



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Promotion 2006

**CONTRÔLE DE GESTION ET
PRATIQUES MANAGERIALES A
L'HÔPITAL**

**La mise en oeuvre d'un management
de la performance
au Centre Hospitalier d'Orsay**

Cindy PAGÈS

Remerciements

Je tiens à remercier ici l'ensemble des professionnels qui ont contribué à éclairer ce mémoire par une réflexion riche et originale.

Je remercie plus particulièrement Monsieur Patrick EXPERT, directeur adjoint au Centre Hospitalier de Blois, pour son accueil chaleureux et la grande qualité des analyses dont il m'a fait part.

Ce mémoire n'aurait pas pu aboutir sans l'aide précieuse de Madame Florence FAVREL-FEUILLADE, directrice des finances au Centre Hospitalier de Saint-Denis, qui m'a fait legs d'une grande partie du travail réalisé lorsqu'elle était en poste au Centre Hospitalier d'Orsay.

Je remercie également les professionnels médicaux et soignants du Centre Hospitalier d'Orsay pour leur disponibilité et leur écoute tant dans le cadre de ce mémoire que tout au long de mon stage.

L'élaboration de ce mémoire a été guidée par les conseils éclairés de mon encadrant mémoire, Monsieur Michaël GALY, directeur des finances et des affaires médicales au Centre Hospitalier de Longjumeau. Je profite de l'occasion qui m'est donnée ici pour lui adresser un grand merci pour ce travail de collaboration, qui a marqué le prélude d'une amitié durable.

Mes derniers mots de remerciement iront à Monsieur Jean-Paul MICHELANGELI, directeur des Centres Hospitaliers d'Orsay et de Longjumeau, qui m'a témoigné une attention constante durant tout ce long travail de composition et qui, plus largement, a su m'accompagner dans toutes mes démarches pendant cette période de stage.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
METHODOLOGIE	5
1ERE PARTIE	7
ORIGINES ET FONDEMENTS DU CONTROLE DE GESTION : LES VISIONS MULPTIPLES D'UNE NOTION EVOLUTIVE.....	7
1.1 Du contrôle de gestion au management de la performance : une brève histoire du contrôle de gestion à travers ses différentes pratiques.....	7
1.1.1 L'émergence du contrôle de gestion dans le milieu des entreprises industrielles.	7
1.1.2 Du contrôle de gestion au management de la performance : l'adaptation progressive de la fonction de contrôle de gestion et de ses outils.	9
1.2 Fondements et mécanismes du contrôle de gestion : une fonction hybride à la frontière de la technique et du management.....	11
1.2.1 Un mode de contrôle organisationnel.	11
1.2.2 La délégation de gestion comme fondement du contrôle de gestion.....	12
1.2.3 Un contrôle « intermédié »	12
1.2.4 Un contrôle en perpétuelle évolution	12
1.2.5 D'une vision technicienne à un mode de management : les mécanismes du contrôle de gestion.	13
1.3 Le contrôle de gestion à l'hôpital : une notion aux contours mouvants	15
1.3.1 Une notion mal maîtrisée par les professionnels de santé.....	15
1.3.2 La diversité des approches des responsables administratifs.....	15
2 2EME PARTIE.....	19
LA MISE EN OEUVRE D'UN CONTROLE DE GESTION A L'HOPITAL : DES OBSTACLES INITIAUX AUX NOUVELLES PERSPECTIVES DE DEPLOIEMENT DES PRATIQUES.....	19
2.1 La difficile émergence du contrôle de gestion à l'hôpital.....	19
2.1.1 Les débuts de la comptabilité analytique hospitalière et l'émergence des outils de planification.	19
2.1.2 1983 - 1992 : l'ère des contradictions	20

2.1.3	Années 1990 : le développement des outils de contrôle de gestion	21
2.2	Des conditions peu propices à la mise en place de pratiques de contrôle de gestion dans les hôpitaux publics.	23
2.2.1	Les caractéristiques de l'activité hospitalière : la production de services.	23
2.2.2	Les obstacles liés à la notion de service public.	24
2.2.3	Les freins spécifiques au milieu hospitalier	25
2.2.4	Un système de financement peu incitatif au développement du CDG	26
2.2.5	Les limites des outils de contrôle de gestion élaborés au niveau national	26
2.3	Des réformes annonciatrices d'un tournant majeur : la performance au cœur de la gestion hospitalière.....	28
2.3.1	La tarification à l'activité : un moteur majeur vers la mise en place du contrôle de gestion.	28
2.3.2	La « Nouvelle gouvernance » conforte l'importance de la place du contrôle de gestion.....	29
2.3.3	Les apports de la démarche qualité	30
2.3.4	Le plan Hôpital 2007 et la notion de retour sur investissement.....	30
2.3.5	Synthèse	31
2.4	Des outils rénovés pour un contrôle de gestion large, conçu comme un mode de management de la performance : deux expériences novatrices..	32
2.4.1	L'incomplétude d'un contrôle de gestion centré exclusivement sur les outils de comptabilité analytique hospitalière.	32
2.4.2	L'expérimentation de nouveaux outils : les tableaux de bord (prospectifs).....	34
3	3EME PARTIE	42
	LA MISE EN PLACE D'UN PROCESSUS DE CONTROLE DE GESTION AU CENTRE HOSPITALIER D'ORSAY.....	42
	<i>PISTES D'ACTION POUR LA PROMOTION DE PRATIQUES MANAGERIALES UTILISANT LES OUTILS DU CONTRÔLE DE GESTION.....</i>	42
3.1	L'existant : un établissement dynamique en matière d'outils de pilotage interne.....	42
3.1.1	Quelques éléments de contexte.	42
3.1.2	Le positionnement du contrôle de gestion.....	43
3.1.3	La mise en place d'outils de contrôle	44
3.1.4	Un bilan largement positif	50
3.2	Mais une démarche qui n'est pas encore achevée.....	51

3.2.1	Le changement de contexte	51
3.2.2	Les freins humains et techniques	51
3.2.3	Les limites des outils utilisés	52
3.3	Vers un management de la performance au Centre hospitalier d'Orsay.	53
3.3.1	La question du positionnement de la fonction de contrôle de gestion dans la direction.	54
3.3.2	L'engagement institutionnel	55
3.3.3	La clarification de la stratégie et des objectifs	55
3.3.4	La nécessité d'améliorer et de faire vivre la comptabilité analytique hospitalière.	56
3.3.5	Réflexions sur l'opportunité de développer d'autres outils de connaissance des coûts.....	63
3.3.6	Le développement d'outils au service d'un contrôle de gestion communicant et interactif : les tableaux de bord multidimensionnels.....	70
3.3.7	La question de la motivation et de l'intéressement aux résultats.....	75
	CONCLUSION	78
	BIBLIOGRAPHIE.....	81
	LISTE DES ANNEXES.....	I

Liste des sigles utilisés

ABC : activity based costing
CAH : comptabilité analytique hospitalière
CDG : contrôle de gestion
CH : centre hospitalier
CHO : Centre hospitalier d'Orsay
COM : contrat d'objectifs et de moyens
COMPAQH : Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière
CR : centre de responsabilité
DG : direction générale
DIM : département d'information médicale
DMS : durée moyenne de séjour
DRG : Diagnosis Related Groups
ENC : échelle (ou étude) nationale des coûts
EPP : évaluation des pratiques professionnelles
GHM/ GHS : groupe homogène de malades (de séjours)
GMSIH : Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier
HAS : Haute Autorité en Santé
HCL : Hôpitaux Civils de Lyon
MEAH : mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers
PMCT : poids moyen du cas traité
PMSI : programme de médicalisation du système d'information
SIH : système d'information hospitalier
T2A : tarification à l'activité
TBP : tableaux de bord prospectifs (Balanced Score Cards)
TCCM : tableau coûts case-mix

Le pouvoir est donc une relation, et non pas un attribut des acteurs. Il ne peut se manifester – et donc devenir contraignant pour l'une des parties en présence – que par sa mise en œuvre dans une relation qui met aux prises deux ou plusieurs acteurs dépendants les uns des autres dans l'accomplissement d'un objectif commun qui conditionne leurs objectifs personnels. Plus précisément encore, il ne peut se développer qu'à travers l'échange entre les acteurs engagés dans une relation donnée. Car, dans la mesure où toute relation entre deux parties suppose échange et adaptation de l'une à l'autre et réciproquement, le pouvoir est inséparablement lié à la négociation.

M. Crozier, E. Friedberg, L'acteur et le système.

INTRODUCTION

Face aux réformes majeures engagées depuis plusieurs années dans le champ hospitalier, les hôpitaux français sont aujourd'hui confrontés à un besoin impératif d'évolution de leur mode de gestion.

Au centre de ce changement, la montée en charge de la tarification à l'activité (T2A) depuis 2004 place, plus que jamais, les exigences de performance financière au coeur des préoccupations des décideurs hospitaliers. Conçu d'abord comme un mécanisme de régulation des dépenses, ce dispositif bouleverse la logique de dépenses encadrées incitant les établissements publics de santé à optimiser l'emploi de leurs ressources, elles-mêmes dépendantes de l'activité réalisée. Cette nouvelle logique constitue une évolution considérable, incitant les responsables hospitaliers à développer les outils de pilotage interne de leurs organisations. Elle signe ainsi le « passage de l'administration à la gestion »¹, les contraintes de fonctionnement de l'hôpital se rapprochant progressivement de celles d'une entreprise classique.

Devant ce nouveau mode de financement, le suivi financier ainsi que la connaissance et la maîtrise des coûts deviennent des impératifs de gestion. Le développement progressif de la fonction de contrôle de gestion au sein des établissements publics de santé témoigne, à ce titre, de l'évolution des pratiques. En effet, celui-ci n'avait, jusqu'à présent, jamais pu véritablement s'imposer dans les hôpitaux publics. Les difficultés techniques, les réticences de la communauté médicale ou encore le manque de mobilisation des gestionnaires ont constitué autant de freins au déploiement de cette fonction. Or, force est de constater que la T2A constitue un élément incitatif majeur au changement. Le recrutement de contrôleurs de gestion commence à s'intensifier aujourd'hui dans les hôpitaux publics; de même, beaucoup d'établissements ont identifié le contrôle de gestion au sein de directions fonctionnelles dédiées.

Cet intérêt croissant pour l'analyse des coûts appelle la mise en place d'un contrôle de gestion (CDG) centré sur les techniques de comptabilité analytique. Les outils disponibles sont nombreux : calcul du coût des activités logistiques et médico-techniques (« Base d'Angers), tableaux coûts case-mix, calcul du coût des séjours, ces trois outils étant issus du guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière, comptes d'exploitation par service ou pôle, méthodes alternatives comme la méthode ABC...

¹ Y. Pérard, Préface à la synthèse réalisée par la MeaH, Mise en œuvre de la comptabilité analytique hospitalière [15].

Le Centre hospitalier d'Orsay, terrain d'application de ce mémoire professionnel dispose de certains de ces outils mais il ne les exploite pas toujours de manière efficace.

Ce mémoire aurait ainsi pu porter exclusivement sur la mise en œuvre technique des instruments de comptabilité analytique hospitalière au sein d'un centre hospitalier. Nous aurions pu nous demander comment, dans le cadre particulier du centre hospitalier d'Orsay, les outils de connaissance des coûts pouvaient être améliorés pour faire face au défi de la T2A. L'angle d'analyse aurait donc porté essentiellement sur les dimensions technique et financière de cette fonction.

Cependant, cette approche du CDG nous a semblé limitante car, en centrant la fonction CDG sur l'analyse des coûts, les responsables hospitaliers se heurtent à trois limites majeures.

D'une part, la difficulté de la mise en œuvre du contrôle de gestion (notamment dans le cas du CH d'Orsay) n'est pas tant de connaître les coûts (question essentiellement technique) que d'exploiter les données produites par la comptabilité analytique et de les restituer aux acteurs concernés afin de déboucher sur des plans d'actions opérationnels.

D'autre part, la seule approche par les coûts risque de se heurter à certaines résistances, notamment de la part de la communauté médicale souvent réticente à voir réduire leurs pratiques à une analyse purement financière. Ceci explique en partie les difficultés de diffusion des outils de comptabilité analytique et montre la nécessité de compléter ces outils par des données plus pertinentes pour le corps médical.

Enfin, le pilotage d'un établissement public de santé, qui assure avant tout une mission de service public, ne saurait se réduire à la seule dimension financière. Celle-ci constitue une contrainte et non une finalité. Si l'activité hospitalière se doit de prendre en compte cette contrainte, elle doit aussi répondre à des objectifs multiples notamment la couverture des besoins de santé publique, la satisfaction des patients ou encore la sécurité et la qualité de la prise en charge.

La thèse défendue dans ce mémoire repose sur une remise en cause de la conception classique du contrôle de gestion, fondée essentiellement sur une vision technique et une logique financière.

Selon nous, l'analyse des coûts ne recouvre qu'une partie de la notion de contrôle de gestion : elle constitue son versant instrumental. L'objet de ce mémoire est de montrer que le CDG, loin de se limiter à la production de données comptables, est avant tout un processus de management visant à promouvoir la performance d'une organisation.

D'une part, c'est un **processus** dans le sens où le contrôle de gestion consiste non seulement à analyser des résultats, mais plus largement à s'assurer que les moyens sont utilisés de manière efficace et efficiente pour atteindre les objectifs fixés. Mais le CDG est aussi (et peut-être surtout) un processus destiné à motiver les responsables et à les inciter à exécuter des activités contribuant à l'atteinte des objectifs de l'organisation. Par conséquent, la notion même de « contrôle » ne décrit qu'imparfaitement cette fonction puisqu'elle ne consiste pas tant à connaître et contrôler des coûts qu'à mettre en place des outils de pilotage de la performance intégrant à la fois le recueil et l'analyse des résultats mais surtout le partage et la restitution de ces résultats en vue d'inciter les acteurs (par exemple par des politiques d'intéressement) à mettre en œuvre des mesures correctives.

En d'autres termes, le contrôle de gestion est indissociable de la notion de **délégation de gestion**, celle-ci ne pouvant se concevoir sans qu'auparavant les dirigeants ne s'assurent qu'ils disposent d'outils de reporting leur permettant de suivre, par quelques indicateurs, les actions des entités composant l'organisation.

Ce constat fait donc du CDG l'attribut essentiel de la mise en œuvre de la Nouvelle Gouvernance au travers du développement de la délégation de gestion et de la contractualisation interne au profit des futurs pôles d'activités. La fonction de contrôle de gestion dépasse donc le simple cadre de la T2A. Son champ d'application s'en trouve ainsi élargi. Il ne concerne pas seulement le directeur des finances mais il est l'affaire de l'ensemble des responsables hospitaliers.

D'autre part, le processus de CDG porte sur la recherche de la **performance** de l'organisation. Or, nous montrerons que cette performance ne peut se réduire aux seuls résultats financiers. Elle dépend de variables multiples dont le résultat financier ne constitue que la traduction finale. D'autres indicateurs, dits « d'amont », liés à l'activité, à la qualité, à l'organisation des soins, aux ressources humaines doivent notamment être pris en compte dans l'analyse et le suivi de la gestion. Du même coup, le contrôle de gestion devient plus parlant pour les responsables médicaux et paramédicaux, favorisant ainsi l'émergence d'un pilotage de gestion partagé entre les gestionnaires et les responsables opérationnels.

Ce mémoire repose donc sur l'hypothèse fondamentale que le développement du CDG ne doit pas constituer uniquement une réponse à la mise en place de la T2A mais qu'il doit s'inscrire dans une démarche forte d'évolution des pratiques managériales. Cette hypothèse conduit à considérer le CDG comme une fonction transverse de l'hôpital qui ne doit pas se cantonner à la mission d'un directeur fonctionnel mais doit mobiliser l'ensemble des acteurs, de l'infirmière au directeur général. En d'autres termes, le

contrôle de gestion, considéré comme un mode de **management de performance** doit privilégier le mode participatif, en recherchant l'appropriation des outils par les acteurs.

Partant d'une approche plus globale de cette fonction, l'objectif du travail exposé ici vise à dégager de bonnes pratiques visant à mettre en place un management de la performance au centre hospitalier d'Orsay. Celles-ci porteront non seulement sur les outils à développer (tableaux de bord, plans d'actions...) mais aussi sur le positionnement institutionnel de la fonction de contrôle de gestion, les modalités de restitution et d'exploitation des données, les moyens de faire participer les responsables de terrain à la démarche et sur les formes d'intéressement à mettre en œuvre.

La définition de l'objet même de ce mémoire semble un prérequis indispensable. En effet, la notion de contrôle de gestion (CDG) paraît assez mouvante, se prêtant à de multiples définitions tant parmi les auteurs que parmi les acteurs de terrain. **La 1^{ère} partie se présente ainsi comme un travail de réflexion et de conceptualisation sur les fondements du contrôle de gestion.** En remontant aux origines de cette fonction, nous montrerons la complexité de ce concept évolutif.

L'objectif de la 2^{ème} partie est de mettre en exergue les difficultés de mise en œuvre du contrôle de gestion à l'hôpital et d'expliquer dans quelles mesures le contexte actuel constitue un changement majeur, propice au développement d'outils de pilotage interne dans les établissements. Nous nous appuierons sur deux expériences hospitalières.

La 3^{ème} partie sera consacrée entièrement au cas du Centre hospitalier d'Orsay (CHO). Après avoir exposé le contexte général du CHO et effectué un diagnostic de l'existant, nous dégagerons des pistes d'actions en vue de promouvoir un management de la performance dans cet établissement.

METHODOLOGIE

La méthode d'investigation retenue s'est articulée autour de trois axes : la recherche documentaire, les entretiens avec des experts extérieurs, l'enquête in situ.

- La recherche documentaire.

Cette première étape indispensable a permis de faire le point sur l'origine du contrôle de gestion, pratique managériale d'abord utilisée dans les entreprises. Un premier niveau de lecture a ainsi permis de mieux définir le périmètre du CDG et de recenser ses applications classiques dans les entreprises.

Dans un second temps, la recherche documentaire s'est orientée vers l'analyse de l'émergence du CDG dans le secteur public puis dans le contexte hospitalier. Par ce détour historique, on a pu ainsi mieux comprendre les difficultés d'implantation de cette fonction dans les administrations et notamment dans les hôpitaux publics ainsi que la nature de ces freins (technique, sociologique...).

Enfin, différentes sources nous ont renseignés sur les expériences réussies en matière de CDG.

Parmi les sources documentaires retenues figurent des ouvrages classiques sur le CDG, des articles extraits de revues spécialisées dans le management public et le secteur hospitalier, des rapports d'experts mais aussi une thèse de doctorat originale et très bien documentée sur le CDG dans les hôpitaux. Enfin, des supports pédagogiques élaborés dans le cadre de l'enseignement à l'ENSP ont également constitué une base d'étude utile. L'exploitation des sources documentaires s'est appuyée sur l'élaboration de fiches de lecture individuelles.

- La rencontre d'experts extérieurs

Ces rencontres, menées sur le mode de l'entretien semi-directif, ont répondu à différents objectifs : connaître les grandes orientations actuelles du CDG dans les hôpitaux (entretien avec la sous-direction de la DHOS chargée de promouvoir la performance dans les hôpitaux, rencontre avec P. Expert, spécialiste de ces questions), obtenir des témoignages sur des expériences menées sur le terrain (aux Hôpitaux civils de Lyon, au Centre hospitalier de Blois), comparer enfin ces pratiques avec celles qui peuvent être observées dans le secteur hospitalier privé mais aussi dans des entreprises extérieures au monde hospitalier.

Par ailleurs, la participation à des conférences sur le thème du CDG, dans le cadre notamment d'Hôpital Expo (journées du Collège national d'information médicale) a enrichi l'analyse par le recueil d'autres types d'expériences.

- L'enquête in situ.

Celle-ci est le point d'appui majeur du mémoire. Elle a permis de retracer l'ensemble des pratiques existantes au CH d'Orsay par des rencontres avec le Directeur des finances, Mr Groseil, et son prédécesseur Mme Favrel-Feuillade, initiatrice de la démarche de CDG au CH d'Orsay, ainsi que par des entretiens réalisés avec l'ensemble de l'équipe chargée des finances.

Une fois l'état des lieux établi, une démarche prospective devant aboutir à un ensemble de propositions d'actions a été menée. Elle s'est appuyée sur une série d'entretiens réalisés non seulement avec l'équipe de direction mais aussi avec des responsables de services de soins (un chef de service, deux cadres de santé).

Les liens étroits entre le CH d'Orsay et le CH de Longjumeau (direction commune) a permis, à chaque étape, de mettre en regard les pratiques, d'harmoniser certaines actions par l'élaboration de méthodologies communes mais aussi de disposer d'un regard extérieur sur la pertinence des options choisies.

Au total, une dizaine d'entretiens a été réalisée. La liste complète des personnes interviewées figure en annexe ainsi que les guides d'entretien utilisés. La plupart des entretiens (hormis les rencontres techniques avec l'équipe des finances du CH d'Orsay) ont été menés suivant une méthode semi-directive, le fil conducteur étant composé de grands thèmes prédéfinis. L'essentiel du contenu des entretiens est restitué et analysé dans le corps même du texte. Le compte-rendu des entretiens réalisés avec des responsables de services de soins figure in extenso en annexe, du fait de leur intérêt particulier. Une grille d'analyse des entretiens a également été élaborée, répertoriant les grands thèmes abordés pour chacun d'entre eux. Elle permet ainsi de situer l'importance des thèmes les uns par rapport aux autres.

1ERE PARTIE

ORIGINES ET FONDEMENTS DU CONTROLE DE GESTION : LES VISIONS MULTIPLES D'UNE NOTION EVOLUTIVE

Lors des entretiens réalisés tant avec des personnes extérieures au Centre hospitalier d'Orsay qu'avec des professionnels de l'hôpital, nous avons présenté brièvement le sujet de ce mémoire. Inévitablement, la première question que posaient nos interlocuteurs étaient : « mais qu'est-ce que vous entendez par 'contrôle de gestion' ? ». En retour, nous leur demandions quelle était leur définition du contrôle de gestion. La multiplicité des réponses données était assez étonnante.

Cette question récurrente démontre bien que la notion de contrôle de gestion reste assez mal définie tant par méconnaissance du concept (notamment parmi le corps médical) qu'en raison de l'imprécision du concept lui-même. Il nous a donc paru nécessaire de consacrer une partie préliminaire à la définition du contrôle de gestion à la fois pour fixer les idées mais aussi parce que ce travail de conceptualisation permettra de dégager les fondements et les mécanismes de ce mode de contrôle organisationnel. Cette réflexion nous permettra ainsi de mieux comprendre quelles sont les conditions propices à sa mise en œuvre dans un établissement de santé (2^{ème} partie).

1.1 Du contrôle de gestion au management de la performance : une brève histoire du contrôle de gestion à travers ses différentes pratiques.

Afin de mieux comprendre les fondements du CDG, il semble nécessaire de remonter aux origines de ce contrôle. Celui-ci s'est d'abord développé dans le monde des entreprises privées industrielles, ce qui pose d'emblée la question de sa capacité à être transposée au secteur public dans un premier temps et plus particulièrement au service public hospitalier, ce que nous verrons dans la 2^{ème} partie.

1.1.1 L'émergence du contrôle de gestion dans le milieu des entreprises industrielles.

Si l'on veut faire un bref historique de la notion, on peut dire que les premières formes de contrôle de gestion sont apparues dès le milieu du 19^{ème} siècle dans un contexte d'essor industriel. A cette période, des méthodes de comptabilité industrielle permettant de mieux

connaître la formation des coûts de revient commencent à être élaborées. Ces outils sont améliorés avec l'élaboration de la méthode dite des « sections homogènes » dans les années 1920. Cette méthode est reprise par le Plan comptable général de 1947 qui consacre la méthode des coûts complets.

Parallèlement, la complexification des entreprises induites par la multiplication des tâches incitent les dirigeants (notamment dans les entreprises Du Pont de Nemours et General Motors) à décentraliser la gestion de l'exploitation à des unités autonomes. Cette déconcentration du pouvoir renforce la nécessité d'exercer un contrôle de l'organisation permettant de s'assurer de la réalisation des objectifs. Des procédures de remontée des résultats sont mises en place. On assiste ainsi au découplage entre le niveau opérationnel qui bénéficie d'une délégation croissante des actions d'exploitation et le niveau stratégique. C'est la naissance de ce que l'on appellera les « centres de responsabilité ».

Dans les années 1930, la fonction de contrôle de gestion est institutionnalisée avec la création aux Etats-Unis du « Controller's Institute of America ». Il faudra attendre les années 60 pour que la notion soit réellement conceptualisée. En 1965, l'auteur américain R.N. Anthony définit le contrôle de gestion comme « **le processus par lequel les dirigeants de l'entreprise s'assurent que les moyens sont utilisés de manière efficace et efficiente pour atteindre les objectifs fixés** ». On pourra retenir cette phrase comme une première définition du contrôle de gestion, centrée sur une vision très technique.

En France, le contrôle de gestion se développe vraiment à partir des années 1960.

Ainsi, le contrôle de gestion naît dans l'univers des industries privées et ne s'applique donc pas directement aux entreprises de services ce qui amène d'emblée certaines interrogations : le modèle de calcul des coûts de revient, principalement orienté sur des coûts complets, peut-il s'appliquer à une organisation qui produit des services et intègre donc davantage de coûts indirects ? Ce modèle est-il pertinent pour le secteur public ?

Enfin, cette première analyse historique permet de dégager le **double socle** sur lequel s'appuie le contrôle de gestion:

- **l'élaboration d'une comptabilité analytique.**
- **la distanciation entre le pouvoir de décision stratégique et des divisions dotées d'une délégation de gestion.**

1.1.2 Du contrôle de gestion au management de la performance : l'adaptation progressive de la fonction de contrôle de gestion et de ses outils.

En effet, le contrôle de gestion est un mode de contrôle instrumenté qui se décline avant tout en terme d'outils : études de coûts, centres de responsabilité, tableaux de bord... Or, depuis les années 60, on assiste à une forte évolution du périmètre au point même que le concept de contrôle de gestion semble de plus en plus contesté au profit de la notion de management de la performance.

- Années 1960 et 1970 : le développement des outils classiques.

Cette période voit le déploiement des outils classiques du contrôle de gestion :

- l'utilisation de la comptabilité analytique : appliquée aux produits, marchés ou régions (dans les entreprises les plus complexes).
- les budgets (qui peuvent être déclinés en sous-budgets pour chaque entité) et le contrôle budgétaire.

C'est donc une époque technique d'installation des outils, centrée sur la fonction comptabilité / budget.

- Années 1980 : le pilotage de la gestion.

Durant ces années, l'attention est davantage portée sur le responsable opérationnel et ses besoins de pilotage. Les outils privilégiés sont :

- le plan moyen terme pluriannuel : on dépasse ainsi le cadre de l'année budgétaire.
- la déclinaison de ce plan en plans d'actions détaillés et en budgets.
- les outils de reporting, notamment les tableaux de bord.

Un glissement sémantique se produit avec la substitution de la notion de « pilotage » au terme de « contrôle ». Les entreprises devenant de plus en plus complexes, les dirigeants ne peuvent plus prétendre exercer un contrôle mais seulement suivre les tendances au travers d'indicateurs principaux. L'emprunt au vocabulaire de la navigation (pilotage, tableaux de bord) n'est pas neutre : il s'agit bien de se fier à ces instruments de bord pour vérifier que l'entreprise suit bien le cap souhaité.

- Années 1990 : la crise du modèle classique et le développement du « management de la performance ».

Dans les années 1990, on assiste à une véritable remise en cause du modèle classique de contrôle de gestion. Des auteurs, comme P. Lorino, avancent l'idée selon laquelle le contrôle de gestion classique qui s'appuie sur l'analyse des coûts, les centres de responsabilité et les budgets serait dépassé. En effet, ce modèle s'appuie sur la conception taylorienne de l'entreprise marquée par le cloisonnement et la hiérarchisation

de l'organisation et par l'unicité de l'objectif à atteindre : la maîtrise des coûts. D'autre part, ce modèle repose sur l'hypothèse d'une information parfaite et sur la prédominance des coûts directs. Or, celui-ci semble inadapté à la densification des entreprises (multiplication des entités et filiales, diversification des produits et des marchés, extension géographique) et à la tertiarisation de l'économie :

- les coûts indirects représentent une part croissante de l'ensemble des coûts
- le découpage en sections de coûts homogènes pose alors problème de même que la mesure du résultat par centre de responsabilité. Le déploiement des méthodes dites ABC (« Activity-based costing ») reposant sur un découpage par activités semble constituer une alternative aux méthodes de comptabilité analytique classique (Cf. encadré 3^{ème} partie).
- l'approche en terme de coûts ne recouvre qu'une partie de la notion de performance. La valeur de l'entreprise n'est pas déterminée par la seule rentabilité économique déclinée en indicateurs financiers.

La complexification des entreprises, de plus en plus tournées vers la production de services, fait prendre conscience du caractère multiforme de la performance. Celle-ci ne peut se réduire au simple critère financier. Elle dépend d'autres variables comme la qualité ou encore la performance commerciale de l'entreprise.

De plus, la prise de conscience du déphasage entre les actions menées et les performances constatées accroît la nécessité de mesurer la performance « en amont » par l'analyse des générateurs de performance.

Il s'agit donc de piloter non plus seulement quelques indicateurs financiers mais la performance de l'entreprise sous toutes ses facettes, ce qui renvoie plus à la notion de management puisque l'ensemble des fonctions de l'entreprise est concerné par cette démarche. Ce management ne vise pas uniquement les résultats financiers mais les « racines » de la performance. Les outils privilégiés par cette approche sont les tableaux de bord prospectifs développés par Norton et Kaplan (Cf. 2^{ème} partie).

