escarre. Par contre, focaliser l'objectif financier pour les trois années à venir sur une réduction de l'ensemble des locations relève plus de véritables choix stratégiques de l'établissement, avec définition d'une politique précise par rapport aux fournisseurs. De plus, ce type de politique est totalement maîtrisable par le décideur. Ensuite, dans un second temps, il faudra en effet déployer les objectifs, les décliner pour chaque service en objectifs secondaires, en plan d'action. Au niveau d'un service précis pourra alors apparaître cet objectif de réduction de location de matelas anti-escarre. Ces

---

n'était qu'une série de listes de programmes et de projets, et non pas les résultats que l'organisation essayait d'atteindre. »

<sup>49</sup> ARH Rhône-Alpes et CH de Villefranche-sur-Saône, *Contrat d'objectif et de moyen 2002-2006*, 25 juin 2003, Lyon, page 41

<sup>50</sup> *ibid.* page 69

sous-objectifs, lorsqu'on les agrège, doivent conduire à la réalisation de l'objectif général de l'organisation. On est alors dans une « logique stratégique-opérationnelle »<sup>51</sup>.

A partir de ces deux documents, on peut voir dessinés les contours de la stratégie, déclinée en objectifs, en actions et en indicateurs de suivi.

Malheureusement, les indicateurs proposés sont rarement repris dans les tableaux de bord que sont «TdB activité» et «TdB financier». Les indications qu'ils donnent aux instances de l'hôpital en terme de suivi et d'éclairage de l'avenir, sont souvent déconnectées des objectifs stratégiques décrits plus haut. En effet, ils sont des tableaux à orientation économique forte, donnant les résultats de production, de chiffre d'affaire et de coûts. Or aucun des axes choisis dans la stratégie ne se focalise sur ces aspects.

Ils peuvent donc bien jouer un rôle de rétroviseur et de phare, mais ils n'éclairent peut-être pas la bonne route ; simplement une route parallèle à celle décrite par les documents stratégiques, en l'occurrence la route de l'axe financier, inexistant dans le projet d'établissement.

Cette dissociation de la stratégie de l'établissement et des tableaux de bord a pour conséquence que les décisions stratégiques prises sont souvent sans lien direct avec les informations données par «TdB activité» et «TdB financier». Ces derniers ne servent donc pas réellement à aider les décideurs dans les actions stratégiques. Ils se cantonnent à une fonction contemplative.

Le seul document auquel on peut rapprocher ces deux tableaux de bord, est le plan de retour à l'équilibre, signé en 2004, qui seul correspond à la vision très économique des deux outils. Cependant, tant que «TdB financier» n'est pas opérationnel, on ne peut pas piloter les économies ni maîtriser les dépenses des unités fonctionnelles. De plus, «TdB financier» se contentant d'analyser les consommations des services de soins, les dépenses réalisées en amont par les services techniques ou les services économiques ne sont pas mesurées.

Concernant le choix des indicateurs, on peut remarquer que «TdB activité» présente sur sa page d'accueil 14 indicateurs, ce qui correspond aux exigences d'efficacité d'un tableau de bord telle que décrit plus haut :

---

<sup>51</sup> P. Lorino, opus cit., page 40 : « il s'agit de partir d'objectifs stratégiques pour arriver à des objectifs opérationnels locaux à travers une analyse cause/effet . »

<b>Séjours R.U.M.</b>	
Nombre de RUM dans la base	<b>22 887</b>
Nombre de RUM saisis dans la base	<b>22 887 [100 %]</b>
IGS2 moyen	<b>46</b>
<b>Séjours R.S.S.</b>	
Nombre de RSS dans la période	<b>19 427</b>
Age moyen	<b>46,50 ans</b>
Sex ratio	<b>0,48</b>
Durée Moyenne de Séjour brute	<b>4,75 jours</b>
Durée Moyenne de Séjour PMSI	<b>4,57 jours</b>
Nombre de journées PMSI	<b>88 762 jours</b>
<b>Tarifification à l'activité [détail]</b>	
Valorisation T2A	<b>47 827 569 €</b>
basée sur	<b>19 379 RSS</b>
C.A. moyen par RSS	<b>2 468,01 €</b>
C.A. moyen par séjour	<b>2 468,01 €</b>
C.A. moyen par journée	<b>518,53 €</b>
C.A. extrapolé	<b>47 946 034 €</b>

Toutefois, parmi ces indicateurs, au moins deux d'entre eux ne correspondent pas à l'exigence de contrôlabilité. C'est par exemple le cas du sex ratio, sur lequel aucun acteur n'a de prise. Il en va de même pour l'âge moyen des patients traités. Ces deux données dépendent trop de la démographie dans laquelle évolue l'hôpital. Certains indicateurs sont redondants : la durée moyenne de séjour (DMS) brute et la durée moyenne de séjour PMSI. Ici, il est nécessaire qu'intervienne un arbitrage pour décider à partir de laquelle de ces deux DMS l'hôpital veut raisonner.

Enfin, les indicateurs ne font pas apparaître de cible pour l'établissement, qui lui permettrait de mieux se situer par rapport à l'état d'avancement de ses objectifs.

Cette analyse de la sélection des indicateurs à l'hôpital de Villefranche-sur-Saône révèle donc les premières failles dans la conception des tableaux de bord. Il apparaît qu'ils ne sont pas en cohérence avec la stratégie de l'établissement. Cela n'empêche pas leur utilisation ni leur pertinence par rapport à des volets délaissés de la stratégie d'un établissement public de santé.

C'est pourquoi il est nécessaire de se pencher sur la mécanique à l'œuvre dans la construction des indicateurs afin de voir si l'éclairage qu'ils apportent est efficace.

## 2.2 La construction des indicateurs et leur répercussion sur l'efficacité des outils.

La construction d'un indicateur passe par l'établissement d'une méthode de calcul qui permet de lui assigner une valeur. Quand il s'agit de répertorier le nombre de visites d'un site internet, le nombre de Résumés d'Unité Médicale (RUM) traités par un DIM, il est relativement aisé de construire l'indicateur : il s'agit de comptabiliser ou pas certaines données..

Mais certains indicateurs nécessitent des constructions complexes qui peuvent nuire à leur efficacité. Ne serait-ce que pour le calcul de la DMS d'un service, certains **choix techniques** s'imposent, comme la comptabilisation ou non des séjours de moins d'un jour dans la base de calculs. Ces séjours existent, ils monopolisent de la place, mais ils ne sont pas toujours pris en compte dans les calculs.

Au-delà de ces choix techniques, **des choix politiques** peuvent intervenir dans la construction d'un indicateur. C'est notamment ce qui arrive pour la répartition des coûts.

Ces différentes décisions auront une **influence sur la lecture et l'acceptation des outils**, comme on pourra le voir en observant la situation du Centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône.

### 2.2.1 Une construction soumise à des choix techniques.

Si les plans d'un tableau de bord sont bien l'œuvre des stratèges d'une organisation, la construction concrète des indicateurs qui le composent est souvent confiée à des techniciens du contrôle de gestion.

Ces derniers ont alors la délicate tâche d'assembler les données disponibles afin de les comptabiliser ou non dans les indicateurs choisis.

Parfois, ils sont contraints de répartir les chiffres sur plusieurs indicateurs, ou sur les indicateurs de plusieurs services. L'exemple des clés de répartition<sup>52</sup> est particulièrement révélateur des choix techniques à l'œuvre dans cette entreprise de construction.

---

<sup>52</sup> H. Bouquin, *comptabilité de gestion*, Economica, Paris, mars 2000, page 74 : une clé de répartition est «une solution de remplacement qui permet d'imputer des montants en rapport acceptable avec les flux réels des consommations, par définitions inconnus ».

«TdB financier» offre de bonnes perspectives d'étude sur ce sujet. Se pose par exemple dans l'établissement la question de l'affectation de coûts d'énergie nécessaire aux activités de soins. Plusieurs clés apparaissent possibles. Il faut savoir que le Centre Hospitalier ne dispose pas d'un compteur pour chaque service, ce qui aurait facilité la répartition du coût, mais d'un compteur global. La méthode la plus simple consiste à diviser ce coût par le nombre de service, et d'attribuer à chacun une part égale. Une second méthode, plus juste, consiste à attribuer une clé de répartition en fonction du nombre de m<sup>2</sup> de chaque service. En effet, on peut comprendre que plus un service est grand, plus il utilise d'énergie, ne serait-ce que pour sa régulation thermique (chauffage, climatisation). La dernière solution consiste à aller au plus juste, mais aussi aux plus précis, en attribuant à chaque service une clé de répartition en fonction de la puissance des équipements qu'il utilise comparée à la puissance totale des équipements du Centre hospitalier<sup>53</sup>.

**On voit alors apparaître les vices et les vertus des clés de répartition.** D'une part, elles permettent de moduler le degré de précision dans la répartition des coûts. D'autre part, elles compliquent singulièrement la tâche, et plus elles sont sophistiquées, plus elles sont critiquables et contestables. Cela amène à s'interroger sur l'opportunité de calcul des coûts complets et des coûts réels et sur la pertinence de tel calcul<sup>54</sup>.

C'est pourquoi des auteurs comme Pierre Mevellec ou Philippe Lorino prônent de ne plus construire les indicateurs de suivi sur des coûts, qui nécessitent des techniques du type clé de répartition pour leur affectation, pour les remplacer par des indicateurs physiques. Ces derniers présentent l'intérêt d'être indépendants de toute convention technique et d'être beaucoup plus accessible pour les opérateurs. Ils sont donc «beaucoup plus économes sur le plan du retraitement de l'information »<sup>55</sup>.

**Par exemple pour suivre la consommation d'un service de soins, on peut soit raisonner en coût, soit en consommation physique, par exemple le nombre de drap consommé sur un trimestre.**

---

<sup>53</sup> ibid, page 75 : « il y a au moins une douzaine de façons d'imputer les coûts d'un service de maintenance aux multiples utilisateurs » .

<sup>54</sup> H. Le Lou, « Le coût d'un bien n'existe pas », *les cahiers français*, n° 210, mars-avril 1983, pages 18-19 : « tout l'art de la théorie comptable est donc de choisir un juste milieu entre ce qui peut être mesuré objectivement sans connaissance du contexte décisionnel et ce qui présente de l'intérêt pour un décideur (...)»

<sup>55</sup> P. Mevellec, *Outils de gestion, la pertinence retrouvée*, Editions comptables Malesherbes, 1990, page171

### 2.2.2 Les choix politiques derrière la construction des indicateurs.

Quand bien même le choix d'indicateurs physiquement mesurables permettrait d'éviter les dilemmes techniques sur leur méthode de construction, il n'en reste pas moins que le choix de la méthode de calcul reste un élément politique important<sup>56</sup>.

Elle est donc fortement dépendante des choix qui seront faits par les dirigeants ou par les responsables de l'analyse des indicateurs.

Afin de calculer un coût de revient, un décideur ou un analyste dispose de plusieurs options. Il peut d'abord décider de ne pas retenir toutes les charges pesant sur une production<sup>57</sup>. Par exemple, les coûts d'amortissement peuvent être écartés ou remodelés de telle sorte que leur impact soit minoré. On peut encore décider d'écarter les charges indirectes du calcul, ou n'en compter que certaines parties.

«TdB financier» offre de ce point de vue de bons exemples :

---

<sup>56</sup> H. Bouquin, opus cit. page 75 : chaque façon d'imputer les coûts adresse un message différent aux responsables des ateliers, sur la manière dont ils doivent envisager leurs responsabilités quant à la maintenance .»

