



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

---

**Directeur d'hôpital**

**Promotion 2006**

---

**De l'intérêt des tableaux de bord pour  
le pilotage dans la nouvelle  
gouvernance : l'exemple au Centre  
Hospitalier de Gonesse**

---

**Yann LHOMME**

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier très chaleureusement :

- ❖ Mme Anne-Sophie Aubert, mon maître de stage, qui m'a continuellement fait profiter de son expérience hospitalière et m'a transmis ses nombreuses connaissances. Je tiens à lui exprimer toute ma gratitude.
  
- ❖ Les membres de l'équipe de direction de l'hôpital de Gonesse, qui ont pris le temps de répondre à mes nombreuses questions. Ils m'ont permis de mieux appréhender les réalités de l'hôpital ;
  
- ❖ M. Patrick Expert, mon référent mémoire, qui m'a accompagné et éclairé pendant toute la préparation de celui-ci ;
  
- ❖ Le personnel soignant, médical et d'encadrement pour leur dialogue constructif lors de mes entretiens et visites dans les différents services ;
  
- ❖ Ainsi que toutes les personnes qui ont accepté de me recevoir, afin d'enrichir mon travail et mes connaissances.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1 LES TABLEAUX DE BORD COMME OUTILS DE PILOTAGE DE LA PERFORMANCE A L'HOPITAL .....</b>	<b>4</b>
<b>1.1 Quelques éléments de définition.....</b>	<b>4</b>
1.1.1 La performance hospitalière.....	4
1.1.2 Le pilotage de la performance.....	8
1.1.3 Les tableaux de bord .....	10
<b>1.2 La nécessité d'un renouveau du pilotage à l'hôpital.....</b>	<b>13</b>
1.2.1 Un mouvement déjà initié dans les entreprises .....	13
1.2.2 Quatre réformes hospitalières pour favoriser le pilotage stratégique .....	14
1.2.3 Une stratégie locale en accord avec le Schéma régional d'organisation sanitaire (Sros 3).....	14
1.2.4 La nouvelle gouvernance .....	15
1.2.5 La Tarification à l'activité (T2A) .....	17
1.2.6 Les politiques sur le thème de la qualité.....	19
<b>1.3 L'importance de définir les processus pour piloter.....</b>	<b>21</b>
1.3.1 Modélisation de la chaîne de valeur pour un établissement .....	21
1.3.2 Le cœur de métier .....	22
1.3.3 Les activités de support.....	23
1.3.4 Analyse stratégique et positionnement de l'hôpital .....	23
1.3.5 L'intérêt des processus dans le pilotage.....	24
<b>2 L'INTERET D'UN TABLEAU DE BORD POUR LE CENTRE HOSPITALIER DE GONESSE.....</b>	<b>26</b>
<b>2.1 Le système de pilotage de l'hôpital de Gonesse, au milieu du gué.....</b>	<b>26</b>
2.1.1 Une offre plutôt développée en matière d'outils de pilotage .....	26
2.1.2 Une demande émergente de « faire parler les chiffres » .....	29
<b>2.2 L'intérêt des « tableaux de bord équilibrés » .....</b>	<b>30</b>
2.2.1 Utiliser les tableaux de bord comme système de pilotage de la stratégie .....	30
2.2.2 Un tableau de bord équilibré .....	30
2.2.3 Un tableau de bord prospectif .....	33
2.2.4 Les expérimentations étrangères des tableaux de bord prospectifs hospitaliers .....	35
2.2.5 Retour d'expérience sur les tableaux de bord équilibrés en France.....	37