Conclusion du chapitre 1.1 :

Le concept de contrôle de gestion a connu une évolution progressive, les modalités de ce contrôle s'adaptant à la complexité croissante des organisations. **L'attention est moins centrée sur les coûts et davantage sur la performance globale. En parallèle, les outils évoluent aussi. Si la comptabilité analytique reste le socle du contrôle de gestion, elle est complétée par des instruments de pilotage plus adaptés aux contours de plus en plus fluctuants de la performance.**

On pourra se demander dans la suite de ce mémoire en quoi ce modèle de contrôle de gestion évolutif peut être transposé à l'hôpital. **La notion de performance peut-elle être**

déclinée dans un établissement public de santé ? Comment la définir dans le cas d'un service public ?

1.2 Fondements et mécanismes du contrôle de gestion : une fonction hybride à la frontière de la technique et du management.

Ce chapitre a pour but de mieux définir, à partir du point de vue des auteurs mais aussi de l'évolution des pratiques liées au CDG, le périmètre de cette fonction afin de fixer clairement notre objet d'étude. Nous proposons donc ici une synthèse de ce qui représente pour nous les fondements du contrôle de gestion.

1.2.1 Un mode de contrôle organisationnel.

Le contrôle de gestion apparaît d'abord comme une forme de contrôle qui s'exerce dans une organisation, traditionnellement dans les entreprises. Il coexiste avec d'autres types de contrôle :

- le contrôle hiérarchique : c'est la relation directe qui lie le supérieur à son subordonné.
- le contrôle par la culture (culture d'entreprise, culture professionnelle...)
- le contrôle par les règlements
- le contrôle d'exécution : il s'agit du contrôle des tâches quotidiennes et de l'organisation de ces tâches.

On peut appliquer ce modèle à l'hôpital dans le tableau suivant :

TYPE DE CONTROLE	EXEMPLES D'APPLICATION AUX ACTEURS
Contrôle hiérarchique direct	<ul style="list-style-type: none"> • du cadre de santé envers le personnel soignant du service. • du directeur adjoint envers son équipe • du directeur général envers les directeurs adjoints.
Contrôle par la culture : - identités professionnelles fortes à l'hôpital, corporatismes	<ul style="list-style-type: none"> • culture syndicale • culture professionnelle des médecins • culture professionnelle des soignants
Contrôle par les règlements	<ul style="list-style-type: none"> • réglementation externe qui encadre l'activité hospitalière • règlement intérieur de l'hôpital • protocoles formalisés (ex : protocoles de soins).
Contrôle d'exécution	<ul style="list-style-type: none"> • Rôle du cadre de santé envers le personnel soignant.

Tableau 1 : typologie des modes de contrôle classiques s'exerçant à l'hôpital²

² Inspiré de Claire BOUINOT Contrôle de gestion à l'hôpital. Régulation et dynamique instrumentale [24].

Le contrôle de gestion, contrôle essentiellement technique, doit donc se positionner par rapport à ces formes traditionnelles de contrôle qui préexistent souvent à sa mise en place. Se pose ainsi le problème de l'acceptation d'un nouveau type de contrôle, potentiellement concurrent avec les autres formes de contrôle organisationnel.

1.2.2 La délégation de gestion comme fondement du contrôle de gestion

Une sorte de relation d'équivalence lie les notions de délégation et de contrôle de gestion. En effet, le contrôle de gestion n'existe que s'il y a délégation de gestion vers des entités dotées d'une certaine autonomie puisque le principe même du CDG est de suivre les résultats d'actions distanciées du pouvoir central. Réciproquement, on ne peut opérer de délégation de la gestion sans l'assortir d'un mode de contrôle a priori ou a posteriori. Cette délégation peut être explicite, par la voie de la contractualisation interne (maintenant les contrats de pôles), ou implicite. Ainsi, l'organisation de l'hôpital, fondée sur une spécialisation des tâches notamment médicales et paramédicales, induit nécessairement une forme de délégation. Les services ou départements sont bien des entités relativement autonomes au moins quant à leur organisation. De même, l'expertise médicale entraîne de facto un transfert du pilotage des actions (il y a bien délégation de gestion dans la prise en charge des patients, notamment en matière de liberté de prescription) des administratifs au corps médical sans moyen de contrôle direct.

1.2.3 Un contrôle « intermédié »

Le contrôle de gestion est un contrôle intermédié, qui s'exerce exclusivement par l'intermédiaire d'outils. Ceux-ci constituent des instruments de mesure, d'où une vision souvent technicienne du CDG. On peut en citer quelques-uns :

- traditionnellement, la comptabilité analytique, instrument d'analyse des coûts
- les budgets
- les tableaux de bord : ils visent à sélectionner et à présenter sous une forme synthétique les informations les plus pertinentes.

1.2.4 Un contrôle en perpétuelle évolution

En effet, s'il se décline sous forme d'outils bien connus, le contrôle de gestion doit s'adapter aux évolutions des organisations. Comme on l'a déjà vu, la complexification des entreprises a entraîné le passage du contrôle au pilotage, centré sur le suivi de la performance. Cette démarche permet d'appréhender non plus la seule rentabilité économique mais la « valeur » globale de l'entreprise dans toutes ses dimensions (capital humain, démarche qualité). L'évolution de la fonction de contrôle de gestion paraît

intéressante pour les hôpitaux. En effet, la performance ne se limite pas à la minimisation des coûts mais s'intéresse à l'ensemble des générateurs de valeur appelés souvent « facteurs clés de succès » : qualité du service rendu, satisfaction des patients, constituant ainsi une évaluation pertinente d'une mission de service public.

1.2.5 D'une vision technicienne à un mode de management : les mécanismes du contrôle de gestion.

A ce stade de la réflexion, la tentation est forte de considérer le contrôle de gestion comme un processus dont le but est de suivre les résultats des actions afin de les conformer aux objectifs définis. Au fond, ce contrôle reposerait sur un ensemble de techniques de mesure des résultats. Or, les auteurs actuels tendent à reconsidérer le contrôle de gestion sous un angle sociologique. R.N. Anthony, qui avait proposé une définition très technique du CDG, a réactualisé son analyse en définissant le contrôle de gestion comme « **un processus destiné à motiver les responsables et à les inciter à exécuter des activités contribuant à l'atteinte des objectifs de l'organisation.** ». On voit bien que le CDG ne se limite pas à des mesures. Le contrôle de gestion est d'abord un processus, transverse à l'organisation, et non le simple moment de l'analyse. Ce processus suppose non seulement un reporting et une analyse des résultats (notamment des écarts) mais aussi la définition de mesures correctrices qui devront infléchir les actions menées (ce que l'on appelle la boucle de feed-back, Cf. schéma 1).

Le fonctionnement de ce processus sollicite donc l'implication de l'ensemble des responsables opérationnels qui doivent s'approprier la démarche et contribuer à l'ensemble du processus : reporting, analyse, actions correctives. Les dirigeants, situés au niveau stratégique donc en amont du processus, ne sont souvent pas les mieux placés pour produire l'analyse et réaliser des plans d'actions opérationnels ; il semble plus intéressant de décentraliser ces fonctions au niveau opérationnel.

Enfin, cette définition intègre la notion de motivation et d'incitation, ce qui laisse supposer que le processus de CDG devrait être associé à des mécanismes de motivation, de sanction et de récompense, par exemple l'intéressement aux résultats.

Le schéma suivant propose une représentation synthétique du processus de contrôle de gestion. Celui-ci se décompose en étapes successives : il commence par la définition de la stratégie et des objectifs. La réalisation de ces derniers passe par l'allocation de moyens. Ensuite vient la phase de la mise en œuvre puis du suivi des résultats des actions réalisées. Ce suivi fait l'objet d'une analyse qui doit déboucher sur la prise d'actions correctrices. Ces étapes peuvent être regroupées en grandes composantes qui reprennent les 4 étapes définies par Deming dans tout processus d'amélioration de la qualité. On peut ainsi noter que le contrôle de gestion permet de décliner la stratégie de

l'organisation : il est un moyen de clarifier les objectifs en les assortissant de moyens, et donc de mettre en cohérence les objectifs et les actions avec la stratégie.

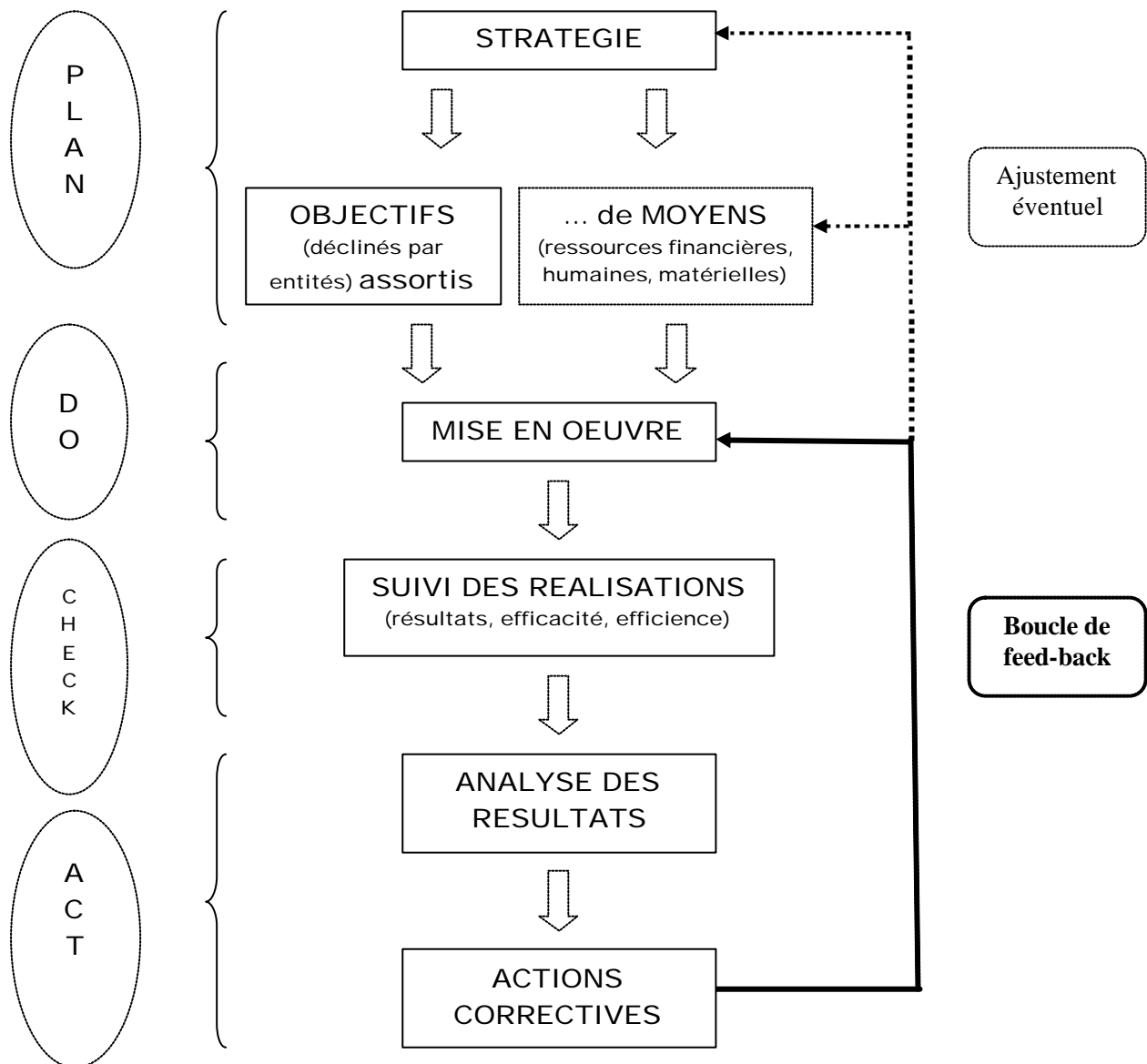


Schéma 1 : le processus de contrôle de gestion, inspiré de H. Löning, Y. Pesqueux. Le contrôle de gestion. Dunod

Selon nous, le contrôle de gestion ne se restreint donc pas à un système d'information au service des gestionnaires : « le contrôle de gestion n'est pas ce que fait le contrôleur de gestion, mais l'acte quotidien réalisé par les responsables opérationnels pour s'assurer de la performance d'une organisation ».

Conclusion du chapitre 1.2 :

Ce chapitre nous a permis de mieux définir les contours du CDG dans une organisation. Celui-ci coexiste avec d'autres types de contrôle par rapport auxquels il doit se positionner, notamment à l'hôpital. Le contrôle de gestion est aussi apparu comme une

fonction hybride, qui s'appuie sur des instruments mais constitue avant tout un mode de management. C'est peut-être en travaillant sur l'aspect managérial du CDG que celui-ci pourra se positionner à l'hôpital, en faisant de lui une fonction transversale et non l'apanage des gestionnaires. (Cf. 2^{ème} partie).

1.3 Le contrôle de gestion à l'hôpital : une notion aux contours mouvants

Cette première partie a débuté par un constat : les responsables hospitaliers n'ont pas une vision homogène du contrôle de gestion. Celle-ci ne semble pas vraiment stabilisée, la notion de CDG restant encore peu connue en tant que telle. L'objectif de ce chapitre est donc de confronter le concept de contrôle de gestion défini ci-dessus avec le point de vue des acteurs et les pratiques observées.

1.3.1 Une notion mal maîtrisée par les professionnels de santé.

Lors de nos entretiens avec des médecins ou des cadres de santé du Centre hospitalier d'Orsay (CHO), nous avons pu constater la confusion qui entoure le concept de contrôle de gestion. Celui-ci est souvent assimilé au contrôle budgétaire. Le rattachement de cette fonction à la Direction des finances au CHO tendrait à produire dans l'esprit de ces professionnels une vision fermée du CDG. Selon eux, le contrôle de gestion est d'abord centré sur l'évaluation de la performance économique et financière ; ils ne le considèrent pas comme une aide à la prise de décision ni dans la gestion quotidienne des services ni même dans l'orientation de leurs activités.

1.3.2 La diversité des approches des responsables administratifs.

Les rencontres avec des responsables administratifs externes (ministère, autres centres hospitaliers : St-Denis, Blois, HCL) ou internes au CHO ont débouché sur des visions très diverses du concept de contrôle de gestion et de ses pratiques :

- diversité **quant aux destinataires** du CDG : selon une première approche, il serait un mode de contrôle **au service de la direction** générale dans un contexte de resserrement de la contrainte budgétaire. La direction privilégie un mode de gestion centralisateur et voit dans le contrôle de gestion un moyen d'accroître sa réactivité face aux éventuels dérapages financiers. Deuxième angle d'approche possible : le CDG est **au service de la contractualisation interne** et de la délégation de gestion. Il permet aux services et/ ou aux pôles d'analyser, avec les gestionnaires, leur activité et d'ajuster leurs actions en vue de l'évaluation produite (c'est cette version du contrôle de gestion qui est adoptée au Centre hospitalier de Blois, Cf. 2^{ème} partie). On peut souligner ici le fait que l'information paraît en elle-

même un enjeu de pouvoir ; la diffuser implique une certaine délégation du pouvoir vers des entités qui pourront s'appuyer sur les données produites pour analyser les résultats et prendre elles-mêmes, en concertation avec la Direction, des décisions. Le mode de répartition du pouvoir dans un établissement (plutôt centralisateur ou délégatif) induit donc un positionnement différent du CDG (au service de la direction ou des services)

- diversité **quant au contenu** du CDG : si certains voient dans le contrôle de gestion un **système d'information** permettant de produire de l'information (le contrôle de gestion assimilé à l'analyse de gestion), d'autres le considèrent comme une **fonction transverse de pilotage de la performance**. Selon cette dernière approche, le CDG est un centre de pouvoir ; il alimente la prise de décision.
- diversité quant aux **responsables** en charge de sa mise en œuvre : **contrôleur de gestion VS manager /directeur** (pas forcément le directeur des finances). Si l'angle technique du CDG est privilégié, celui-ci sera le plus souvent confié à un spécialiste technique : le contrôleur de gestion. Si le CDG est conçu comme un système de pilotage de la performance, il sera davantage du ressort d'un directeur adjoint qui, non seulement devra analyser les résultats mais surtout les faire partager aux services ou pôles en vue de mener des plans d'actions correctives.

Au fond, ces différentes visions peuvent être regroupées en deux grands modèles de contrôle de gestion dans les hôpitaux³ comme le résume le tableau suivant.

	POUR QUI ?	QUOI ?	PAR QUI ?
le contrôle de gestion centralisé	<ul style="list-style-type: none"> • La direction générale, éventuellement le conseil exécutif • Orienté essentiellement sur la maîtrise des coûts et la réalisation d'économies 	<ul style="list-style-type: none"> • un système d'information. • Finalité : production d'informations 	<ul style="list-style-type: none"> • contrôleur de gestion • rattachement de prédilection : la direction des affaires financières
le contrôle de gestion décentralisé	<ul style="list-style-type: none"> • les pôles / services • Orienté vers l'analyse de la performance globale • Approche communicante, interactive avec le corps médical 	<ul style="list-style-type: none"> • une fonction de pilotage • moyens : s'appuie sur les systèmes d'informations 	<ul style="list-style-type: none"> • Un directeur • Fonctions connexes possibles : qualité, stratégie.

Tableau 2 : les deux modèles de contrôle de gestion dans les hôpitaux.

³ Cette analyse nous a été inspirée par P. Expert, Directeur de la stratégie, de l'évaluation et des SI au CH de Blois

Ces deux modèles sont assez schématiques car dans la pratique, ils ne sont pas exclusifs l'un de l'autre : les différentes caractéristiques possibles du CDG s'entremêlent, certaines étant plus accentuées que d'autres suivant les orientations choisies par les établissements.

Toutefois, on peut tout de même souligner que la majorité des établissements qui se sont lancés dans une démarche de contrôle de gestion s'inscrivent plutôt dans la 1^{ère} version (vision centralisatrice). Ceci s'explique en partie par la simplicité de mise en place de ce mode de contrôle.

Les établissements se situent aussi souvent dans l'entre-deux en mêlant les deux dimensions possibles du CDG.

Conclusion du chapitre 1.3 :

Le périmètre du contrôle de gestion ne semble donc pas totalement fixé dans les hôpitaux. Plusieurs approches s'affrontent, le versant technique paraissant pour le moment privilégié à la vision transverse de la fonction de CDG. Du reste, cette notion serait encore méconnue par un certain nombre de responsables hospitaliers qui entourent le contrôle de gestion d'attributs assez vagues, faisant de lui l'affaire des administratifs et des gestionnaires.

Nous avons exposé dans cette partie les fondements du contrôle de gestion, en axant clairement notre approche de la notion sur son caractère évolutif. Selon nous, le contrôle de gestion doit se concevoir aujourd'hui comme un mode de management dont la caractéristique essentielle reste toujours sa déclinaison en terme d'outils : comptabilité analytique, budgets, tableaux de bord. Nous souhaiterions conserver cette définition globale du CDG en faisant de lui non pas une boîte à outils mais un processus transversal indispensable au fonctionnement d'une organisation. D'autre part, nous défendons aussi le point de vue selon lequel le contrôle de gestion, impliquant l'ensemble des acteurs de l'organisation, constitue un moyen d'évaluation et d'amélioration de sa « valeur » et s'intéresse donc à sa performance globale (non exclusive des seuls critères financiers).

On a pu enfin montrer que le contrôle de gestion est une notion récente pour les établissements publics de santé même si des formes assez simples de contrôle de gestion existent depuis longtemps dans les hôpitaux (Cf. 2^{ème} partie). Les établissements tâtonnent encore dans leurs pratiques et ne savent pas encore clairement positionner cette fonction.

Au demeurant, peu d'établissements sont rentrés dans la démarche même si la tendance s'inverse depuis un ou deux ans. Quelles sont les raisons d'un tel retard ? Certains

obstacles liés au service public lui-même mais aussi à l'univers hospitalier peuvent être avancés.

L'objectif de la 2^{ème} partie sera donc de comprendre ces difficultés initiales mais aussi d'expliquer dans quelles mesures le contexte actuel marque certainement un tournant dans la pratique du contrôle de gestion, appelant un déploiement rapide de cette fonction dans les établissements publics de santé.

2 2EME PARTIE

LA MISE EN OEUVRE D'UN CONTROLE DE GESTION A L'HOPITAL : DES OBSTACLES INITIAUX AUX NOUVELLES PERSPECTIVES DE DEPLOIEMENT DES PRATIQUES.

Après avoir posé les fondements du contrôle de gestion, il convient maintenant de se demander comment le mettre en place à l'hôpital. Force est de constater la lenteur de mise en œuvre des pratiques liées au CDG dans les établissements publics de santé. Des freins liés à la fois aux modalités d'organisation des services publics mais aussi au fonctionnement hospitalier lui-même peuvent être mis en exergue.

Cependant, nous sommes aujourd'hui à un tournant important. La mise en place d'un faisceau de réformes connexes (tarification à l'activité (T2A), Nouvelle gouvernance, montée en charge de la démarche qualité) place la notion de performance et le pilotage de cette performance au cœur de la gestion hospitalière. Nous exposerons donc les enjeux de ces réformes et en quoi elles constituent un élément moteur au déploiement du contrôle de gestion.

Enfin, ce changement de contexte favorise selon nous l'émergence d'une approche globale du contrôle de gestion, communicante avec les acteurs de l'hôpital. Il constitue une opportunité incomparable de faire réellement du contrôle de gestion un mode de management tourné vers la recherche de la performance.

2.1 La difficile émergence du contrôle de gestion à l'hôpital

Il est intéressant de noter que des formes de contrôle de gestion existent depuis longtemps dans la gestion hospitalière. Elles ont surtout été axées sur la connaissance des coûts (de même que les entreprises industrielles ont d'abord orienté le CDG sur la connaissance des coûts de revient) par le développement de la comptabilité analytique hospitalière. Pour autant, si formellement des outils ont été élaborés, leur utilisation dans la gestion interne des établissements est restée assez marginale (au moins jusqu'en 2004, année de mise en place de la T2A).

2.1.1 Les débuts de la comptabilité analytique hospitalière et l'émergence des outils de planification.

Dès les années 1950, les hôpitaux développent une comptabilité analytique, matérialisée par la feuille de répartition et d'imputation (FRI) dans le but de déterminer un prix de

journée par grande discipline (médecine, chirurgie, obstétrique), base de financement des établissements de santé à cette époque (réforme de 1941). Cette comptabilité analytique s'appuie sur le décret du 28 mars 1953 qui crée un plan comptable spécifique aux hôpitaux (la M21), complété par le décret du 29 décembre 1959 qui consacre l'obligation pour les établissements de tenir une comptabilité analytique. Cependant, la finalité de cet outil reste ambiguë. Censée améliorer la connaissance des coûts en interne, la comptabilité analytique s'avère surtout un moyen pour la tutelle d'exercer un contrôle externe sur la détermination des prix de journée. L'outil de gestion est détourné et n'est donc pas exploité comme un instrument d'analyse des coûts en interne.

Au début des années 70 se développe l'analyse de gestion. Le ministère de la santé crée une cellule d'analyse de gestion qui, en favorisant la remontée de nombreuses données de gestion, centralise les informations pour produire des indicateurs classiques (nombre d'entrées, DMS, taux d'occupation, etc.) répertoriés par catégorie d'hôpitaux. Les premiers ouvrages traitant du contrôle de gestion dans les hôpitaux paraissent à cette période.

Les années 70 voient aussi l'émergence de la notion de rationalisation des choix budgétaires (RCB) qui place l'évaluation des politiques publiques et la planification des actions comme une nécessité face aux premiers signes de défaillance des finances publiques. Ce mouvement s'applique à la régulation de l'activité hospitalière avec la création de la carte sanitaire, outil de planification de l'offre de soins à l'usage des tutelles.

2.1.2 1983 - 1992 : l'ère des contradictions

Face au renforcement de la contrainte budgétaire, le financement des hôpitaux est réformé en profondeur en 1983 avec l'instauration de la dotation globale qui se substitue au système du prix de journée, jugé trop inflationniste. Les établissements sont financés par un mécanisme d'enveloppe fermée, déconnecté de l'activité réalisée. Ce nouveau mode de financement, incitant peu les gestionnaires à mieux maîtriser leurs ressources, ces dernières étant « garanties », semble donc sonner le glas du contrôle de gestion dans les hôpitaux.

Pour autant, la comptabilité analytique ne semble pas abandonnée ; au contraire, les tutelles souhaitent qu'elle devienne un outil de gestion interne. En effet, la réforme de 1983 crée les centres de responsabilité (CR) pour favoriser la mise en place d'une comptabilité analytique hospitalière et incite à l'instauration d'une gestion budgétaire participative associant les chefs de service à la gestion des CR. L'idée de développer la contractualisation interne se fait jour. Pour autant, l'ensemble de ce dispositif rencontre très peu de succès dans les établissements, faute d'incitation forte à sa mise en œuvre.

Enfin, dès 1982, le modèle des DRG (Diagnosis Related Groups) est importé des Etats-Unis afin de constituer un programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). De façon connexe, un premier guide méthodologique de comptabilité analytique est élaboré en 1985 (et réactualisé en 1988). Il comporte deux niveaux :

- le calcul des coûts des structures hospitalières (tableaux de synthèse par activité)
- le calcul du coût de revient par groupe homogène de malade (GHM)

Au total, peu d'établissements mettent en place ces outils.

2.1.3 Années 1990 : le développement des outils de contrôle de gestion

Cette période est marquée par des évolutions majeures dans le mode d'organisation des hôpitaux qui favorisent la montée en charge des outils du contrôle de gestion. En effet, l'ordonnance 96-346 du 24 avril 1996 entraîne deux évolutions importantes :

- au niveau du contrôle externe des hôpitaux : les relations avec la tutelle évoluent avec l'idée d'introduire la notion de contractualisation avec les nouvelles structures de contrôle, les ARH, renforçant ainsi l'autonomie des établissements. Les deux instruments de cette politique sont :
 - o le **projet d'établissement** (créé par la loi hospitalière du 31 juillet 1991 et remis en avant par l'ordonnance de 1996) qui décline la stratégie et les objectifs des hôpitaux sur plusieurs années.
 - o les **contrats d'objectifs et de moyens** (COM) conclus entre les ARH et les établissements. Ils sont censés mettre en cohérence les objectifs d'organisation de l'offre de soins (définis dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire) et ceux qui figurent dans les projets d'établissement en les assortissant de moyens financiers notamment.
- au niveau du contrôle interne : les textes incitent au développement de la **contractualisation interne**, poussant les établissements à se lancer dans une démarche de délégation de gestion. Cette délégation est, comme on l'a vu dans la 1^{ère} partie, indissociable de la mise en place d'outils de contrôle de gestion permettant d'exercer un pilotage interne des actions. L'application du principe de subsidiarité ne peut en effet être envisagée sans la mise en œuvre de ce contrôle

Dans ce contexte, des outils sont élaborés au niveau national. Une circulaire de 1992 lance un appel d'offres afin de réaliser une étude nationale des coûts. Le but de cette étude est de hiérarchiser les GHM avec une unité commune (le point ISA). Dans le même temps, le rôle du PMSI est renforcé afin d'attribuer les ressources financières en prenant en compte l'activité médicale. La comparaison de l'activité MCO entre les établissements, sur la base de l'échelle nationale des coûts, est en effet utilisée comme un moyen de

correction des inégalités inter-régionales et inter-établissements dans l'attribution des dotations. Le PMSI est donc conçu en partie comme un instrument de contrôle externe permettant de résoudre le problème du financement des établissements et à terme d'introduire un système de tarification à l'activité. Le PMSI n'est donc pas d'abord pensé comme un instrument de pilotage interne, permettant aux établissements de connaître le coût de leurs produits (notamment les séjours).

Toutefois, des efforts sont réalisés afin de promouvoir l'émergence d'un contrôle interne indispensable à la mise en œuvre de la délégation de gestion. Un nouveau guide méthodologique est édité en 1997 qui se décline en 3 tomes permettant :

- la construction du tableau coût case-mix (TCCM). Tome 1. Cf. 3^{ème} partie
- le calcul du coût des activités logistiques et médico-techniques (« Base d'Angers »). Tome 2.
- le calcul du coût des séjours. Tome 3.

Au final, on constate cependant un relatif échec dans l'appropriation de ces méthodes de comptabilité analytique par les établissements. Lors d'un colloque consacré au management public en 2003, il est noté que l'exploitation des travaux du GACAH (groupe pour l'amélioration de la comptabilité analytique hospitalière), qui pilote la base d'Angers, « *reste pour le moins anecdotique*⁴ ». De même, le rapport Couanau de 2003 souligne que « l'obligation de tenir une comptabilité analytique [...] ne semble pas respectée », ce qui constitue un frein à la mise en place de la T2A : « *La mise en place de la T2A exige une comptabilité analytique et des équipements informatiques adéquats, ce qui est encore loin d'être le cas dans les établissements de petite taille* ».

A cette période, certains établissements se distinguent tout de même par des initiatives originales, en marge du cadre institutionnel décrit ci-dessus. Des méthodes de CDG comme les tableaux de bord prospectifs (Balanced Score-Cards. Cf. 2.3) ou la méthode ABC sont expérimentées, certes de façon encore isolée.