<sup>57</sup> Brigitte Oger, *La gestion par l'analyse des coûts*, PUF, 2001, page 42 : « Le chef d'entreprise n'est pas tenu de calculer le coût de revient complet d'une production (c'est-à-dire tout ce qu'à coûté un produit). Il peut choisir un type d'information adapté à ces besoins »

Synthèse de la base de données

Données financières

INDICATEURS	
<b>Séjours R.U.M.</b>	
Nombre de RUM dans la base	1 169
Nombre de RUM saisis dans la base	1 169 [100 %]
Durée Moyenne de Séjour brute	6,09 jours
Durée Moyenne de Séjour PMSI	6,03 jours
Nombre de journées PMSI	7 052 jours
Nombre de séjours ambulatoires	71 séjours
IGS2 moyen	0
<b>Séjours R.S.S.</b>	
Age moyen	63,31 ans
Sex ratio	0,71
<b>Tarification à l'activité</b>	
Valorisation T2A	3 203 472 €
basée sur	1 169 RUM
C.A. moyen par RUM	2 740,35 €
C.A. moyen par journée	449,74 €
C.A. extrapolé	3 203 472 €

INDICATEURS		
<b>Dépenses de personnel</b>		
Personnel Médical	243 029 €	6 %
Personnel Non Médical	704 706 €	17 %
Personnel Non médical de remplacement	142 531 €	3 %
<b>Sous Total</b>	<b>1 090 266 €</b>	<b>26 %</b>
<b>Dépenses médicales</b>		
Location, maintenance et amortissement mat médical	8 712 €	0 %
Molécules onéreuses	304 560 €	7 %
Petit matériel médical	35 012 €	1 %
Produits pharmaceutiques	140 169 €	3 %
Sous traitance	11 152 €	0 %
<b>Sous Total</b>	<b>499 605 €</b>	<b>12 %</b>
<b>Dépenses indirectes</b>		
Consommation d'activité médico-technique	788 942 €	19 %
Logistique générale, frais de structure	1 592 304 €	38 %
Logistique Médicale	267 582 €	6 %
<b>Sous Total</b>	<b>2 648 828 €</b>	<b>62 %</b>
<b>Total Dépenses</b>	<b>4 238 699 €</b>	<b>100 %</b>
<b>Total Recettes</b>	<b>0 €</b>	<b>0 %</b>
<b>Charges Nettes</b>	<b>4 238 699 €</b>	
<b>CA Extrapolé</b>	<b>3 203 471 €</b>	
<b>Écart : CA Extrapolé - Charges Nettes</b>	<b>-1 035 227 €</b>	<b>-32 %</b>

Par exemple, si l'on regarde le tableau ci-dessus, on se rend compte que dans l'ensemble des coûts affectés à la pneumologie en 2004, on se rend compte que 62 % de ses coûts sont indirects.

Cela veut dire que les décideurs du service, lorsqu'ils auront la responsabilité de réduire leur coût, ne pourront jouer que sur 38 % des coûts affichés. Voilà une perspective peu motivante. Surtout cela fausse le calcul de rentabilité d'un service. C'est pourquoi il est parfois intéressant de ne retenir que les coûts directs. Ainsi, les personnes qui utilisent le tableau de bord pourront avoir la maîtrise de l'ensemble des indicateurs affichés. Ils pourront mieux développer leur stratégie.

Certes, on peut arguer que cela n'efface pas la réalité des charges indirectes. Cependant, il n'y a aucun intérêt à affecter ces charges à des personnes qui ne les maîtrisent pas. Il est au contraire beaucoup plus intéressant d'affecter ces charges directement aux services concernés, qui pourront les gérer en les comparant à l'excédent généré par les services productifs. On entre donc dans un système de marge sur coût variable, dans lequel on affecte au service ses recettes et ses coûts directs ou ses coûts variables.

Pour reprendre l'exemple précédent, si l'on retire les 68 % de charges indirectes, il reste 1 589 871 € consommés directement par le service de Pneumologie. Le chiffre d'affaire « Tarification à l'activité » dégagé par ce service en 2004 est de 3 203 472 €. La marge est donc de 1 613 601 €. Celle-ci agglomérée aux autres, pourra être affecté aux services non productifs mais consommateurs de ressource, comme l'est par exemple l'administration. Celle-ci devra gérer sa consommation pour ne pas excéder les gains réalisés.

A travers cet exemple, on voit bien comment les services peuvent tous contribuer au fonctionnement de l'institution. On voit aussi l'intérêt qu'il y a à ne retenir qu'une partie des coûts. Mais ces deux décisions sont politiques.

Au contraire, il peut arriver que les responsables politiques décident de retenir des charges fictives dans le calcul d'un coût de revient d'une production<sup>58</sup>.

On peut alors imaginer qu'un service se verrait affecter les coûts de la promotion professionnelle ou de la formation professionnelle envisagée plusieurs années à l'avance. Ces charges seraient affectées dans les coûts de personnel. Elles permettraient d'anticiper les dépenses et les gains à réaliser pour les compenser.

---

<sup>58</sup> *ibid.* page 42



### 2.2.3 Les répercussions sur la lecture des outils.

Les différents choix politiques et techniques faits par un établissement vont avoir des répercussions sur la lecture des outils. A ce titre le Centre hospitalier de Villefranche offre deux bons exemples, selon que l'on se penche sur «TdB activité» ou sur «TdB financier».

Si l'on scrute la manière dont sont construits les indicateurs de «TdB activité», on s'aperçoit que peu de difficultés ont été soulevées par ce tableau.

D'abord, les indicateurs qui le composent ne sont que le décompte de la réalité, ne faisant que peu appel à des clés de répartition. C'est là un gage d'acceptation de l'outil et d'efficacité. En effet, plus l'indicateur est basique, plus il est accepté. Ainsi, le nombre de RUM traités par unité fonctionnelle est un indicateur qui ne nécessite aucun calcul ni clé de répartition technique ni choix politique dans l'agglomération. C'est un critère objectif qui permet de mesurer les évolutions d'activité d'un service.

Dans un deuxième temps, les principaux calculs utilisés correspondent à des indicateurs qui font souvent l'objet d'études statistiques nationales. Ils ont donc été déjà maintes fois éprouvés et les méthodes de calculs sont validées. C'est par exemple le cas de la Durée Moyenne de Séjour (DMS). Les médecins et l'administration ayant l'habitude de travailler avec ces chiffres, il n'y a pas lieu de les remettre en question, ni de dénoncer leur mécanique. L'acceptation de l'indice est donc aisée.

«TdB activité» est un tableau dont l'un des points faibles concerne le calcul du chiffre d'affaire des services qui participent à des Missions d'Intérêt Général ou relèvent de l'Aide à la Contractualisation (MIGAC). Ainsi le service des urgences<sup>59</sup> s'interroge sur le chiffre d'affaire affiché sur «TdB activité», arguant que ce résultat ne tient pas compte de l'enveloppe Mission d'Intérêt Général (MIG) distribuée par l'Agence Régionale d'Hospitalisation. On peut comprendre cette contestation. En effet, sans l'existence du service des urgences, il n'y aurait pas de MIG. Il est donc normal que l'enveloppe soit affectée au volume de Chiffre d'affaire généré par ce service, dans une ligne identifiée à part. On pourra ainsi contrôler qu'à côté de la subvention, le service œuvre bien pour renforcer l'effectivité de la facturation des passages non suivis d'hospitalisation aux patients. Le choix contesté est ici plus politique que technique.

«TdB financier» pose pour sa part des problèmes de construction beaucoup plus aigus<sup>60</sup>. En effet, la plupart des indicateurs de coûts ne font pas l'objet, dans le monde hospitalier, d'une véritable normalisation. Il y a bien des expériences comme l'étude nationale des coûts (ENC) mais cette dernière reste limitée à 40 établissements, et ne permet donc pas d'harmoniser les calculs de tous les hôpitaux. Les méthodes de construction, parce qu'elles sont isolées et peu utilisées, sont beaucoup plus contestables.

En terme technique, affecter des coûts aux différentes unités fonctionnelles (UF) nécessite l'emploi de clés de répartition qui, pour le plus objectives qu'elles soient, n'en restent pas moins arbitraires. En terme d'affectation des coûts directs en personnel, il a fallu prendre des décisions techniques pour les services qui regroupaient plusieurs UF. Par exemple, le service rhumatologie et soins de suite et réadaptation. Ce service est découpé en deux UF : la rhumatologie d'une part, et les soins de suite d'autre part. Ici, une décision politique est venue de la direction des soins pour affecter le personnel paramédical à 50 % sur l'un et 50% sur l'autre. Pour les autres unités présentant ce type de difficulté, comme le court séjour polyvalent<sup>61</sup>, il a été décidé de répartir au prorata des journées réalisées.

Afin de simplifier les calculs, certains coûts indirects ont suivi la même méthode d'affectation, bien que cela ne corresponde pas à la réalité et soit contestable. Les coûts de logistique générale et les frais de structure sont ainsi répartis au nombre de journées réalisées entre les unités fonctionnelles.

Du point de vue de la réalité des coûts affectés, on comprend que ce choix est très controversé : l'énergie dépensée, le chauffage utilisé, ne dépendent pas du nombre de journées réalisées, mais de la puissance des équipements utilisés ou du nombre de m<sup>2</sup> à chauffer. Mais d'un point de vue technique, si l'on veut s'assurer que le calcul soit réalisé rapidement et sans trop de perte de temps, harmoniser au maximum les clés utilisées facilite grandement le travail de la cellule contrôle de gestion. Au détriment de l'acceptation de l'outil, dont les chiffres sont contestés. L'utilisation du tableau en pâtit.

En sus de ces contraintes techniques de construction, des choix politique viennent encore perturber l'acceptation et la lecture des outils. Par exemple, le Centre hospitalier a choisi de focaliser son attention sur les UF, c'est à dire sur le degré le plus fin possible de

---

<sup>59</sup> Entretien du 11 juillet 2005, au service des urgences

<sup>60</sup> Entretien du 12 août 2005 avec la cellule contrôle de gestion.

<sup>61</sup> Unités de court séjour regroupant des activités de gastroentérologie, de néphrologie et de court séjour gériatrique.

lecture et d'analyse. Malheureusement, cette lecture expose les bases de données et les indicateurs. Un chef de services en charge de plusieurs UF doit alors travailler en surveillant deux ou trois tableaux. Il serait pourtant plus facile d'alimenter les bases en agglomérant un peu plus les indicateurs.

Le service, comme centre de responsabilité, et plus tard le pôle, permettent d'avoir un accès plus facile aux indicateurs, en supprimant le passage par certaines clés de répartition. Un système plus aggloméré de lecture permettra en outre d'accélérer l'alimentation des outils, et d'éviter certains biais de lecture.

### **2.3 Les différentes méthodes de recueil d'information et leur influence sur la fiabilité des outils.**

Mieux un outil est alimenté en information, plus les résultats qu'il donne au pilote sont justes, et permettent de fonder des décisions. Afin d'assurer la fiabilité de l'outil, il est donc important de disposer d'un circuit de recueil de l'information le plus rapide et le plus exhaustif possible. Ainsi, la base de donnée est nourrie quasiment en temps réel et permet de mieux suivre l'évolution de l'établissement par rapport à ces objectifs.

Les concepteurs des tableaux de bord de gestion ou des tableaux prospectifs se sont peu penchés sur cette problématique du recueil de l'information. L'intéressement des personnels aux résultats des tableaux de bord, les répercussions des indicateurs sur les objectifs personnels ont été analysés et présentés comme des axes stratégiques par Kaplan et Norton<sup>62</sup>, mais il n'apparaît pas beaucoup d'indications sur l'organisation la plus fiable du recueil d'information.

A l'hôpital de Villefranche-sur-Saône, une réflexion a été menée et des tests ont été faits pour s'assurer que l'information donnée par les tableaux reflète au mieux la réalité. Le département de l'information médicale a conduit ce processus et organise le système actuel.

Plusieurs techniques s'offrent pour alimenter les bases. La première consiste à faire un recensement de tous les actes au niveau du DIM et de nourrir la base à partir de ce point central.

---

<sup>62</sup> R. Kaplan et D. Norton, opus cit.

La seconde consiste à impliquer directement le personnel des services dans le recueil de l'information.

Après avoir évalué ces deux méthodes, nous regarderons comment ce recueil a été mis en place au centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône.

### **2.3.1 La centralisation du recueil de l'information: avantages et inconvénients.**

«TdB activité» et «TdB financier» sont des outils très techniques, fortement dépendant des modalités de financement des hôpitaux. Il est donc nécessaire que l'alimentation de leur base de donnée soit fiable. Etant donnée la complexité de cette tâche, on peut comprendre qu'elle soit confiée à des experts.

L'alimentation de «TdB activité» illustre en partie cette réflexion. En effet, «TdB activité» utilise le recueil de données PMSI pour donner les résultats des indicateurs médico-économiques. Avec la réforme de la tarification à l'activité et de la classification commune des actes médicaux version 2 (CCAM v2), ce travail devient de plus en plus important et de plus en plus complexe. Il est donc envisageable de faire ce recueil d'information par des techniciens de l'information médicale, spécialement formés, et au fait des subtilités du système.

Un séjour est notamment valorisé en fonction du diagnostic principal et des actes réalisés. Puis cette valorisation est adaptée en fonction des diagnostics associés au séjour, et des conditions de réalisations des actes. Une opération réalisée un week-end sera mieux valorisée qu'une opération réalisée un jour de semaine, aux heures ouvrables.

**Aujourd'hui, seuls les techniciens travaillant au département de l'information médicale sont réellement formés pour cette saisie en fonction des contraintes de la tarification à l'activité, et sont les seuls personnels sensibilisés aux conséquences qu'une mauvaise saisie peut avoir sur le financement de l'établissement.** C'est pourquoi cette tâche pourrait leur revenir.