<b>2.3</b>	<b>Les avantages et les inconvénients d'un tableau de bord équilibré.....</b>	<b>44</b>
2.3.1	La force du tableau de bord : l'instauration d'un dialogue .....	44
2.3.2	Un tableau de bord au service de la stratégie de l'établissement .....	45
2.3.3	Les éléments à prendre en compte pour réussir l'implantation des tableaux de bord.....	46
<b>3</b>	<b>MISE EN PLACE DES TABLEAUX DE BORD A L'HOPITAL DE GONESSE..</b>	<b>48</b>
<b>3.1</b>	<b>Organiser la construction d'un tableau de bord.....</b>	<b>48</b>
3.1.1	Un préalable : clarifier et obtenir un consensus sur la stratégie de l'établissement.....	48
3.1.2	Un tableau de bord adapté à l'organisation .....	52
3.1.3	Mettre en place un système de production des tableaux de bord adapté .....	55
<b>3.2</b>	<b>Les tableaux de bord et leur contenu.....</b>	<b>62</b>
3.2.1	Choix des indicateurs.....	62
3.2.2	Les tableaux de bord .....	64
3.2.3	Comptabilité analytique .....	66
3.2.4	La nécessaire évaluation .....	69
3.2.5	Les investigations complémentaires.....	70
<b>3.3</b>	<b>Menaces et perspectives.....</b>	<b>71</b>
3.3.1	La question de l'intéressement.....	71
3.3.2	Pénétrer l'intimité du pôle .....	72
3.3.3	Un hôpital « équilibré » ? .....	72
	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>74</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>75</b>
	<b>LISTE DES ANNEXES.....</b>	<b>79</b>

## INTRODUCTION

*« Il n'y a pas de qualité sans mesure,  
mais à elle seule, la mesure ne fait pas la qualité »*

*Haute Autorité de Santé*

*« Ce qui ne se mesure pas ne peut pas se gérer »*

*KAPLAN R. NORTON D. Le tableau de bord prospectif*

Parmi les responsabilités qu'exerce un directeur d'hôpital, piloter l'établissement dont il est responsable forme une de ses missions essentielles. Les tableaux de bord constituent des outils de référence pour conduire l'institution de façon éclairée.

Le pilotage des hôpitaux compte parmi les plus complexes en ce qui concerne les entreprises de services. Les patients attendent la fourniture d'un service individualisé, où les soins, les traitements, que ce soit dans la vie ou dans la mort, sont exigeants. La sécurité et la qualité des soins doivent être maximales. Tout cela se conjugue avec des ressources humaines et financières limitées, qui doivent être optimisées. Dans ce contexte, l'introduction dans le domaine de la santé de méthodes provenant du monde de l'entreprise telles que les tableaux de bord peut être discuté. Cette transformation ne doit pas seulement viser à accroître l'efficacité et la productivité, mais également prendre en compte des objectifs sociaux. Dans cette perspective, l'introduction des tableaux de bord peut aider à associer productivité et solidarité. Ceux-ci ne sont pas uniquement orientés sur les résultats financiers, mais aussi sur la satisfaction du patient.

Par définition, un tableau de bord est un document écrit composé d'une série d'indicateurs synthétiques, qui concernent une même entité (l'hôpital dans son ensemble ou un pôle en particulier) organisé de façon cohérente à des fins de connaissance, de maîtrise des performances et de suivi des objectifs. Les tableaux de bord remplissent deux fonctions, qui interagissent et s'enrichissent toutes les deux :

- Suivre l'action et l'état d'avancement de l'activité ou de projets plus précis. Le tableau est alors un outil d'information et de dialogue entre les différents niveaux hiérarchiques ;
- Servir au pilotage de chaque pôle ou de l'hôpital en aidant au diagnostic, puis à l'évaluation des résultats d'une action.

En ce sens, l'analogie avec la médecine est éclairante. Le diagnostic est la démarche par laquelle le médecin va déterminer l'affection dont souffre le malade. L'anamnèse (ou histoire de la maladie) en est une étape cruciale, où le médecin écoute son patient. Puis

vient l'examen clinique afin d'apporter des preuves pour appuyer et affiner le diagnostic, par prises des constantes vitales, auscultations et examens complémentaires (analyse de sang, imagerie médicale ...). Le médecin propose ensuite un projet thérapeutique qui est partagé avec le patient. Les tableaux de bord s'apparentent à cet examen clinique, Lors de ce dernier sont rassemblés des éléments qui peuvent être confrontés, cela afin de définir la stratégie diagnostique. Ils peuvent être communiqués à des tiers pour servir de référentiels lors d'une discussion, par exemple avec un médecin d'une autre spécialité. Enfin, ils servent à vérifier le bon rétablissement du patient.