Conclusion du 2.1 :

Des outils de contrôle de gestion sont donc élaborés très tôt dans le champ hospitalier. Ils sont principalement orientés vers la connaissance des coûts mais ils sont aussi conçus comme un moyen de résoudre la question du financement des hôpitaux dans un contexte de dégradation des comptes de l'Assurance Maladie. Néanmoins, force est de constater

⁴[25] BONAFINI P. « Le management des établissements hospitaliers : Des illusions aux réalités. ».

le faible retentissement de ces outils, notamment ceux qui sont liés à la mise en place d'une comptabilité analytique hospitalière : celle-ci n'intervient au mieux qu'en soutien (lorsqu'elle existe) mais n'est pas au cœur de la décision. Comment peut-on expliquer ce relatif échec ?

2.2 Des conditions peu propices à la mise en place de pratiques de contrôle de gestion dans les hôpitaux publics.

Par ses caractéristiques structurelles mais aussi ses contraintes techniques, l'hôpital constitue un terrain peu favorable à la mise en œuvre du contrôle de gestion, ce qui peut en partie expliquer sa lente émergence dans l'univers hospitalier.

2.2.1 Les caractéristiques de l'activité hospitalière : la production de services.

En effet, l'hôpital est avant tout un producteur de services. Il assure une prise en charge globale des patients : soins physiques ou psychologiques, suivi social...Or, cet élément constitue un premier obstacle à la mise en place des pratiques classiques du contrôle de gestion. Dans la partie précédente, nous avons montré que la connaissance des coûts selon les méthodes dérivées de la comptabilité industrielle (qui privilégie les coûts complets) s'applique difficilement aux activités de services. En effet, dans ces dernières, les coûts indirects sont prépondérants et il s'avère donc difficile de rattacher les charges à des sections homogènes. A l'hôpital, de nombreuses catégories de charges ne sont pas directement rattachables aux « produits », c'est-à-dire les prestations délivrées aux patients (séjours, séances, consultations) : les coûts de structure, les charges administratives et logistiques mais aussi des charges de personnel médical et paramédical que l'on ne peut pas toujours associer directement à la prestation fournie. Dans ces conditions, il semble difficile de mettre en place une comptabilité analytique hospitalière adaptée. Certains outils, comme la méthode ABC, pourraient représenter des alternatives intéressantes.

De plus, contrairement à l'industrie, il n'existe pas de process standardisés à l'hôpital, hormis peut-être certaines niches d'activités « industrielles » comme la blanchisserie, la restauration ou les services de stérilisation centrale. Notamment, les pratiques médicales varient sensiblement d'un praticien à un autre, de même pour les modes de prise en charge soignante. Ceci accroît la complexité de constitution d'une comptabilité analytique.

2.2.2 Les obstacles liés à la notion de service public.

Le contrôle de gestion est traditionnellement orienté vers le suivi d'objectifs de performance (globale), sinon de rentabilité économique dans une acception plus stricte. Ces objectifs ont pendant longtemps été écartés, voire contestés en ce qui concerne les services publics qui, au nom de leurs missions d'intérêt général, ne devraient pas se préoccuper de questions de rentabilité.

Mais progressivement, notamment sous l'impulsion du « New Public Management », les critères d'efficacité et d'efficience sont de plus en plus pris en compte dans les choix et l'évaluation des politiques publiques. La dernière loi organique relative aux lois de finances (LOLF) prévoit d'assigner aux politiques publiques, déclinées en « missions » et « programmes » des objectifs assortis d'indicateurs de résultat. Au fur et à mesure, la notion « d'accountability », selon laquelle les responsables publics devraient littéralement « rendre des comptes », en communiquant les résultats de leurs actions, progresse.

Une deuxième caractéristique liée au service public est la difficulté à définir les objectifs mêmes de ces services et donc une stratégie. Contrairement aux entreprises, le critère de rentabilité n'est pas au cœur des priorités. Les objectifs des services publics, en particulier du service public hospitalier, sont multiples et donc difficiles à hiérarchiser : qualité du service rendu au patient (mais comment la mesurer ?), accessibilité au plus grand nombre, continuité, égalité de traitement ; mutabilité, efficience (par rapport aux ressources consommées) mais aussi attractivité et compétitivité (les hôpitaux se situant dans un univers concurrentiel, entre eux et avec les autres structures de soins).

En interne, la définition d'une stratégie s'avère souvent une entreprise encore plus délicate ; les objectifs étant diffus, propres à chaque service. Fédérer les médecins autour d'un projet commun constitue souvent une gageure, l'obligation faite aux établissements de réaliser un projet médical étant bien significative de la difficulté d'une telle opération.

Enfin, la tradition de centralisme des organisations publiques favorise l'émergence de structures très hiérarchisées, peu adaptées à la délégation de gestion. Cette affirmation peut être nuancée dans le cas de l'hôpital puisqu'un équilibre des pouvoirs entre la Direction et les services, dotés d'une certaine autonomie, tend à s'instaurer. Pour autant, on constate la plupart du temps une forte concentration des pouvoirs administratifs (du moins avant la réforme de la gouvernance) et les grosses structures comme les CHU reproduisent souvent le modèle bureaucratique caractérisé par un fort cloisonnement et un poids important de la hiérarchie.

2.2.3 Les freins spécifiques au milieu hospitalier

A) Les caractéristiques socio-organisationnelles.

L'hôpital est un terrain social marqué par des identités professionnelles fortes, tant du côté médical que paramédical, favorisant la création de zones de pouvoir éclatées dans l'organisation et de hiérarchies parallèles. La communauté médicale (mais aussi, dans une certaine mesure, les soignants) est très attachée à son autonomie, au moins dans son domaine d'expertise, domaine sur lequel la Direction a peu de moyens de contrôle. Il existe même chez certains médecins une volonté de s'impliquer dans la gestion.

De plus, le monde hospitalier est marqué par des modes de contrôle traditionnels (Cf. 1^{ère} partie), contrôle culturel, hiérarchique, procédural, qui ont fondé jusqu'à présent l'organisation des tâches et missions dévolues à l'hôpital.

Cet ensemble d'éléments peut expliquer les réticences des professionnels de santé à accepter un nouveau mode de contrôle imposé par les gestionnaires et donc considéré comme un moyen pour la Direction de s'immiscer dans les pratiques professionnelles en contrôlant les résultats. La réussite de l'implantation du CDG nécessite donc de trouver des moyens de contourner ces obstacles sociologiques et culturels notamment en rendant le contrôle de gestion interactif, permettant l'appropriation des outils par les acteurs.

B) Les obstacles « managériaux » : les limites des mécanismes de motivation

On a vu que le fonctionnement du processus de contrôle de gestion était conditionné par des moyens d'incitation et de motivation des responsables opérationnels. Or, il n'existe pas de moyens d'incitation forts, sous le double angle sanction / récompense, dans le fonctionnement classique de l'hôpital. Les mécanismes de motivation individuels se heurtent aux règles de la fonction publique hospitalière qui empêchent toute dérogation en matière de rémunération ou de promotion. Sous l'angle collectif, des formes d'intéressement peuvent être envisagées mais avec des marges de manœuvre financières limitées. **Un des enjeux de la mise en œuvre du CDG à l'hôpital est donc de trouver un système d'intéressement viable** permettant d'impliquer les acteurs dans le processus de contrôle de gestion.

C) Les freins techniques

Tout processus de contrôle de gestion repose sur des systèmes d'information performants. Or, force est de constater le retard pris par les hôpitaux dans ce domaine. Selon une étude récente, seuls 40% des hôpitaux disposent d'un schéma directeur des systèmes d'information. L'inadaptation des SIH (systèmes d'information hospitaliers) a

d'importants retentissements dans la capacité à mettre en place les outils de CDG. D'une part, on constate dans de nombreux établissements un manque d'automatisation de la comptabilité analytique, obligeant à des traitements manuels fastidieux. De façon plus générale, la difficulté des SIH à produire de l'information est frappante. La plupart du temps, les systèmes d'information ne sont pas intégrés, les données restant éparses et éclatées dans l'organisation par défaut de centralisation. Ainsi, aucune exploitation synthétique de l'information n'est possible et pire, ce défaut d'intégration engendre doublons et erreurs car la saisie n'est pas réalisée en temps réel et n'est pas suffisamment décentralisée au niveau opérationnel.

Cependant, on peut espérer une amélioration progressive des SIH avec le plan « Hôpital 2012 », annoncé récemment, qui ciblera davantage les investissements hospitaliers sur les SIH par des aides significatives au financement. L'objectif étant de produire une « information fiable, exhaustive, partagée ».⁵

2.2.4 Un système de financement peu incitatif au développement du CDG

En effet, le système de dotation globale, instauré en 1983 semble assez contradictoire avec la démarche de contrôle de gestion. Jusqu'en 2004, les établissements bénéficiaient d'une enveloppe définie a priori, peu remise en cause d'une année à l'autre, même si un des objectifs du PMSI était de corriger les déséquilibres entre les régions et entre les établissements (en fait peu mis en œuvre véritablement hormis dans le cas du redéploiement des moyens de l'Île-de-France vers d'autres régions). Ainsi, les hôpitaux étaient astreints à une obligation de moyens (le respect de l'enveloppe ; en réalité, ce système n'a pas empêché les reports de charges d'une année à l'autre) et non à une obligation de résultats, en tout cas avant l'élaboration des COM.

2.2.5 Les limites des outils de contrôle de gestion élaborés au niveau national

A) Des modes de diffusion des pratiques pas toujours adaptés.

L'élaboration des méthodes de CAH décrites ci-dessus a sollicité les travaux de groupes nationaux qui ont favorisé la mise en commun des expertises et ont permis la mise en œuvre d'une ingénierie lourde (notamment pour le modèle de calcul des GHM). La diffusion des pratiques issues de ces méthodes devait se faire sous un mode descendant, à partir des tutelles, au travers de la production et de l'application de textes (lois, règlements, circulaires). Ce mode de diffusion institutionnel s'est avéré peu propice à

⁵ [17] P. Expert, Y. Pérard. La comptabilité analytique au cœur de la prise de décision.

l'appropriation des outils (PMSI, guides méthodologiques) par les acteurs. On peut noter d'ailleurs que le Ministère privilégie encore cette vision en donnant aux opérateurs qu'il pilote le rôle de promoteur des pratiques auprès des acteurs hospitaliers : GMSIH, MEAH, ARH (un des volets des contrats ARH / Etat porte sur le développement des outils de contrôle de gestion). De même, des postes inter-régionaux au sein des ARH sont dédiés à l'organisation de la gestion.

B) Les limites des outils

Tout d'abord, on a déjà souligné l'ambiguïté dans l'utilisation des outils. C'était par exemple le cas de la FRI qui aurait pu constituer un outil de gestion interne des coûts de revient à la journée. Plus récemment, la construction du PMSI aurait pu doter les établissements de moyens de connaissance du coût de leurs produits mais l'outil a en fait été utilisé à des fins de tarification, alors qu'en parallèle les tutelles insistaient sur la nécessité de développer des démarches de gestion internes (guides méthodologiques, contractualisation interne).

De plus, la lourdeur technique de mise en place des outils de comptabilité analytique hospitalière constitue indéniablement un frein à leur mise en oeuvre dans les établissements, certains directeurs n'étant peut-être pas convaincus à l'époque du retour sur investissement de ces derniers. A cela s'ajoute l'insuffisance des moyens humains à consacrer au déploiement des outils de CDG.

Ces outils ont également fait l'objet de certaines critiques :

- le choix des unités d'œuvre ne serait pas toujours pertinent (par exemple le K opératoire pour l'évaluation du coût du bloc)
- ces outils, centrés sur la connaissance des coûts, ne parviendraient pas à mobiliser les acteurs. Ils ne seraient pas suffisamment médicalisés, trop déconnectés de l'organisation de la prise en charge et des pratiques médicales.

Enfin, il semble que la faiblesse majeure de ces outils est leur difficulté à s'appliquer aux services cliniques, pourtant au cœur de l'activité hospitalière. S'il paraît plus aisé d'appliquer des méthodes de CDG aux services logistiques et médico-techniques, qui comportent moins de coûts indirects et se prêtent davantage à la standardisation des process, les activités des services cliniques sont plus complexes à «disséquer » et à mesurer. De plus, les réticences de la communauté médicale constituent également un frein à la diffusion des pratiques.

Conclusion du chapitre 2.2 :

Le déploiement du CDG dans les organisations hospitalières publiques semble ainsi se heurter à des points de résistance multiples. D'aucuns sont liés à des contraintes

techniques et semblent donc relativement faciles à surmonter ; d'autres tiennent à la culture même de l'hôpital public. La mise en œuvre des pratiques nécessite donc avant tout un changement dans les esprits, que les réformes majeures engagées depuis ces dernières années pourraient susciter.

2.3 Des réformes annonciatrices d'un tournant majeur : la performance au cœur de la gestion hospitalière.

En effet, les réformes engagées depuis 2002-2003 semblent accélérer la diffusion d'une culture de la performance et de l'efficacité dans les hôpitaux. Notre rencontre avec une responsable de la DHOS (sous-direction E chargée de la qualité et du fonctionnement des établissements) a permis de conforter cette analyse. Selon notre interlocutrice, la culture de l'efficacité est placée au cœur des réformes hospitalières : T2A, Nouvelle gouvernance, plan Hôpital 2007 (auxquelles on peut ajouter le développement de la démarche qualité dont la mise en œuvre est impulsée par les procédures d'accréditation puis de certification). On peut souligner la volonté de l'Etat d'impulser ce changement. La sous-direction E (SD E) a été positionnée sur une mission de promotion de l'efficacité notamment sous l'angle du pilotage médico-économique (tutelle sur les opérateurs comme le Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier ou « GMSIH », accompagnement de la Base d'Angers). Cependant, l'efficacité constituant un thème transversal à toutes les réformes, l'ensemble des sous-directions communique dessus. Enfin, la volonté de la SD E de se détacher de l'angle financier pour aborder la performance hospitalière de façon globale a été mise en avant.

L'objet de ce chapitre est de montrer dans quelles mesures les réformes actuelles introduisent une culture de la performance.

2.3.1 La tarification à l'activité : un moteur majeur vers la mise en place du contrôle de gestion.

Cette réforme du mode de financement des hôpitaux, mise en place de manière progressive depuis 2004, entraîne deux conséquences majeures. D'une part, une partie (de plus en plus importante) des ressources des établissements publics de santé est liée à l'activité réalisée donc à un **effet volume**. Les établissements sont donc incités non seulement à suivre l'évolution de leur activité mais surtout à maintenir leur niveau d'activité, voire à l'enrichir en développant leur attractivité. D'autre part, ces ressources variables sont fixées en fonction de tarifs (**effet prix**) déterminés au niveau national, sur la base de l'ENC à laquelle sont apportés des ajustements (incorporation des frais de structure, des mesures de santé publique, des mesures nouvelles et éventuellement des

dispositifs de rattrapage budgétaire). Les établissements sont ainsi placés en position de « price-takers », leurs prix s'imposant à eux (contrairement aux entreprises) ; ils ne peuvent donc jouer que sur leurs coûts. La **connaissance et l'analyse des coûts** deviennent ainsi des éléments clés permettant aux hôpitaux de se positionner par rapport au prix fixé et ainsi d'élaborer des plans d'action : plans de réduction des coûts, modification des processus et des modes de prise en charge (notamment par le développement de l'ambulatoire), voire abandon des activités déficitaires. Ce mode de financement peut également inciter les établissements à augmenter les volumes d'activité dans certaines disciplines afin de dégager des économies d'échelle.

La T2A permet donc « d'internaliser » la contrainte budgétaire au niveau des établissements, en l'incorporant à la prise de décision beaucoup plus qu'auparavant. Les établissements doivent ainsi optimiser l'emploi des ressources en produisant au coût le plus raisonnable.

Cette réforme place la connaissance des coûts comme une nécessité et induit ce faisant un changement de finalité et de statut de la CAH, celle-ci passant du rang de rituel réglementaire à celui d'outil de gestion.

Cette prise de conscience de la nécessité de renforcer le rôle de la comptabilité analytique hospitalière s'est matérialisée par le projet confié en 2003 à la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH) visant à la « Mise en œuvre de la comptabilité analytique hospitalière ». Cette mission a débouché sur le développement de différents outils dans des établissements publics et privés volontaires : comptes d'exploitation par service, TCCM par service, étude du point mort de la DMS, études de coûts (sur les consommables et sur les frais de personnel au bloc opératoire). Notons dès à présent que le Centre hospitalier d'Orsay était un des établissements expérimentateurs ; les aspects de la mission MeaH seront développés en 3^{ème} partie.

Enfin, on peut souligner une conséquence immédiate de la réforme : la multiplication du recrutement de contrôleurs de gestion dans les établissements, même de taille modeste, avec des missions centrées sur la mise en place de la CAH et les études de coûts.

2.3.2 La « Nouvelle gouvernance » conforte l'importance de la place du contrôle de gestion.

La réforme de la gouvernance hospitalière consacre la notion de contractualisation interne. La constitution des pôles doit ainsi être assortie de contrats de pôle passés avec la Direction. Ce contrat fixe les objectifs du pôle mais aussi le périmètre de la délégation dont il bénéficie. La prise de décision sera ainsi plus largement déconcentrée, créant une distanciation avec les responsables administratifs qui devront en retour exercer un contrôle sur la gestion des responsables de pôles, par des outils de reporting. Les

« ingrédients » du contrôle de gestion se trouvent ainsi réunis et deviennent des principes d'organisation s'imposant aux établissements publics de santé.

En outre, une des conséquences de la réforme de la gouvernance est de favoriser la diffusion d'une culture de la gestion parmi les médecins, cette dernière devant être facilitée par la constitution d'un langage commun entre les médecins et les administratifs.

Cette culture de gestion devrait se développer à un double niveau :

- Les pôles : les responsables de pôles devront s'impliquer davantage dans la gestion.
- Le conseil exécutif associant à parité des responsables administratifs et des médecins. Ces derniers, associés plus étroitement à la décision stratégique, devront participer à l'analyse des résultats.

2.3.3 Les apports de la démarche qualité

La démarche qualité s'est développée dans les hôpitaux notamment sous l'impulsion de l'ANAES (Agence nationale pour l'accréditation et l'évaluation en santé) puis de la HAS (Haute Autorité en Santé) avec les procédures d'accréditation puis de certification. Des dispositifs internes d'amélioration de la qualité, parallèles à ces procédures, ont été également mise en œuvre dans de nombreux établissements. Nous pensons que cet ensemble d'initiatives est lié à la démarche de CDG . En effet, elles incitent les hôpitaux à travailler sur la performance sous l'angle de la qualité des pratiques et des procédures. Les établissements sont amenés à évaluer ces dernières par rapport à des normes (notamment les critères de la HAS).

De plus, on peut souligner que la non-qualité a un coût et participe aussi de la performance financière de l'organisation. Par exemple, la mauvaise tenue des dossiers patients peut induire un manque de coordination entre les intervenants, ce qui peut rallonger les délais de prise en charge, augmenter la DMS ou être source d'erreurs. De même, la fiabilité du circuit du médicament sécurise la délivrance des prescriptions (donc évite la survenue des erreurs) mais peut aussi permettre d'optimiser la consommation de médicaments.

L'apport essentiel de la démarche qualité est donc de compléter l'analyse économique par les coûts en introduisant des critères d'appréciation sur le fonctionnement réel de l'organisation, permettant ainsi d'analyser la « boîte noire ».

2.3.4 Le plan Hôpital 2007 et la notion de retour sur investissement.

Le plan Hôpital 2007 constitue également un élément de l'édifice de promotion de l'efficacité dans les hôpitaux. Certes, il traduit avant tout une politique d'investissements hospitaliers visant à moderniser les structures. Mais il est aussi fondé sur la notion de

retour sur investissement : les investissements doivent permettre, en renouvelant les infrastructures et les équipements, de rendre ceux-ci plus efficaces. En ce sens, l'investissement doit être créateur de valeur : il permet notamment d'élargir les capacités d'accueil, d'adapter les structures aux nouveaux modes de prise en charge, de mettre l'architecture au service d'une organisation recentrée autour du patient, de rendre les infrastructures moins coûteuses ou encore d'augmenter l'attractivité des hôpitaux.

2.3.5 Synthèse

On peut synthétiser la dynamique de ces réformes par le schéma suivant :

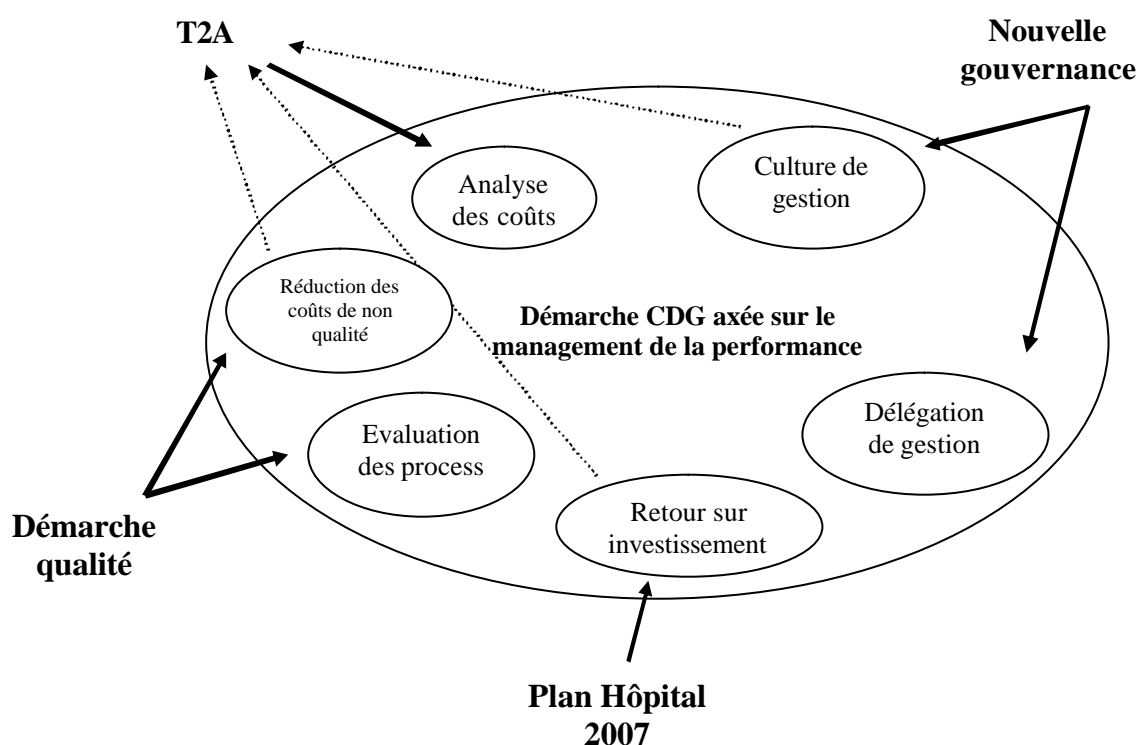


Schéma 2 : Réformes hospitalières et mise en œuvre de la démarche de contrôle de gestion

Comme on peut le remarquer, la pierre angulaire de ces réformes est la T2A qui, située au croisement de l'ensemble des dispositifs, contribue peut-être le plus à promouvoir la mise en place du CDG à l'hôpital.

Conclusion du chapitre 2.3 :

Les réformes hospitalières mises en œuvre ces dernières années marquent un changement majeur. Incitant les établissements à mettre en place une gestion efficace, elles entraînent un glissement du mode de pilotage des établissements d'un contrôle externe, exercé par les tutelles, à un contrôle interne. Pour reprendre l'expression utilisée par Y. Pérard (à propos de la T2A), on peut dire que l'ensemble de ces réformes induisent

« le passage de l'administration à la gestion », poussant ainsi les hôpitaux à promouvoir la performance par des outils de pilotage interne. Selon nous, ce changement appelle une vision du contrôle de gestion large et communicante, ce dernier devant être conçu comme un mode de management centré sur la performance.

2.4 Des outils rénovés pour un contrôle de gestion large, conçu comme un mode de management de la performance : deux expériences novatrices.

Alors qu'il y a seulement quelques années, l'environnement des hôpitaux n'encourageait pas vraiment les établissements à mettre en œuvre une démarche active de suivi de la gestion, les réformes actuelles incitent fortement au développement d'outils de pilotage interne. Pour autant, les outils classiques répondent-ils complètement à cette nouvelle exigence ?

2.4.1 L'incomplétude d'un contrôle de gestion centré exclusivement sur les outils de comptabilité analytique hospitalière.

Les méthodes issues de la CAH semblent incontournables et forment le socle de toute démarche de contrôle de gestion. En effet, elles permettent aux hôpitaux, dans un contexte de montée en charge de la T2A, de se positionner par rapport à des critères d'efficacité économique : comparaison de leur coût unitaire des activités médico-techniques et logistiques avec d'autres établissements (Base d'Angers), positionnement par rapport à la base ENC (notamment avec les TCCM) qui permet d'avoir une idée globale de l'impact de la T2A dans un établissement, les tarifs étant issus de l'ENC (après réajustements). De plus, l'utilisation des outils de CAH s'avère souvent intéressante et constitue, à certaines conditions, une aide à la décision. On verra d'ailleurs, dans la 3ème partie, qu'il est possible de développer des pratiques managériales à partir de ces outils.

Pour autant, cette instrumentation de gestion, essentiellement fondée sur l'analyse des coûts, n'est pas complètement satisfaisante.

- **Les biais de la CAH**

Les modèles de CAH comportent certains biais. Notamment, la base de comparaison que constitue l'ENC n'est pas totalement fiable : c'est une moyenne, présentant de fortes variations à l'intérieur de l'échantillon. D'ailleurs, cet échantillon est assez réduit puisqu'il ne regroupe qu'un cinquantaine d'établissements (en réalité, seuls 35 établissements environ fournissent des données fiables). De plus, 70% des dépenses affectées aux GHM

ne sont pas liées au patient ou à la pathologie ; il s'agit surtout de dépenses de prestataires.

En fait, lorsque l'on analyse le mode de construction de l'ENC, on constate que seules 5% des dépenses environ peuvent être imputées directement aux séjours (sang, prothèses, actes réalisés à l'extérieur...). Concernant les autres dépenses médicales (notamment les charges de personnel), la part des dépenses de chaque section d'analyse clinique fréquentée par le patient sont ventilées à la journée. Ce mode de répartition est particulièrement grossier car il suppose que tous les patients d'une même section d'analyse demande le même niveau de soins. De plus, il y a interdépendance des séjours car le mode de calcul fait intervenir la durée de séjour de l'ensemble des patients ayant recours aux mêmes sections d'analyse cliniques. De même, les dépenses des sections d'analyse médico-techniques sont ventilées selon la consommation d'ICR (indices de coûts relatifs) ou de B par le patient. Mais on constate toujours dans le mode de calcul une interdépendance entre les séjours puisque est aussi prise en compte la consommation d'ICR et de B de l'ensemble des patients ayant recouru aux mêmes SA médico-techniques.

Ainsi, l'utilisation du coût par GHM s'avère peu pertinente ; il conviendrait plutôt d'adopter une approche par service ou par pôle pour éviter le mode d'affectation arbitraire des charges entre les séjours. La mise en place de compte d'exploitation par entité (service/pôle) paraît une initiative intéressante (un guide d'élaboration devrait paraître dans le courant de l'automne 2006).

- **L'inadaptation des outils de CAH aux attentes de la communauté médicale.**

On a déjà indiqué que la mise en œuvre du contrôle de gestion se heurte à des obstacles de type culturel. Mais il apparaît aussi qu'une approche du CDG centrée sur la connaissance des coûts est assez limitante pour les médecins. Il semble notamment relativement difficile de les mobiliser sur des objectifs de coût unitaire, l'approche en volume est souvent plus parlante. Les futurs chefs de pôle ont besoin d'indicateurs plus globaux qui intègrent d'autres variables que les seuls critères financiers qui les renseigneront sur les pratiques elles-mêmes et non sur leur seule traduction en terme économique.

- **Les limites méthodologiques de l'approche par les coûts.**

Avec l'introduction du système de la T2A, les responsables hospitaliers sont tentés d'axer leurs efforts sur la connaissance des coûts et leur comparaison avec des références externes. Or, force est de constater que le financier est un indicateur d'aval qui mesure la traduction économique des actions. **Il ne renseigne pas sur les générateurs du résultat financier** et n'apporte donc pas assez d'informations pour guider les actions à conduire. Il

semble ainsi nécessaire d'aller plus loin, en analysant les générateurs de performance (situés en amont). Par ailleurs, les critères financiers, notamment l'analyse des coûts, ne traduisent pas l'ensemble des objectifs de l'hôpital ; ils sont un indicateur parmi d'autres. Or, le contrôle de gestion a bien été défini comme le processus par lequel les dirigeants s'assurent que les actions entreprises permettent d'atteindre les objectifs de l'organisation. La performance financière n'est manifestement pas l'objectif premier de l'hôpital qui assure d'abord une mission de service public visant à promouvoir la santé. Ainsi apparaît la nécessité de dépasser l'approche par les coûts même si celle-ci constitue un socle. La démarche CDG doit d'abord être communicante, impliquer et motiver les acteurs et pour cela elle doit prendre en compte les multiples dimensions de l'hôpital. D'autres méthodes et outils doivent donc être expérimentées en complément de la CAH.