Cependant, cette méthode de recueil pose quelques difficultés. La première, c'est que les techniciens, à la différence des personnels dans les unités de soins, ne connaissent pas personnellement les patients, et ne travaillent qu'à partir des données écrites qu'on leur transmet. Ils ne sont donc pas à même d'évaluer seul les cas traités. En ce sens, ils sont très dépendants de l'information recueillie et transmise par les services. De plus, leur

connaissance des mécanismes de valorisation des séjours peut les inciter à tricher et à rechercher l'optimum dans la valorisation<sup>63</sup>. Pour être efficace, cette méthode nécessite donc de disposer d'un dossier médical très complet. Pour cela, seule une implication forte des médecins peut assurer un bon recueil de l'information.

Quoiqu'il en soit, «TdB activité» dispose aujourd'hui d'un avantage considérable sur «TdB financier» : il repose sur des données standardisées, ce qui facilite la sélection des informations à faire remonter. Puisqu'on utilise les mêmes données que celles envoyées tous les trimestres à la tutelle pour la base e-PMSI, les informations sélectionnées sont simples à définir et cela facilite le travail des techniciens.<sup>64</sup> Cette facilité permet aujourd'hui de mettre à jour hebdomadairement les données du tableau.

Il n'en va pas de même pour «TdB financier». Concernant les coûts, le contrôleur de gestion doit lui-même choisir les informations et s'occuper de les faire remonter. Les procédures n'étant pas standardisées, ce travail devient considérable afin d'être sûr que toutes les données sont harmonisées. Ce recueil encore « artisanal »<sup>65</sup> remet en cause la fiabilité de l'outil, et la célérité avec laquelle il est rempli. Ainsi, pour l'année 2005, les résultats des deux premiers trimestres sont encore en attente de traitement avant affichage.

### **2.3.2 La décentralisation du recueil dans les services : avantages et inconvénients.**

A l'inverse, on peut faire porter les efforts de recueil de l'information non pas sur les services qui gèrent les outils pour «TdB activité», mais sur les unités de soins ou sur les secteurs gestionnaires pour «TdB financier».

«TdB activité» donne aussi un très bon exemple de recueil décentralisé de l'information. Aujourd'hui, les informations qui alimentent le tableau sont recueillies par les secrétaires médicales dans chaque service. Chacune dispose, à son poste informatique, d'un logiciel appelé «saisactive », qui lui permet de rentrer les informations concernant les actes associés à un séjour. Ce logiciel a été mis au point par le département de l'information

---

<sup>63</sup> D.Vinot, article in *Gestion hospitalière*, octobre 1998, page 638 : « dans des cas litigieux, grande est la tentation de choisir le GHM rapportant le plus de points ISA .» Cette réflexion, appliquée au PMSI, est toujours de mise aujourd'hui avec la tarification à l'activité.

<sup>64</sup> Entretien avec le Médecin de l'information médicale, du 16 août 2005

<sup>65</sup> Entretien avec la cellule contrôle de gestion du 12 août 2005, au centre hospitalier.

médicale, en se basant sur la Classification Communes des Actes Médicaux (CCAM version 1). Ces actes sont donc saisis en temps réel.

Par ailleurs, à la sortie des patients, les secrétaires peuvent faire le codage du séjour, avec le diagnostic principal et les diagnostics associés, et préciser les actes qui ont été pratiqués sur un patient. Ces données sont entrées dans le système d'information et transmises au DIM.

**Ce système permet d'avoir une information recueillie par des personnes qui connaissent le patient, et qui sont à même de s'entretenir plus facilement avec les médecins pour compléter les dossiers avant de transmettre les informations<sup>66</sup>.**

Cependant, le codage des diagnostics est un exercice très technique, qui nécessite des compétences que les secrétaires n'ont pas forcément. Ensuite, le choix du diagnostic principal peut avoir une influence forte sur la valorisation des séjours. Il importe donc d'être le plus précis possible. Enfin, avec la CCAM version 2, le codage des actes et des diagnostics devient encore plus complexe. Si l'on veut pouvoir conserver une telle organisation du recueil, il faut envisager de former les secrétaires médicales de tout l'établissement.

D'autre part, les secrétaires médicales sont très peu sensibilisées aux questions de financement de l'établissement, et ne voient pas l'intérêt du codage. Pour elles, il s'agit d'abord d'un travail administratif lourd et peu intéressant, qui vient après les autres tâches dévolues aux secrétaires médicales (courriers, prise de rendez-vous...). Ce manque de motivation entraîne des retards importants dans la saisie des actes et dans le codage des séjours, ce qui fausse les données affichées par «TdB activité». Un indicateur permet cependant de vérifier l'exhaustivité du recueil. Il apparaît sur la première ligne du tableau<sup>67</sup>.

INDICATEURS	
Séjours R.U.M.	
Nombre de RUM dans la base	1 169
Nombre de RUM saisis dans la base	1 169 [100 %]

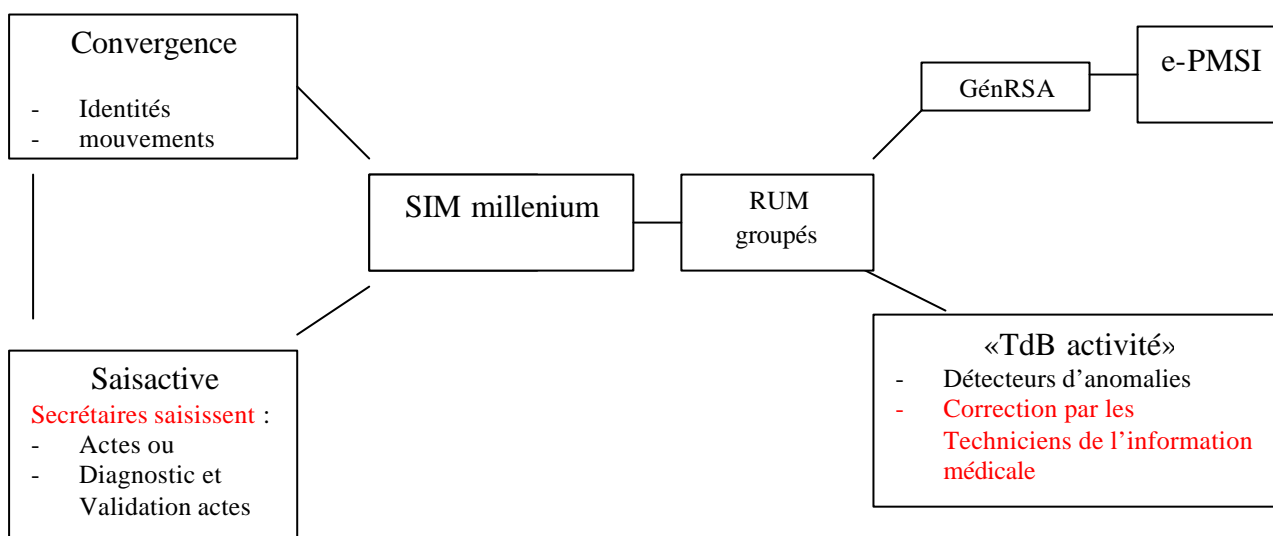
<sup>66</sup> Entretien avec le DIM de Villefranche-sur-Saône, le 16 août 2005

<sup>67</sup> Audit réalisé pour le COMEX, présenté à la direction le 13 juillet 2005

### 2.3.3 Les choix de l'hôpital de Villefranche-sur-Saône et leur répercussion sur les outils «TdB activité» et «TdB financier».

Concernant «TdB activité», le recueil de l'information allie les deux méthodes exposées précédemment. On a d'abord un premier recueil au niveau des unités de soins, suivi d'un contrôle au niveau du service DIM.

Le circuit peut être résumé par le schéma suivant :



On voit bien que des contrôles surviennent à différents niveaux. D'abord, en recoupant les données fournies par les secrétaires des services producteurs d'actes et les données transmises par les secrétaires des services de soins, on peut vérifier que tous les actes qu'a subi un patient ont bien été saisis.

Ensuite, les techniciens du DIM peuvent, par le biais d'un logiciel<sup>68</sup> faire ressortir les anomalies dans la saisie et les contrôler. Il peut par exemple signaler des durées de séjour pour un GHS bien inférieure à la durée moyenne de séjour. Le technicien doit alors vérifier que la donnée saisie par les secrétaires est la bonne.

Enfin un troisième niveau de vérification intervient lors de la sortie trimestrielle des chiffres de e-PMSI, qui servent de référence pour s'assurer de la fiabilité de l'outil. En calquant les

<sup>68</sup> Ce logiciel est un détecteur d'atypies

deux systèmes, on disposait d'un étalon fort pratique pour mesurer l'efficacité du tableau de bord «TdB activité».

Cependant le système, on le voit, repose à la base sur le travail des secrétaires médicales. Il a donc les défauts évoqués plus haut de la décentralisation du recueil. Pour y remédier, l'hôpital réfléchit aux modalités d'intéressement possible à mettre en place pour valoriser les services dont la saisie est faite exhaustivement, et pour sanctionner les services où la saisie n'est pas bonne.

**Une meilleure implication des médecins serait aussi nécessaire pour disposer d'une information exhaustive.** Là encore, il faudrait pouvoir les intéresser au recueil de l'information. Malheureusement, peu de pistes sont envisageables, tant les blocages sont nombreux, tant du point de vue juridique que financier<sup>69</sup>.

C'est pourquoi on envisage aujourd'hui de rapatrier le recueil au niveau du DIM. Cela permet de mieux maîtriser les délais en terme d'exhaustivité de la saisie. Des questions restent en suspens à ce propos : cette opération nécessite un renforcement de personnel au SIM, et une diminution de l'effectif en secrétaire médicale. Comment va s'opérer l'équilibrage, et dans quelle mesure les médecins accepteront cette diminution de leur temps de secrétaire médicale ?

Concernant «TdB financier», l'hôpital n'a jusqu'à présent pas établi de circuit de recueil de l'information, ce qui explique en grande partie les difficultés rencontrées par la cellule de contrôle de gestion pour réussir à tenir les délais. Il faut donc réfléchir à établir des personnes relais capables de donner une information standardisée à la cellule de gestion pour alimenter la base de «TdB financier». Celle-ci pourrait être calquée sur le circuit qui sert à la remontée des informations de l'Etude Nationale des Coûts, dont l'hôpital est un des expérimentateurs. Toutefois, cette étude est menée à l'hôpital sans que l'ensemble des indicateurs ne soit suivi. Par exemple, certaines dépenses de médicaments ne sont pour l'heure plus répertoriées. Il est donc difficile de faire suivre les informations. On devine tout de suite la limite d'un tel recueil pour des outils dont on espère qu'il donnent des informations en temps réel : une information trop ponctuelle et peu suivie.

Cette recherche d'un recueil d'information fiable semble cependant pour l'instant se limiter à collecter des informations standardisées, qui ont l'avantage d'emprunter des canaux déjà existants et qui ne nécessitent pas beaucoup de travail supplémentaire. L'un des

---

<sup>69</sup> Audit réalisé en juin 2005 et présenté au COMEX du 10 juin 2005



prétextes à cette méthode est qu'elle permet en outre d'assurer la possibilité de se comparer aux autres établissements. Le second vient plus directement des contraintes commerciales de la société TdB éditeur, qui doit disposer d'un outil standardisé et standardisable pour disposer d'un marché suffisamment grand<sup>70</sup>.

Malheureusement, il y a là comme une ornière posée aux phares que sont «TdB activité» et «TdB financier». En s'interdisant de rechercher d'autres informations pour compléter les indicateurs, l'outil réduit sa vision de la situation. Il se prive d'une vision stratégique pour se limiter à une vision économique. Pourtant, des possibilités existent pour un recueil d'informations complémentaires réclamant peu de travail et peu de calcul. Des chiffres quasiment bruts peuvent être inclus dans les bases. Il suffit de créer une ligne pour les afficher dans «TdB activité». Si l'on reprend les théories évoquées plus haut, il est bon de se concentrer sur un recueil d'indices physiques. Certaines informations de ce type intéressent l'établissement. C'est le cas du nombre quotidien moyen de passages aux urgences, ou du nombre de jours où le seuil d'alerte de fréquentation des urgences a été dépassé. Ces informations pourront être grandement appréciées par le chef de service des urgences, ou par la direction de l'établissement pour adapter sa politique d'allocation de ressource aux urgences. Or, ces informations sont déjà recueillies dans l'établissement, mais n'apparaissent pas dans le tableau de synthèse sensé éclairer les décideurs.

Le recueil de l'information de «TdB activité» reposant sur le réseau du DIM, ce dernier passe ensuite pour être un expert des chiffres présentés, et risque d'apparaître comme le seul capable de les interpréter. C'est là une dérive dont il faut se méfier si on veut que l'outil soit utilisé. En effet, pourquoi un médecin consulterait le tableau s'il sait que son collègue du DIM en fera de toute façon une analyse bien plus précise et bien plus complète. Il y a un risque que le DIM devienne un acteur ressource pour tout l'établissement, jouant alors un rôle au-delà de ses fonctions, seul maître de l'exégèse des tableaux de bord. C'est pourquoi il est important d'afficher pour chacun des services des indicateurs qu'il soit à même de comprendre et d'interpréter sans aide particulière.)