La nouvelle gouvernance et la tarification à l'activité définissent un nouveau cadre, qui rend l'utilisation de tableaux de bord à l'hôpital plus prégnante et essentielle. Elles introduisent un paiement à l'acte où la rémunération individuelle de chaque hôpital est fixée indépendamment de son coût de production ; elles responsabilisent les acteurs par la mise en place d'un pilotage médico-économique, à travers la création des pôles et du Conseil exécutif, ainsi que de la contractualisation. Les objectifs de cette réforme visent à rationaliser la gestion et accroître la performance hospitalière. Le Centre hospitalier de Gonesse souhaite dans ce contexte améliorer la pertinence de ses outils de pilotage. Ces derniers doivent couvrir un large spectre, car ils devront intégrer les dimensions de la stratégie, des ressources humaines, de la finance et de la qualité. La performance ne peut en effet être exclusivement financière et un budget équilibré n'est que la résultante d'une bonne organisation.

L'introduction de tableaux de bord permet aussi de réduire les barrières entre les différentes fonctions de l'hôpital : les responsables ont des compétences distinctes et identifient diverses priorités. Le tableau de bord permet de partager la stratégie et les buts : à travers le consensus, l'implantation de la stratégie peut être améliorée. La séparation entre monde soignant et administratif s'appuie sur des facteurs culturels et historiques. L'introduction de tableaux de bord permet de réduire les antagonismes et d'introduire de nouveaux modes de régulation. La grande difficulté consiste en effet à traduire la stratégie de l'établissement en actes quotidiens.

Dans une première partie, après avoir défini ce qu'est la performance hospitalière, l'apport des tableaux de bord pour le pilotage sera évalué, notamment au regard des nombreuses réformes en cours. L'accent sera également mis sur la nécessité de maîtriser des processus complexes, savoirs-faire qui sont au cœur de la création de valeur pour les hôpitaux .

Dans une deuxième partie, l'intérêt pour le centre hospitalier de Gonesse de disposer de « tableaux de bord équilibrés » sera examiné. Les tableaux de bord déjà utilisés

intègrent des outils de contrôle de gestion performants, mais insuffisamment reliés à la stratégie générale de l'établissement et suscitant peu de réaction de la part du corps soignant.

Enfin, dans une troisième partie, la mise en œuvre et la fabrication de ces tableaux de bord sera étudiée.

\* \*  
\*

# 1 LES TABLEAUX DE BORD COMME OUTILS DE PILOTAGE DE LA PERFORMANCE A L'HOPITAL

Que ce soit en France ou à l'étranger, les hôpitaux sont de plus en plus soumis à des objectifs de performance. Les réformes se sont succédées depuis le début des années 1990 et l'hôpital, qui pouvait auparavant ne pas ressentir le besoin de fonder sa stratégie de façon claire et penser que de telles analyses étaient réservées aux entreprises à but lucratif, s'en préoccupe désormais. Dans ce contexte, les tableaux de bord sont l'un des instruments qui permet de rendre opérationnelle et concrète la stratégie de l'établissement.

## 1.1 Quelques éléments de définition

### 1.1.1 La performance hospitalière

La définition la plus couramment utilisée présente la performance comme la recherche de la maximisation du rapport entre les résultats et les moyens, selon un objectif fixé. Comme le rappelle Fernandez<sup>1</sup>, la tentation est grande de s'arrêter aux premiers mots de cette phrase et de ne considérer la performance que comme la relation entre ce qui coûte et ce qui rapporte, l'objectif étant de « produire toujours plus pour moins cher ». Au contraire, il convient de souligner que le concept de performance ne s'apprécie qu'en fonction d'une orientation et d'un but. L'objectif peut certes être de réaliser des gains de productivité ou de rationaliser la production. Par exemple, dans le secteur de l'informatique, une firme se considèrera comme performante si elle satisfait ses clients en ordinateurs produits en masse à bas prix. Une autre entreprise au contraire cherchera à fournir des serveurs personnalisés et dédiés à un usage très spécifique, ce qui permet de dégager une marge plus importante. Elle sera tout aussi performante que la première ; elle a toutefois choisi un modèle de développement différent. La performance d'une firme dépend donc des objectifs propres qu'elle se fixe.