2.4.2 L'expérimentation de nouveaux outils : les tableaux de bord (prospectifs).

Des initiatives visant à introduire de nouveaux outils de pilotage interne voient le jour. Elles sont souvent centrées sur l'utilisation d'indicateurs multidimensionnels permettant de renseigner sur les différentes facettes des structures hospitalières : qualité, ressources humaines, indicateurs financiers, parts de marché... Deux initiatives mises en œuvre au niveau national, sous la houlette du ministère, peuvent être mentionnées ici. Il s'agit d'abord du **répertoire d'indicateurs réalisé par le Gmsih**, diffusé notamment sur support multimédia (CD-Rom)⁶. Deux types de tableaux de bord sont distingués :

- les tableaux de bord stratégiques, surtout destinés à la Direction. Ils permettent de suivre la réalisation des objectifs stratégiques (issus des orientations stratégiques : qualité, offre de soins, équilibres financiers, adéquation des ressources, des moyens et de l'activité, recherche). Une centaine d'indicateurs possibles sont exposés.
- les tableaux de bord opérationnels, destinés aux services. Environ 300 indicateurs possibles sont classés suivant les objectifs définis : par exemple, améliorer la fréquentation de l'établissement, améliorer la qualité, optimiser la gestion des ressources humaines.

Parallèlement à ces tableaux dits « de pilotage », des tableaux de bord de suivi d'activité (tant au niveau stratégique qu'opérationnel) sont proposés. L'apport essentiel de cet outil est de répertorier, de façon assez complète, une palette d'indicateurs possibles. Il constitue une base utile pour les établissements qui devront cependant sélectionner les

⁶ [26] « Kit de Base des tableaux de bord pour les établissements de santé »

quelques indicateurs les plus adaptés pour eux, en fonction de leurs objectifs mais aussi de leur capacité à produire l'information.

La deuxième initiative est celle des indicateurs du projet de Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière (**COMPAQH**). L'objectif de ce projet, coordonné par la DHOS et l'HAS en collaboration avec l'INSERM, est de sélectionner une série d'indicateurs de qualité hospitalière, de les tester dans des établissements volontaires, de comparer les données et à terme de généraliser certains d'entre eux. C'est ainsi que le « score » ICALIN, indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales, est maintenant disponible pour chaque établissement. Ce projet doit susciter une réflexion des professionnels hospitaliers sur le développement d'outils de pilotage de la performance centrée sur la qualité.

Certains des indicateurs présentés dans ces documents sont assez sophistiqués (ex : délai d'envoi des courriers d'hospitalisation, durée d'attente en consultation externe, traçabilité de la douleur...) et nécessitent donc des systèmes d'information avancés, ce qui est rarement le cas dans la plupart des hôpitaux. Une priorité pourra être donnée aux indicateurs simples.

En pratique, ces indicateurs peuvent être regroupés dans des documents synthétiques : les tableaux de bord. Ces derniers peuvent être à l'usage de la direction et/ ou des services ou pôles (tout dépend du modèle de CDG privilégié par l'établissement).

Par ailleurs, certains établissements se lancent de leur côté vers des démarches de management de la performance. Nous nous sommes rendus dans deux établissements expérimentateurs de cette démarche : les Hôpitaux Civils de Lyon et le Centre hospitalier de Blois où nous avons rencontré les directeurs chargés du contrôle de gestion. Ces deux établissements ont pour point commun de fonder leur démarche sur la réalisation de tableaux de bord en s'inspirant du modèle des tableaux de bord prospectifs ou TBP (« Balanced Score-cards » littéralement « tableaux de bord équilibrés »), le Centre hospitalier de Blois présentant, à notre avis, la démarche la plus aboutie d'application des TBP à l'hôpital.

Les tableaux de bord prospectifs sont apparus en 1992, portés par Robert Kaplan et David Norton dans un article fondateur de la Harvard Business Review⁷. Depuis cette date, de nombreuses organisations publiques et privées ont expérimenté le concept et l'ont enrichi.

⁷ Harvard Business Review, janvier/ février 1992 ; [12] KAPLAN R.S., NORTON D.P. / Le tableau de bord prospectif

Les TBP ont 3 caractéristiques principales :

- ils sont liés à la stratégie : ils traduisent les objectifs qui découlent de la stratégie
- ils sont équilibrés : les mesures ou indicateurs sont réparties suivant plusieurs axes (on retient en général les axes financier, client, processus, apprentissage organisationnel). Ils sont équilibrés dans le sens où ils mêlent des indicateurs situés en amont (« leading indicators ») portant sur les générateurs de performance (« performance drivers »), tournés vers l'avenir, et des indicateurs situés en aval (« lagging indicators ») portant sur les résultats (« current operating performance »), tournés vers le passé (notamment les résultats financiers).
- Ils sont fondés sur les causalités : les mesures sont liées par des relations de cause à effet, de manière à constituer un véritable système. Ciblés sur l'analyse des causes des résultats, les TBP permettent ainsi de décider d'actions correctives à entreprendre. C'est dans ce sens que ces tableaux sont dits « prospectifs » (les anglo-saxons préférant axer la terminologie sur leur aspect équilibré (« balanced »)).

L'apport des TBP peut se résumer dans le tableau suivant :

Tableaux de bord classiques et systèmes de mesures traditionnels	Tableaux de bord prospectifs et systèmes de mesures stratégiques
Tournés vers les finances (passé)	Tournés simultanément vers les finances, les clients, les processus, les compétences (avenir)
Non liés à la stratégie	Directement liés à la stratégie
Tournés vers l'optimisation des coûts	Tournés vers l'amélioration des performances
Segmentés, par îlots de performance	Globalisés pour la mesure des performances simultanées
Orientés apprentissage individuel	Orientés apprentissage collectif
Vision descendante « Top-down » : objectifs et plans d'action imposés par la Direction	Vision « Bottom-up » : élaboration des indicateurs par les acteurs de terrain (appropriation des objectifs et de leur évaluation)

Tableau 3 : comparaison des tableaux de bord classiques et des tableaux de bord prospectifs⁸.

Les TBP permettent donc d'abord de faire partager la stratégie aux acteurs, ce qui suppose au préalable de la définir et de la clarifier. C'est donc aussi un outil d'incitation à la définition stratégique. D'autre part, les TBP paraissent plus crédibles aux acteurs que les tableaux de bord classiques : leur construction est partagée, ainsi que l'analyse des résultats. Ce sont des outils de terrain. De plus, ils sont communicants dans la mesure où ils prennent en compte les différentes dimensions qui contribuent à la création de valeur

⁸ [11] IRIBARNE P. / Les tableaux de bord de la performance.

(activité, qualité,...) et ne se focalisent pas sur l'aspect financier, conséquence des autres variables. Ils intéressent donc à la fois les gestionnaires et les acteurs de terrain (médecins, cadres, soignants). Ils permettent donc un dialogue multiprofessionnel, favorisant l'émergence d'un langage commun. Enfin, ils permettent au CDG d'être dynamique, en alimentant la prise de décision (plans d'actions).

- L'exemple des Hospices Civils de Lyon (HCL)

La mise en place de la démarche de CDG aux HCL est motivée par un contexte de baisse de l'activité entre 1998 et 2002 (-10%). Il devenait alors impératif de revoir les budgets historiques. Une démarche générale a été portée conjointement par le directeur général et le président de CME visant à augmenter la performance des établissements dans un contexte de montée en charge de la T2A. Une stratégie et des objectifs liés ont été définis : objectif de croissance de l'activité de 2% par an en hospitalisation complète et 3% pour l'hospitalisation de jour, maîtrise de la DMS, maîtrise de la consommation des ressources. Les objectifs d'activité ont été déclinés par service sur une durée de 3 ans. Ils sont personnalisés en fonction des services (état de la DMS...). Ces objectifs ne sont pas négociés mais définis en concertation avec les services. Les budgets historiques de service ont été remis en cause et redéfinis en budgets évolutifs.

Parallèlement, le pilotage des objectifs a été organisé par une réorientation du CDG sur des fonctions opérationnelles de reporting. En effet, la fonction de CDG existe depuis plusieurs années aux HCL mais il était traditionnellement orienté sur l'analyse et l'étude.

Cette démarche semble avoir porté ses fruits puisque les HCL enregistrent une croissance de 7% de l'activité entre 2003 et 2005 mais aussi une meilleure maîtrise de la DMS par une meilleure organisation notamment de l'aval.

Les outils utilisés se veulent pragmatiques et communicants avec les médecins : ils sont d'abord centrés sur le reporting, l'objectif étant de sortir des seuls indicateurs financiers pour s'orienter vers les tableaux de bord prospectifs. Ces tableaux de bord sont destinés aux services (centres de responsabilité). De plus, les indicateurs retenus sont toujours opérationnels et sont médicalisés. Ils sont exprimés en volume et non en euros.

Le reporting est organisé suivant deux modes :

- le reporting annuel. Les indicateurs utilisés aux HCL au niveau des services sont :

- *Des Indicateurs de patientèle : nombre de patients, âge moyen, pourcentage de réadmission.*
- *Des indicateurs de ressources humaines : nombre de séjours/ ETP médical, Recettes/ETP médical, absentéisme.*
- *Des indicateurs de performance économique : activité, PMCT, consommation d'ICR, de B (rapportées à une valeur de référence).*
- *Des indicateurs de performance de la durée de séjour : DMS, indice de performance de durée du séjour, le taux d'occupation (objectif de 86%), nombre de séjours < 24h et > 24h, analyse par service et par GHM.*

- le reporting mensuel comportant le nombre d'entrées, de séances, les dépenses variables.

Au total, une dizaine d'indicateurs sont utilisés en routine.

Ces outils empruntent certains éléments de la CAH : des TCCM partiels sont utilisés, notamment sur les B.

De plus, les référentiels PMSI / ENC sont utilisés en interne: les DMS par séjour sont comparées à celles de l'ENC ; les séjours les plus fréquents sont recensés.

Les tarifs des GHS sont utilisés en interne (budgets de service), privilégiant une approche par service au détriment d'une comptabilité analytique par séjour, jugée peu pertinente.

Ainsi, le fondement de la démarche de CDG est peu orienté sur les coûts en eux-mêmes (notamment les coûts unitaires, insuffisamment mobilisateurs aux yeux des responsables). Elle obéit plutôt à une logique de management par objectifs, axée sur le prospectif.

Une grande majorité de la communauté médicale semble adhérer à la démarche car les indicateurs parlent aux médecins. Les services font l'objet d'une visite 1 à 2 fois par an afin de réaliser le bilan et de fixer des objectifs. Le personnel a été sensibilisé à la démarche par l'organisation de formation, 2h de formation par service (médecins, cadres, parfois secrétaires) surtout orientée sur les budgets de service.

Concernant l'organisation du CDG, ce dernier est intégré au sein de la direction des finances (siège des HCL), faisant de lui un support de la stratégie financière. Cependant, la relation du directeur adjoint chargé du contrôle de gestion avec le directeur général est très étroite. Le directeur général a soutenu la démarche, en portant le projet de pilotage de la performance.

De façon pratique, la direction chargée du CDG impulse l'orientation aux sites et produit les tableaux de bord.

Le lien entre le DIM et le CDG est un élément fondamental. Le DIM met en forme les indicateurs. Il produit les données PMSI qui sont validées par le CDG. Mais le DIM n'endosse pas l'analyse des données. Celle-ci est du ressort du CDG.

Le bilan de cette expérience est très positif. Elle s'est traduite par des résultats encourageants : augmentation de l'activité et meilleure maîtrise de la DMS. De plus, le pilotage a débouché sur des mesures concrètes : fermeture d'unités, renforcement de l'hospitalisation de semaine.

Le CDG est ainsi passé de l'analyse de gestion au pilotage de la performance par l'exploitation des données et le dépassement des indicateurs financiers. Mais ce projet a demandé des changements culturels considérables.

- L'expérience de contrôle de gestion au centre hospitalier de Blois.

Nous avons rencontré P. Expert, directeur de la stratégie, de l'évaluation, du contrôle de gestion et des systèmes d'information au Centre hospitalier de Blois (CHB). Il nous a exposé la démarche de CDG qu'il a mise en place au CHB, établissement dans lequel il exerce depuis plusieurs années.

A ses yeux, le CDG est un centre de pouvoir important à l'hôpital. Mais contrairement à certains établissements qui ont tendance à faire du CDG une fonction du pouvoir centralisé (Direction générale, Conseil exécutif), le CDG est d'abord pour lui au service de la contractualisation interne et de la délégation. Il mobilise donc directement les acteurs de terrain qui doivent au préalable adhérer à la démarche.

Le rôle d'impulsion du directeur général (de l'époque) a été déterminant dans la mise en place du contrôle de gestion. Son successeur s'est inscrit dans la continuité, en adoptant une vision de partage avec le corps médical, avec l'idée de les associer à la prise de décision.

Positionnement du contrôle de gestion.

Le CDG est confié à un directeur qui associe d'autres compétences :

- les systèmes d'information qui assurent la production d'informations qui alimentent le CDG
- la qualité : elle influence l'attractivité de l'établissement mais aussi ses résultats financiers. Elle constitue un élément essentiel de la performance de l'hôpital, en amont de la rentabilité financière.
- la stratégie : le CDG doit être un moyen de mettre en œuvre le projet d'établissement.

Au CHB, la direction des finances est positionnée sur une vision macro, centrée sur les grands équilibres financiers et le rendu de l'activité : dépenses par grands groupes, EPRD. Le Directeur chargé du CDG est axé sur une approche micro, très en prise avec le terrain. Pour autant, le directeur des finances est associé aux analyses produites.

La mise en œuvre des outils.

Dès 1995-1996, des tableaux de bord financiers sont élaborés en utilisant le PMSI et le système de la T2A : constitution de budgets de service avec un volet dépenses incorporant les dépenses directes et indirectes (consommations de prestations : examens de radiologie et de laboratoire...) et un volet recettes valorisant l'activité du service. Les résultats sont communiqués aux médecins et cadres dans le cadre de la contractualisation, avec toujours une certaine solennité dans la présentation des tableaux de bord financiers.

En 1999, on prend conscience des limites des tableaux de bord financiers. Les finances ne renseignent que sur les effets. Ainsi, les tableaux de bord sont tournés vers le passé et ne donnent pas de pistes d'amélioration pour le futur. De plus, on se rend compte qu'il faut davantage associer les médecins à l'analyse, d'où l'idée de développer des tableaux de bord prospectifs (TBP). Un travail d'élaboration des TBP a été mené avec Thierry Nobre, universitaire qui a contribué à la diffusion des TBP en France, permettant d'adapter les TBP au contexte hospitalier.

Les quatre dimensions classiques des TBP (Cf. ci-dessus) sont adaptées à l'hôpital, menant à la définition de 4 axes, déclinés par pôle :

1) **l'axe processus** qui traduit le fonctionnement de l'organisation.(ex. d'indicateurs : taux d'occupation, DMS, séjours extrêmes haut, nombre de séjours multi-unités).

2) **l'axe qualité- usagers** (ex : qualité du dossier patient, résultat des enquêtes clientèle, éventail des cas traités)

3) **l'axe ressources** qui concerne à la fois les aspects humains et matériels.(ex : absentéisme court du personnel non médical, formation, %age de pannes du système informatique).

4) **l'axe financier** : il se présente sous forme d'un budget d'exploitation (recettes liées à l'activité / dépenses directes et semi-directes)

Dans la conception des tableaux de bord, l'axe financier vient en dernier parce qu'il est pensé comme secondaire par rapport aux autres dimensions. De plus, l'intérêt de placer les autres axes avant les finances permet de faciliter le dialogue avec les médecins et de travailler sur les causes.

Au CHB, beaucoup d'indicateurs ont été choisis en partant de l'hypothèse que l'on ne connaît pas a priori les causes recherchées. Des indicateurs principaux ont été définis (comme la DMS) ainsi que des indicateurs plus fins (ex : nombre de patients en soins palliatifs, âge des patients).

L'élaboration de ces tableaux de bord s'est faite en association avec les médecins qui ont contribué à déterminer des grandes variables. La méthode suivie : ne pas imposer de tableau de bord tout fait. Ces variables ont ensuite été déclinées sous forme d'indicateurs assortis de cibles. Certains indicateurs ont été personnalisés suivant les pôles (ex : Urgences). Ce travail en amont a permis de travailler sur l'appropriation de l'outil mais aussi d'instaurer un langage commun.

Restitution des résultats et plans d'action

La présentation des tableaux de bord est une étape importante d'utilisation de l'outil. Elle a lieu deux fois par an pour chaque pôle ; elle est animée par le directeur du CDG. Le DG assiste aussi aux analyses. Tous les médecins et les cadres du pôle sont conviés à la présentation. Cet exercice permet de repérer les leaders mais aussi de lier les compétences. En général, tous les médecins assistent à la réunion. La constitution des pôles a permis de relancer la dynamique.

Les résultats financiers sont présentés en premier car ce sont des indicateurs absolus, les autres indicateurs étant présentés par la suite. Les tableaux de bord ne sont plus communiqués aux médecins avant la présentation, ce qui permet de promouvoir les échanges de points de vue sur le vif. La présentation donne lieu à une analyse concertée. Il arrive parfois que les données soient contestées, ce qui paraît assez inévitable lorsque l'on touche à des indicateurs qualitatifs, donc moins solides, et surtout lorsque l'on

s'intéresse directement aux organisations et aux pratiques professionnelles (et non à leurs simples conséquences financières). Un des objectifs de cet outil est bien de susciter la réactivité (même critique !) des acteurs.

L'avantage de présenter des TDB par pôle est d'instaurer une régulation entre les médecins qui échangent sur les résultats.

A la fin de l'analyse, des pistes d'amélioration par pôle sont fixées et figurent dans le compte-rendu élaboré par le directeur en charge du CDG. L'ensemble des comptes-rendus est publié.

Les pistes d'action proposées font partie des projets des pôles qui peuvent les mettre en œuvre dans le cadre de la délégation de gestion. Notons ainsi qu'au CHB, il n'y a pas de délégation budgétaire : seule la gestion de projet et de la qualité fait l'objet d'une délégation, sur des durées courtes. L'objectif de la délégation est de permettre aux responsables de pôle de réduire les écarts constatés dans les tableaux de bord. Par exemple, un des projets, mené à la suite de l'analyse produite dans le cadre des TBP, a abouti à la création d'une unité de jour de chirurgie.

Perspectives

Des tableaux de bord journaliers ou hebdomadaires sont en cours d'élaboration. Ils seront alimentés en temps réel (nombre de séjours, GHM borne haute,...) et permettront ainsi aux responsables d'être plus réactifs.

Une réflexion est menée sur la mise en place de l'intéressement aux résultats, pris dans un sens large (notamment prise en compte de la qualité). Il s'agirait de créer un intéressement pérenne.

Ces deux expériences ont des points communs importants:

- Le rôle d'impulsion du directeur général qui fournit un appui institutionnel à la démarche de contrôle de gestion.
- Dans les deux cas, le CDG dépasse l'analyse de gestion centrée sur les coûts. Le financier est considéré comme un indicateur secondaire ; c'est le résultat des autres dimensions.
- Les outils sont orientés sur les services dans une optique de contractualisation interne et de délégation de gestion.
- Une analyse partagée des résultats.
- La sensibilisation des médecins à la démarche contrôle de gestion
- Un bilan positif dans les deux cas.

Pour autant, certaines différences peuvent être notées :

- Sur le positionnement de la fonction : dans le premier cas, elle est rattachée aux finances alors que dans le cas du CHB, elle est volontairement détachée des finances et liée à la stratégie et à la qualité, rompant ainsi totalement avec la conception classique (comptable) du CDG.
- Sur les indicateurs : ils sont plus nombreux à Blois et plus complexes et portent directement sur les processus donc sur les pratiques. Aux HCL, seuls quelques indicateurs synthétiques sont sélectionnés. Ces choix sont peut-être dus à la différence de taille entre ces deux établissements, les

HCL ayant davantage besoin, par la complexité de la structure, de recentrer ses tableaux de bord sur quelques indicateurs.

- Sur le mode d'appropriation : la démarche est certainement plus poussée au CHB avec une grande mobilisation des acteurs.

Conclusion du chapitre 2.4 :

A partir de nouveaux outils, il est possible de rénover le contrôle de gestion en élargissant son périmètre classique. Dans les expériences présentées ici, les responsables du CDG se sont intéressés aux différentes dimensions de la performance dans la perspective d'analyser les générateurs de cette performance mais aussi d'offrir aux acteurs opérationnels des outils d'analyse de leurs pratiques. Cette approche rend possible l'élaboration d'un diagnostic partagé entre les gestionnaires et les services en vue de la formulation concertée de mesures correctives. En favorisant une démarche interactive et une appropriation des outils, il est donc possible de mettre en place un véritable processus de contrôle de gestion (Cf. 1^{ère} partie), pensé comme un mode de management de la performance.

Dans cette partie, nous avons vu que le contexte actuel est propice au développement du contrôle de gestion. Au-delà de la mise en place d'une instrumentation de gestion classique (type CAH) se présente une occasion de créer de nouvelles pratiques managériales, participatives, utilisant des outils plus adaptés.

La 3^{ème} partie sera consacrée au cas du Centre hospitalier d'Orsay. Nous commencerons par établir un diagnostic préalable des outils et des pratiques de CDG existants. Puis nous essaierons de montrer comment mettre en place un processus de contrôle de gestion en développant des pratiques managériales s'appuyant sur des outils de pilotage. Cette entreprise n'est pas aisée compte tenu des obstacles techniques, sociologiques, juridiques, propres au contexte hospitalier. Toute piste d'action viable implique de trouver des réponses à ces points de résistance.

3 3EME PARTIE

LA MISE EN PLACE D'UN PROCESSUS DE CONTROLE DE GESTION AU CENTRE HOSPITALIER D'ORSAY.

PISTES D'ACTION POUR LA PROMOTION DE PRATIQUES MANAGERIALES UTILISANT LES OUTILS DU CONTRÔLE DE GESTION.

Notre angle d'approche est délibérément axé sur la notion de processus de contrôle de gestion. En effet, le Centre hospitalier d'Orsay (CHO), contrairement à de nombreux établissements, s'est déjà doté d'une instrumentation de gestion même si celle-ci pourrait être améliorée. A priori, les freins techniques liés à la mise en œuvre du contrôle de gestion sont en partie levés.

Comme nous l'avons montré, le contrôle de gestion ne se limite pas à des outils ; c'est un mode de management permettant de promouvoir la performance. C'est un processus (Cf. schéma 1), allant de la définition d'une stratégie à la prise de mesures correctives, alimenté par une boucle de « feedback » qui assure l'amélioration continue de ce processus. Celui-ci demande ainsi une implication forte des acteurs.

Le but de cette partie sera de se demander comment assurer le déploiement de ce processus au CHO et éventuellement quels sont les outils les mieux adaptés à ce mode de management.

La méthodologie employée est la suivante :

- Formulation d'un diagnostic à partir du recensement de l'existant tant au niveau des outils qu'en terme de pratiques managériales (acteurs impliqués, mode de restitution des données, analyses, plans d'action).
- Proposition de pistes d'action en vue d'améliorer ces pratiques à la fois par l'adaptation des supports et instruments de pilotage mais aussi par la mise en évidence de méthodes managériales.

3.1 L'existant : un établissement dynamique en matière d'outils de pilotage interne.

3.1.1 Quelques éléments de contexte.

Le Centre hospitalier d'Orsay est un établissement de taille modeste, situé dans le département de l'Essonne. Il compte environ 430 lits et places et réunit une large palette

d'activités puisque l'offre de soins comprend une activité de MCO mais aussi des soins de suite et de longue durée (120 lits) ainsi que de la psychiatrie adulte (90 lits) et une structure intersectorielle de psychiatrie infanto-juvénile. L'hôpital a développé des alternatives à l'hospitalisation complète en créant une activité de prise en charge ambulatoire en MCO ; il compte également de multiples structures de prise en charge psychiatrique en journée (CMP, CATTP, hôpital de jour). L'activité du CHO est fortement concurrencée tant par les établissements proches (établissements PSPH et cliniques privées) que par l'offre de soins publique parisienne.

L'hôpital emploie environ 1000 personnes dont un peu plus d'une centaine de médecins. Le budget général s'élève à environ 57 millions d'euros.

La direction du CHO est assurée par cinq directions fonctionnelles attachée à la direction générale :

- la direction des finances, du contrôle de gestion, des systèmes d'information et de l'accompagnement des pôles.
- la direction des ressources humaines et des affaires médicales.
- la direction des affaires générales et médico-sociales, des usagers et de la qualité.
- la direction du patrimoine et de la logistique.
- la direction des soins.

A noter un élément important dans le fonctionnement institutionnel de l'établissement : la direction du CHO est assurée par le même directeur que celle du Centre hospitalier de Longjumeau, situé à une dizaine de kilomètres d'Orsay. Les comités de direction sont communs aux deux établissements, ce qui favorise le partage d'expériences entre les directeurs adjoints, permettant notamment une comparaison (et parfois une harmonisation) des pratiques dans différents domaines, dont le contrôle de gestion.

3.1.2 Le positionnement du contrôle de gestion.

Le contrôle de gestion a vraiment été mis en place par la directrice des finances qui a précédé le directeur actuel. Arrivée en poste en 1999, cette directrice adjointe était aussi en charge des systèmes d'information et de la qualité. Les compétences de l'actuel directeur des finances ont été légèrement modifiées puisque sa direction englobe toujours le contrôle de gestion et les systèmes d'information mais ne comprend plus la qualité. En revanche, il est également en charge de l'accompagnement des pôles (découpage, délégation de gestion).

Le contrôle de gestion est donc plutôt orienté sur la dimension financière mais prend aussi en compte la logique de délégation de gestion vers les pôles.

Le directeur est assisté de 4 personnes (hors systèmes d'information) dont un responsable de la production de la comptabilité analytique.

3.1.3 La mise en place d'outils de contrôle

Le CHO dispose de deux grandes catégories d'instruments de gestion : des outils de comptabilité analytique assez avancés et des tableaux de bord annuels et infra-annuels centrés sur les indicateurs d'activité et de performance.

- **Les outils de comptabilité analytique**

Notons en préambule que les outils de comptabilité analytique ont été déployés assez tôt au CHO, en tout cas bien avant la mise en œuvre de la T2A.

La comptabilité analytique hospitalière (CAH) a été initiée dès 1992. Aujourd'hui, le plan de compte analytique du CHO est conforme aux principes préconisés par le guide méthodologique de CAH.

Le fichier structure a été toiletté en 2000 avec la suppression d'environ 50 UF (unités fonctionnelles).

Sous l'impulsion de la directrice adjointe précédente, les outils de CAH ont été développés. Le CHO participe depuis 2002 à la **base d'Angers** (sur les données 2001) d'abord sur une dizaine de fiches puis en 2003 (données 2002) sur la quasi-totalité des activités prises en compte. Cette participation est depuis reconduite d'année en année. Les fiches d'analyse des écarts ont été communiquées pour la première fois en 2003, notamment aux services concernés. Elles sont composées de plusieurs rubriques d'analyse : la comparaison des résultats du CHO à la base d'Angers (coût unitaire de production avec un zoom sur le coût unitaire des CH, écart en valeur et pourcentage, coefficient de variation, échantillon pour l'activité concernée), la comparaison des résultats du CHO dans le temps, les réserves méthodologiques, le positionnement du CHO par rapport à l'échantillon (taille, nombre d'unités d'œuvre, données qualitatives), les constats (activité en économie ou en dépassement, analyse par lignes de charge), les commentaires du service.

Par ailleurs, un premier **tableau coûts / case-mix (TCCM)** a été élaboré à partir des données de 2002 et diffusé en 2004. Il est construit suivant les 8 étapes préconisées par le guide de comptabilité analytique hospitalière. Un TCCM global a été réalisé ainsi que des TCCM par service (exemple en Annexe 5), permettant d'analyser plus finement les sources d'écart. Un deuxième TCCM a été réalisé sur les données 2003 mais n'a pas été communiqué. Depuis, l'outil n'a plus été produit (départ de la directrice adjointe).

L'étude de coût des activités logistiques et médico-techniques ou étude de la « base d'Angers » : quelques rappels

L'étude de coût des activités logistiques et médico-techniques repose sur une comparaison entre les données fournies par 108 établissements volontaires (en 2004) qui constituent une base gérée par le CHU d'Angers. Le CHO est un des établissements les plus petits de l'échantillon.

Les résultats produits permettent de comparer le coût unitaire de production des activités étudiées par rapport à des unités d'œuvre spécifiques à chaque activité (nombre de K, de B, de repas, de m², de demi-heures...).

La méthodologie appliquée par les établissements participants est celle du Tome 2 du guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière. Concrètement, les hôpitaux remplissent des fiches normalisées de saisie qui garantissent l'homogénéité des informations fournies. Les établissements peuvent choisir de remplir seulement certaines fiches suivant les activités qui les concernent et les intéressent. Chaque fiche se décompose en deux parties :

- un volet qualitatif : il permet d'intégrer des données permettant d'apprécier les caractéristiques de l'activité : nombre d'ETP, nombre de lits, nombre de sites, sous-traitance...)
- un volet comptable qui répertorie l'ensemble des charges imputées à l'activité considérée suivant les principes du guide méthodologique. On peut croiser les données descriptives et comptables pour vérifier la cohérence de certains calculs.

Ensuite, les fiches envoyées par l'ensemble des établissements sont traitées de manière centralisée et chaque établissement reçoit alors en retour des fiches de résultats qui détaillent les coûts de production (les charges annuelles par compte budgétaire) par unité d'œuvre. En face des données de l'établissement, la moyenne de l'échantillon est mentionnée, accompagnée d'indications sur le nombre total d'observations, l'écart-type, le coefficient de variation, l'intervalle de confiance. Cette fiche est complétée par des données qualitatives qui permettent de positionner l'établissement par rapport à l'échantillon.

Le tableau coût case-mix

La réalisation de ce tableau s'appuie sur l'application des règles définies au Tome 1 du guide de comptabilité analytique hospitalière (+ additif de décembre 2001). Le but de cet outil est de comparer les coûts des activités MCO d'un établissement avec ceux d'un hôpital fictif produisant le même case-mix valorisé selon les coûts de référence de l'ENC.