**Le choix de donner des indicateurs identiques pour chacun des services de l'hôpital comporte aussi un risque de morcellisation de l'établissement.** En effet, l'exemple de l'utilisation faite de «TdB financier» en séance de COMEX par le médecin pneumologue montre que ces outils sont utilisés comme des bases de négociation pour les médecins avec l'administration. Les termes de l'échange deviennent : « Les chiffres

---

<sup>70</sup> Entretien du 13 juillet 2005, avec le directeur du développement de TdB éditeur, à Limas.

montrent que je suis rentable, j'ai donc droit d'avoir des renforts de poste... ». Le choix des indicateurs met en concurrence les services entre eux. Les risques liés au développement d'une telle stratégie sont nombreux. Et d'abord celui d'un éclatement de la structure hospitalière. La création des pôles d'activité peut encourager ces comportements et accentuer encore cette tendance. En prenant du poids, les responsables de pôles vont être tentés de ne plus travailler pour l'hôpital, mais pour leur pôle. Les chiffres donnés vont leur permettre de négocier l'allocation des ressources avec la direction par rapport aux autres pôles. On aura alors créé un système de concurrence interne néfaste pour la dynamique de l'établissement. La direction risque ensuite de se cantonner à un rôle de négociatrice perpétuelle. Ne pouvant que constater les écarts d'indicateurs entre les pôles, elle va avoir du mal à définir ses choix d'allocation de ressource. C'est pourquoi il est nécessaire de disposer de quelques indicateurs spécifiques pour chaque service, en corrélation avec des objectifs fixés pour chacun. Ainsi, ce n'est plus la rentabilité qui influence sur les décisions, mais le succès de chaque pôle à contribuer à la réalisation des choix stratégiques de l'établissement.

Enfin, en se reposant uniquement sur des indicateurs standardisés, le Centre hospitalier risque de perdre de vue des indicateurs beaucoup plus en adéquation avec les orientations qu'il a définies. De même, il peut oublier en n'utilisant que des indicateurs pour se comparer avec les autres établissements, que ces indicateurs ont un sens différents selon la stratégie dans laquelle ils s'inscrivent. Ils sont polysémiques. Par exemple, on ne peut comparer isolément la durée moyenne de séjours d'un établissement à celle d'un autre établissement sans vérifier que ce dernier n'a pas défini un axe stratégique en faveur du développement d'une structure de médecine physique et de réadaptation qui peut alourdir sa durée de séjour.

L'étude de la mécanique interne de «TdB activité» et de «TdB financier» permet de bien voir comment les outils ont été pensés, et de comprendre pourquoi ils ne répondent pas entièrement aux objectifs d'aide aux décisions qui leur ont été fixés.

Le choix des indicateurs, les méthodes de calculs et le recueil des informations jouent un rôle important dans la lecture qui est faite des tableaux. Ces modalités de construction doivent toute découler des orientations données par la direction si on veut s'assurer d'une bonne utilisation des outils.

Cette mécanique est perfectible. Elle peut amener les outils à ne plus être seulement des outils dévoilant les tendances de l'avenir, mais à les transformer en GPS, traçant la route vers les objectifs fixés par la direction.

**PARTIE 3 : LES PERSPECTIVES D'AMELIORATION DES OUTILS  
«TDB FINANCIER» ET «TDB ACTIVITE» : DES PHARES AU GPS.**

A travers l'analyse de l'utilisation et de la construction des outils que sont «TdB activité» et «TdB financier», on a vu surgir plusieurs difficultés. Ces outils permettent aujourd'hui de suivre au plus près l'évolution de l'hôpital et de deviner les tendances majeures de sa croissance future. Cependant, on est loin de l'ambition de la direction de se doter d'outil d'aide à la décision. Tout au plus dispose-t-on d'un éclairage, à la manière de celui que peut donner un phare. En aucun cas on ne dispose des moyens de repérer sa progression par rapport aux autres et par rapport à sa destination.

Il est donc nécessaire de remodeler le visage de ces tableaux pour les rendre plus opérationnels, et pour en faire de véritables aides à la décision. Si l'on considère que le directeur et son équipe sont réellement les pilotes d'un véhicule, les outils d'aide à la décision sur lesquels ils s'appuient doivent être des équivalents du GPS qui équipent aujourd'hui les navires ou les automobiles.

Tout au long de cette partie, on verra donc s'ébaucher les plans d'un prototype de ce que pourrait être un instrument de ce type pour l'hôpital de Villefranche-sur-Saône. Ces plans viennent ici en illustration du propos, et n'ont été validés par aucune instance interne de l'établissement.

D'abord, il convient de coupler la définition de la stratégie avec la création des tableaux. En effet, tout se passe aujourd'hui comme si on avait défini une stratégie d'établissement, mais que pour parvenir à la concrétiser, on suivait des outils sans aucune relation avec les plans initiaux. Projet d'établissement et tableaux de bord sont aujourd'hui déconnectés. Il s'agit donc de les mettre en relation pour parvenir à disposer d'outils en cohérence avec les orientations de l'hôpital.

De cette redéfinition des tableaux, on pourra opérer des corrections sur la construction des indicateurs. Il faudra à la fois les épurer des indicateurs inutiles et les compléter par de nouveaux types d'indicateurs.

Enfin, ces corrections permettront de développer l'utilisation de «TdB activité» et de «TdB financier» dans tout l'établissement.

### **3.1 Donner une vision d'avenir au tableau : afficher la direction choisie par l'établissement.**

«TdB activité» n'a pas été construit dans l'esprit d'aider la direction dans ces choix, mais dans celui de faciliter le travail du DIM dans la rédaction du rapport d'activité. Cependant, le développement qu'a connu cet outil, les ambitions qui se sont attachées à lui, ont amené la direction à l'utiliser comme s'il était un outil d'aide à la décision. La création et le développement de «TdB financier» est finalement la suite de ce raisonnement : se doter d'un outil de suivi budgétaire pour aider la direction dans ses choix. C'est lors de cette deuxième étape qu'aurait dû se faire la jonction entre les indicateurs suivis et les documents stratégiques de l'établissement.

Si l'on reprend les événements à partir de ce moment, on peut déterminer, à partir du projet d'établissement, ce qu'aurait pu être le visage du tableau de bord élaboré.

Pour cela, il faut, comme le demande Norton et Kaplan, préciser d'abord qu'elle est la mission de l'hôpital de Villefranche-sur-Saône.

Le projet d'établissement est assez clair sur ce point :

« La position du Centre hospitalier d'établissement public à vocation générale lui donne une mission de recours sur le bassin de santé. Quand les besoins de santé n'ont pas pu trouver leur satisfaction, le Centre hospitalier doit assurer la réponse »<sup>71</sup>

A partir de cette mission, l'hôpital définit les quatre grands axes sur lesquelles il veut agir :

- Axe client : l'hôpital veut développer une politique pour satisfaire ses patients et ses tutelles
- Axe organisationnel : l'hôpital veut mieux organiser ses compétences pour répondre à sa mission
- Axe processus interne : l'hôpital veut développer de nouvelles structures et de nouveaux processus pour améliorer son efficacité.
- Axe financier : l'hôpital doit respecter les équilibres financiers.

---

<sup>71</sup> Projet d'établissement, page 1

Ces quatre axes étant donnés par les documents, il s'agit maintenant pour chacun de définir les objectifs précis, en déclinant la stratégie de l'hôpital.

Il faut ensuite éviter certains écueils afin de préserver l'unité de l'établissement.

### **3.1.1 Entrer des objectifs et des cibles.**

La direction de l'hôpital, ou les instances de type COMEX, doivent avant d'utiliser les outils définir les objectifs qui sont assignés à la structure. C'est un passage obligé si l'on veut que l'hôpital dispose d'une cohérence dans sa politique.

A travers la lecture du projet d'établissement et du COM, on peut affiner les objectifs définis pour l'établissement :

- Axe client : assurer aux patients et aux tutelles une offre de soins complète et de qualité.
- Axe organisationnel : décloisonner le fonctionnement de l'hôpital en interne et avec les autres partenaires de santé.
- Axe processus interne : attirer les compétences par le développement de la Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC)<sup>72</sup> et l'amélioration des conditions de travail<sup>73</sup>.
- Axe financier : renforcer la productivité des activités de l'hôpital.<sup>74</sup>

Ces axes et ces objectifs doivent ensuite pouvoir se décliner en indicateurs mesurables, auxquels le COMEX ou la direction doit fixer des cibles.

Prenons l'exemple de l'axe financier d'abord, puisque c'est celui qui est le mieux suivi par «TdB financier». Pour chaque service, à côté des indicateurs de coûts, on devrait pouvoir afficher un coût cible pour l'année ou le mois. Cette indicateur pourrait suivre un code couleur : vert tant qu'il est bon, rouge dès qu'il devient mauvais.

Si la stratégie donnée par le COMEX est de réduire la location de matériel médical, et de gager l'acquisition de nouveaux matériels sur les économies réalisées sur ce poste de

---

<sup>72</sup> Politique de ressource humaine axée sur l'anticipation des évolutions de carrière et sur la planification des compétences à acquérir par l'établissement.

<sup>73</sup> Projet d'établissement 2002-2007

<sup>74</sup> Contrat d'objectif et de moyen

dépense, il faut pouvoir l'afficher sur le tableau. C'est pourquoi il serait bon, en lieu et place du pourcentage que représente la dépense, de mettre un chiffre cible pour le service ou, bientôt, pour le pôle d'activité. Tant que ce chiffre n'est pas dépassé, l'indicateur pourrait être vert ; si il l'est, il pourrait devenir rouge, indiquant au responsable du pôle qu'il est nécessaire d'être vigilant sur ce point pour le mois suivant, ou de prendre des mesures de contrôle de la réalité du besoin de location.

Pour l'axe client, il pourrait être possible de suivre un indicateur d'engorgement des urgences. Cette donnée est aujourd'hui suivie par la direction en terme de nombre de passage aux urgences par jour. Un seuil a été fixé au-delà duquel on considère que le service est surchargé. Ni l'indicateur, ni la cible ne sont cependant accessibles dans les tableaux, mais envoyés par mail par le DIM. Dans le cadre d'une politique axée client, il devrait être possible de renverser la logique, et de ne plus suivre le nombre de passage, qui intéresse directement le service, mais de suivre l'évolution du temps d'attente aux urgences, qui intéresse directement le patient et la satisfaction de son besoin. Une cible d'une attente inférieure à 2 heures pour la première année pourrait ainsi être affichée. Le nombre de jour où cette cible est dépassée pourrait être affiché. On peut aussi imaginer un système dans lequel on calcule au mois le mois le temps moyen d'attente aux urgences, afin de mesurer l'évolution de cet indice, avec une cible fixée à une attente inférieure à 2 heures sur le mois.

Les cibles choisies doivent être évolutives et accessibles. En effet, si elles sont inaccessibles, on risque de décourager les agents. Si elles sont figées, on ne disposera pas de marge de manœuvre pour augmenter l'exigence sur le service. On risque alors de voir un service faire de efforts puis les arrêter dès que la cible est atteinte.

Enfin, bien que la cible doive être accessible, elle doit aussi être exigeante. Il est inutile de demander à l'hôpital de réaliser des performances qu'il atteint déjà.

Il existe cependant une limite à ces cibles quantifiées. Inévitablement, les personnels ne chercheront à les atteindre que s'ils ont un intérêt à le faire<sup>75</sup>. **Il faut donc trouver des moyens de corréler leur rémunération avec l'atteinte des cibles. Cette épineuse question de l'intéressement à l'hôpital public reste difficile à résoudre.** Des contraintes législatives, statutaires et politiques entravent la mise en place de véritable

---

<sup>75</sup> Kaplan et Norton, opus cit. page 270 à 292 : « une étude sur les pratiques de rémunération, réalisée par le cabinet Mercer auprès de 214 entreprises, révéla que 88% des entreprises interrogées considéraient que la liaison des indicateurs du tableau de bord prospectif aux systèmes de récompenses était efficace ».

système d'intéressement. Cependant, des possibilités existent dans le statut, par le biais de la prime de service. Cette dernière varie en effet en fonction de la note de l'agent. Si on inclut dans cette évolution de la note une part liée à la réalisation des objectifs personnels de l'agent, on peut obtenir une certaine forme d'intéressement. En mettant les objectifs fixés à chaque agent en lien avec les cibles fixées par objectifs, on fait naître un intérêt particulier des agents à la réalisation des objectifs de l'entreprise<sup>76</sup>.

L'autre solution consiste à établir des budgets de services, ou de pôles, qui soient corrélés à la réalisation des objectifs<sup>77</sup>. On a alors un intérêt collectif du service à agir. Là encore, des blocages politiques et de formalisme des budgets peuvent apparaître.