Le détour par l'entreprise est enrichissant ; cependant, dans le domaine de la santé, l'hôpital public se dote d'objectifs spécifiques, qui renvoient à sa mission première qui est dans le cadre du service public d'assurer une fonction de soins.

---

<sup>1</sup> FERNANDEZ A. *Les nouveaux tableaux de bord*.

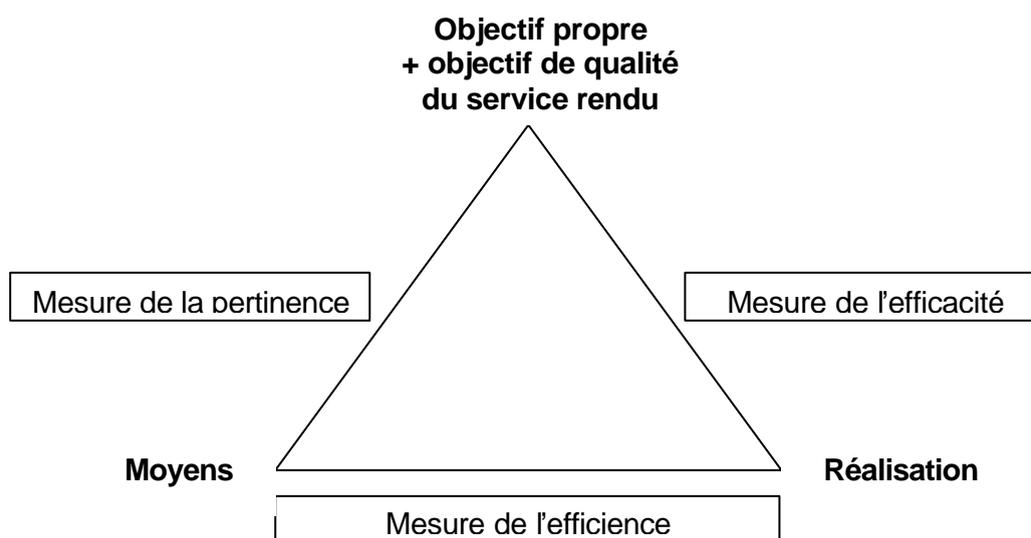
## A) La performance des administrations

Dans le cadre de la Loi organique relative aux lois de finance (LOLF) et de la réforme de l'Etat, le ministère de la fonction publique définit la performance selon trois axes<sup>2</sup> :

- **La mesure de la réalisation finale.** Il s'agit d'appréhender l'impact final d'une action et l'écart qui existe entre celle-ci et les objectifs fixés initialement. Par exemple, pour un établissement de santé, l'objectif peut être d'inclure dans un programme de prévention de l'obésité 20 % des enfants du territoire de santé présentant une surcharge pondérale. Le nombre d'enfants effectivement inclus mesure l'efficacité du dispositif ;
- **L'efficience** constitue le rapport entre les moyens et les réalisations. Utiliser moins de ressources pour un même résultat augmente l'efficience. Cette notion renvoie également à celle de productivité. L'allocation en ressources doit cependant être pertinente et en concordance avec les objectifs poursuivis ;
- **La qualité du service rendu.** Elle se mesure sous l'angle d'une part de la satisfaction des usagers ; d'autre part de la conformité par rapport à des procédures préalablement déterminées.

Une administration ou un établissement public de santé sera au final considéré comme performant si les objectifs sont atteints par les réalisations, cela en optimisant l'utilisation de ressources correctement allouées et cela dans un esprit de qualité (cf. schéma suivant sur le triangle de gestion).

**Schéma** : les trois axes de la performance des administrations



Source : *Le contrôle de gestion dans les administrations de l'Etat, éléments de méthodologie*

---

<sup>2</sup> Ministère de la fonction publique, de la réforme de l'Etat et de l'aménagement du territoire. *Le contrôle de gestion dans les administrations de l'Etat, éléments de méthodologie.*

## B) La performance des établissements de soins

Comme le souligne un article publié par la Drees<sup>3</sup>, service statistique du ministère de la santé et des solidarités, la mesure de la performance dans le domaine de la santé est une entreprise légitime, mais difficile. Le concept de performance est caractérisé par son caractère multidimensionnel, qui varie selon les points de vue des gestionnaires, des usagers, des régulateurs ou des professionnels. De plus, son impact sur la santé est difficile à mesurer (cf. encadré).