La construction du tableau se déroule en deux temps :

- La construction des coûts théoriques de l'hôpital virtuel par la valorisation des GHM produits par l'établissement selon les coûts issus de l'ENC.
- La décomposition des coûts réels de l'activité MCO de l'établissement selon les mêmes rubriques.

La structure des coûts est la suivante :

- Le coût médical des séjours qui comprend les charges des SA cliniques (charges de personnel, consommables médicaux, dépenses de consommables coûteux, amortissement et maintenance du matériel médical), les charges des SA médico-techniques (affectées suivant les unités d'œuvre, B ou ICR, consommées) et les charges de logistique médicale.
- Le coût d'hôtellerie (blanchisserie, restauration) avec une ventilation des coûts en fonction des durées de séjour
- Le coût de la gestion générale et autre logistique (charges des services administratifs, logistiques et généraux) avec une ventilation au prorata des charges constatées précitées.
- Les coûts de structure qui intègrent notamment les dotations aux amortissements des bâtiments, les charges financières.

Le TCCM peut concerner l'ensemble des activités MCO (TCCM global) ou peut être décliné par service en utilisant le même mode de construction.

Le TCCM comme le calcul des coûts des activités logistiques et médico-techniques ont fait l'objet d'une communication en CME.

- **La mission d'assistance de la MeaH⁹.**

Le CHO s'est porté candidat pour la participation à la mission de « mise en œuvre de la comptabilité analytique hospitalière » confiée à la MeaH. Celle-ci s'est déroulée entre octobre 2003 et fin 2004. Elle a porté plus précisément sur l'élaboration de comptes d'exploitation par service, intégrant les modalités de la tarification à l'activité.

L'objectif de cet outil est de mettre en évidence les coûts générés par chaque service ainsi que les recettes imputables à chaque service en fonction de l'activité réalisée. Cet outil est donc complémentaire aux TCCM globaux et par service car il permet d'approfondir l'analyse des écarts constatés en mesurant leur impact réel en terme financier. Ces comptes d'exploitation permettront d'analyser la contribution financière de chaque service à la situation globale de l'établissement et donc d'orienter la prise de décision au niveau stratégique. Par ailleurs, la déclinaison du budget de l'hôpital par entité favorise l'appropriation par les acteurs du nouveau mode de financement, en les sensibilisant aux impacts financiers du fonctionnement et de l'activité de leur service. C'est donc aussi un instrument de gestion au niveau opérationnel qui permettra de poser un diagnostic financier sur chaque entité, préambule éventuel à des études plus poussées sur les causes de ce résultat.

Enfin, les comptes d'exploitation par service sont des outils de dialogue avec les professionnels de santé, suscitant une analyse concertée entre les gestionnaires et les services.

De façon pratique, la méthodologie de construction des comptes d'exploitation par service est la suivante :

- calcul des recettes DAC (dotation annuelle complémentaire) par service pour le MCO et DAF (dotation annuelle forfaitaire) pour les soins de suite et la psychiatrie. La répartition se fait au prorata des dépenses du service par rapport au total des dépenses du budget.
- Calcul des recettes T2A :
 - Application de la grille de tarifs aux GHS réalisés et répartition des recettes par service au prorata des DMS pondérées par le poids moyen du cas traité (PMCT) par service.
 - Affectation des recettes de la réanimation aux UF concernées.

⁹ [15] MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIERS / Mise en œuvre de la comptabilité analytique hospitalière. Capitalisation et retours d'expérience.

- Affectation des multiséjours aux UF concernées, au prorata de la DMS pondérée par le PMCT.
- Traitement des molécules onéreuses par affectation directe
- Calcul des recettes MIGAC.
- Calcul des autres recettes par service.
- calcul des coûts par service :
 - Calcul des charges directes (Cf. outils de bord trimestriels ci-dessous)
 - Calcul des charges indirectes à partir des consommations des plateaux techniques.
 - Calcul des charges logistiques et administratives au prorata des dépenses directes.

Une première maquette (sur Access) a été produite fin 2004. Malheureusement, celle-ci n'a pu être exploitée à cause de certaines difficultés techniques de l'outil informatique et d'un manque de suivi après le départ de la directrice adjointe.

- **Les outils de gestion infra-annuels.**

Les tableaux de bord mis en place introduisent certains indicateurs assez originaux et inédits. Mais seuls quelques-uns continuent à être produits en routine. Par exemple, des indicateurs de performance avaient été définis afin de positionner chaque service par rapport à la moyenne de l'établissement ou par rapport à la moyenne nationale. De plus, tous les ans, pour chaque service, le CHO identifiait sa « part de marché » par rapport aux autres hôpitaux concurrents sur certaines disciplines.

- **les tableaux de bord d'activité mensuels.**

Des tableaux de suivi de l'activité cumulée dans les services d'hospitalisation sont produits chaque mois. Ils comportent, par service, les indicateurs liés aux entrées constatées, aux journées réalisées, à la durée moyenne de séjour et au taux d'occupation (+ accouchements et naissances en Maternité).

De même, un suivi de l'activité constaté dans les unités médico-techniques est réalisé. En ce qui concerne l'imagerie médicale, un tableau permet de suivre les actes par nature (radiologie, scanner, échographie) et par catégorie de patients selon le nombre de malades vus, d'examens effectués et le nombre d'actes exprimés en K et Z. Par ailleurs, les données relatives aux blocs de chirurgie sont présentées selon le nombre d'actes par spécialités exprimés en KC et K. Ces tableaux doivent être réactualisés afin de mesurer la production en ICR. Les actes de laboratoire sont également répertoriés tous les mois.

Un suivi de l'activité d'urgence est réalisé (nombre de passages essentiellement) en distinguant les urgences générales, pédiatriques et gynéco-obstétricales.

Les consultations font enfin l'objet de tableaux de bord spécifiques. Les consultations externes sont ventilées par spécialité (les explorations fonctionnelles étant détaillées à part) ; les consultations de la maternité sont isolées. Les consultations de psychiatrie effectuées sur chacun des sites sont réparties selon les caractéristiques du séjour.

L'ensemble de ces tableaux fait référence à l'activité de l'exercice en cours ainsi que des deux derniers exercices, permettant une analyse de l'évolution des indicateurs.

Ces tableaux sont communiqués chaque mois aux chefs de services, aux cadres de santé ainsi qu'à l'équipe de direction.

- Les tableaux de suivi trimestriels.

Ce sont des tableaux de suivi des dépenses directes par service (Cf. Annexe 5). Ces dépenses sont ventilées par nature (dépenses de personnel, dépenses médicales, dépenses hôtelières et générales, dotation aux amortissements et provisions). Un comparatif avec l'année N-1 est réalisé. De plus, les tableaux mentionnent l'évolution des dépenses de l'ensemble de l'hôpital permettant à chaque service de se comparer à la tendance globale de l'établissement. Toutefois, on peut noter qu'il n'existe pas de budget de service sous la forme d'enveloppe fermée ; ces tableaux sont simplement donnés à titre indicatif, à charge aux responsables de service de prendre des mesures correctives (s'ils le veulent).

• **Les outils de gestion annuels : les tableaux de suivi des résultats par service.**

Les indicateurs d'activité produits mensuellement sont repris à la fin de l'année. D'autres indicateurs sont élaborés :

- des indicateurs permettant de mesurer l'activité des médecins du service en consultations externes avec un comparatif N-1 et N-2. Ce tableau n'est plus réalisé.
- des données sur les consommations dactes enregistrées par le service concerné. Le nombre d'actes consommés pour la période en cours est comparé aux données N-1 et N-2.

Des indicateurs plus avancés sont élaborés :

- des indicateurs de performance (avec un comparatif N-1 et N-2) :

Ces indicateurs ne sont plus produits depuis quelques années. Ils s'inspiraient du système RADAR (repères et aide à la décision des acteurs responsables) initié il y a quelques années par le Fédération hospitalière de France¹⁰.

La mesure de l'activité se faisait alors en points ISA. Ils prenaient en compte 5 axes (Cf. Annexe 5) :

- La performance médico-économique : nombre de points ISA produits, PMCT (poids moyen du cas traité).
- La performance du personnel : ETP de personnel médical et non médical mobilisé pour 100 000 points ISA produits. Ces données calculées par service sont comparées à la moyenne du CHO.
- La performance organisationnelle : la DMS est comparée à la référence nationale avec une mise en évidence de l'écart constaté.
- La performance concurrentielle : part de marché du CHO dans sa zone d'attractivité, classement du CHO, identification et part de marché du principal concurrent.
- La performance qualité : taux de retour des enquêtes de satisfaction, taux de satisfaction.

Ces tableaux ne sont plus produits depuis le départ de la précédente directrice.

- les tableaux d'activité par service du Département d'information médicale (DIM) : ils font apparaître le nombre de RUM, la DMS, le pourcentage de séjours inférieurs à 24 heures, le nombre de points ISA, le PMCT. Une comparaison de la DMS de chaque pôle d'activité (issu de la classification OAP : Outil d'Analyse PMSI) par rapport à la DMS nationale est réalisée (Cf. Annexe 5).

Le mode de diffusion des résultats

La communication des résultats a été organisée selon deux modalités successives.

Dans un premier temps, la communication des tableaux annuels avait lieu lors de conférences budgétaires qui réunissaient les directeurs, les chefs de service et les cadres pour chaque service. Ces rencontres constituaient le préalable à la réalisation du rapport d'orientation budgétaire. Le fonctionnement de ces réunions n'était pas satisfaisant notamment par manque d'implication des acteurs dans l'analyse des écarts.

¹⁰ [19] LESTEVEN P., DUPONT-GUESNIER M. « Partager la complexité de la conduite d'un établissement. Le système RADAR : tableau de bord du décideur hospitalier ».

Dans un second temps, ces conférences ont été supprimées. La présentation des résultats des tableaux du DIM, des analyses de performance, de la base d'Angers et du TCCM a eu lieu lors de rencontres annuelles entre la directrice des finances, l'attachée en charge des finances, les chefs de service et les cadres. Cependant, tous les directeurs ont connaissance de l'information, qui fait l'objet d'une présentation en comité de direction.

Ces rencontres n'ont plus eu lieu depuis le départ de cette directrice.

Par ailleurs, des indicateurs de qualité sont produits (encore actuellement) : les résultats de l'analyse des questionnaires de sortie sont envoyés aux cadres et chefs de service.

Enfin, des études ponctuelles sont réalisées. On pourra citer l'étude sur les parts de marché, élaborée en 2002 à partir des données de la BDHF (banque de données hospitalières de France). Elle concerne l'activité MCO et permet de positionner les différentes disciplines (par pôles d'activité OAP) par rapport à la concurrence. On peut signaler à ce stade l'inconvénient principal des données BDHF : celles-ci sont produites avec un retard important, deux ans de recul (on dispose actuellement uniquement des données 2004), ne permettant pas une réactivité satisfaisante des établissements. Pour autant, ces résultats donnent au moins une tendance, qui peut alimenter la prise de décision.

3.1.4 Un bilan largement positif

L'instrumentation de gestion dont dispose le CHO est assez élaborée et la production abondante. L'établissement possède un socle solide en matière de comptabilité analytique. Il dispose également d'un éventail d'indicateurs important, à la fois stratégiques et opérationnels qui peuvent aider utilement à la prise de décision.

Une des clés de réussite de cette démarche a été la bonne coordination entre la direction des finances et le DIM, les deux parties étant soucieuses d'améliorer les outils existants. Le médecin DIM a contribué à la validation des données. De plus, les relations étroites avec le DIM ont aussi permis d'adapter la méthodologie employée aux attentes des médecins et de valider les diagnostics portés.

Les médecins ont été bien impliqués dans la démarche. Une analyse a été conduite notamment sur les phénomènes de sur-prescriptions, l'organisation des gardes et le codage des entrées. La bonne réaction des médecins s'explique en partie par le contexte particulier du CHO, hôpital de proximité, en forte concurrence avec l'offre de soins parisienne. Les médecins ont notamment conscience de la nécessité de maîtriser la DMS pour faire subsister l'hôpital.

Cette démarche a aussi eu le mérite de sensibiliser les médecins à la construction des coûts mais aussi de les préparer à la logique de la T2A, facilitant l'acceptation et la compréhension de la réforme.

3.2 Mais une démarche qui n'est pas encore achevée.

3.2.1 Le changement de contexte

Certains éléments conjoncturels sont venus perturber la poursuite de la démarche. D'une part, la directrice des finances, qui a initié une grande partie de ces outils, a quitté son poste en 2004. La période de vacance du poste s'est prolongée, conduisant à un essoufflement dans la production des outils : TCCM, tableaux de performance. La nouvelle direction prévoit néanmoins de les réactiver et de les développer.

De même, le fonctionnement du Département d'information médicale est perturbé depuis plus d'un an, suite au départ du médecin DIM, en poste précédemment. Les données médicales issues du PMSI ne peuvent donc plus être exploitées de façon satisfaisante. Là encore, l'arrivée prochaine d'un nouveau médecin DIM pourrait relancer la dynamique.

3.2.2 Les freins humains et techniques

Les moyens humains consacrés au contrôle de gestion sont assez limités : si la démarche est portée par un directeur adjoint, une seule personne fournit le support technique nécessaire à la construction des outils. Le CHO dispose ainsi de peu de temps pour fiabiliser et développer les outils. De même, le directeur chargé du contrôle de gestion a d'autres attributions qui limitent d'autant le temps qu'il peut consacrer à l'analyse, à la présentation des résultats aux services et à l'amélioration de l'existant.

Concernant l'aspect technique de la production des données, le manque d'automatisation de la comptabilité analytique oblige à des traitements manuels assez fastidieux et chronophages qui ralentissent la diffusion des résultats. De même, l'analyse de l'activité (notamment des séjours) s'appuie sur des outils non standardisés et non disponibles en temps réel.

Le projet de la mission de la MeaH, qui aurait peut-être permis de disposer d'un outil relativement automatisé pour l'élaboration de comptes d'exploitation par service, constituait certainement une opportunité qui n'a pas été saisie.

De plus, les indicateurs produits restent assez rustiques, car essentiellement liés au suivi « administratif » de l'activité (nombre d'entrées, de journées, taux d'occupation, actes réalisés...). Le système d'information actuel ne permet pas de disposer en routine de données plus sophistiquées, qui renseignent sur les pratiques et l'organisation des services (ex : taux de réhospitalisation, délai d'envoi du compte-rendu au médecin traitant...). Certaines données intéressantes existent pourtant (nombre de réclamations,

turnover du personnel, indicateurs de gestion des risques) mais elles ne sont pas centralisées pour faire l'objet d'une analyse synthétique. Chaque direction détient une partie de l'information mais ne la croise pas avec d'autres indicateurs.

Le développement du contrôle de gestion passe donc d'abord par une amélioration des systèmes d'information existants.

3.2.3 Les limites des outils utilisés

On peut d'abord noter la sous-exploitation des outils existants. Celle-ci se situe d'abord au niveau de l'analyse. Les documents diffusés manquent de commentaires et d'explications sur l'évolution des indicateurs (ce qui peut être dû au manque de temps disponible pour les élaborer). Les résultats de la base d'Angers et du TCCM, s'ils ont fait l'objet d'une discussion avec les services, n'ont pas suffisamment été liés à l'analyse des pratiques. En définitive (la directrice des finances qui a pourtant été à l'origine de cette démarche le reconnaît elle-même !), ces outils n'ont pas eu beaucoup d'impacts et ont peu orienté la prise de décision tant au niveau des directions qu'au niveau des services. Par exemple, une des conclusions du TCCM a mis en évidence un problème de sous-effectif à la Maternité, auquel il n'a toujours pas été donné suite.

Plusieurs raisons peuvent être invoquées. La démarche de contrôle de gestion, impulsée essentiellement par la Direction des finances, n'a pas reçu de réel soutien institutionnel. Celui-ci aurait certainement permis de donner aux outils une place plus importante en les intégrant dans une démarche « officielle ». D'autre part, il n'existe pas d'incitation économique majeure à mettre en place un contrôle de gestion dans un établissement qui connaît une situation financière excédentaire depuis plusieurs années.

Enfin, les outils mis en place sont surtout axés sur l'angle financier et ne renseignent pas suffisamment sur les générateurs des résultats financiers : les processus, la qualité, les ressources humaines et matérielles. Le processus de contrôle de gestion ne peut donc être complètement mis en œuvre car l'analyse ne permet pas de mettre en évidence des axes d'action opérationnels. Pour reprendre la terminologie utilisée en 2^{ème} partie, les indicateurs d'aval ont été privilégiés mais ils ne portent que sur les résultats (donc sur le passé). Seuls des indicateurs non financiers, liés aux pratiques, peuvent orienter l'action en vue d'améliorer la performance future.

De plus, les indicateurs sont souvent peu parlants pour les médecins et les soignants. Les données utilisées restent assez administratives (nombre d'entrées, de journées, taux d'occupation...). Par exemple, une analyse en terme de séjours (au sens des GHM) devrait être davantage développée.

Conclusions des 3.1 et 3.2 :

La démarche de contrôle de gestion au Centre hospitalier d'Orsay s'appuie donc sur le développement d'outils de pilotage assez performants. Les résultats ont été partagés avec les professionnels de terrain, enclenchant ainsi un processus de contrôle de gestion. Pour autant, le périmètre de l'analyse de gestion mériterait d'être étendu davantage au suivi de la performance globale, par la prise en compte plus systématique d'indicateurs non financiers. Par ailleurs, les résultats émanant des outils mis en place débouchent de façon insuffisante sur des plans d'actions, le processus s'arrêtant au mieux au stade de l'analyse. On ne peut donc pas parler d'un véritable management de la performance. L'objectif du dernier chapitre sera donc de proposer des pistes d'amélioration qui porteront à la fois sur les outils et les pratiques managériales issues de ces outils.

3.3 Vers un management de la performance au Centre hospitalier d'Orsay.

Avant de proposer des pistes d'action pour l'amélioration du contrôle de gestion, il convient de se demander quelle finalité on veut donner au CDG dans l'établissement. Est-ce un contrôle de gestion au service du pouvoir centralisé ? Veut-on plutôt promouvoir des outils permettant d'instaurer un dialogue de gestion avec les services dans le but de guider l'action de terrain ?

Le contexte actuel pousse à envisager un compromis entre ces deux options.

- **les attentes de la direction générale** : dans un contexte de montée en charge de la T2A, la direction générale a besoin de disposer d'informations sur les coûts et l'activité pour orienter la décision stratégique. Le directeur encourage actuellement le développement de la comptabilité analytique hospitalière.
- **La mise en place des pôles (fin 2006) et l'élaboration des contrats de pôle (courant 2007)** : la contractualisation interne pousse au déploiement d'un contrôle de gestion décentralisé, à l'usage à la fois des gestionnaires et des responsables de pôles. Il faudrait ainsi concevoir des outils de pilotage de la performance communicants et participatifs.

Les pistes d'action proposées visent à la fois le positionnement fonctionnel et stratégique du CDG, l'instrumentation de gestion et son exploitation à travers des pratiques managériales.

3.3.1 La question du positionnement de la fonction de contrôle de gestion dans la direction.

Actuellement, la fonction de contrôle de gestion est rattachée à la direction des finances. Ce positionnement comporte certains avantages. En effet, la direction des finances est certainement la direction qui collecte le plus de données pertinentes à la réalisation des outils de comptabilité analytique et des tableaux de bord. Cependant, le CDG est une fonction transverse qui ne doit pas se cantonner à la seule dimension financière. Un rattachement direct de la fonction au directeur général semblerait plus approprié, assurant l'indépendance des outils et des analyses par rapport à la direction chargée des finances. Cette direction chargée du CDG pourrait se voir confier la stratégie (cette dernière étant le premier maillon du processus de contrôle de gestion) et la qualité (le CDG devant se préoccuper des générateurs de la performance, donc des pratiques et des procédures). Pour autant, la taille de l'établissement ne justifie peut-être pas la création d'une direction ajointe supplémentaire.

Néanmoins, un moyen de contourner le problème serait peut-être d'envisager un pôle de contrôle de gestion commun aux centres hospitaliers d'Orsay et de Longjumeau, coordonné par un directeur adjoint bi-site. Cette direction fonctionnerait en lien étroit avec les deux directions des finances et les deux Départements d'Information médicale. On pourrait même aller plus loin en envisageant une mutualisation complète du bloc Contrôle de gestion / Finances / DIM entre les deux établissements (en laissant tout de même des entités CDG / Finances/ DIM indépendantes les unes des autres), réduisant ainsi le nombre d'interlocuteurs d'une éventuelle direction du CDG commune. Le projet de fusion des deux directions des finances avait d'ailleurs été évoqué pendant une certaine période, mais était resté sans suite.

L'avantage d'une direction commune du CDG serait de permettre une mutualisation des moyens tant humains que techniques. La direction du CDG pourrait avoir à sa disposition 2 voire 3 contrôleurs de gestion, permettant de diversifier les profils et les missions de ces spécialistes. Ces derniers pourraient se voir confier des missions en routine : élaboration de tableaux de bord, analyse de la Base d'Angers, construction du TCCM. Mais ils pourraient aussi intervenir ponctuellement en réalisant des études de coût ou des audits internes sur des thèmes précis, par exemple lorsqu'il s'agit d'évaluer le retour sur investissement d'une grande opération de travaux ou bien lorsque l'on souhaite approfondir l'analyse quand des écarts importants de certains indicateurs par rapport aux références ou objectifs sont mis en évidence. L'intérêt de fusionner les fonctions de CDG serait aussi d'harmoniser les systèmes d'information et les outils techniques afin de dégager des économies d'échelle mais aussi d'aligner les deux établissements sur les meilleures solutions et pratiques en terme de systèmes d'information.

Un autre avantage de cette fusion serait de positionner la direction du CDG comme une direction centrale, directement liée à la stratégie.

Cependant, on peut noter qu'à l'heure actuelle les problématiques de gestion sont assez différentes entre les deux établissements, l'un étant en bonne situation financière, l'autre faisant l'objet d'un contrat de retour à l'équilibre financier. Ceci peut constituer un frein à la mise en commun de la fonction de CDG car il semble difficile d'appréhender le pilotage de gestion de la même façon lorsque les objectifs des deux hôpitaux diffèrent de manière sensible.

Une question à se poser est aussi celle de l'appellation de la fonction de CDG dans l'organigramme de l'hôpital. La dénomination « Contrôle de gestion » n'est peut-être pas la plus appropriée, cette notion étant peu connue du corps médical et parfois mal maîtrisée par les responsables hospitaliers eux-mêmes, du fait de son périmètre mouvant (Cf. 1^{ère} partie). De plus, elle est souvent associée dans les esprits à la fonction financière, ce qui ne correspond pas à la conception du CDG que nous voulons défendre. Selon nous, la dénomination qui traduirait le mieux notre définition du contrôle de gestion serait celle de « **Management de la performance** » ou « **Pilotage de la performance** ».

3.3.2 L'engagement institutionnel

L'acceptation de la démarche de contrôle de gestion et sa diffusion auprès des médecins et soignants nécessitent un soutien institutionnel fort, surtout si l'on veut faire du CDG un support à la mise en œuvre des contrats de pôle.

Le projet du directeur chargé du contrôle de gestion (finalité du CDG, outils envisagés, méthodologie de diffusion et d'exploitation des résultats) doit être élaboré en concertation avec le directeur général et le président de la CME et pourra être présenté aux instances. Ceci implique, au préalable, de faire adhérer le DG et le président de la CME à la démarche, ce qui semble être déjà en partie le cas.

3.3.3 La clarification de la stratégie et des objectifs

C'est en fait la première étape dans tout processus de contrôle de gestion. En effet, on ne peut évaluer des résultats et prendre des mesures correctives que par rapport à des objectifs, eux-mêmes découlant d'une stratégie.

Or, à l'heure actuelle, la stratégie et les objectifs du CHO ne semblent pas très clairement énoncés. Un seul objectif paraît réellement net : la réalisation de l'équilibre financier. La stratégie de l'établissement doit être le reflet du projet d'établissement. Force est de constater qu'il n'existe pas de projet d'établissement à proprement parler. Un projet social ainsi qu'un projet de soins ont récemment été élaborés (réactualisation des plans

précédents). De même, il existe un programme pluri-annuel relatif à la qualité. Le projet médical couvrait la période 2000-2005 mais n'a pas encore été actualisé. Enfin, il n'existe aucun document transverse, énonçant les orientations principales de l'établissement à moyen terme.

Il serait souhaitable de disposer a minima d'un projet médical actualisé, l'idéal étant tout de même d'élaborer un document stratégique synthétique qui reprendrait des éléments des différents projets mais en les situant dans une perspective globale (orientations médicales, sociales, financières, enjeux liés au programme architectural, à la qualité, aux usagers...).

Dans un second temps, cette **stratégie de moyen terme** (sur les 5 ou 6 prochaines années) pourra être déclinée en **objectifs annuels**, voire infra-annuels, portant sur les actions à mettre en œuvre. Ces objectifs sont alors assortis de moyens, dans le cadre du budget annuel.

Parallèlement et en cohérence avec l'élaboration d'une stratégie globale, les projets de services / pôles doivent être mieux formalisés et faire l'objet d'une déclinaison en objectifs de court terme. C'est à partir de ces objectifs qu'il sera possible d'élaborer des tableaux de bord équilibrés.

3.3.4 La nécessité d'améliorer et de faire vivre la comptabilité analytique hospitalière.

Comme on l'a souligné, le CH d'Orsay dispose déjà d'outils de CAH. Certains n'ont plus été utilisés depuis quelques années ; d'autres n'ont jamais réellement fonctionné. Enfin, les données issues de la CAH sont restées souvent sous-exploitées. Nous proposons ici un plan d'action en 3 phases : la réactivation des outils existants, une méthodologie possible d'exploitation des résultats, une réflexion sur l'opportunité d'utiliser d'autres instruments de connaissance des coûts.

A) La réactivation des outils existants.

Le CHO a produit (ou était en voie de produire) trois grands types d'outils de comptabilité analytique :

- La Base d'Angers, produite chaque année sans interruption.
- Le TCCM global et par service : une seule version (sur les données de 2002) a réellement été utilisée. Le TCCM par service pourrait être élargi aux pôles.

- Les comptes d'exploitation par service :

La démarche de construction de ces comptes d'exploitation, malheureusement inaboutie, mériterait d'être relancée, en utilisant la maquette existante, et transposée aux futurs pôles d'activité. L'intérêt de cet outil est manifeste car il colle parfaitement à la logique de la contractualisation interne avec les pôles. C'est à la fois un outil de gestion au service des futurs responsables de pôles qui pourront évaluer l'impact financier de leur activité et prendre des mesures correctrices. Cet instrument peut aussi servir de socle à la mise en place d'une politique d'intéressement aux résultats des pôles. Enfin, c'est également un support à la décision stratégique puisqu'il sera alors possible de connaître la contribution financière de chaque pôle à la situation financière globale de l'hôpital et éventuellement d'opérer des réajustements dans l'offre de soins proposée.

Le tableau ci-dessous récapitule le périmètre, les apports mais aussi les biais de chaque outil qu'il est important de garder à l'esprit pour éviter des erreurs d'analyse.

Le fait de disposer de multiples outils permet de fiabiliser la connaissance des coûts en croisant les sources.

Outils	Périmètre	Apports	Biais
Base d'Angers	<ul style="list-style-type: none"> • Champ : activités logistiques et médico-techniques (pour l'ensemble de l'hôpital) 	<ul style="list-style-type: none"> • comparaison du coût unitaire de chaque activité avec l'échantillon • déclinaison par lignes de charges 	<ul style="list-style-type: none"> • Biais liés à l'échantillon : nombre d'observations pour chaque activité, structure de l'échantillon (nombre de CHU, de CH), coefficient de variation (il doit être inférieur à 33%). • Unités d'œuvre à améliorer : KC, K • Conventions dans l'affectation de certaines charges (ex : dotations aux provisions intégrées dans le calcul du coût unitaire de la direction générale) • Pas de prise en compte suffisante des caractéristiques qualitatives des activités • Ne porte pas sur les activités cliniques
TCCM global / par service / par pôle	<ul style="list-style-type: none"> • Champ : MCO • Activité globale / activité des services ou des pôles 	<ul style="list-style-type: none"> • Comparaison de la structure des coûts avec l'hôpital fictif de même case-mix. 	<ul style="list-style-type: none"> • Echantillon (moins de 50 établissements) • Biais liés au découpage des GHM : 700 GHM pour 12000 pathologies hospitalières répertoriées dans la classification internationale des maladies => l'hôpital fictif ne peut pas refléter fidèlement la structure d'activité de l'hôpital.
Comptes d'exploitation par service / par pôle	<ul style="list-style-type: none"> • Champ : ensemble de l'hôpital • Chaque service / pôle 	<ul style="list-style-type: none"> • Coûts / recettes par service => résultat d'exploitation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Modalités de répartition des dépenses indirectes.

B) Méthodologie possible pour l'exploitation des résultats.

Pour que ces outils s'inscrivent dans un processus de contrôle de gestion, il ne faut pas s'arrêter au stade de la production et de l'analyse des données. D'une part, les résultats doivent être partagés avec les acteurs concernés, ce qui permet d'enrichir l'analyse en allant au-delà du résultat financier. D'autre part, les données doivent alimenter la prise de décision et orienter des plans d'action. Nous proposons ainsi la méthodologie suivante :

- Présenter les résultats

Tout d'abord, les principaux résultats issus des outils cités précédemment pourront être présentés en comité de direction, ce qui permet au directeur général d'évaluer le positionnement de chaque entité par rapport à la référence et de cerner les activités les plus problématiques.