Il faut bien noter que ni l'objectif ni la cible ne présagent de l'action qui va être menée. En réalité, chaque service est libre de mettre en place l'organisation ou le projet qu'il souhaite pour atteindre sa cible. Par contre, on a la garantie que le projet mené sera en lien avec la stratégie développée par l'établissement.

### **3.1.2 Les écueils à éviter : le cloisonnement de l'hôpital et des objectifs.**

Il faut toutefois respecter certaines règles afin de ne pas faire éclater l'établissement en créant entre les équipes, les services, ou les pôles, une concurrence interne trop forte. Nous avons déjà vu quels risques étaient liés au fait que chaque service ou chaque pôle utilise les mêmes indicateurs que les autres. Il y a une forte tentation de se comparer, et donc de valoriser sa performance au détriment des autres personnels de l'hôpital. Chacun se lance dans une défense de son pré-carré, et oublie l'intérêt de l'établissement.

Il est donc bien important de faire participer tous les services à l'atteinte des quatre axes, mais il faut que les cibles soient différentes et adaptées à l'activité et aux problèmes du service ou du pôle<sup>78</sup>.

On peut donner un exemple d'application pour l'axe client de l'hôpital, dont l'objectif est la délivrance d'une prestation de qualité aux patients. On a dit que la cible pour les urgences peut être dans ce domaine de réduire le délai d'attente de prise en charge. Il va de soi que pour un service de chirurgie, l'objectif ne pourra pas être le même. On peut alors se

---

<sup>76</sup> Freddy Serveaux, Directeur des Ressources Humaines, CH du Puy-en-Velay, *De la notation à l'évaluation*, conférence à l'ENSP intégrée au module de Gestion des Ressources Humaines.

<sup>77</sup> Laurence Marian, opus cit.

<sup>78</sup> *ibid.*



focaliser sur le taux d'infections nosocomiales contractées, ou sur le nombre d'accidents médicamenteux enregistrés dans le service.

Au delà du choix des indicateurs, la cible peut différer. Ainsi, entre un service de chirurgie et un service de médecine, les besoins en matériel médical ne sont pas les mêmes. Pour ce qui est de la maîtrise des coûts de location de matériel, on ne donnera pas les mêmes cibles aux uns et aux autres. Ces différences peuvent être négociées entre deux représentants du COMEX - un médical et un administratif - et les chefs de services ou de pôles.

Le second écueil à éviter est l'excès de spécialisation des tableaux. Il est certes bon que quelques cibles et quelques indicateurs changent ou s'adaptent en fonction de l'activité qu'ils suivent, mais les tableaux doivent rester synthétiques, si on veut que chacun puisse lire et comprendre la stratégie de l'hôpital. Il faut donc éviter les «tableaux de bord métier »<sup>79</sup>. Au sein d'un même pôle, il est inutile de faire un tableau de bord pour le corps médical qui soit totalement différent de celui que devrait suivre les soignants. On assisterait là à un trop grand cloisonnement des activités. Le but du tableau est au contraire de créer une dynamique unitaire de décroisement, par l'affichage d'objectifs communs. D'autre part, un tel découpage multiplierait les circuits de recueil de l'information, les indicateurs à suivre, et finalement noierait l'efficacité du tableau.

A travers ces deux écueils, on touche à la difficulté de trouver un point d'équilibre entre cohérence et pertinence du tableau de bord : soit on a un tableau très général, en cohérence parfaite avec la stratégie de l'établissement mais absolument pas pertinent au niveau des unités, soit on a un tableau très pertinent pour chaque service, mais sans rapport entre eux, et ne participant à la dynamique de l'établissement.

Enfin, le troisième écueil à éviter l'élaboration d'un tableau de bord uniquement financier<sup>80</sup>. Ce dernier ne fait que traduire des résultats. Il ne donne aucune information sur les avancements que fait l'hôpital en terme de création de valeur future. De plus, comme le tableau de bord métier, il n'intéresse que le service des finances. Il ne mobilise pas l'ensemble de l'établissement derrière des objectifs communs.

A partir de ces éléments, on peut déjà imaginer les quatre titres du tableau de bord prospectif de l'hôpital, ainsi que la structure de ce tableau :

---

<sup>79</sup> *ibid.*

<sup>80</sup> *ibid.*

Axe client			Axe processus interne			Axe organisationnel			Axe financier		
Délivrer une offre de soins qualité pour les patients et les tutelles.			Attirer les compétences par le développement de la GPEC et l'amélioration des conditions de travail.			Décloisonner l'hôpital en interne et avec les partenaires extérieurs.			Améliorer la productivité de l'hôpital.		
Indicateur	Résultat	Cible	Indicateur	Résultat	Cible	Indicateur	Résultat	Cible	Indicateur	Résultat	Cible

«TdB activité» et «TdB financier» vont alors servir de base à la construction de ce tableau, mais ils ne seront plus le tableau lui même, simplement un maillon qui va permettre d'alimenter de manière sûre, rapide, et fiable le tableau.

Pour cela, il faut sélectionner dans ces deux tableaux les indicateurs adaptés pour le suivi de la stratégie définie par le projet d'établissement.

### 3.2 Compléter et épurer les indicateurs.

Dans le CD-Rom de présentation préparé par la société TdB éditeur santé, on vante le nombre d'indicateurs disponibles dans le programme, qui s'élève à 125. Un tel chiffre peut être comparé aux quinze indices recommandés par Norton et Kaplan lorsqu'ils conçoivent les tableaux de bord prospectifs.

Cette différence amène à s'interroger sur les besoins de la direction d'un Centre Hospitalier Général en terme de suivi, et sur ce qu'elle doit retirer des indicateurs qu'elle a choisi de retenir.

Il est d'abord nécessaire d'éliminer les indicateurs inutilisés et inutilisables, afin d'épurer les tableaux et de ne conserver que les informations donnant une lisibilité à la vie de l'hôpital.

Il faut ensuite que la direction se penche sur la diversification des critères, en s'appuyant parallèlement sur les réseaux de recueil d'information possibles qui accompagnent les nouveaux critères.

Enfin, les outils ne doivent pas se contenter d'être des phares, ils doivent aussi nous renseigner sur la position des autres établissements. Ils doivent donc agir comme un système de radar. Pour cela, certains indicateurs doivent être suivis avec attention, mais selon des modalités particulières.

### **3.2.1 Sortir les indicateurs inutiles, inutilisables ou inutilisés.**

A partir des théories avancées sur la sélection des indicateurs, on peut procéder à une épuration des indicateurs. Cette dernière doit se faire d'abord en fonction des utilisateurs des outils et de ce qu'ils veulent savoir de leur activité.

Les indicateurs non maîtrisables doivent d'abord être éliminés, car ils n'apportent aucun renseignement sur le suivi de l'itinéraire stratégique choisi par l'hôpital. Dans «TdB financier», l'affichage des coûts indirects de chaque service représente souvent plus de 60 % du coût affiché. Cette rubrique comprend tout un volet de frais de structure qui ne sont pas maîtrisable par les services et qui représente jusqu'à 40 % du coût total. Cette proportion réduit bien entendu l'importance des autres indicateurs, et empêche de voir ce qui est réellement consommé par les services. Or, pour qu'il soit réellement suivi, un indicateur doit être percutant, et son évolution doit être grossie, voire caricaturée, afin de renforcer l'impact mobilisateur de l'indice. En enlevant cette proportion de coût de structure, on peut espérer que les autres indices, qui représentent les marges stratégiques des services, soient mieux suivis.

On peut ainsi analyser le tableau de bord fournit par «TdB financier» pour la gynécologie obstétrique :

## Synthèse de la base de données

## Données financières

INDICATEURS	
<b>Séjours R.U.M.</b>	
Nombre de RUM dans la base	<b>444</b>
Nombre de RUM saisis dans la base	<b>444 [100 %]</b>
Durée Moyenne de Séjour brute	<b>3,50 jours</b>
Durée Moyenne de Séjour PMSI	<b>3,40 jours</b>
Nombre de journées PMSI	<b>1 508 jours</b>
Nombre de séjours ambulatoires	<b>47 séjours</b>
IGS2 moyen	<b>0</b>
<b>Séjours R.S.S.</b>	
Age moyen	<b>45,72 ans</b>
Sex ratio	<b>0</b>
<b>Tarification à l'activité</b>	
Valorisation T2A	<b>886 046 €</b>
basée sur	<b>439 RUM</b>
C.A. moyen par RUM	<b>2 018,33 €</b>
C.A. moyen par journée	<b>571,64 €</b>
C.A. extrapolé	<b>896 137 €</b>

INDICATEURS		
<b>Dépenses de personnel</b>		
Personnel Médical	<b>82 181 €</b>	<b>7 %</b>
Personnel Non Médical	<b>261 450 €</b>	<b>23 %</b>
<b>Sous Total</b>	<b>343 631 €</b>	<b>30 %</b>
<b>Dépenses médicales</b>		
Location, maintenance et amortissement mat médical	<b>5 398 €</b>	<b>0 %</b>
Molécules onéreuses	<b>37 753 €</b>	<b>3 %</b>
Petit matériel médical	<b>8 461 €</b>	<b>1 %</b>
Produits pharmaceutiques	<b>8 989 €</b>	<b>1 %</b>
Sous traitance	<b>822 €</b>	<b>0 %</b>
<b>Sous Total</b>	<b>61 423 €</b>	<b>5 %</b>
<b>Dépenses indirectes</b>		
Consommation d'activité médico-technique	<b>229 909 €</b>	<b>20 %</b>
Logistique générale, frais de structure	<b>441 572 €</b>	<b>39 %</b>
Logistique Médicale	<b>63 028 €</b>	<b>6 %</b>
<b>Sous Total</b>	<b>734 509 €</b>	<b>64 %</b>
<b>Total Dépenses</b>	<b>1 139 563 €</b>	<b>100 %</b>

Dans un premier temps, on peut voir que le tableau affiche 25 indicateurs. 15 de ces 25 indicateurs sont financiers<sup>81</sup>.

<sup>81</sup> Les sous-totaux ne sont pas considérés comme des indicateurs.

On constate que si l'on enlève les 441 572 € de coût de structure<sup>82</sup>, le service génère plus de chiffre d'affaire qu'il ne consomme de ressource. C'est un point important : il change la perspective du service, qui passe d'un déficit à un solde positif. Cette situation peut modifier la partie sur laquelle on fait porter les efforts de gestion et modifier la tactique du service. Ainsi, lorsqu'on n'est plus obnubilé par le déficit, on peut se concentrer sur les autres indicateurs non financiers, comme la DMS, et réfléchir à une stratégie d'amélioration de cette durée de séjour.

Ensuite, cette soustraction permet de réajuster les proportions. De 20 % des dépenses, le personnel non médical devient 37 % des dépenses, il peut alors être intéressant de se pencher sur la manière de maîtriser la masse budgétaire que représentent ces personnels. On peut par exemple vérifier les besoins en aide-soignante, infirmière et sage-femme pour ce service, et voir comment il est souhaitable d'orienter la stratégie de gestion des emplois. La consommation d'actes médico-techniques représente 33 % des dépenses dans le nouveau calcul. C'est là aussi un poste important qu'il convient de maîtriser. On peut dès lors réfléchir aux actions de maîtrise de ces actes, afin de s'assurer que le patient ne subit pas d'examen inutile ou redondant.

Il s'agit encore d'éliminer de ce tableau les indicateurs qui font doublon et qui n'apportent pas de grandes précisions supplémentaires. C'est par exemple le cas de la DMS brut et de la « DMS PMSI ». Puisque l'hôpital a choisi d'aller dans le sens de la standardisation des données, pourquoi ne pas conserver que la « DMS PMSI » ? Le nombre de RUM comptabilisé apparaît trois fois. On peut donc éliminer deux lignes. Cependant, il ne faut pas porter atteinte à l'exhaustivité d'information sur les RUM. La deuxième ligne du tableau apporte à la fois des précisions sur le nombre de RUM comptabilisés et le taux d'exhaustivité de la saisie. Elle suffit donc à renseigner la direction et les services sur deux aspects essentiels que sont l'activité et la qualité du recueil de l'information. Les deux autres lignes peuvent être supprimées.

On peut encore enlever tous les indicateurs jamais utilisés. On se base ici sur les entretiens avec les médecins et sur l'utilisation analysée en COMEX.

L'âge moyen des patients, le sex ratio, l'IGS2 moyen (qui est essentiellement utilisé en réanimation) ne sont, par exemple, jamais suivis dans les réunions. Ces données peuvent alors rester disponibles au niveau du DIM, mais ne pas être affichées sur le tableau de bord, car elles le rendent plus complexe, donc moins lisible. De même, les indicateurs

---

<sup>82</sup> Ces coûts regroupent tous les frais de gestion administrative de l'établissement : personnel administratif, technique, chauffage...

insignifiants, comme la sous-traitance, peuvent être éliminés. Ces données seront conservées par le contrôle de gestion chargé de suivre ces dépenses et de s'assurer que les crédits ne sont pas dépassés, mais n'ont pas besoins de figurer sur le tableau de bord.