La performance hospitalière a été conceptualisée par des auteurs québécois à partir de la théorie des organisations. Leur approche de la performance hospitalière est large et systémique. Ces travaux ont servi de fondement aux réflexions du ministère de la santé pour bâtir leur modélisation de la performance des établissements de soins.

La performance est alors définie selon quatre axes :

- **L'atteinte des buts**, c'est-à-dire en premier lieu l'amélioration de la santé de la population ainsi qu'en deuxième lieu la qualité des services rendus à la collectivité. Le premier objectif est apprécié en fonction des structures de l'hôpital (qualité et niveau des ressources humaines et équipements), des résultats obtenus en termes cliniques ou en fonction de la perception par les patients, soit la qualité perçue. Le deuxième objectif renvoie à différents critères, tels que l'accessibilité (de distance, d'horaires), la continuité des soins et la réponse globale aux besoins des patients (curatives, SSR, palliatives... ou physiques, physiologiques et sociales) ;
- **L'efficacité économique**. Elle renvoie à l'utilisation optimale des moyens. La quantité, la qualité et la productivité des services produits sont évalués, ainsi que les coordinations inter-services ;
- **L'adaptation au changement**. Elle traduit la capacité pour l'hôpital à moyen terme à se procurer les ressources nécessaires à son activité et à long terme à se transformer pour s'adapter aux changements technologiques, politiques et sociaux ;
- **Le maintien des valeurs**, qui est en fait le ciment des trois autres axes. Il consiste à préserver et entretenir une culture commune, partagée par l'ensemble des professionnels et qui assure la cohésion de l'institution autour de ses missions et objectifs. Cet axe permet que l'organisation hospitalière fonctionne de façon optimale sous les contraintes qui sont les siennes.

---

<sup>3</sup> BAUBEAU D. PEREIRA C. *Mesure de la performance dans le domaine de la santé*.

Cette définition plus dynamique et systémique de la performance introduit la notion du temps : la performance n'est pas considérée comme un état stable mais doit au contraire s'insérer dans une démarche d'amélioration permanente. Pour cela, elle s'appuie sur des éléments de culture propres à chaque organisation. Ces deux notions d'évolutivité et de valeurs sont importantes, car elles conditionnent la façon dont le pilotage doit être mis en œuvre.

#### **La difficile mesure de l'impact sur la santé de la performance hospitalière**

La performance du système de soins est d'autant plus difficile à mesurer que la comparaison et la relation entre les ressources engagées et les résultats de santé obtenus ne permettent pas d'objectiver une relation simple de cause à effet.

L'hôpital fait partie d'un système de soins où « l'ensemble des composantes sont en interaction constante ». Certains patients qui arrivent à l'hôpital sont suivis préalablement par les médecins du secteur ambulatoire. C'est encore plus vrai dans les prises en charge en réseau, telles celles qui se mettent en place pour le cancer. Imputer à l'un des acteurs du système de santé le mérite du bon état de santé d'une personne apparaît donc exagéré, sauf à privilégier une approche par processus de prise en charge, capable d'évaluer toutes les interactions d'un parcours patient.

La performance de l'hôpital est difficile à isoler. Une part importante de jeunes enfants souffrant du diabète de type I sont soignés à l'hôpital de Gonesse. Mais cet afflux peut avoir deux origines, difficiles à dissocier : le service de pédiatrie est performant ; ou bien ces patients sont insuffisamment pris en charge par les médecins libéraux, les médecins scolaires... La performance de l'hôpital peut être mieux évaluée si l'on se concentre uniquement sur les pathologies spécifiquement hospitalières, tel l'infarctus du myocarde. Mais même pour celles-ci, la mesure de la performance hospitalière ne peut faire abstraction de tout ce qui relève des actions de santé publique, telles que l'hygiène de vie... et qui ont un impact aussi important. De plus, pour évaluer la qualité technique des soins, il faut procéder à des ajustements prenant en compte le risque de la population du territoire de santé et individuellement évaluer ce qui dépend des antécédents médicaux du malade et de sa condition physique.