Dans un second temps, les résultats peuvent être communiqués, individuellement, aux services ou directions (notamment la direction responsable de la logistique) concernés sur la base de rencontres annuelles entre le directeur chargé du contrôle de gestion et les responsables des activités (chefs de service, cadres). Ces échanges sont essentiels car ils permettent d'analyser les causes des résultats et donc de travailler sur les pratiques. Certaines précautions doivent être prises dans la communication des résultats aux services. Tout d'abord, il convient de leur indiquer le **caractère non normatif** des références qui servent de base aux comparaisons (base d'Angers, TCCM). Il ne s'agit pas de porter un jugement sur leur activité mais seulement de trouver des réponses aux écarts constatés. Il convient également de présenter clairement la méthodologie de construction des outils afin que les données ne soient pas contestées, écueil souvent difficile à éviter. A ce stade, les responsables opérationnels peuvent proposer eux-mêmes des mesures tendant à corriger les écarts négatifs.

Faut-il communiquer l'ensemble des résultats aux instances, notamment à la CME ? Une présentation du TCCM global semble appropriée à ces réunions collégiales. Cependant, une présentation détaillée par activité ou par service semble plus délicate dans la mesure où elle peut donner l'impression que l'on « épingle » certains services (la base d'Angers ne concerne d'ailleurs que certaines activités) sans avoir le temps ni d'expliquer réellement le mode de construction des outils et donc les précautions qui doivent entourer l'interprétation des résultats ni d'analyser plus finement les causes des écarts. On pourra peut-être se contenter d'expliquer l'économie générale des outils, de présenter des résultats agrégés (par exemple le montant total des économies et dépassements constatés). Le regroupement des activités en pôles sera peut-être facilitateur car il deviendra possible de présenter dans le cadre d'un TCCM ou d'un compte d'exploitation de pôle des résultats globaux sans avoir à cibler précisément certains services.

- **cibler les écarts les plus importants.**

Afin de cibler les actions prioritaires, on pourra s'intéresser d'abord aux écarts qui apparaîtront les plus importants soit en valeur absolue (les déficits issus des comptes d'exploitation) soit en valeur relative, par rapport à la norme de référence (Base d'Angers, TCCM).

Exemple de la Base d'Angers : les résultats de la Base d'Angers 2005 (sur les données de 2004) ont donné lieu à un travail d'analyse particulier, conduit conjointement entre le CHO et le Centre hospitalier de Longjumeau. Chaque activité a fait l'objet d'une analyse détaillée reprenant les différentes rubriques évoquées précédemment (comparaison du coût unitaire avec la base, évolution dans le temps, qualité de renseignements de la fiche, commentaires...). Ensuite, une synthèse répertoriant les écarts de chaque activité avec la Base et leur impact financier (produit des unités d'œuvre par l'écart unitaire) a permis de recenser l'ensemble des activités en économie (coût unitaire inférieur à la base) et en dépassement (coût unitaire supérieur à la base). On pourra se référer aux documents figurant en Annexe 6. La différence entre les deux groupes donne l'impact financier global des activités de la Base d'Angers. Par exemple, les activités qui génèrent le plus « d'économies » pour le CHO sont la gestion économique, les Urgences, l'accueil et la gestion des malades. Celles qui entraînent le plus de dépassements sont la direction générale (car les dotations aux provisions sont élevées), l'entretien et la maintenance, le bloc opératoire et le laboratoire.

- **approfondir l'analyse**

Une fois que l'on a ciblé les activités présentant les écarts les plus importants, il convient ensuite d'approfondir l'analyse afin de connaître la cause des dérapages. A ce stade, on ne peut plus se contenter de données financières. La première étape consiste à trouver des causes possibles de ces écarts en dialoguant avec les responsables des activités concernées. Ces causes peuvent être liées à l'organisation du service, au personnel, à des dysfonctionnements parfois externes au service. Ainsi, dans le cas du laboratoire, une partie du dépassement constaté est due à la mauvaise gestion des commandes qui a engendré un flux de dépenses inhabituel en 2004. Si l'on ne parvient pas à trouver simplement la cause des écarts, on pourra poursuivre l'analyse en déployant des indicateurs avancés portant à la fois sur les processus, les ressources consommées ou même la qualité. Ces indicateurs pourront, au besoin, être mis en regard avec des normes internes (moyenne de l'établissement notamment) ou externes. Un exemple d'indicateur avancé est le taux d'absentéisme court d'un service. Celui-ci engendre des dépenses supplémentaires de remplacement (notamment d'intérim) mais aussi des dysfonctionnements du service qui, indirectement, peuvent accroître le coût de la prestation offerte.

On peut noter que l'analyse ciblée peut concerner à la fois des activités en « déficit » mais aussi des activités en « excédent » car il est aussi intéressant de dégager des bonnes pratiques qui pourront être diffusées dans d'autres services.

Afin de conduire ces analyses, l'établissement peut recourir à des ressources internes (rares dans le cas du CHO) mais il est aussi possible d'envisager d'autres modes d'intervention comme les audits externes, réalisés notamment par des cabinets de conseil spécialisés dans le management hospitalier. Le recours à des experts extérieurs semble particulièrement pertinent lorsque des écarts importants sont constatés mais restent difficiles à expliquer notamment parce qu'ils sont liés aux modes d'organisation ou à des procédures.

Exemple de la Base d'Angers 2005 : à partir des résultats de 2005 (données de 2004), une étude particulière a été menée sur le fonctionnement du bloc opératoire (une des activités générant le plus de « dépassements »). Les résultats ont fait l'objet d'une analyse concertée avec le personnel médical (anesthésistes et chirurgiens) et paramédical du bloc. Certaines données ont été contestées par les chirurgiens : l'affectation des heures passées par les chirurgiens au bloc, la déclaration des KC (selon eux, ils ont été sous-déclarés, ce qui renchérit le coût unitaire). Finalement, un outil d'analyse a été élaboré afin d'évaluer le taux d'occupation du bloc opératoire (pourcentage de remplissage par quart d'heure). Le tableau produit est commenté chaque semaine lors d'une réunion à laquelle sont conviés les personnels du bloc. Un certain nombre de dysfonctionnements sont alors apparus : certains retards (engendrant une perte en plage opératoire) sont dus à une mauvaise organisation du brancardage. De même, le manque de ponctualité de certains médecins engendre également une perte de temps opératoire et empêche une bonne coordination du couple chirurgiens / anesthésistes. Enfin, il a été noté que certains chirurgiens ne parviennent pas à remplir les plages opératoires qui leur sont réservées.

- **élaborer des plans d'action.**

Une fois que les causes des écarts ont été explicitées, il convient de mettre en œuvre des mesures correctives.

Exemple du bloc opératoire : en s'appuyant sur l'analyse issue de l'outil de taux d'occupation du bloc, un certain nombre d'actions ont été mises en œuvre :

- La réorganisation du brancardage avec une meilleure définition des rôles entre les aides-soignants et les ASH.
- Des réajustements du fonctionnement médical. Des objectifs en terme de ponctualité ont été fixés aux médecins. Certaines plages horaires ont été

redistribuées. Enfin, les chirurgiens et les anesthésistes ont davantage harmonisé l'organisation de leur travail.

D'autres actions visant à accroître le volume d'activité par le développement des relations avec les médecins libéraux ont été envisagées :

- Une meilleure communication vis-à-vis des partenaires extérieurs : participation à des réunions avec les médecins généralistes, organisation de journées d'accueil où seront conviées les médecins libéraux (notamment à l'occasion de l'inauguration du nouveau bloc).
- Des actions permettant une meilleure coordination avec les professionnels de ville, notamment via la mise en place d'un dossier médical partagé avec accès des médecins de ville aux comptes-rendus d'hospitalisation.
- L'organisation d'EPU à l'hôpital.

3.3.5 Réflexions sur l'opportunité de développer d'autres outils de connaissance des coûts.

- les coûts de revient par séjour

Il est possible d'envisager, en plus des outils de comptabilité analytique hospitalière précités, d'autres méthodes d'analyse des coûts complémentaires. Se pose notamment la question de l'opportunité d'investir dans une comptabilité analytique par séjour, idée soulevée par le directeur général. L'intérêt de cet outil est de pouvoir positionner les GHM / GHS de l'établissement par rapport aux tarifs nationaux et ainsi de travailler, d'un côté, sur les séjours les moins rentables, et de développer, d'un autre côté, les activités rentables. Pour autant, nous pensons que cet outil n'est pas forcément intéressant à mettre en œuvre dans l'immédiat. D'une part, il implique une lourdeur technique importante (à peine 50 établissements sont capables de produire les données ; en réalité, seuls environ 35 hôpitaux fournissent des données fiables). D'autre part, la méthodologie de calcul des GHM comporte des biais que nous avons déjà mentionnés notamment l'interdépendance entre les séjours d'un même service. Il s'avère donc plus judicieux, plutôt que de calculer le coût de chaque séjour isolément, de grouper les coûts dans le cadre de comptes d'exploitation par service. Enfin, même si l'on réussit à calculer un coût de revient par séjour, on ne parviendra pas forcément à déterminer si celui-ci est rentable ou non pour l'établissement. En effet, un mécanisme de réajustement permet de compenser le coût de certaines structures et activités propres à l'hôpital public : forfaits annuels, MIGAC.

- **l'étude des durées moyennes de séjour (DMS)**

L'étude des DMS des séjours les plus fréquents peut donner une indication utile sur le positionnement des GHS de l'hôpital par rapport aux tarifs dans la mesure où la durée de séjour est une des modalités principales de calcul du coût des séjours dans l'ENC (Cf. 2^{ème} partie). Cette étude est assez simple à mener. Elle consiste à comparer la DMS des séjours les plus fréquents (par exemple fréquence supérieure à 10 par an) avec la DMS nationale ainsi que les CMA (co-morbidités associées) et CMAS (co-morbidités associées sévères) avec les références nationales, ce qui permet en outre de vérifier l'optimisation du codage (la présence de diagnostics associés permettant de bénéficier, en principe, de séjours plus rémunérateurs).

On pourra alors mettre en œuvre des études ciblées sur les activités présentant les écarts les plus importants pour analyser les pratiques et peut-être en tirer des conclusions sur les activités à restructurer.

- **l'utilisation de méthodes de CAH alternatives adaptées à des besoins spécifiques.**

En effet, dans certains secteurs d'activité, il peut être intéressant de développer d'autres méthodes de comptabilité analytique lorsque des besoins spécifiques apparaissent. Par exemple, nous avons eu l'occasion de mettre en place **la méthode ABC** dans le service de stérilisation du Centre hospitalier de Longjumeau dans un contexte particulier. En effet, l'activité de stérilisation sera prochainement sous-traitée intégralement au CH de Longjumeau. Cette reprise d'activité sera facturée au CH d'Orsay, ce qui nécessite d'évaluer un coût de prestation. De plus, à terme, l'activité de stérilisation, localisée au CH de Longjumeau, sera gérée dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire composé des deux établissements. Cette entité juridique sera dotée d'un budget autonome alimenté par les contributions financières des deux établissements. L'encadré qui suit rappelle les méthodes de tarification choisies, l'une d'elle s'appuyant sur la méthode ABC.

Un exemple d'utilisation de la méthode ABC : la tarification de la prestation de stérilisation.

1) Rappel du principe de la méthode ABC.

La comptabilité analytique classique repose sur le découpage de l'organisation en sections d'analyse auxquelles est rattaché l'ensemble des charges. Pour calculer le coût d'un produit, il suffit alors d'incorporer les coûts directs générés par les unités de production de ce produit mais aussi les coûts indirects participant au processus de production par déversement des charges des sections d'analyse auxiliaires vers les sections d'analyse principales (les unités de production). Cette répartition suppose de trouver des clés de répartition permettant d'affecter les charges indirectes.

Ainsi, ce modèle n'est pertinent que si les coûts directs restent majoritaires ; plus les coûts indirects augmentent, plus le coût de revient par produit sera approximatif. Or, la complexification du processus de production, notamment le développement des prestations de services au sein des entreprises, a induit une montée en charge des coûts indirects qui constituent une part croissante du coût total. On estime aujourd'hui que les coûts directs affectables aux produits représentent en moyenne moins de 30% du coût total. La méthode dite des sections d'analyse ne peut donc plus fonctionner de manière fiable.

L'intérêt de la méthode alternative ABC (« Activity-based Costing », méthode apparue aux Etats-Unis dans les années 80), qui repose sur le découpage du processus de production en activités, est d'affecter toutes les charges aux activités elles-mêmes, la distinction entre charges directes et indirectes n'ayant donc plus lieu d'être dans ce cas. Ainsi, les activités consomment toutes les charges et les produits consomment toutes les activités.

2) CONTEXTE

La mise en place du GCS « Stérilisation » Longjumeau / Orsay et la prise en charge de l'ensemble du processus de stérilisation des dispositifs médicaux des CH d'Orsay et de Longjumeau par une seule structure (service de stérilisation du CH de Longjumeau) à compter d'octobre 2006 implique la facturation de cette prestation aux deux établissements. Pour cela, il importe de connaître avec précision les coûts engendrés par l'activité de stérilisation afin :

- de facturer au tarif le plus juste pour les deux établissements,
- de se situer par rapport aux prestataires externes,
- d'optimiser le processus de stérilisation,
- de préciser les opportunités de passage en dispositif médical à usage unique.

Plusieurs modes de tarification peuvent être envisagés notamment la facturation du cycle de stérilisation, la facturation de l'unité de conditionnement ou encore la facturation à l'instrument.

L'intérêt de l'étude de coût envisagée, qui repose sur la méthode ABC (Activity Based Costing), est de descendre à un niveau assez fin puisqu'il sera possible de connaître par exemple le coût d'une activité voire d'une unité de conditionnement.

Parallèlement à cette évaluation du coût de la stérilisation, deux autres approches seront poursuivies :

- le calcul du coût de stérilisation par m³ (Base d'Angers)
- le coût du cycle de stérilisation (coûts complets)

3) MISE EN OEUVRE DE LA METHODE ABC

Le principe de la méthode ABC repose sur le découpage du processus de stérilisation en activités simples. Chaque activité est définie par un verbe et un complément (ex: conditionner le matériel). Ensuite, le coût de chaque activité est calculée en prenant en compte les ressources consommées et le temps agent consacré à l'activité. A chaque activité est associé un inducteur de coût (l'instrument, le container, le panier de lavage...). Ainsi, la méthode permettra de calculer le coût unitaire de chaque inducteur. Enfin, la dernière étape consiste à passer des inducteurs aux objets de coûts choisis (ex: le sachet, le container) afin d'obtenir le coût unitaire de l'objet de coût.

4) DEMARCHE GENERALE

Etape 1 : identification des objets de coûts

Etape 2 : identification des activités

Etape 3 : Repérage et choix des inducteurs de coûts

Etape 4 : évaluation des ressources consommées par les activités

Etape 5 : Calcul du coût unitaire de l'inducteur

Etape 6 : Affectation du coût des activités aux objets de coûts

5) Présentation des premiers résultats de l'étude

Nous avons mené cette étude de coûts sur plusieurs mois (mai-septembre 2006). Au préalable, nous avons réuni la documentation existante sur l'utilisation de la méthode ABC dans des services de stérilisation hospitaliers (Hôpitaux de Strasbourg, CH de Toulon, CH de Versailles). Nous avons également rencontré la responsable de l'étude menée à Versailles pour mieux cerner la méthodologie et recenser les difficultés éventuelles liées à sa mise en œuvre.

Nous présentons ici les premiers résultats issus de l'étude. Ils sont encore provisoires et devront être fiabilisés par croisement avec les autres méthodes utilisées.

Etape 1 : identification des objets de coûts

Les unités d'œuvre principales, servant de base à la tarification de la prestation de stérilisation sont les suivantes :

Unités de tarification
Le sachet simple (instruments)
Le sachet double (instruments)
Le plateau en sachet simple
Le plateau en sachet double
Le plateau en champ non-tissé unique
Le plateau en champs non-tissés doublés
Le petit container
Le container carré (moyen)
Le grand container

Etape 2 : découpage du processus en activités simples

L'objectif de cette étape est d'identifier les différentes activités du processus de stérilisation. Les activités identifiées doivent être homogènes quant à leur composition (tâches et opérations), donc leur coût.

On distingue les activités principales qui participent directement à la stérilisation et les activités de soutien qui viennent en support des principales afin de permettre ou de faciliter leur réalisation ou d'en améliorer, ou contrôler les performances.

- activités principales :

Activité 1	prédésinfecter le matériel
Activité 2	Ramasser, réceptionner le matériel prédésinfecté et le redistribuer
Activité 3	passer au bac à ultrason
Activité 4	constituer les paniers
Activité 5	laver les containers et plateaux
Activité 6	laver les instruments
Activité 7	valider le lavage des containers
Activité 8	valider le lavage des instruments et plateaux
Activité 9	conditionner les containers
Activité 10	conditionner les Instr simples sachets
Activité 11	conditionner les Instr doubles sachets
Activité 12	conditionner les plateaux simples sachets
Activité 13	conditionner les plateaux doubles sachets
Activité 14	conditionner en champs uniques
Activité 15	conditionner en champs doublés
Activité 16	stériliser les unités
Activité 17	valider les unités de conditionnement
Activité 18	préparer les commandes

- 2 activités de soutien peuvent être définies :

Activité 19	Encadrer l'organisation du service
Activité 20	Nettoyer le service

Etape 3 : Repérage et choix des inducteurs de coûts

L'objectif de cette étape est d'identifier pour chaque activité l'inducteur de coût le plus approprié (ou unité d'œuvre). Il s'agit de retenir parmi les inducteurs de coût possibles celui qui paraît le plus lié aux consommations (aux coûts) et le plus facilement mesurable.

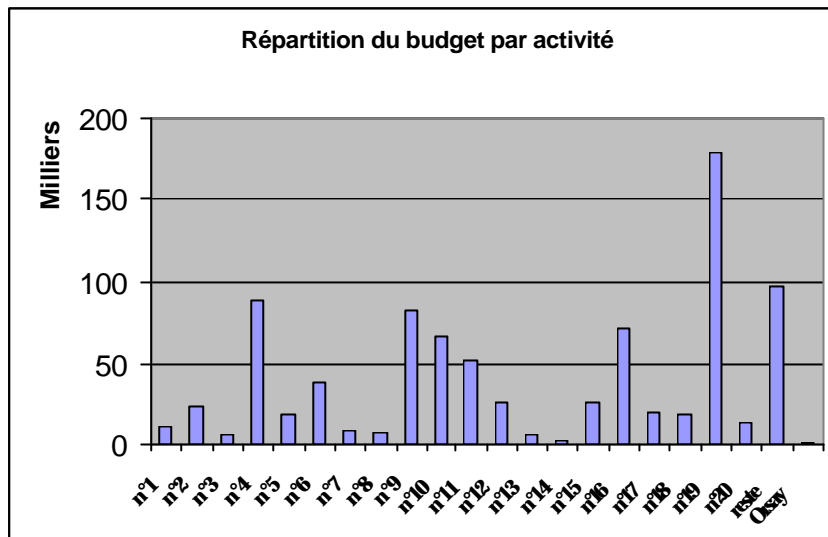
A ce stade, on comptabilisera le nombre d'inducteurs de coûts pour chaque activité (il n'apparaît pas ici).

N°	Activités	Inducteurs de coûts
1	Prédésinfecter le matériel dans le service de stérilisation	l'unité de conditionnement (= le « produit »)
2	Ramasser le matériel dans les services	l'unité de conditionnement
3	Passer au bac à ultrasons	l'unité de conditionnement
4	Constituer les paniers	le panier DIN
5	Laver en machine les instruments et plateaux	le cycle
6	Laver en machine les containers	le cycle
7	Valider le lavage des instruments et plateaux	le cycle
8	Valider le lavage des containers	le cycle
9	Conditionner le matériel dans des containers	le container
10	Conditionner le matériel dans des sachets simples	Le sachet
11	Conditionner le matériel dans des sachets doubles	Le sachet
12	Conditionner les plateaux dans des sachets simples	le plateau
13	Conditionner les plateaux des sachets doubles	le plateau
14	Conditionner les plateaux dans des champs non-tissés uniques	le plateau
15	Conditionner les plateaux dans des champs non-tissés doublés	le plateau
16	Stériliser les unités de conditionnement	le cycle
17	Valider les unités de conditionnement	l'unité de conditionnement
18	Préparer la distribution des unités de conditionnement	l'unité de conditionnement
19	Encadrer	La minute de travail de l'équipe opérationnelle
20	Nettoyer	Le mètre carré de la zone de production

Etape 4 : Évaluation des ressources consommées par les activités

Les ressources consommées par chaque activité doivent être évaluées en collaboration avec le personnel de stérilisation : répartition des charges de personnel (liée au temps « agents » consacré à chaque activité), des consommables, des consommations en eau et électricité, des coûts de maintenance et d'amortissement du matériel...

Le budget total de la stérilisation a ainsi été évalué à 870 400 euros réparti de la façon suivante :



Etape 5 : Calcul du coût unitaire de l'inducteur et affectation du coût des activités aux objets de coûts

La première étape consiste à calculer le total des coûts à imputer à chaque activité. On obtient ainsi le coût unitaire de chaque inducteur.

L'évaluation du coût unitaire de chaque inducteur permet alors d'affecter le coût des activités aux objets de coût.

Pour cela, il faut avoir repéré, en amont, la relation permettant de passer de l'inducteur (ex : le panier) à l'objet de coût (ex : le container, le sachet).

Les coûts unitaires par activité ont été détaillés ci-dessus ainsi que le coût unitaire total pour chaque objet de coût.

	coût unitaire par unité de conditionnement	grand container	container carré	petit container	sachet simple	sachet double	plateaux sachet simple	plateau sachet double	plateau champ unique	plateau champ doublé
prédéinfecter le matériel	0,84									
ramasser et réceptionner le matériel prédéinfecté	0,63									
constituer les paniers		9,35	4,67	4,67	0,66	0,65	4,00	3,95	3,95	3,95
laver les containers et plateaux		1,46	0,97	0,36			0,25	0,24	0,24	0,24
laver les instruments		2,90	1,45	1,45	0,20	0,19	1,24	1,18	1,18	1,18
valider le lavage des containers		0,96	0,64	0,24						
valider le lavage des instruments et plateaux		0,70	0,35	0,35	0,05	0,04	0,11	0,11	0,11	0,11
conditionner les containers		8,93	8,93	8,52						
conditionner les Instr simples sachets					2,26					
conditionner les Instr doubles sachets						3,36				
conditionner les plateaux simples sachets							2,26			
conditionner les plateaux doubles sachets								4,38		
conditionner en champs un iques									12,26	
conditionner en champs doublés										14,91
stériliser les unités		1,48	0,74	0,37	0,32	0,29	0,42	0,37	0,740	0,65
valider les unités de conditionnement	0,31									
préparer les commandes	0,31									
encadrer	déjà ventilé									
nettoyer	déjà ventilé									
reste à ventiler	0,99									
Total (hors suppléments)	1,62	25,80	17,77	15,98	3,52	4,56	8,31	10,26	18,50	21,06

grand container	27,43
container carré	19,39
patit container	17,61
instruments sachets simples	5,151
instruments sachets doubles	6,19
plateaux sachets simples	9,94
plateaux sachets doubles	11,89
plateaux champs uniques	20,13
plateaux champs doublés	22,69

suppléments :	prédéinfection	réception
	0,84	0,63

3.3.6 Le développement d'outils au service d'un contrôle de gestion communicant et interactif : les tableaux de bord multidimensionnels.

Jusqu'à présent, les pistes d'action proposées consistent essentiellement, en partant des écarts les plus notables, mis en exergue par les données de la CAH, des budgets de service, des DMS ou de tout autre indicateur, à cibler l'analyse sur quelques activités spécifiques. Cette méthode a l'avantage de pouvoir être mise en œuvre assez rapidement, en exploitant mieux les outils existants. Il n'existe pas en effet d'obstacles majeurs à l'approfondissement de la démarche existante, le corps médical étant déjà bien sensibilisé à l'utilisation de ces outils.

Nous proposons ici une démarche complémentaire et parallèle, axée sur la promotion globale de la performance. Le but de celle-ci est de dépasser l'approche par les coûts par l'élaboration de tableaux de bord prospectifs (ou équilibrés) permettant d'analyser les générateurs de la performance et pas seulement les résultats financiers.

Les outils de pilotage proposés s'inscrivent avant tout dans la perspective de la contractualisation interne et de la délégation de gestion au profit des futurs pôles.

La méthodologie de construction des tableaux de bord multidimensionnels que nous proposons s'appuie sur un travail de concertation étroit à la fois avec le Directeur des finances du CHO et la direction du contrôle de gestion du CH de Longjumeau.

Les tableaux de bord seront destinés à deux niveaux décisionnels :

- le « pouvoir » central : direction générale et Conseil exécutif
- les prochains pôles.

Dans les deux cas, les tableaux de bord sont le support de la délégation de gestion. Ils permettent au « pouvoir central » de s'assurer que les objectifs de l'organisation sont atteints et aux pôles d'évaluer leurs propres résultats. En réalité, les deux types de tableaux de bord seront très ressemblants, les tableaux de bord à destination du Conseil exécutif n'étant que la synthèse des tableaux de bord par pôle (avec un certain degré de détail tout de même afin de permettre une comparaison entre les pôles).

La méthode proposée se décompose en 7 étapes :

- l'évaluation des besoins
- le recensement de l'existant
- la construction de nouveaux indicateurs

- la formalisation des tableaux de bord
- la validation des tableaux de bord
- la restitution des résultats et l'analyse
- l'élaboration de plans d'actions

1) L'évaluation des besoins.

La clarification de la stratégie et des objectifs, préconisée ci-dessus, permet de définir les grands périmètres de l'organisation sur lesquels doivent porter l'évaluation des résultats. Il s'agit ensuite de décliner ces champs en indicateurs détaillés en les assortissant d'objectifs mesurables (ex : objectif de taux de retour des questionnaires de sortie).

Or, pour déterminer les indicateurs les plus pertinents, il nous a semblé important de partir des besoins des acteurs de terrain, notamment des responsables des services de soins. Dans le cadre de l'enquête in situ, nous avons rencontré un chef de service et deux cadres. Nous leur avons demandé ce qui fondait, selon eux, la performance de leur service et quels indicateurs semblaient importants à suivre. Les guides et comptes-rendus de ces entretiens figurent en annexes 3 et 4. Ce travail d'évaluation des besoins, seulement ici au stade exploratoire, devra être approfondi avec les autres services.

Ces entretiens font apparaître la faible sensibilité de ces acteurs à la notion de rentabilité économique. La performance est d'abord liée pour eux à la qualité de la prise en charge, à la compétence médicale, à l'attractivité de l'établissement ou encore à l'efficacité du travail en réseau. Le thème de la coordination entre les intervenants revient souvent, faisant de celle-ci une composante importante de la performance. Ces professionnels attendent surtout des indicateurs de suivi des pratiques et de l'efficacité des soins ainsi que de la satisfaction médicale du patient. Une analyse détaillée par pathologie ainsi que des données relatives aux pratiques de prescription sont également sollicitées.

Certains indicateurs ressortent ainsi spontanément : la DMS, l'éventail des séjours accueillis, des indicateurs de ressources humaines (absentéisme, mensualités de remplacement, accidents du travail, accidents d'exposition au sang, formation), des indicateurs qualité (chutes, escarres, infections nosocomiales, plaintes, réclamations, enquête de satisfaction), des indicateurs d'activité mais aussi des indicateurs financiers (type budgets de service).

Quatre grands axes peuvent donc d'ores et déjà être proposés :

- l'axe qualité / usagers
- l'axe financier (l'idéal étant d'élaborer des comptes d'exploitation par service/pôle)
- l'axe pratiques de prise en charge : activité, processus...
- l'axe ressources humaines

Il semble également important que les indicateurs soient adaptés aux objectifs propres des services/ pôles. En effet, ils sont avant tout un moyen de mesurer l'atteinte ou non des objectifs. Ceci implique une certaine personnalisation des indicateurs en fonction des pôles. Si par exemple un pôle a un objectif particulier en terme de délai d'attente de lits d'aval, il sera intéressant de prévoir des indicateurs avancés notamment sur le délai d'intervention des assistants sociaux, la durée d'organisation de la sortie. Des services de soins comme les Urgences ou le bloc opératoire pourront être dotés d'indicateurs spécifiques.

2) Le recensement de l'existant

La deuxième étape consiste à répertorier les indicateurs existants tant au niveau de l'établissement qu'au niveau des services. Progressivement, nous nous mettons en contact avec les différentes sources de production de l'information : directions, DIM, CLIN...

Des tableaux de bord financiers ont déjà été précisés et sont présentés en comité de direction (indicateurs mensuels de suivi de la trésorerie et de la dette, indicateurs trimestriels portant sur les recettes et les dépenses, indicateurs annuels relatifs aux principaux ratios financiers).

Un tableau de bord Qualité / Usagers est en cours d'élaboration. Il s'articulera autour de grands items : satisfaction des usagers, infections nosocomiales et vigilances, gestion des risques. Des indicateurs de qualité de la prise en charge sont à l'étude, notamment des indicateurs relatifs à la qualité de tenue du dossier médical ainsi que des indicateurs plus spécifiques concernant la psychiatrie ou la gériatrie. Les données existent en général pour l'établissement mais certaines peuvent aussi être déclinées pour les services.

Le recensement de l'existant doit être poursuivi en particulier les indicateurs relatifs à l'activité et ceux liés aux ressources humaines.