Il faut ensuite éliminer les indicateurs qui ne correspondent pas au choix stratégiques de l'établissement, et qui ne permettent pas de suivre son avancement ni de réorienter sa course. Par exemple, si la stratégie choisie consiste à éliminer les coûts de location, il faut laisser l'indicateur affiché, avec une cible de 0 %. Si on met l'accent sur la productivité, il faut encore déterminer si l'on veut suivre la productivité jour ou la productivité par RUM. Cette dernière à l'avantage de répondre plus précisément aux enjeux de la réforme de la tarification à l'activité, puisque l'hôpital est payé par séjour, et non par jour. On peut donc éliminer le CA moyen par jour. Il en va de même sur le nombre de journées réalisées. Cet indicateur n'a pas vraiment de sens dans un cadre de tarification au séjour. Il ne traduit pas non plus le poids de l'activité d'un service. On peut donc aussi éliminer cet indicateur.

On obtient alors le tableau suivant :

## Synthèse de la base de données

INDICATEURS	
<b>Séjours R.U.M.</b>	
Nombre de RUM saisis dans la base	<b>444 [100 %]</b>
Durée Moyenne de Séjour PMSI	<b>3,40 jours</b>
Nombre de séjours ambulatoires	<b>47 séjours</b>
<b>Tarifification à l'activité</b>	
C.A. moyen par RUM	<b>2 018,33 €</b>
C.A. extrapolé	<b>896 137 €</b>

## Données financières

INDICATEURS		
<b>Dépenses de personnel</b>		
Personnel Médical	<b>82 181 €</b>	<b>12 %</b>
Personnel Non Médical	<b>261 450 €</b>	<b>33 %</b>
<b>Sous Total</b>	<b>343 631 €</b>	<b>45 %</b>
<b>Dépenses médicales</b>		
Location, maintenance et amortissement mat médical	<b>5 398 €</b>	<b>0 %</b>
Molécules onéreuses	<b>37 753 €</b>	<b>5 %</b>
Produits pharmaceutiques	<b>8 989 €</b>	<b>1 %</b>
<b>Sous Total</b>	<b>61 423 €</b>	<b>7 %</b>
<b>Dépenses indirectes</b>		
Consommation d'activité médico-technique	<b>229 909 €</b>	<b>39 %</b>
Logistique Médicale	<b>63 028 €</b>	<b>9 %</b>
<b>Sous Total</b>	<b>291 937 €</b>	<b>48 %</b>
<b>Total Dépenses</b>	<b>696 991 €</b>	<b>100 %</b>

Ce tableau ne contient déjà plus que 14 indicateurs. Il s'agit maintenant de l'enrichir en intégrant dans les outils des lignes nouvelles permettant de suivre d'autres aspects de la stratégie décidée.

### 3.2.2 Entrer des indicateurs non financiers : qualité et ressources humaines.

Les contrats d'objectifs et de moyens regorgent de multiples indicateurs en lien avec le projet d'établissement. L'objectif de ces contrats est de les suivre en permanence. Le dernier contrat signé entre le Centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône et l'ARH

propose d'en suivre 100 pour l'ensemble des projets énoncés<sup>83</sup>. Ces indicateurs sont répertoriés et suivis par la cellule qualité. Cependant, à la vue du nombre d'indicateurs à suivre, il est impossible d'en dégager une vision synthétique de la stratégie de l'établissement.

Il faut donc ne retenir que ceux qui touchent directement à la stratégie. Encore une fois, cela ne signifie pas d'abandonner le suivi des autres indicateurs, qui est nécessaire pour la validité du contrat et dont certains indicateurs, bien que ne faisant pas partie de la stratégie, touchent à la sécurité sanitaire et doivent être pris en compte. Cependant, la direction et le COMEX n'en ont pas besoin au quotidien pour orienter la réflexion et les actions en vue de remplir la feuille de route fixée dans la stratégie d'établissement.

Les indicateurs retenus doivent être ceux qui sont les plus lisibles et les mieux compréhensibles, mais aussi les plus généraux, afin qu'ils puissent trouver un écho dans tous les services.

En terme d'élément concernant l'activité médicale, son organisation et son efficacité, la DMS est un indicateur qu'il convient de suivre avec intérêt. Elle traduit en effet la bonne ou la mauvaise organisation du service et une prise en charge des patients adaptée et de qualité<sup>84</sup>. C'est un indicateur sentinelle. Elle permet de se comparer à la fois par rapport aux autres établissements et par rapport à la référence nationale incluse dans la réforme de tarification à l'activité. Elle est calculée et utilisée par tous les services de l'hôpital. C'est donc un point de repère général, digne de figurer sur le tableau de bord. Cependant, c'est un indicateur polysémique, puisqu'il peut s'interpréter sous l'angle des finances comme sous celui de la qualité des soins ou de l'organisation interne de l'hôpital. Il est donc important de choisir l'angle sous lequel elle sera analysée.

Pour ce qui touche à la qualité, qui est un des axes majeurs de la stratégie d'établissement de l'hôpital de Villefranche-sur-Saône, plusieurs critères peuvent être suivis. Le contrat d'objectif et de moyens propose par exemple :

- le nombre d'enquête de satisfactions annuelles
- % global de satisfaction par thème
- nombre d'actions correctrices menées

---

<sup>83</sup> Contrat d'objectif et de moyen 2002-2006, 25 juin 2003

<sup>84</sup> Laurence Marian, opus cit.



- nombre de réclamation ayant entraîné une action correctrice /nombre de réclamations adressées au directeur.

Parmi ces indicateurs, le premier est trop superficiel, c'est effectivement un élément à analyser, mais il ne mérite pas d'être suivi dans un tableau de bord.

Le second est plus intéressant, mais multiplie les indicateurs en s'affichant par thème, et devient donc vite illisible. Par ailleurs, il est nécessaire de le corrélérer au nombre de questionnaire rempli et rendu.

Les deux derniers sont plus destinés à la cellule qualité et à son rapport d'activité qu'à un suivi de la stratégie de l'établissement.

Les Hospices Civiles de Lyon ont donc imaginé d'inclure dans le questionnaire de sortie des patients la question suivante :

- « Recommanderiez-vous l'hôpital à un proche s'il en avait besoin ? »<sup>85</sup>

Les résultats à cette question, corrélés avec le nombre de réponses par rapport aux nombre de séjours, permet mesurer la confiance que les patients ont dans l'établissement. Elle ne les touche pas seulement individuellement, mais le renvoie à leurs proches, et renforce donc l'aspect qualité en lui apportant en plus la notion de confiance dans l'institution. Elle ne cloisonne pas non plus la prise en charge des patients par thèmes, mais touche à l'ensemble de la prestation délivrée aux patients, que ce soit l'hébergement la restauration ou les soins. Son évolution peut donc être appuyée par différents facteurs politiques, touchant à différents secteurs de l'hôpital. C'est donc un indicateur général, touchant tous les services.

Dans le domaine des ressources humaines, le contrat d'objectifs et de moyens se décline en plusieurs volets avec chacun leurs indicateurs. Certains semblent peu en rapport avec le but poursuivi. Par exemple, pour la mise en place de la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC), on propose comme indicateur le respect de l'équilibre budgétaire<sup>86</sup>. Si on comprend en quoi une meilleure gestion des ressources humaines peut permettre de respecter l'équilibre budgétaire, il semble que ce ne soit pas cet indicateur qui donne une visibilité sur la mise en place de cette politique. Par contre suivre l'évolution du nombre de journées de formation continue peut être l'un des éléments révélateurs de la mise en place de cette politique. L'axe processus interne

---

<sup>85</sup> *ibid.*

<sup>86</sup> Contrat d'objectif et de moyen page 39- 40

prévoit aussi d'améliorer les conditions de travail. Dans ce domaine, on peut retenir l'indicateur proposé de nombre de journées d'arrêt de travail pour accident de travail par rapport au nombre de journées de travail total. Cela a l'avantage de pouvoir s'appliquer tant aux accidents d'exposition au sang qu'aux accidents liés aux efforts de soulèvement, et touche tous les secteurs de l'hôpital.

Pour inclure ces indicateurs dans un tableau de bord, il faut encore pouvoir s'appuyer sur un circuit de recueil fiable. Aujourd'hui, la cellule qualité relève régulièrement les indicateurs du contrat d'objectif et de moyen. Elle dispose donc d'une base importante et de réseaux de renseignement suffisants pour remplir régulièrement le tableau de bord, à côté de la cellule d'analyse de gestion et du DIM.

Intégrer tous ces indicateurs ne permet cependant pas de s'ouvrir sur l'extérieur et de pouvoir se situer par rapport aux autres, il faut donc s'assurer que l'on dispose de quelques indicateurs assurant la fonction de radar.

### **3.2.3 Un radar : donner la possibilité de se situer par rapport aux autres.**

La standardisation des indicateurs de qualité est le préalable à cette possibilité de se comparer. «TdB activité» et «TdB financier» étant des outils développés par une entreprise privée cherchant un marché auprès des hôpitaux, il faut que les tableaux qu'elle propose puissent être utilisés par tous. On a donc déjà une garantie de standardisation des données.

«TdB activité» repose d'ailleurs sur les chiffres transmis aux tutelles, ce qui assure que les opérations de calculs suivent des protocoles précis et validés, communs à tous les hôpitaux.

«TdB financier» ne dispose pas d'une telle certification. Cependant, certains référentiels pour la standardisation des calculs de coûts peuvent être utilisés :

- la base d'Angers
- l'Etude Nationale des Coûts (ENC)
- l'AGHN (Analyse de la Gestion Hospitalière Nationale)

L'utilisation de ces référentiels pourrait rationaliser certains indicateurs financiers afin de pouvoir se comparer aux autres établissements qui utilisent les mêmes méthodes.<sup>87</sup>

Pour les indicateurs de qualité, qui sont tirés du contrat d'objectifs et de moyens, il faut prendre en référence des établissements disposant des mêmes critères. Parmi les 100 indicateurs cités, il est vraisemblable que certains sont suivis par d'autres. Afin de ne pas fausser la comparaison, il est important de ne se pencher que sur des indicateurs qui comptabilisent des données sans les retraiter. Cela permet de limiter les biais liés aux différentes méthodes de calculs.

Il faut ensuite disposer d'une base de données concernant d'autres établissements. Le Centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône participe à un groupement régional des Centres Hospitaliers de 4<sup>o</sup> catégorie (CH 4). Ce groupe de travail met progressivement en place des systèmes d'harmonisation des données, et permet de confronter les points de vue, par exemple en terme de contrôle de gestion. Les directeurs des finances de ce groupe ont par exemple récemment fait une enquête sur le coût de leur laboratoire et sur leur productivité, afin de comparer et de se situer par rapport aux autres hôpitaux de même catégorie de la région. Cette étude peut être le préalable à des décisions de réorganisation dans certains établissements<sup>88</sup>.

Ce groupe peut être pour le centre hospitalier un centre de documentation intéressant, lui permettant de disposer de nombreuses références et de choisir parmi elles celles auxquelles il veut de comparer. Beaucoup des établissements participants sont en outre équipés avec «TdB activité». Il leur est donc facile de fournir des données sur lesquelles l'hôpital pourra se baser pour comparer son activité à celle des autres.

Plusieurs facteurs entrent en jeu : il faut se référer à des CH 4 disposant d'une configuration proche de celle du Centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône. Cela réduit un peu les possibilités. **L'analyse comparative<sup>89</sup> doit ensuite se faire par rapport aux meilleurs centres hospitaliers.** Il n'y a en effet aucun intérêt à réaliser des prestations moyennes. En effet, être un hôpital moyen n'est pas un gage d'attractivité. Il faut donc

---

<sup>87</sup> Laurence Marian, opus cit.

<sup>88</sup> Réunion du 9/06/2005 au Centre Hospitalier de Chambéry

<sup>89</sup> L'analyse comparative (ou benchmarking) est une technique de marketing qui consiste à étudier et analyser les techniques de gestion, les modes d'organisation des autres entreprises afin de s'en inspirer et d'en retirer le meilleur.

viser à l'excellence dans les objectifs stratégiques qu'on s'est fixé<sup>90</sup>. C'est aussi un gage de progrès et de motivation. Ce système génère une émulation qui peut être mise à profit pour faire évoluer les pratiques.