3) La construction de nouveaux indicateurs

L'évaluation du besoin aura permis de faire ressortir une série d'indicateurs nouveaux mais suffisamment intéressants pour faire l'objet d'une production systématique. Quelques règles devront être respectées dans la sélection de ces indicateurs : ils doivent être simples et faciles à produire. Ils devront être en nombre restreint car il semble difficile de suivre un nombre grand nombre d'informations à la fois. De plus, en multipliant les informations, on risque à la fois de susciter la confusion voire de faire apparaître des contradictions entre des indicateurs de sources différentes.

Toute une série d'indicateurs concernant l'activité de production de soins mériterait d'être développée au CHO. Ils permettraient une analyse fine des GHS par service ou pôle (structure des pathologies traitées, DMS, âge des patients, séjours extrême hauts,

évolution dans le temps), peu automatisée à l'heure actuelle. La mise en place prochaine d'un logiciel de traitement de l'information issue du PMSI (« PMSI-Pilot ») permettra de produire des tableaux de bord particulièrement intéressants pour les médecins. On pourra notamment analyser les GHS sur lesquels se concentre l'activité d'un service (ex : nombre de GHS différents pour 80% de l'activité). La production de tels tableaux de bord requiert une collaboration étroite avec le DIM.

4) La formalisation des tableaux de bord

Les tableaux de bord synthétisent l'ensemble des indicateurs retenus. Ces derniers sont classés suivant les grands axes définis puis par rubrique afin d'être plus lisibles. Il serait souhaitable qu'ils comportent en plus des indicateurs de la période N, les **données N-1**, permettant de déterminer une tendance d'évolution (**analyse rétrospective**). Enfin, l'intérêt essentiel des tableaux de bord est de décliner les objectifs des services. Ainsi, chaque indicateur doit être associé à une **cible** qui peut être propre au service. La cible peut aussi être une référence nationale ou la moyenne de l'établissement. L'écart du résultat constaté avec la cible donne sa **dimension prospective** au tableau de bord, indiquant les axes d'amélioration à mettre en œuvre.

La périodicité de production des tableaux de bord peut être variable en fonction des indicateurs. Un rythme mensuel est approprié notamment pour les indicateurs d'activité ou certains indicateurs sociaux (absentéisme par exemple). Une périodicité semestrielle ou annuelle est adaptée à la plupart des indicateurs.

5) La validation des tableaux de bord

Il paraît important que les maquettes de tableaux de bord avec l'ensemble du répertoire d'indicateurs soient discutées et validées institutionnellement, par le Conseil exécutif par exemple et/ou la CME. Cette validation donnera un crédit et une certaine solennité à ces documents, facilitant leur acceptation par les services. La méthodologie de construction des indicateurs doit aussi être acceptée par tous, évitant la contestation systématique des données lors des présentations. Le fait d'associer les médecins et soignants à la construction des indicateurs en amont (en recueillant leurs besoins) facilite également l'acceptation des résultats.

6) La restitution des résultats et l'analyse

La restitution des résultats pourra être organisée dans le cadre de réunions de pôles. Celles-ci pourront convier l'ensemble du personnel, la présence des médecins et des cadres étant primordiale. Dans un premier temps, on pourra présenter les données, en mentionnant les points positifs et les éléments à améliorer. Une analyse concertée pourra

alors être engagée avec le personnel afin d'analyser les causes des évolutions constatées et des écarts avec l'objectif défini.

Il est important que l'analyse soit partagée et enrichie par le point de vue de chacun. Le rôle du directeur chargé du contrôle de gestion n'est donc pas d'imposer son analyse mais d'animer le débat. C'est à cette condition que les professionnels de terrain s'approprient les tableaux de bord et utiliseront les résultats dans le cadre de plans d'actions.

7) L'élaboration de plans d'actions

L'analyse des résultats peut déboucher sur deux types de réactions : la révision des objectifs (si ces derniers s'avèrent trop ambitieux) ou la prise de mesures correctives. Dans ce dernier cas, on peut imaginer que ces mesures se traduiront par des projets : par exemple, promouvoir une meilleure coordination avec l'aval, former le personnel ; revoir l'organisation, travailler sur de nouvelles modalités de prise en charge (ambulatoire). Ces projets pourront d'ailleurs s'inscrire dans le cadre de la délégation de gestion confiée aux pôles.

Ces actions prévisionnelles doivent rester peu nombreuses pour pouvoir être mises en œuvre de façon réaliste.

Techniquement, l'élaboration de ces tableaux de bord requiert la construction **d'un système d'informations centralisé**, permettant une production automatique des données. En effet, les tableaux de bord sont incrémentés par de multiples sources, à la fois internes (direction des finances, des ressources humaines, de la qualité, DIM) et externes qu'il conviendra de centraliser. A l'heure actuelle, l'information est dispersée dans toute l'organisation et sur des supports manuels ou informatiques qui ne communiquent pas toujours les uns avec les autres. Une des pistes d'action consiste donc à trouver un moyen d'intégrer ces données en créant des interfaces entre les différents systèmes.

Enfin, il est important de diffuser les résultats de l'ensemble des pôles. Ceci permettra non seulement de comparer les différents pôles mais aussi de créer une dynamique (et pourquoi pas une émulation) globale autour des tableaux de bord.

L'élaboration de ces tableaux de bord multidimensionnels requerra certainement plusieurs mois de travail (18 mois paraît raisonnable) car il faudra non seulement choisir les indicateurs, les faire valider, les produire mais surtout mettre en place l'ensemble du processus de reporting, allant de l'analyse partagée des résultats à la prise d'actions correctrices.

De plus, ces tableaux de bord sont conçus comme des outils évolutifs, qui devront s'adapter aux besoins des responsables opérationnels et des gestionnaires. Pour

reprendre la métaphore employée par P. Expert dans un article récent, les tableaux de bord, tel un phénix, sont condamnés à être réduits en poussière lors de chaque analyse, par une remise en cause de leur contenu (notamment par les médecins) pour pouvoir renaître sous un nouveau jour par une amélioration continue de l'outil.

3.3.7 La question de la motivation et de l'intéressement aux résultats

Le processus de contrôle de gestion (définition des objectifs, évaluation des résultats, ajustement des actions...) a un but essentiel : faire en sorte que les objectifs d'une organisation soient atteints. Comme on l'a vu, le moteur central qui sous-tend le processus est la capacité des dirigeants à motiver les acteurs de terrain et à les inciter à adhérer à cette démarche. En effet, si ces derniers ne « jouent pas le jeu » en essayant notamment d'atteindre les cibles fixées dans les tableaux de bord, le contrôle de gestion se limitera à la production d'outils stériles. Pour ce faire, il faut imaginer des mécanismes d'incitation adaptés au monde hospitalier. Il peut s'agir notamment de créer des formes d'intéressement aux résultats, permettant de « récompenser » les bons résultats et de « sanctionner » les écarts qui perdurent.

On a déjà mentionné les obstacles qui rendent difficile la mise en œuvre d'un système d'intéressement viable. Comment les contourner ?

Un système d'intéressement à l'hôpital peut difficilement reposer sur une base individuelle. Les règles de la fonction publique hospitalière ne permettent pas vraiment d'individualisation des rémunérations (sauf éventuellement par le système de la notation qui, s'il est bien utilisé, peut graduer la rapidité d'avancement de carrière des agents et donc le montant de leur traitement). De plus, il s'agit davantage de « récompenser » ou « sanctionner » une équipe plutôt que des individus. Le système d'intéressement à concevoir ne peut donc qu'être collectif.

Deuxième problème : que doit-on récompenser ou sanctionner ? Seulement les résultats financiers ? Certes, ces derniers sont un indicateur absolu de la performance car ils sont la traduction de l'ensemble des autres variables (qualité, organisation, utilisation des ressources). Mais le lien entre par exemple des actions d'amélioration de la qualité et l'amélioration du résultat financier n'est pas toujours direct (effet à retardement) et quantifiable. De plus, cette approche ne serait pas cohérente avec notre conception globale de la performance. Il convient donc d'élargir le cadre de l'intéressement à l'ensemble des critères participant à la performance de l'hôpital (la qualité, la formation du personnel, la diversité des pathologies traitées...). De plus, un système d'intéressement qui ne reposerait que sur le résultat financier ne semble pas pouvoir fonctionner de

manière pérenne à l'hôpital public. En effet, celui-ci n'a pas vocation à dégager de bénéfices, contrairement à une entreprise. Lorsque les plus grosses économies auront été réalisées, il n'y aura plus de base sur laquelle faire porter l'intéressement. De même il ne sera plus possible de « reverser » les économies sous forme d'intéressement monétaire, lorsque ces dernières auront été réalisées.

Se pose ensuite la question de savoir ce qu'est un bon résultat. Force est de constater qu'il n'existe pas de critères absolus le définissant. En effet, un bon résultat doit être apprécié au regard de la situation particulière de chaque service. Historiquement, certains services fonctionnent mieux que d'autres et peuvent d'emblée afficher des indicateurs proches des objectifs. D'autres doivent fournir plus d'efforts. Finalement, on ne peut faire porter l'intéressement que sur l'amélioration continue de la performance et la mise en œuvre des actions correctives décidées.

Enfin, sous quelle forme doit se présenter l'intéressement ? Il existe toute une palette de possibilités. Une première solution, relativement simple, est de jouer sur les ressorts psychologiques de la motivation, en reconnaissant et valorisant les bonnes pratiques. Celles-ci pourraient faire l'objet d'une communication particulière (en CME, dans le journal interne...). On pourrait même créer une sorte de palmarès annuel des actions exemplaires.

Plus concrètement, l'intéressement peut se traduire par l'allocation de moyens supplémentaires au bénéfice des pôles / services. Pour autant, il faudra veiller à ce que l'intéressement versé reste ponctuel car il s'agit de récompenser les résultats réalisés à un instant donné et non de s'engager sur des moyens pérennes, ce qui rendrait le système trop inflationniste. On peut ainsi penser à l'allocation d'aides à l'investissement ou au financement d'une action ponctuelle.

Enfin, que faire en cas de mauvais résultats, en d'autres termes, quel système de sanction peut-on imaginer ? Celui-ci doit être proportionné aux résultats constatés. Ainsi, on peut se contenter de ne rien faire lorsque les écarts portent sur des variables non prépondérantes. Cependant, si l'évolution d'indicateurs aussi importants que le nombre de séjours hospitalisés ou la DMS s'avère défavorable, on pourrait peut-être « sanctionner » ces résultats en réduisant les moyens affectés au service.

Conclusion du chapitre 3.3 :

La promotion d'un management de la performance implique d'ajuster les modes de fonctionnement de l'organisation à plusieurs niveaux. Au niveau institutionnel, le contrôle de gestion doit bénéficier d'un positionnement fort par le soutien de la direction générale. Il semble également important de le confier à un directeur adjoint, si possible différent du directeur des finances.

La démarche de contrôle de gestion nécessite le développement d'une instrumentation de gestion. Ainsi, il paraît primordial que le CH d'Orsay réactive les outils existants et investisse dans de nouveaux instruments : comptes d'exploitation par services ou pôles, suivi médicalisé de l'activité (analyse des GHS), élaboration de tableaux de bord. Mais la réussite de la mise en œuvre d'un management de la performance passe d'abord par la diffusion dans toute l'organisation d'un processus transversal allant de la définition d'une stratégie et d'objectifs à l'évaluation des résultats et l'ajustement des actions. Un des facteurs clés de succès est d'emporter l'adhésion des acteurs, notamment par un système de motivation efficace.

Globalement, le centre hospitalier d'Orsay est un terrain favorable à la mise en œuvre d'un processus de contrôle de gestion. Techniquement, beaucoup d'outils fonctionnent déjà (ou quasiment) en routine (base d'Angers, TCCM) et ont été assez bien acceptés par la communauté médicale.

Il semble possible de mobiliser les médecins et les cadres, eux-mêmes demandeurs d'outils de pilotage, dans une démarche concertée d'évaluation et d'analyse des résultats à condition de mieux adapter les indicateurs à leurs besoins.

Il s'agit donc dans un premier temps de mieux exploiter les outils actuels en les faisant davantage partager aux acteurs afin qu'ils alimentent enfin la prise de décision.

Dans un second temps, il paraît primordial de développer de nouveaux outils permettant de rendre le reporting plus efficace dans le cadre de la contractualisation avec les futurs pôles. L'élargissement des indicateurs aux différentes dimensions de la performance permettra d'enrichir l'analyse et ainsi de mieux expliquer certains écarts mais aussi de favoriser l'appropriation de la démarche par les acteurs.

Enfin, la mise en place d'un système d'intéressement collectif est une étape essentielle pour inciter les services/ pôles à dépasser le stade de l'analyse en mettant en œuvre des actions concrètes permettant d'atteindre les objectifs de l'organisation.

CONCLUSION

Tout au long de ce mémoire, nous nous sommes efforcés de montrer que la fonction de contrôle de gestion dans un hôpital ne pouvait se limiter à la seule dimension financière, dont l'analyse des coûts constituerait la pierre angulaire. Notion évolutive, le contrôle de gestion est, selon nous, un processus transverse à toute organisation, faisant de lui un mode de management à part entière permettant de piloter l'atteinte des objectifs. Il vise ainsi l'ensemble des professionnels qui, à leur niveau, doivent faire vivre les différentes étapes du processus de contrôle de gestion, de la définition des objectifs à l'analyse partagée des résultats et l'élaboration de plans d'actions.

Par conséquent, si la tarification à l'activité représente un élément incitatif majeur au développement d'une instrumentation de gestion dans les établissements publics de santé, le pilotage d'un hôpital public ne peut pas être uniquement guidé par la maîtrise des coûts. D'une part, ces derniers sont des indicateurs bruts qui ne renseignent pas sur les causes de tel ou tel écart, celles-ci devant être recherchées dans l'ensemble des mécanismes organisationnels. D'autre part, une approche en terme financier ne paraît pas suffisamment mobilisatrice pour des professionnels dont le cœur de métier est avant tout de soigner.

Le pilotage de la gestion hospitalière doit donc porter sur la performance globale des structures, prenant en compte l'ensemble des facteurs participant à la réalisation des objectifs. Cet impératif est d'autant plus justifié que la mise en œuvre de la Nouvelle Gouvernance conduira à associer davantage les médecins à la gestion de l'hôpital, à la fois au niveau stratégique (conseil exécutif) et au niveau opérationnel, dans le cadre des délégations de gestion accordées aux responsables de pôles. Ceux-ci devront donc disposer d'indicateurs pertinents et adaptés à leurs besoins.

Envisager le contrôle de gestion sous la forme d'un système de management global portant sur l'ensemble des dimensions de la pratique hospitalière permettra ainsi de favoriser la diffusion d'une culture de gestion qui pourra mieux s'intégrer aux modes de fonctionnement classiques de l'hôpital : contrôle hiérarchique et réglementaire, organisation autour de cultures professionnelles fortes... Pour cela, toute démarche de management de la performance doit faire l'objet d'une négociation préalable et d'une mise en œuvre concertée aboutissant à un pilotage de gestion partagé.

Le Centre hospitalier d'Orsay dispose de tous les atouts pour entrer de plein pied dans une logique de management de la performance. Des outils de pilotage pourront être assez aisément développés à partir de la base existante sous réserve d'une plus grande

centralisation des systèmes d'information. De plus, la communauté médicale ainsi que le corps paramédical, déjà sensibilisés aux initiatives entreprises, semblent demandeurs d'un pilotage opérationnel centré sur leurs pratiques. L'engagement institutionnel devra être cependant davantage formalisé afin que la démarche proposée s'impose dans l'ensemble de l'organisation.

Centrer le contrôle de gestion sur le pilotage de la performance, c'est aussi dépasser la vision instrumentale du CDG centrée sur le contrôle des processus et des produits. Dans l'esprit de la démarche que nous proposons, l'accent doit moins porter sur la technique que sur les hommes, le but étant de créer un processus d'animation et de mise en relation verticale et horizontale des acteurs, « l'ingrédient vivant des organigrammes froids, ce qui les fait fonctionner ».¹¹

¹¹ H. Bouquin / Les grands auteurs en contrôle de gestion.

Bibliographie

Documents législatifs et réglementaires :

[1] ASSEMBLEE NATIONALE, Commission des affaires culturelles, familiales et sociales. Mission présidée par René Couanau / Rapport d'information à l'Assemblée nationale sur l'organisation interne de l'hôpital. 2003. 108 p.

Ouvrages :

[2] BOUQUIN H. / Les fondements du contrôle de gestion. Paris : Presses universitaires de France, 2005. 127 p. Collection Que sais-je ?

[3] BOUQUIN H. / Les grands auteurs en contrôle de gestion. Paris : Editions EMS, 2005. 600 p.

[4] CAUVIN C. / « Etablissements de santé : spécificité de la gestion » dans Encyclopédie de gestion. Vol 1, pp. 1179-1205. Paris : Economica, 1997. 3 Vol, 3621 p.

[5] CROZIER M., FRIEDBERG E. / L'acteur et le système. Paris : Editions du Seuil, « Points », 1994. 500 p.

[6] EXPERT P. / La tarification à l'activité. Médecine et gestion : une dynamique nouvelle. Paris : Berger-Levrault, 2006. 357 p.

[7] FERNANDEZ A. / Les nouveaux tableaux de bord des managers. Paris : Editions d'Organisation, 2005. 485 p.

[8] GERBAIX S. / Le contrôle de gestion. Paris : PUF, 2003. 127 p. Collection Que sais-je ?

[9] GIRAUD F., SAULPIC O. / Contrôle de gestion et pilotage de la performance. Paris : Gualino Editeurs, 2004. 420 p.

[10] GROLIER J., PERARD Y., PEYRET P. / La comptabilité analytique hospitalière médicalisée. Rennes : Editions ENSP, 2002. 390 p.

[11] IRIBARNE P. / Les tableaux de bord de la performance. Paris : Dunod, 2003. 239 p.

[12] KAPLAN R.S., NORTON D.P. / Le tableau de bord prospectif. Paris : Editions d'Organisation, 2003. 311 p.

[13] LÖNING H., PESQUEUX Y. / Le contrôle de gestion. Paris : Dunod, 1998. 261 p.

[14] MALO J.L., MATHE J.C. / L'essentiel du contrôle de gestion. Paris : Editions d'Organisation, 2000. 309 p.

[15] MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIERS / Mise en œuvre de la comptabilité analytique hospitalière. Capitalisation et retours d'expérience. Paris : Berger-Levrault, 2005. 230 p.

Périodiques :

- [16] EXPERT P. « Le tableau de bord idéal, Arlésienne et phénix ». *Revue hospitalière de France*, Mai/Juin 2005, n°504, pp. 48-51.
- [17] EXPERT P., PERARD Y. « La comptabilité analytique au cœur de la prise de décision ». *Revue hospitalière de France*, Septembre/ Octobre 2001, n°482, pp. 40-46.
- [18] GIBERT P. « La mesure du coût à l'hôpital : mythe ou réalité ? ». *Revue hospitalière de France*, Mai/ Juin 2002, n°486, pp. 45-47.
- [19] LESTEVEN P., DUPONT-GUESNIER M. « Partager la complexité de la conduite d'un établissement. Le système RADAR : tableau de bord du décideur hospitalier ». *Revue hospitalière de France*, Septembre/ Octobre 2002, n°488, pp. 54-60.
- [20] NAULLEAU G. « La mise en œuvre du contrôle de gestion dans les organisations publiques : les facteurs de réussite ». *Politiques et management public*, Septembre 2003, Vol 21, n°3, pp. 135-147.
- [21] NOBRE T. « L'introduction de nouveaux outils du contrôle de gestion à l'hôpital : le cas de l'ABC ». *Journal d'Economie médicale*, Novembre/ Décembre 2004, Vol 22, n° 7-8, pp. 367-379.
- [22] NOBRE T. « Le tableau de bord prospectif : Un outil de gestion pour l'hôpital ? ». *Gestions hospitalières*, Mars 2002, n°414, pp. 171-179.
- [23] RAVELO DE TOVAR A., GUIDT M. « Le pilotage des missions des établissements publics de santé : un nouveau paradigme ». *Gestions hospitalières*, Janvier 2006, n°452, pp. 12-17

Thèse :

- [24] BOUINOT C. Contrôle de gestion à l'hôpital. Régulation et dynamique instrumentale. Thèse pour obtenir le grade de Docteur de l'École des Mines de Paris, Spécialité « Sciences de gestion ». Ecole des Mines de Paris, 2005. 380 p.

Colloques, Conférences :

- [25] BONAFINI P. « Le management des établissements hospitaliers : Des illusions aux réalités. ». 13^{ème} Colloque international Politique et management public, Décembre 2003, Strasbourg.
- [24] Hôpital Expo 2006 : conférences des Journées nationales du CNIM.

Documents multimédia :

- [26] Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier : « Kit de Base des tableaux de bord pour les établissements de santé ». CD-ROM

Sites Internet :

www.fhf.fr

www.meah.sante.gouv.fr

www.parhtage.sante.fr

Liste des annexes

ANNEXE1 : liste des entretiens

ANNEXE 2 : grille d'analyse des entretiens

ANNEXE 3 : guides d'entretien

ANNEXE 4 : comptes-rendus d'entretiens

ANNEXE 5 : outils de suivi (TCCM par service, dépenses directes,...)

ANNEXE 6 : analyse des résultats de la Base d'Angers

ANNEXE1 : liste des entretiens

Nom de l'interlocuteur	Fonction	Durée de l'entretien
Personnes ressources extérieures au CH d'Orsay		
François-Xavier Selleret	Directeur adjoint en charge du contrôle de gestion (HCL)	2h30
Cécile Guyader	Ajointe au sous-directeur (SD 6 "Qualité et fonctionnement des établissements") à la DHOS	1h30
Patrick Expert	Directeur adjoint (CH de Blois)	2h
Personnes ressources du CH d'Orsay		
Florence Favrel-Feuillade	Directrice des finances au CH de St-Denis, précédemment directrice des finances au CH d'Orsay	2h30
Sylvain Groseil	Directeur des finances du CH d'Orsay	2h
Attaché d'administration hospitalière	Direction des finances, du contrôle de gestion et des systèmes d'information	1h
Personne en charge de la comptabilité analytique	Direction des finances, du contrôle de gestion et des systèmes d'information	1h
Dr Mselati	Chef de service de pédiatrie, Président de la CME	1h
Sylvie Servelle	Cadre de santé de pédiatrie	1h
Corinne Lemouel	Cadre de santé de Médecine 3	1 h

ANNEXE 2 : grille d'analyse des entretiens

Thèmes abordés:	DHOS	HCL	CH de Blois	F. Favrel	S. Groseil	chef de service de pédiatrie	cadre de pédiatrie	cadre de médecine
définition du contrôle de gestion	x	x	x	x				
thème de la délégation de gestion / Nouvelle gouvernance	x		x			x	x	x
rôle d'accompagnement des tutelles	x							
les acteurs institutionnels au niveau national	x							
thème de l'efficience et de la performance dans les hôpitaux	x	x	x	x		x	x	x
positionnement de la fonction à l'hôpital		x	x	x				
fonctionnement pratique d'une direction du CDG		x	x	x	x			
positionnement par rapport à la direction des finances		x	x	x				
rôle du DIM	x	x	x	x				
description de la démarche		x	x	x	x			
rôle de la comptabilité analytique (Base d'Angers, TCCM...)	x	x	x	x	x			x
les indicateurs utilisés	x	x	x	x	x	x	x	x
soutien institutionnel interne		x	x	x				
la communication des résultats / modalités du reporting		x	x	x	x	x	x	x
mobilisation des professionnels de santé	x	x	x	x	x	x	x	x
bilan de l'expérience		x	x	x				
limites de la démarche		x	x	x				
reproductibilité de la démarche		x	x					
les attentes des acteurs		x	x			x	x	x
les perspectives de développement du CDG		x	x	x	x			

ANNEXE 3 : guides d'entretien

Guide d'entretien.
Personne interviewée :Mme Cécile Guyader, adjointe au sous-directeur en charge de la performance dans les hôpitaux (DHOS)
Date : Le 7 juin 2006 - Lieu : Ministère de la Santé, DHOS
Durée de l'entretien : 1h30

Objectifs : recueillir le point de vue du ministère sur le CDG pris sous l'angle du management de la performance, repérer les grandes tendances dans les hôpitaux (publics et privés), les freins et les pistes d'améliorations, comprendre le rôle du ministère et les actions mises en œuvre.

- 1) Contact avec la personne interviewée.
 - cursus professionnel
 - pourquoi ce poste au ministère ?

- 2) Missions de la sous-direction.
 - Pourquoi une sous-direction chargée de la performance ?
 - Description des missions
 - Bilan des réalisations

- 3) Liens avec les autres acteurs
 - les sous-directions (notamment la sous-direction F, chargée des questions financières)
 - l'ATI H, le GACAH
 - les hôpitaux : publics et privés. assistance, tutelle ?
 - les ARH
 - la Meah
 - les experts externes (notamment issus de l'entreprise ?)

- 4) Concept de performance.
 - comment la définir ? parle-t-on simplement de performance financière ? Plus précisément dans les hôpitaux publics ?
 - comment la mesurer ?
 - comment la relier à la notion de CDG ?
 - pourquoi parler aujourd'hui de performance? (rôle incitateur de la T2A, mise en place des pôles)
 - est-elle compatible avec une mission de service public ?
 - acceptabilité de la notion notamment auprès des médecins

- 5) Comment promouvoir la notion de performance dans les hôpitaux publics ?
 - Bilan de l'existant (panorama des pratiques hospitalières)
 - Axes d'amélioration ?
 - Comment mobiliser l'ensemble des acteurs de l'hôpital (notamment les médecins) ?
 - quel est votre rôle dans la promotion des pratiques ?
 - freins rencontrés
 - pistes d'actions

- 6) Perspectives.
 - programme de travail.
 - Calendrier

Guide d'entretien.
Personne interviewée : M. François-Xavier Selleret, directeur adjoint aux Hospices Civils de Lyon (siège), en charge du contrôle de gestion.
Date : Le 12 juin 2006 – Lieu : siège des Hospices Civils de Lyon.
Durée de l'entretien : 2h30

Objectifs : Recueillir le témoignage de l'expérience menée aux HCL en matière de CDG.

- 7) Contact avec la personne interviewée.
 - Date de la prise de fonction.
 - Positionnement dans l'équipe de direction
 - Missions attribuées

- 8) La notion de CDG
 - comment la définiriez-vous ?
 - périmètre : parle-t-on simplement de performance financière ? S'agit-il plutôt de pilotage de la performance ?

- 9) L'expérience des HCL
 - origine de la démarche CDG : pourquoi mettre en place un CDG aux HCL (impact T2A, contexte particulier des HCL)
 - L'existant
 - Grands objectifs du projet mené par FXS.
 - Déclinaison : méthodologie employée (communication du projet), rapport siège / hôpitaux (rôle des directeurs de site), outils utilisés (compta analytique (TCCM, ENC), budgets de service, tableaux de bord...). Comment utilisez-vous ces outils (appropriation par les services ?).
 - Comment cette démarche s'articule-t-elle avec la constitution des pôles d'activité ?
 - Calendrier de mise en œuvre
 - Personnel mobilisé.
 - Participation des médecins à la démarche ?

- 10) Le bilan
 - Résultats
 - est-ce que le CDG a alimenté la prise de décision et a conduit à des plans d'action ?
 - compréhension et acceptation de la démarche notamment de la part de la communauté médicale (une « culture » CDG s'est-elle développée ?).
 - quel bilan tirez-vous de cette démarche : points de satisfaction, axes d'amélioration ?
 - reproductibilité de la démarche ? (notamment dans des petits CH)
 - facteurs clés de succès

- 5) Perspectives.
 - programme de travail.
 - Calendrier

Guide d'entretien.
Personne interviewée : M. Patrick Expert, directeur chargé de l'évaluation et de la stratégie.
Date : Le 4 juillet 2006 – Lieu : centre hospitalier de Blois
Durée de l'entretien : 2 h

Objectifs : Recueillir le témoignage d'un spécialiste du contrôle de gestion dans les hôpitaux et son expérience des pratiques mises en place au CH de Blois

11) La notion de CDG

- comment la définiriez-vous ?
- périmètre : parle-t-on simplement de performance financière ? S'agit-il plutôt de pilotage de la performance ?
- outils

12) Panorama des pratiques hospitalières

- l'état d'avancement : CAH, tableaux de bord => une accélération avec la T2A ?
- les principales difficultés
- les pistes à envisager (rôle du niveau national, investissement dans les SI H ?)
- pratiques du privé (PSPH, lucratif)

13) Votre expérience : au CH de Blois (et éventuellement ailleurs)

- Positionnement du CDG (dans vos missions ?)
- Outils
- Soutien institutionnel
- Personnel employé
- Le TBP (par service ou simplement global ?) : comment le rendre vraiment prospectif ? comment sont fixés les objectifs quantifiés ?
- Résultats
- est-ce que le CDG a alimenté la prise de décision et a conduit à des plans d'action ?
- compréhension et acceptation de la démarche notamment de la part de la communauté médicale (une « culture » CDG s'est-elle développée ?).
- quel bilan tirez-vous de cette démarche : points de satisfaction, axes d'amélioration ?
- reproductibilité de la démarche ? (notamment dans des petits CH)
- facteurs clés de succès

6) Perspectives.

- programme de travail.
- Calendrier

Guide d'entretien.
Personne interviewée :Mme Favrel-Feuillade, directrice des finances au CH Saint-Denis (93) (anciennement en poste au CH d'Orsay)
Date : Le 30 juin 2006 – Lieu : Centre hospitalier de St-Denis
Durée de l'entretien : 2h30

Objectifs : recueillir le point de vue d'un acteur à l'origine de la démarche CDG au CH d'Orsay ; mieux comprendre l'origine des pratiques et dresser un état des lieux des outils. Réfléchir avec l'interviewée aux pistes d'actions à mettre en oeuvre. Comparaison avec l'expérience menée au CH St-Denis.