L'application de cette méthodologie de construction nous permet de compléter le tableau déjà esquissé au début de ce chapitre :

Axe client			Axe processus interne		
Délivrer une offre de soins qualité pour les patients et les tutelles.			Attirer les compétences par le développement de la GPEC et l'amélioration des conditions de travail.		
Indicateurs	Résultat	Cible	Indicateurs	Résultat	Cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patient recommandant l'hôpital à un proche</li> <li>- Nombre d'infections nosocomiales recensées</li> <li>- DMS</li> <li>- Nombre de journée effectué en ambulatoire</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de journées de formation effectuée dans le service</li> <li>- Nombre de journée d'arrêt de travail pour AT/ nombre de journée de travail total</li> <li>- Volume de dépenses groupe 1</li> </ul>		

Axe organisationnel			Axe financier		
Décloisonner l'hôpital en interne et avec les partenaires extérieurs.			Améliorer la productivité de l'hôpital.		
Indicateurs	Résultat	Cible	Indicateurs	Résultat	Cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de patient venant d'en dehors de l'agglomération de Villefranche-sur-Saône</li> <li>- % de médecins non hospitalier du territoire satisfait du travail avec l'hôpital</li> <li>- Nombre de patient ayant eu une consultation multi-disciplinaire.</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- volume de dépenses médicales</li> <li>- volume de dépenses de groupe 3</li> <li>- Nombre de RUM</li> <li>- Résultat d'exploitation</li> </ul>		

<sup>90</sup> Laurence Marian, opus cit.

A partir de ce tableau, on voit déjà se transformer la vision que l'on a de l'hôpital. Le nouvel outil contient 13 indicateurs. Parmi ceux-ci, 8 sont non financiers et 4 sont financiers. La perspective est donc changée : on suit certes encore les résultats de l'hôpital, mais on se penche davantage vers l'avenir en se concentrant sur des facteurs de création de valeur : qualité, compétence, confiance, efficacité. Les cibles assignées à chacun des indicateurs permettent de savoir où on veut aller, d'objectiver la stratégie définie par les quatre axes. Enfin, chacun des indicateurs peut trouver un écho et une réalité dans les services. Le tableau ne comportant qu'un nombre réduit d'indicateurs, on peut d'abord le lire assez rapidement, et ensuite le personnaliser selon les services en rajoutant certains indices.

Dans ce tableau, il reste à fixer pour chacun des indicateurs les cibles appropriées. Cette décision est à la discrétion du COMEX et de la direction.

Il ne suffit toutefois pas que le tableau soit parfaitement défini et rempli pour que cela oriente les actions selon la stratégie : il faut aussi développer son utilisation au sein de l'établissement.

### **3.3 Développer l'utilisation des outils.**

Les tableaux ne peuvent infléchir les orientations et les comportements à l'hôpital que s'ils sont répercutés auprès des personnels, compris par eux, et utilisés régulièrement.

L'objectif ne peut pas être de conserver ces indications au sein du cénacle administratif ou dans le département de l'information médicale. **Au contraire, il faut que les tableaux de bord soient des facteurs de décloisonnement des services à l'hôpital.**

Les trois acteurs principaux dans la confection des tableaux peuvent en premier lieu montrer l'exemple de cette coopération entre services. Le DIM, le contrôle de gestion et la cellule qualité doivent mettre en commun leur expertise et leurs données pour faire vivre et pour analyser les tableaux.

Il s'agit ensuite de diffuser et de communiquer les résultats auprès de tous les acteurs concernés par les tableaux.

Enfin, les outils doivent être régulièrement évalués et adaptés à l'utilisation qui est faite à l'hôpital. C'est le gage de leur pérennité et de leur pertinence.

### **3.3.1 Etablir un partenariat fort entre le contrôle de Gestion, le service qualité et le DIM pour analyser au mieux les outils et organiser le « reporting ».**

Puisque les services de la qualité, de l'information médicale et du contrôle de gestion concentrent chacun de leur côté les informations nécessaires à remplir le tableau de bord prospectif potentiel de l'établissement, il semble logique de les associer et de les faire travailler en commun sur cet outil.

**Le Centre Hospitalier de Villefranche réfléchit d'ailleurs aujourd'hui en ce sens, puisqu'il existe un projet de regroupement entre la direction des finances et le service de l'information médicale.** Ce rapprochement a déjà été amorcé par la création d'un groupe de travail « Tarification à l'activité » qui regroupe les cadres des deux services et qui s'est déjà réuni trois fois entre juin et juillet 2005. En septembre 2005, il est prévu que se tienne la première réunion de service commune.

Ce regroupement permet de concentrer en un seul point les informations économiques et d'activité de l'hôpital, et de suivre leur évolution. L'association de l'analyse financière et de l'analyse médico-économique est aussi très importante pour qu'il n'y ait pas de détenteur unique de l'interprétation et pour que la vision ne soit pas trop réduite à un domaine de compétence financier ou médical. Il y a un équilibre dans ce choix de rapprochement.

Cependant, il manque encore la dimension qualité. Cela s'explique d'abord parce que l'hôpital n'a pas encore pensé à introduire ce type de donnée dans les tableaux de bord «TdB financier» et «TdB activité». C'est pourtant une étape nécessaire pour avoir une véritable vision complète de la valeur de la prestation délivrée par l'hôpital à ces patients et pour en voir l'évolution.

L'analyse fournie par ce service commun doit encore faire l'objet de séances de « reporting » régulières, dont le médecin DIM et le directeur financier peuvent se faire les hérauts au sein du COMEX. Le reporting consiste en une réunion d'une demi-heure maximum, qui peut être incluse dans l'ordre du jour du COMEX. Pendant 10 minutes, les rapporteurs donnent l'analyse de la situation de l'hôpital par rapport aux objectifs qu'il s'est fixé. Ce laps de temps ne permet de s'étendre que sur les points les plus importants, sans s'appesantir sur les points de détails<sup>91</sup>. Ensuite, pendant les 20 minutes suivantes,

---

<sup>91</sup> Michaël Eisner, dirigeant de Walt Disney, *Letter from the chairman*, Rapport annuel de Walt Disney, 1995 : dans ce rapport, le dirigeant de Walt Disney engageait les responsables à n'organiser des réunions que sur ce qui importe vraiment, et de s'y engager pleinement.

le COMEX discute des actions correctrices possibles pour faire évoluer dans le bon sens les indicateurs qui posent problème. Cette séance doit avoir lieu tous les trois mois, ce qui semble être la périodicité optimale pour le suivi des indicateurs financiers et qualité, plus difficile à collecter que ceux de l'activité médicale<sup>92</sup>.

Les réunions doivent être organisées par un administratif en charge de la logistique, de l'ordre du jour et du secrétariat de cette réunion. Dans le regroupement prévu entre le DIM et les finances à l'hôpital de Villefranche, le contrôleur de gestion pourrait tenir ce rôle.

Ce suivi trimestriel doit être accompagné d'un système de financement des projets évoqués. La logique voudrait même que l'hôpital se réserve des ressources financières pour inciter les services à accentuer leurs efforts sur tel ou tel indicateur en cours d'année, en fonction de son évolution. Ainsi, l'évolution des indicateurs aurait un impact concret sur les services.

On peut imaginer pour l'hôpital un système de provisions du même type que celles pour risques et charges. Cela revient à changer la conception des budgets et à prévoir des « budgets à option », en lien avec l'évolution des besoins stratégiques de l'hôpital. Malheureusement, aujourd'hui ce dispositif se heurte aux impératifs de construction du budget, au sein duquel les affectations de provisions sont très contrôlées pour éviter les artifices budgétaires. Un système de préemption, appliqué au budget de chaque unité de l'hôpital, permettrait aussi de constituer une réserve qui pourrait être redistribué en fonction de l'évolution des indicateurs.

### **3.3.2 Diffuser et communiquer les outils auprès de toutes les personnes concernées (chef de service, cadre, chef de pôle...).**

Une fois analysés et discutés, les résultats des tableaux doivent être transmis, avec les solutions évoquées, aux différents responsables susceptibles d'agir pour faire bouger les indicateurs. Il est donc nécessaire de bien définir qui sont ces personnes, destinataires privilégiées des tableaux de bord.

---

<sup>92</sup> Laurence Marian, opus cit. Cette démarche a déjà été testé au CHU de Lille et est en train d'être mise en place aux HCL. Norton et Kaplan, opus cit., page 342 : « A quoi ressemble ces nouvelles réunions de direction ? Dans certaines organisations, les réunions ont lieu moins souvent, les

Habituellement, les informations stratégiques de l'établissement restent uniquement disponibles au niveau de la direction ou du COMEX. La diffusion de ces informations se fait peu auprès des personnels de l'établissement<sup>93</sup>.

Au Centre Hospitalier, les médecins et les cadres de santé ont déjà accès à tous les indicateurs donnés par «TdB activité». Le DIM a d'ailleurs enregistré une nette baisse des requêtes enregistrées par son service depuis la mise en place du logiciel<sup>94</sup>. Elle peut en partie s'expliquer par cette diffusion de l'information. Toutefois, la plupart des médecins rencontrés admettent ne jamais consulter le site de «TdB activité», souvent par manque de temps. Quant aux cadres de soins, ils sont peu sensibilisés à cet outil et ne sont pas toujours au courant de sa diffusion.

Par ailleurs, le COMEX a récemment décidé de mettre en place un « blog » sur l'Intranet de l'hôpital, accessible par tous les personnels de l'hôpital disposant d'un ordinateur. Sur ce site, on trouve les sujets abordés avec un compte-rendu sur les discussions qui ont eu lieu et les éventuelles décisions prises. L'opération étant très récente, il est difficile d'en mesurer la réussite. En effet, la première mise en ligne a eu lieu le 6 juillet 2005.

Cependant, ces initiatives peuvent servir de base à la diffusion de l'information issue des tableaux de bord.

Sont alors destinataires principaux les médecins, et les cadres de santé. Cette solution a aussi été prise aux HCL<sup>95</sup>. Cela permet de faciliter la sensibilisation des acteurs à la gestion, et à la stratégie de l'entreprise. Ces personnes sont en outre celles qui disposent de moyens d'initier des projets pour faire évoluer les indicateurs au sein des services. De plus, si l'ensemble des tableaux de chaque centre de responsabilité est accessible à tous, il peut y avoir un processus de décloisonnement et une ouverture des services sur les autres. Les responsables ont alors la possibilité de comparer leurs performances à celle de leur voisin, et d'entamer un dialogue avec eux pour trouver de nouvelles idées de projet ou d'organisation.

---

réunions trimestrielles deviennent la norme, bien que les comptes rendus par rapport aux tableaux de bord se fassent mensuellement. »

<sup>93</sup> R. Kaplan et D. Norton, opus cit, page 344 : « traditionnellement, le suivi des performances stratégiques était l'apanage de ceux qui étaient tout en haut de l'organisation »

<sup>94</sup> Entretien avec le médecin DIM du 16/08/2005.

<sup>95</sup> Laurence Marian, opus cit.



D'autre part, cela permet de mettre en lumière les actions de chaque service et leur contribution à la stratégie de l'établissement. Ceci constitue un facteur de mobilisation important.

Plus la diffusion est large, plus les outils sont efficaces pour inciter les agents à prendre des initiatives. En effet, la connaissance des résultats, et le souci de donner un travail reconnu pour sa qualité sont d'importants facteurs de motivation<sup>96</sup>. Les cadres de proximité doivent donc assurer un retour régulier auprès de leurs équipes des résultats du tableau. **La communication joue ici un grand rôle, et la direction ne doit pas hésiter à accompagner la mise en place des tableaux de bord par une communication intense autour des résultats.** Il s'agit alors non pas de désigner les coupables lorsqu'un indicateur se révélerait mauvais, mais de souligner dans la presse interne et par des gestes symboliques les bonnes performances, et de faire un travail de fond avec les équipes dont les indicateurs ont révélé un problème.

Au sein de l'hôpital de Villefranche, ce type de communication n'est pas encore institué. Des réflexions sont en cours à ce sujet, en parallèle de réflexions sur l'intéressement des personnels aux résultats.

Les agents peuvent enfin aussi servir de relais, et faire remonter des informations sur leurs indicateurs, ou proposer de nouvelles actions. Le blog du COMEX pourra devenir un vecteur de remontée d'information puisqu'il propose la possibilité d'interpeller son auteur par des commentaires.

### **3.3.3 Evaluation et adaptation de l'outil.**

Le tableau de bord ne doit finalement pas être un outil figé. Il doit donner lieu à des adaptations continues et être régulièrement remis en cause.

Dans un premier temps, la fréquence de son utilisation, facilement mesurable par le nombre de visites sur le site Intranet des tableaux, peut être un des indicateurs de la réussite ou de l'échec des tableaux à mobiliser les personnels autour de la stratégie. De ce point de vue, «TdB activité» a montré ses limites, son utilisation étant limitée à quelques initiés, impliqués dans la stratégie de l'hôpital.

---

<sup>96</sup> P.Roussel, «la motivation au travail, concept et théorie », in *Les notes du LIRHE* n°326, Toulouse, octobre 2000.