- 1) Sa conception du CDG.
 - comment définiriez-vous le CDG ?
 - but du CDG dans une organisation et dans un hôpital.
 - De qui relève-t-il ?

- 2) Origine de la démarche CDG au CHO.
 - l'existant : état des lieux à sa prise de fonction
 - pourquoi introduire de nouveaux outils ?
 - quel a été l'élément déclencheur (expériences d'autres établissements, sensibilisation au CDG au cours du cursus professionnel ?). Remarque : pas d'incitation forte pour un établissement en équilibre financier.
 - objectifs poursuivis

- 3) La mise en place d'une instrumentation de gestion.
 - quels outils ?
 - calendrier
 - comment est-elle parvenue à les mettre en place : rôle de l'équipe des finances, aides extérieures, rôle du DIM
 - Rôle des services (notamment services de soins)

- 4) Bilan
 - réussites et points de difficultés
 - le passage de la mise en place technique à l'exploitation dans la prise de décision et l'élaboration de plans d'actions.
 - Simples outils pour le DAF, appropriation par les acteurs ?
 - Quels sont les points d'amélioration ? Pensez-vous qu'il est possible d'approfondir les pratiques dans le contexte du CH d'Orsay ? Comment ?

- 5) Description des pratiques de CDG au CH St-Denis
 - apport de l'expérience d'Orsay
 - description de l'expérience : motivations, outils
 - bilan : le CDG guide-t-il la prise de décision, appropriation par les acteurs, freins éventuels, axes d'amélioration.
 - Comparaison CHO / CH St-Denis.

Guide d'entretien (3 entretiens)
Personnes interviewées au Centre hospitalier d'Orsay: le chef de service de pédiatrie, 2 cadres de pédiatrie et de médecine
Date : Les 26 et 27 juillet 2006 – Lieu : services de soins du Centre hospitalier d'Orsay
Durée des entretiens : 1h par entretien

Objectifs : Evaluer la sensibilité des professionnels de santé de l'hôpital à la démarche de contrôle de gestion et recueillir leurs attentes quant aux méthodes à mettre en œuvre.

Cette grille est volontairement légère, laissant le périmètre de l'entretien assez large. D'autres thèmes sont venus se greffer lors de la réalisation des entretiens.

14) La notion d'efficacité

- Qu'est-ce qui fonde l'efficacité de votre service ? de l'hôpital ?
- L'hôpital public doit-il être performant ?

15) Les modalités de suivi de la performance.

- quels indicateurs privilégieriez-vous ?
- doit-on apprécier la performance au regard des critères financiers ?
- quels liens entre la performance, les organisations et les pratiques ?
- quid du rapport qualité / coûts ?

16) Point sur les outils existants (tableaux de suivi mensuels, annuels, TCCM...)

- Utilité de ces documents
- Alimentent-ils l'analyse et entraînent-ils des mesures correctives ?
- Les résultats sont-ils diffusés à l'ensemble de l'équipe ?
- Comment améliorer ces outils ?

ANNEXE 4 : comptes-rendus d'entretiens

CR de l'entretien
Personne interviewée : Dr Mselati, chef de service de pédiatrie (CH d'Orsay)
Date : Le 26 juillet 2006 – Lieu : CH d'Orsay (service de pédiatrie)
Durée de l'entretien : 1h

NB : notre interlocuteur est également le président de la CME.

Les fondements de l'efficacité dans le service de pédiatrie

Le CH d'Orsay est en forte concurrence avec des hôpitaux proches : CH de Longjumeau, hôpital Antoine Béchère mais aussi avec l'ensemble de l'offre de soins parisienne.

La performance du service de pédiatrie repose sur :

- une politique de soins originale
- l'écoute de toutes les demandes
- l'adéquation de la réponse de soins à la question posée.
- Une prise en charge la mieux adaptée par la mobilisation du plateau technique de l'hôpital.
- Le développement des relations avec les partenaires extérieurs : le service doit pouvoir donner des réponses rapides aux professionnels libéraux si besoin. Il doit aussi développer des réseaux avec des hôpitaux de référence pour pouvoir prendre en charge des maladies complexes (ex : hémato-cancérologie).

La crédibilité du service dépend à la fois d'une politique médicale interne (développement des compétences des médecins, qualité des recrutements) mais aussi des relations qu'entretient le service avec des structures hospitalières spécialisées. L'objectif du service est de pouvoir offrir une prise en charge de qualité avec l'appui d'un réseau.

La performance médicale passe aussi par l'harmonisation et la simplification des soins et de la prise en charge, dans le but d'éviter notamment la surprescription (ex : prescription d'antibiotiques en cas de méningite virale). Cet objectif d'harmonisation est régulièrement rappelé aux médecins de l'équipe lors des transmissions quotidiennes. Cependant, harmoniser et simplifier la prise en charge impliquent de toucher à la liberté des médecins et à leur attachement au principe de sécurité (mieux vaut beaucoup prescrire pour se prémunir contre d'éventuelles mauvaises surprises !). L'harmonisation des soins permet aussi de lier la maîtrise des coûts aux pratiques, même si, selon notre interlocuteur, la performance économique doit rester secondaire ; il importe d'abord d'assurer la performance médicale.

Les fondements de l'efficacité au CH d'Orsay

L'efficacité du CHO est conditionnée par trois aspects :

- une bonne coordination avec les structures d'aval : la prise en charge médico-sociale est un critère déterminant pour la performance de l'hôpital.
- L'homogénéité de la performance entre les services : en tant que président de la CME, notre interlocuteur veille à cette homogénéité dont dépend la bonne image de l'hôpital.
- L'apport du fonctionnement en pôles qui devra favoriser la coordination et l'harmonisation entre les services.

L'hôpital public doit être performant, mais pas sous l'angle de la réduction des coûts. Il assume avant tout des missions d'intérêt général, l'aspect social de la prise en charge étant en outre primordial.

Les indicateurs intéressants à suivre.

- indicateurs permettant de suivre la diversité et la complexité des pathologies mais aussi, pour les pathologies les plus simples, la rapidité de leur prise en charge : détail des GHM, PMCT.
- Les actes de laboratoire envoyés à l'extérieur
- Les médicaments prescrits.

Point sur les indicateurs existants :

- les indicateurs de satisfaction des usagers ne sont pas adaptés car ils ne prennent pas en compte les critères médicaux de la prise en charge.
- Le suivi de l'activité : les résultats sont communiqués à l'équipe lorsque des dérapages apparaissent. Ils font alors l'objet d'une analyse. Mais lorsque les résultats sont bons, on ne prend pas la peine de les analyser, ce qui est aussi un problème.
- Insuffisance du recueil des infections nosocomiales (notamment sur les infections virales transmissibles).

CR de l'entretien
Personne interviewée : Sylvie Servelle, cadre de santé de pédiatrie
Date : Le 26 juillet 2006 – Lieu : CH d'Orsay (service de pédiatrie)
Durée de l'entretien : 1h

Les fondements de la performance dans le service de pédiatrie

La performance est conditionnée par la qualité des soins et le bien-être procuré aux patients. Ces deux critères doivent être évalués afin de prendre, au besoin, des mesures correctrices. Ces critères de performance sont partie intégrante de la démarche qualité.

Notre interlocutrice est sensibilisée à la notion de coûts mais la qualité prime avant tout. La question se pose plutôt de trouver le bon rapport efficacité des soins / coûts. La performance est aussi conditionnée par la satisfaction des patients et la réponse apportée par l'hôpital à un besoin de santé publique.

Les pôles peuvent améliorer la qualité des soins par la mise en œuvre de projets communs et le renforcement de la coordination entre les équipes.

Point sur les indicateurs.

Le service dispose actuellement de peu d'indicateurs pertinents.

Les indicateurs de suivi d'activité : elle les analyse avec le chef de service mais ils servent peu à la prise de décision. Il faudrait une analyse plus fine par pathologies.

Notamment, une chute d'activité devrait déboucher sur une analyse de l'accueil et de la satisfaction des patients. Il est important de mieux formaliser ces éléments. Selon notre interlocutrice, la satisfaction est l'indicateur le plus important car il reflète l'ensemble de l'organisation (ressources humaines, locaux, matériel...).

- les questionnaires de sortie : les critères sont trop subjectifs et les résultats ne débouchent au mieux que sur les micro-actions.

Les attentes en terme d'indicateurs.

Les tableaux de bord doivent pouvoir objectiver des ressentis et évaluer la qualité du travail de l'équipe. Pour élaborer des indicateurs, il faudrait, au préalable, clarifier les objectifs de soins du service. Des objectifs ont été définis dans le projet de soins mais ils ne sont pas déclinés par service.

Il est important de disposer de données permettant d'évaluer les soins, par exemple des indicateurs relatifs à l'alimentation parentérale chez les nouveaux-nés, des indicateurs sur la douleur, l'accueil, la présence des parents. Il faudrait différencier les indicateurs suivant les secteurs de néonatalogie, d'hospitalisation des enfants et d'urgences pédiatriques.

La périodicité des indicateurs dépend de leurs caractéristiques. Un rythme de production par trimestre semble le plus adapté de façon générale.

CR de l'entretien
Personne interviewée : Corinne Lemouel, cadre de santé de médecine 3 (orientation cardiologique et gastro-entérologique)
Date : Le 27 juillet 2006 - Lieu : CH d'Orsay (service de pédiatrie)
Durée de l'entretien : 1h

Les fondements de la performance dans le service de médecine

La performance est conditionnée par la qualité de la prise en charge. Celle-ci dépend de:

- L'accueil du patient. Il faut d'abord bien connaître la personne, y compris sur le plan social.
- L'organisation et la continuité des soins : la coordination entre les différents intervenants, y compris avec les services sociaux et les « prestataires » (imagerie, laboratoire, consultations externes...) est primordiale.
- La satisfaction des patients.
- La survenue ou non de certains « événements » : chutes, escarres

La mise en place des pôles pourrait accroître la coordination de la prise en charge mais celle-ci est de fait déjà assurée, notamment avec le service de gériatrie.

Notre interlocutrice est sensibilisée à la notion de coût. Il convient de personnaliser davantage les examens, d'être un acheteur « éclairé » (matériel médical, mobilier). Mais l'approche par les coûts doit rester parallèle.

Point sur les indicateurs existants.

- le suivi de l'activité : les tableaux donnent une indication mais ils ne sont pas suffisamment parlants. Il n'y a aucune information sur les soins ou sur les médicaments.
- Les tableaux du DIM par pathologie sont utiles mais ils ne sont pas croisés avec les notions de temps de soins et de coûts.
- Les dépenses directes par trimestre : pas assez parlantes.

Les rencontres organisées avec la précédente directrice des finances étaient intéressantes ; elles permettaient de formaliser une analyse et de fixer des objectifs.

De même, les démarches type TCCM, permettant de se comparer à un hôpital fictif sont enrichissantes mais n'ont malheureusement pas été exploitées.

Les attentes en terme de tableaux de bord

- Des indicateurs de charge en soins : ils ont été mis en place ponctuellement dans 2 services de l'hôpital mais mériteraient d'être généralisés sur tout l'établissement. Ces indicateurs permettent de mettre en adéquation les patients et le personnel. Cette démarche doit être institutionnalisée pour aboutir à un redéploiement des moyens.
- Des indicateurs de ressources humaines : absentéisme, mensualités de remplacement (un tableau annuel sur les mensualités de remplacement est déjà produit), accidents du travail, accidents d'exposition au sang, formation.
- Des indicateurs qualité : chutes, escarres, infections nosocomiales, plaintes, réclamations, enquête de satisfaction (les questionnaires actuels ne sont pas adaptés à la population accueillie).
- Des indicateurs financiers : type budgets de service.
- Des indicateurs d'activité permettant ainsi de croiser l'activité réalisée avec le personnel disponible.
- Des indicateurs de traçabilité du matériel.

Exemple de TCCM par service
COMPARAISON AVEC UN SERVICE FICTIF DE MEME CASE-MIX
AUX COUTS DE REFERENCE DE LA BASE NATIONALE
2002

INDICATEURS D'ACTIVITE					
Nombre de points ISA	1 313				
	905				
Nombre de séjours	1 800	DMS de C.H.O.	3,11		
Nombre de journées du C.H.O.	5 591	DMS théorique	3,35		
Nombre de journées théoriques	6 033			soit	-7,33%

	SERVICE XXX		COUT THEORIQUE		ECART
	Valeurs (€)	Valeurs (€) / 100 pts	Valeurs (€)	Valeurs (€) / 100 pts	
Personnel médical	518 929	39,50	246 184	18,74	110,79%
Personnel non médical	1 092 666	83,16	1 209 819	92,08	-9,68%
PERSONNEL	1 611 595	122,66	1 456 003	110,81	10,69%
CONSOMMABLES MEDICAUX	120 257	9,15	153 752	11,70	-21,79%
AMORTISSEMENTS MAINTENANCE MATERIEL MEDICAL	47 886	3,64	28 763	2,19	66,48%
LOGISTIQUE MEDICALE	31 641	2,41	65 761	5,01	-51,88%
LABORATOIRE (Clé de répartition : B)	195 694	14,89	172 020	13,09	13,76%
BLOC (Clé de répartition : KC)		0,00	33 209	2,53	100,00%
ANESTHESIE (Clé de répartition : AREK)		0,00	30 947	2,36	100,00%
RADIOLOGIE (Clé de répartition : équivalent Z)	111 822	8,51	80 340	6,11	39,19%
EXPLORATIONS FONCTIONNELLES			43 238	3,29	100,00%
RADIOTHERAPIE			706	0,05	100,00%
ACTES A L'EXTERIEUR (Dépenses directes)	32 899	2,50	13 146	1,00	150,26%
URGENCES (Clé de répartition : passages)	77 740	5,92	45 600	3,47	70,48%
SMUR (Clé de répartition : interventions)	27 289	2,08	16 559	1,26	64,80%
TOTAL PLATEAU TECHNIQUE	445 444	33,90	435 765	33,17	2,22%
COUT MEDICAL	2 256 823	171,76	2 140 044	162,88	5,46%
Restauration (Journées)	72 512	5,52	58 581	4,46	23,78%
Blanchisserie (Journées)	24 739	1,88	30 199	2,30	-18,08%
Gestion générale et autre logistique (%)	593 631	45,18	522 326	39,75	13,65%
COUT LOGISTIQUE ET HOTELIER	690 882	52,58	611 106	46,51	13,05%
COUT DE STRUCTURE (%)	76 638	5,83	125 974	9,59	-39,16%
COUT COMPLET	3 024 343	230,18	2 877 124	218,98	5,12%
Valeur du point ISA	2,24		2,09		7,14%
B de laboratoire consommés	768 981		927 638		-17,10%

**Exemple de tableau de suivi des dépenses directes par service
SERVICE XXX**

SITUATION CUMULEE AU 31 DECEMBRE 2003

COMPTES	LIBELLES	DEPENSES DIRECTES		EVOL. EN % R2003/R2002	EVOL. TOTAL C.H.O.
		REALISATION 2002	REALISATION 2003		
62114	Personnel intérimaire paramédical	686,98	727,69	5,93%	40,04%
63/64	Personnel non médical	900 197,88	952 034,28	5,76%	3,80%
63/64	Personnel médical	423 672,10	392 104,76	-7,45%	11,64%
	TOTAL GROUPE 1- DEPENSES DE PERSONNEL	1 324 556,96	1 344 866,73	1,53%	5,59%
60211- 60218	Spécialités pharmaceutiques - produits de base	83 992,97	131 687,06	56,78%	19,21%
60215	Produits sanguins	26 472,76	32 636,12	23,28%	5,94%
60216	Gaz médicaux	767,23	949,64	23,78%	-42,46%
60221- 60227	Ligatures sondes et pansements	4 981,25	4 724,01	-5,16%	-2,77%
60222	Petit matériel médico-chirurgical non stérile	9 067,34	11 560,72	27,50%	-3,50%
60223	Matériel médico-chirurgical à usage unique stérile	15 098,66	15 993,00	5,92%	12,93%
6066	Fournitures médicales	968,19	2 576,40	166,10%	-4,23%
61112	Imagerie médicale	572,54	669,21	16,88%	-3,63%
61113	Laboratoires	20 941,15	28 195,21	34,64%	12,01%
61115	Consultations spécialisées	137,22	45,87	-66,57%	21,01%
61118	Autres prestations	5 091,86	5 029,31	-1,23%	2,54%
61551- 61562	Entretiens et réparations maintenance sur matériel médical	4 297,03	3 641,66	-15,25%	-4,33%
	TOTAL GROUPE 2- DEPENSES MEDICALES	172 388,20	237 708,21	37,89%	5,91%
6023 - 6282	Alimentation	39 318,75	38 350,50	-2,46%	-0,44%
60251 - 60258	Fournitures hôtelières	573,24	1 008,21	75,88%	-17,54%
60252	Habillement	705,22	570,80	-19,06%	73,67%
60253	Linge	7 283,33	6 724,15	-7,68%	-0,03%
60254	Produits d'entretien	4 522,26	4 413,66	-2,40%	4,03%
60256	Couches alèses et produits absorbants	5 686,69	6 206,56	9,14%	6,13%
60281/84	Fournitures de bureau et informatique	2 469,83	3 661,86	48,26%	3,47%
6063	Fournitures petits matériels et outillage	622,68	1 203,16	93,22%	24,92%
61352	Locations mobilières - équipements	679,85	694,14	2,10%	51,65%
6152 - 6155	Entretiens et réparations	7 116,22	8 879,81	24,78%	2,48%
618	Documentations générales	460,40	470,13	2,11%	3,32%
624	Transport de biens et d'usagers	10 992,75	8 592,00	-21,84%	-1,39%
626	Frais postaux et télécommunications	1 976,85	1 395,84	-29,39%	-12,29%
6281	Blanchissage	10 807,78	15 910,22	47,21%	26,93%
6288	Prestations de services à caractère non médical	37,55	7 747,90	20533,56%	-15,73%
	TOTAL GROUPE 3- DEPENSES HOTELIERES ET GENERALES	93 253,40	105 828,94	13,49%	2,56%
	TOTAL DEPENSES G.1 à G.3	1 590 198,56	1 688 403,88	6,18%	5,33%

Exemple de tableau d'indicateurs de performance : Service de XXX
Indicateurs de performance 2002

Performance médico-économique		2000	2001	2002	% 2002/2001
	Nb pts ISA produits	2 101 122	1 896 615	1 603 169	-15,47
	PMCT	1 029	1 019	1 085,40	6,52

Performance du personnel		2000	2001	2002	% 2002/2001
	ETP PM/100 000 pts ISA produits	0,30	0,34	0,34	0,10
	ETP PNM/100 000 pts ISA produits	1,17	1,29	1,58	22,27
	2002	Médecine 3	CHO MCO		
	ETP PM/100 000 pts ISA produits	0,34	0,54		
	ETP PNM/100 000 pts ISA produits	1,58	2,64		

Performance organisationnelle	2002	Médecine 3	Ref nat
	DMS	4,3	5,40
	Différentiel de journées avec ref nat	-1 625 j	

Performance concurrentielle		Cardio	Pneumo	Digestif	Syst nerveux	Autres
	2002	19,9%	16,4%	17,4%	11,4%	11,1%
	Zone d'attractivité 2000	17,3%	24,9%	23,7%	45,9%	13,6%
	Classement du CHO	2	1	1	1	2
	Principal concurrent	Jacques Cartier	CMC Bligny Bris	Jacques Cartier	Pitié	Jacques Cartier
	Part de marché du principal concurrent	19,0%	24,1%	21,6%	5,1%	27,9%

Performance qualité		Médecine 3	CHO
	Enquête de satisfaction		
	Taux de retour	1,14%	8,31%
	Taux de satisfaction	94,12%	91,23%

Exemple de tableau du DIM- ANNEE 2003 - SERVICE DE XXX -

	2001	2002	2003	02/03	01/03
Nombre de RUM	1 491	1 301	1 464	+12,53%	-1,81%
DMS	6,5	7,1	7,0	-1,93%	+7,31%
%CM 24 (hospi<24H)	14.6%	17.2%	18,7%	#####	#####
Nombre de points ISA*	1 796 290	1 593 847	1 714 685	+7,58%	-4,54%
PMCT	1 204,8	1 225,1	1 171,2	-4,40%	-2,78%
PMCT hors CM 24	1 366,5	1 358,5	1 386,1	+2,03%	+1,43%

Pondération par l'échelle 2003 pour les années 2002 et 2003

Pondération par l'échelle 2002 pour 2001

REPARTITION DES POINTS ISA PAR POLES D'ACTIVITE

Pôles d'activité	Nombre	ISA tot	ISA/Total ISA	PMCT
Système nerveux	668	970 496	56,60%	1 452,8
Autres prises en charge	282	94 398	5,51%	334,7
Pneumologie	105	197 302	11,51%	1 879,1
Cardiologie	86	92 488	5,39%	1 075,4
Psychiatrie, Toxicologie, Intoxications, Alcool	69	60 596	3,53%	878,2
Orthopédie, Rhumatologie	52	56 745	3,31%	1 091,3
Uro-néphrologie	29	39 335	2,29%	1 356,4
Digestif	27	33 220	1,94%	1 230,4
ORL, Stomatologie	27	20 607	1,20%	763,2
Endocrinologie	24	29 754	1,74%	1 239,8
Tissu cutané et tissu sous-cutané (dont chir obésité)	24	29 011	1,69%	1 208,8
Maladies infectieuses (hors VIH)	18	35 564	2,07%	1 975,8
Décès, Transferts immédiats	15	4 975	0,29%	331,7
Hématologie	15	26 700	1,56%	1 780,0
Chimiothérapie, radiothérapie, transfusion	8	1 640	0,10%	205,0
Maladie VIH	5	10 645	0,62%	2 129,0
Vasculaire périphérique	5	6 601	0,38%	1 320,3
Gynécologie	4	3 618	0,21%	904,6
Ophtalmologie	1	990	0,06%	990,0
TOTAL	1 464	1 714 685	100,00%	1 171,2

COMPARAISON DES DMS PAR POLES D'ACTIVITE

*

Pôles d'activité	Nombre	DMS service	DMS nat
Système nerveux	383	9,3	8,7
Autres prises en charge	260	1,4	1,4
Cardiologie	51	6,9	6,7
Psychiatrie, Toxicologie, Intoxications, Alcool	49	4,8	5,4
Pneumologie	48	10,0	10,7
Orthopédie, Rhumatologie	32	10,6	7,2
Uro-néphrologie	20	8,1	7,0
ORL, Stomatologie	18	3,4	4,0
Décès, Transferts immédiats	14	1,0	1,0
Digestif	14	9,2	6,5
Endocrinologie	12	6,4	8,1
Hématologie	11	8,1	8,8
Chimiothérapie, radiothérapie, transfusion	8	1,0	1,0
Tissu cutané et tissu sous-cutané (dont chir obésité)	7	15,7	9,3
Maladies infectieuses (hors VIH)	6	8,7	12,0
Maladie VIH	5	6,2	9,9
Vasculaire périphérique	3	6,3	8,3
Ophthalmologie	1	2,0	4,7
Gynécologie	1	1,0	13,4
TOTAL	943	6,4	6,1

*Pour ce tableau seuls les monoséjours ont été traités

Nombre de journées pour les mono-séjours réalisées	6 072	
Nombre de journées pour les mono-séjours théoriques	5 781	-291

ANNEXE 6 : analyse des résultats de la Base d'Angers. Exemple de fiche d'analyse

URGENCES

Unité d'œuvre : nombre de passages

COMPARAISON DU CHO A LA BASE D'ANGERS

Coût unitaire CHO : 101,394 €
Coût unitaire base d'Angers : 134,568 €
Ecart : - 33,174 € soit - 24,65 %
Coefficient de variation : 0,229
Echantillon : 81 établissements (68 CH, 0 CHS, 11 CHU et 2 PSPH)
Coût unitaire CH base d'Angers : 129,033 €
Ecart : - 27,639 € soit - 21,42 %

COMPARAISON DU CHO DANS LE TEMPS

Cette fiche est remplie pour la troisième fois. On constate une augmentation du coût de l'unité d'œuvre (+16%) qui s'accompagne d'une baisse du nombre de passages. Trois postes de dépenses connaissent une croissance importante : les frais de personnels tant médical (+35%) que non médical (+12%) et apparition d'emplois aidés (+12838 €) ; les dépenses liées aux examens de laboratoires (+8%), les dépenses d'imagerie (+4%)

METHODOLOGIE

- ❖ Fiabilité des imputations : moyenne. Le CHO n'a pas de charge induite de bloc opératoire. Or, les autres établissements imputent une partie du coût du bloc opératoire à l'activité d'urgence.
- ❖ Découpage structurel : correct
- ❖ Recueil des unités d'œuvre : bon

POSITIONNEMENT DU CHO PAR RAPPORT A L'ECHANTILLON

L'unité d'œuvre est constituée essentiellement par le coût du personnel médical et non médical affecté aux urgences adultes et pédiatriques (à l'exception de la zone d'hospitalisation de très courte durée). On y trouve également les produits pharmaceutiques et le petit matériel médical ainsi que des charges induites (laboratoire et imagerie notamment).

Le coût de l'unité d'œuvre est inférieur au coût moyen de la base. L'établissement se situe dans le premier quartile. On notera également que le coût de l'unité d'œuvre est constitué à hauteur de 18,5% de dépenses d'imagerie contre 12% pour la moyenne de la base. De même, les dépenses de laboratoire représentent 16,7% du coût de l'unité d'œuvre contre 10,2% pour la moyenne de la base.

CONCLUSIONS PRINCIPALES

Il s'agit d'une activité **en économie** (1 172 895 €).

L'augmentation des rémunérations et charges du personnel non médical par rapport à l'exercice précédent repose sur le fait que le personnel affecté aux urgences pédiatriques en 2003 n'a pas été intégré dans le calcul des dépenses de personnel non médical pour un montant de 219 592, 98 €

Pour les dépenses de personnel médical, la hausse est due en partie au mode de répartition des gardes (en 2003, ces gardes étaient réparties en fonction du pourcentage d'activité communiqué par le chef de service ; en 2004 pour la pédiatrie 50% et pour la Gynéco-obstétrique 25% de ces gardes sont imputés aux urgences) et de la répartition du temps de travail entre les différentes activités (pour la chirurgie orthopédique une partie du personnel médical intervient essentiellement aux urgences, donnée non enregistrée en 2003)

L'augmentation des coûts d'imagerie et de laboratoire n'est pas la conséquence d'une demande d'examens plus importante (part stable des urgences pour l'imagerie et le laboratoire) mais le fruit de la hausse des coûts de l'imagerie (+ 3,7%) et du laboratoire (+7,9%)

SYNTHESE FINANCIERE DES ACTIVITES SUIVIES PAR LA BASE D'ANGERS (2005)

ACTIVITES EN ECONOMIE

Activités	Nombre d'U.O.	Coût moyen base	Coût C.H.O.	Montant économie
Gestion économique	13 641,03	2 211 566 €	1 351 589 €	-859 977 €
Pharmacie	121 385	789 731 €	515 393 €	-274 338 €
Stérilisation	328,73	175 994 €	130 641 €	-45 353 €
Imagerie médicale	1 301 687	1 895 256 €	1 743 254 €	-152 002 €
SMUR	2 940	938 989 €	769 241 €	-169 748 €
Département d'information médicale	11 664	84 459 €	60 659 €	-23 800 €
Explorations fonctionnelles	223 305,70	505 117 €	414 387 €	-90 730 €
Urgences	35 356	4 757 786 €	3 584 873 €	-1 172 913 €
Transport	277 248	537 584 €	536 627 €	-957 €
Direction service informatique	300	591 988 €	556 045 €	-35 943 €
Entretien et maintenance des jardins	45 000	100 395 €	24 940 €	-75 455 €
Accueil et gestion des malades	175 049	1 585 944 €	694 155 €	-891 789 €
TOTAL ACTIVITES EN ECONOMIE		14 174 809 €	10 381 804 €	-3 793 005 €

ACTIVITES EN DEPASSEMENT

Activités	Nombre d'U.O.	Coût moyen base	Coût C.H.O.	Montant dépassement
Administration	55 338,83	7 281 649 €	7 307 106 €	25 457 €
Génie Biomédical	6 498,38	375 177 €	644 264 €	269 087 €
Pharmacie	2 152,84	480 673 €	515 393 €	34 720 €
Laboratoire	9 472 937	1 828 277 €	2 360 090 €	531 813 €
Rééducation fonctionnelle	64 670	174 286 €	177 684 €	3 398 €
Restauration	275 364	1 513 676 €	1 556 387 €	42 711 €
Gestion personnel médical et non médical	1 196	1 908 560 €	2 077 845 €	169 285 €
Anesthésiologie	122 642,50	1 055 216 €	1 276 749 €	221 533 €
Direction générale	55 338,83	1 727 236 €	2 683 726 €	956 490 €
Bloc opératoire	181 546	2 112 288 €	2 720 648 €	608 360 €
Entretien et maintenance (hors jardins)	24 827	709 829 €	1 595 669 €	885 840 €
Entretien et maintenance (hors jardins)	16 847,58	904 597 €	1 595 669 €	691 072 €
TOTAL ACTIVITES EN DEPASSEMENT		20 071 464 €	24 511 230 €	4 439 766 €

SYNTHESE GENERALE		34 246 273 €	34 893 034 €	646 761 €
--------------------------	--	---------------------	---------------------	------------------