Ensuite, le nombre de mesures correctrices ou de projets développés en lien avec le tableau doit être suivi, afin de voir quel est l'impact du tableau sur les décisions prises, et si cet impact est réel.

Il est aussi utile de vérifier l'évolution des indicateurs en fonction des actions prévues et mises en place. Un indicateur qui ne bouge pas malgré la mise en place de différents projets au sein de plusieurs unités différentes est problématique, et doit être changé. Aucun indicateur n'est sacré, et les responsables de la construction des tableaux doivent savoir les adapter aux besoins et aux attentes des utilisateurs.<sup>97</sup>

On note ainsi que 25 % des indicateurs choisis par les entreprises ayant mis en place des tableaux de bord de ce type changent chaque année.<sup>98</sup>

Cette évaluation des tableaux doit être périodique, par exemple tous les ans, afin de s'assurer que les choix de la direction en terme de construction et de diffusion de l'outil sont bons, et de corriger si nécessaires les données.

Les tableaux de bord ainsi définis et utilisés deviennent plus que des rétroviseurs retraçant financièrement les résultats du trimestre écoulé. De même, ils permettent de faire plus que des phares qui éclairent une portion de route réduite, décrivant les tendances d'activité et de financement de l'hôpital pour l'année à venir. En réalité, la direction entre dans ces tableaux sa destination, comme dans un GPS, et trace l'itinéraire qu'elle veut suivre. Elle a pour responsabilité de corriger l'orientation de l'établissement pour respecter les objectifs annoncés.

---

<sup>97</sup> Laurence Marian, opus cit.

<sup>98</sup> R. Kaplan et D. Norton ,opus cit.

## CONCLUSION

Cette plongée au coeur des mécanismes à l'œuvre tant dans l'utilisation que dans la construction de « TdB activité » et de « TdB financier » permet de mesurer les effets que peuvent avoir les tableaux de bord sur la gestion de l'hôpital. On a vu, au détour de quelques exemples d'utilisation, comment **la combinaison de ces deux tableaux pouvait augmenter les risques d'éclatement de l'établissement en plusieurs petits hôpitaux au sein de l'institution sous l'influence de la création des pôles**. Cette force centrifuge, liée en partie à l'utilisation de tableau de bord, doit être prise en compte si l'on ne veut pas que des outils d'aide à la décision ne se transforment en outils de découpage de l'institution.

Au-delà de ce risque, « TdB activité » et « TdB financier » sont aussi des instruments de pilotage qui agissent à la fois comme des outils de suivis, à la manière de rétroviseurs, et des éclaireurs de l'avenir, jouant le rôle de phares éclairant les tendances de la route suivie par l'hôpital. **Ces besoins de suivis et de prévisions sont devenus des besoins premiers de la direction suite à la mise en place de la réforme du financement des hôpitaux**. Toutefois, la situation reste paradoxale, la direction disposant certes de quelques leviers d'action sur l'activité, mais ne disposant d'aucun levier sur les prix pratiqués. Ce paradoxe pourrait être levé par des informations données suffisamment tôt sur les évolutions des prix des GHS envisagées par le ministère. Par exemple, ces prévisions ministérielles pourraient être communiquées au mois de septembre, avant la préparation par la direction du rapport préliminaire au budget.

Etudier la mécanique des tableaux de bord amène enfin à reconsidérer les outils d'aide à la décision sous un angle nouveau : **il ne s'agit plus de construire des tableaux de bord financiers, éclairant les décisions et les fondant sur un calcul économique rationnel, hors de tout contexte stratégique**. Il s'agit, par le biais de l'instrument de navigation « tableau de bord prospectif », d'inscrire les orientations stratégiques en toile de fond des décisions prises par les pilotes de l'hôpital. **L'outil ainsi conçu permet de ne pas perdre de vue les missions et les orientations définies pour l'établissement. La cohérence de l'organisation s'en trouve renforcée, chacun ayant devant lui les objectifs de l'hôpital et une feuille de route pour contribuer à leur réalisation**. On peut alors éviter les risques d'éclatement évoqués plus haut.

---

## Bibliographie

---

### Articles :

Caisse d'assurance Maladie, Groupe de travail Tarification à l'activité, *Lettre Info TAA*, bulletin d'information n°1 du 24/04/2003

C. Dupilet, F. Madelmont, « La prévision d'activité, un outil stratégique dans le cadre de la réforme de la tarification à l'activité », in *Gestion hospitalière*, n° 442, janvier 2005.

H. Le Lou, « Le coût d'un bien n'existe pas », *les cahiers français*, n° 210, mars-avril 1983, pages 18-19.

J. Métais, directeur de l'ARH Rhône-Alpes, « Le métier de directeur d'hôpital aujourd'hui », in *Revue hospitalière de France*, n° 498, Mai-Juin 2004

T. Nobre, « L'introduction de nouveaux outils du contrôle de gestion à l'hôpital : le cas de l'ABC », in *Journal d'économie médicale*, volume 22, numéro 7-8, novembre 2004.

P.Roussel, « la motivation au travail, concept et théorie », in *Les notes du LIRHE* n°326, Toulouse, octobre 2000, 20 pages.

D.Vinot, article in *Gestion hospitalière*, octobre 1998, pages 634 à 640.

T. Walravens (directeur du CHU Saint Pierre), P. Kirkove (adjointe à la direction médicale du CHU Saint Pierre), « De la gestion budgétaire à la gestion stratégique », in *Revue Hospitals.be*, volume 2, n°3, troisième trimestre 2004

### Ouvrages :

P.L. Bescos, Ph. Dobler, C. Mendoza, G. Naulleau, F. Giraud, V. Lerville-Anger, *Contrôle de gestion et management*, 4° ed., Montchrestien, Paris, 1997, 553 pages

H. Bouquin, *comptabilité de gestion*, Economica, Paris, mars 2000, 301 pages  
Jérôme MALFROY - Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique - 2005

H. Bouquin, *le contrôle de gestion*, PUF, Paris, 1997, 406 pages

R. Kaplan et D. Norton, *les tableaux de bord prospectifs*, édition d'organisation, Paris, 2003, 311 pages

R. Kaplan, D. Norton, *Comment utiliser les tableaux de bord prospectifs*, édition d'organisation, Paris, 2001, 423 pages

P. Lorino, *Méthodes et pratiques de la performance, le pilotage par les processus et les compétences*, 2° éd., Edition de l'organisation, Paris, novembre 2000, 551 pages

P. Mevellec, *Outils de gestion, la pertinence retrouvée*, Editions comptables Malesherbes, 1990, 198 pages

H. Mintzberg, B. Ahlstrand, J. Lampel, *Safari en pays stratégique*, édition village mondial, Paris, 1999, 423 pages

Brigitte Oger, *La gestion par l'analyse des coûts*, 2° éd, PUF, 2001, 182 pages

### **Conférences :**

Laurence Marian (directrice projet T2A CCAM aux HCL), « Les tableaux de bords, outils de management de la performance », conférence à l'IFROSS du 3 juin 2005

Freddy Serveaux, Directeur des Ressources Humaines, CH du Puy-en-Velay, *De la notation à l'évaluation*, conférence à l'ENSP intégrée au module de Gestion des Ressources Humaines.

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Ordre du jour d'un COMEX

Annexe 2 : compte-rendu de COMEX

Annexe 3 : Entretien avec un médecin du centre hospitalier et de la COMEX

Annexe 1 : Exemple d'ordre du jour du COMEX

## Réunion du 29 septembre 2005

Rédacteur du compte-rendu :

0	Validation du compte-rendu de la précédente réunion		00:05
0	Point sur l'évolution de l'activité du CH	JF Botton / E. Poirot	00:05
1	Organisation de la consultation de chirurgie		00:20
2	Validation des postes de PH avant CME	E Poirot, B Courtois - P Rebaud	00:15
3	Position commune du CH par rapport à la collaboration avec Tarare	E Poirot P Rebaud	00:20
4	Délocalisation des consultations de chirurgie viscérale	E Poirot B Beaune	00:10
5	Premières propositions de pôles	E Poirot P Rebaud JF Botton	00:30
6	Mise en place d'une astreinte d'endoscopie	Y Lejard D Peillon	00:10
7	Première analyse du projet d'ambulatoire	Y Lejard D Peillon	00:15
99	Questions diverses : activité d'anesthésie		00:15
<b>TOTAL</b>			<b>02:25</b>

## COMITE EXECUTIF (COMEX)

Compte-rendu de la réunion du **1 juillet 2005**

<b>Présents</b>	
<b>Excusés</b>	
<b>Sujets abordés + avis rendus</b>	<p><b>Activité du CH :</b> Un point sera fait en septembre sur l'activité de tout le premier semestre 2005, après réception des chiffres des tutelles. Sur le second trimestre, les chiffres semblent suivrent ceux du premier trimestre, confirmant une hausse d'activité de + 5 % par rapport à 2004.</p> <p>L'activité a été très forte partout au mois de juillet.</p> <p>Cette évolution est particulièrement forte en gynécologie et en obstétrique, puisque dans ces secteurs, la hausse est de près de 10 %. Cela amène le service à une perspective plus de 1 500 accouchements par an, ce qui impose de nouvelles contraintes d'organisation. En effet, la maternité passerait au niveau supérieur.</p> <p><b>Postes médicaux (recensement non exhaustif) :</b></p> <p>Les prévisions 2006 ont été présentées. Elles sont à valider lors des instances d'octobre 2005.</p> <p><b>Voir annexe</b></p> <p><b>PACS :</b> Le déploiement du PACS dans l'établissement est conditionné à trois étapes :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- la fin de la numérisation du service de radiologie avec la numérisation des salles 3 et 4.</li><li>- La numérisation de la mammographie numérique</li><li>- Le lancement de l'appel d'offre du PACS.</li></ul> <p>Un marché est actuellement en cours de négociation pour achever la première étape. Cependant, les offres faites par les constructeurs permettent d'ors et déjà de se projeter dans l'avenir et de toucher du doigt les deux autres étapes.</p> <p>D'une part, les consoles multi-modalités proposées sont des consoles très proches de ce que seront celles du PACS. D'autre part, les constructeurs proposent des kits permettant la numérisation de la mammographie par plaque numérique, en lieu et place des technologies par capteurs plans. Cette solution a été adoptée par le CLB et répond aux exigences de qualité.</p> <p>Il est nécessaire, afin de pouvoir faire un choix parmi les offres, de savoir à quelle échéance et avec quel budget le déploiement du PACS doit intervenir.</p> <p>Le COMEX décide donc de relancer le groupe de travail PACS, via une réunion début septembre</p>



	<p>qui porterait sur : où peut on aller en terme de PACS, que veut-on. Un constructeur viendra faire une démonstration.</p> <p><b>Conférence sanitaire de territoire</b> : La première réunion doit avoir lieu le 1° septembre. Le Directeur et le Président de CME y participent. Cette conférence allie des directeurs, des médecins et des élus. Elle est présidée par un élu. Cette réunion sera l'occasion de faire avancer le dossier Radiothérapie. XXXXXX participe a cette conférence en temps que délégué du conseil régional. Il faudrait le rencontrer avant la conférence pour lui présenter le territoire. D'autre part, toujours en ce qui concerne la radiothérapie, le COMEX demande a ce que rien ne soit signé avec la Polyclinique sans signature d'un accord sur la radiothérapie.</p> <p><b>Questions diverses</b> :</p> <p><b>Nouvelle gouvernance</b> : des textes sur la composition et le rôle du CA et de la CME sont sortis en juillet.</p> <p><b>Transfusion</b> : le COMEX demande à étudier avec le Dr XXXXXX les possibilités d'ouvrir des fauteuils sur le même principe que les saignées. Une étude économique des économies générées par cette activité doit être faite.</p> <p><b>Weblog</b> : le COMEX souhaiterait mettre en titre un sujet susceptible d'attirer les commentaires afin de lancer l'utilisation de cet outil.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• membres du COMEX</li> <li>• XXXXXX</li> </ul>
	<p><b>2 PROCHAINES REUNIONS FIXEES LE 2/09 ET LE 16/09 , A 14H</b></p>

Rédacteur : Jérôme Malfroy

Validation par le Président (E. POIROT) le :

8/08/2005

Annexe 3 : Grille de questions pour les entretiens effectués avec les différents professionnels du Centre hospitalier.

Objectif : connaître la perception des médecins sur les applications de PMSI pilot et PMSI finance à l'hôpital

Question 1 :

Qu'apporte selon vous TdB activité et TdB financier à l'hôpital ?

Question 2 :

Que pensez vous de l'utilisation actuelle qui est faite de TdB activité et TdB financier ?

Question 3 :

Quels sont selon vous les moyens d'amélioration de ces outils ?

Question 4 :

Comment voyez vous l'utilisation de TdB activité et TdB financier dans le cadre des futurs pôles ?