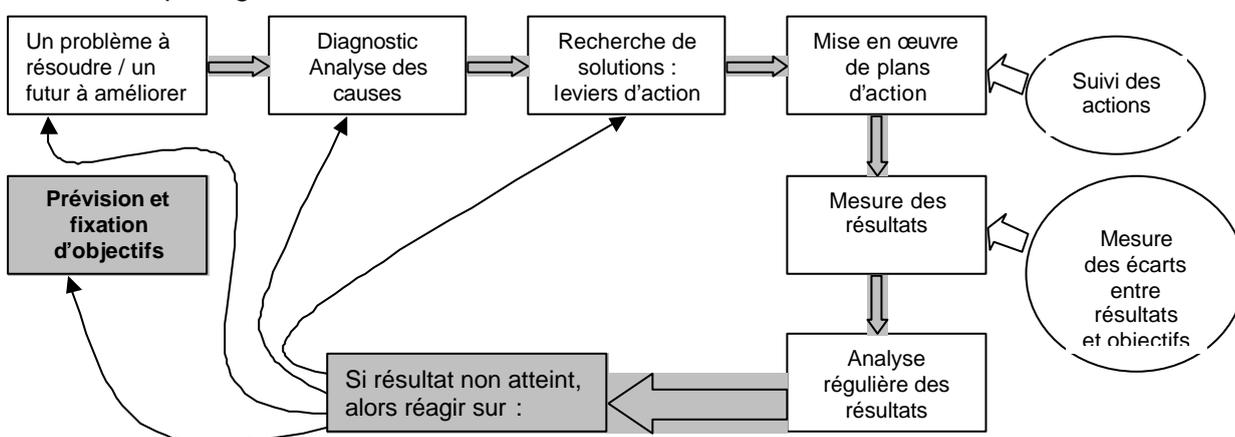
La mesure exacte de la performance hospitalière suppose donc une harmonisation des systèmes d'information et un accroissement de la communicabilité de ces derniers, ce qui permettraient de suivre les patients dans le temps et dans l'espace.

## 1.1.2 Le pilotage de la performance

De façon classique, le pilotage se définit par analogie avec la conduite d'un véhicule<sup>4</sup>. Au préalable, pour piloter, il faut d'abord connaître l'endroit où l'on veut se rendre, quitte à ajuster cette destination en cours de route. Il faut ensuite choisir le meilleur itinéraire, selon diverses contraintes (telles que la possibilité d'embouteillages ou la présence de stations d'essence...) et rassembler les ressources nécessaires à ce voyage. Ensuite, en cours de route, le conducteur suit l'avancement de son voyage, tout en s'assurant sur divers compteurs de la bonne marche du véhicule, de la consommation de carburant... Il peut par ailleurs réunir des informations extérieures sur l'environnement et l'existence de difficultés éventuelles (météorologiques par exemple), qui peuvent entraîner un changement de parcours.

Pour l'hôpital, le pilotage suit la même démarche : il faut d'abord avoir défini ses grandes orientations et ses objectifs, à travers l'explicitation de sa stratégie (cf. schéma de pilotage). Le pilotage implique ensuite de choisir les actions à mettre en oeuvre en anticipant leurs impacts sur la performance de l'établissement, de suivre leur état d'avancement, de s'assurer que les objectifs poursuivis sont atteints et de prendre à temps les mesures correctrices en cas de difficulté anticipée. La stratégie peut en retour être ajustée<sup>5</sup>.

Schéma du pilotage



source : DEMESTEERE

<sup>4</sup> DEMEESTERE R. *Le contrôle de gestion dans le secteur public*.

<sup>5</sup> Le pilotage ne se résume pas dans l'hôpital uniquement à celui de la performance. Cette démarche générique de management peut s'appliquer aussi bien à la gestion des ressources humaines qu'à celle de la dette ou des travaux.

## **Exemple de la définition de la stratégie médicale de l'hôpital de Gonesse**

Le centre hospitalier de Gonesse (CHG) est en train de rédiger son nouveau projet d'établissement. Le projet médical décline la stratégie menée par l'établissement pour les cinq ans qui viennent et qui sera mise en oeuvre par les pôles.

### **Les grands objectifs stratégiques**

Les principes qui ont guidé l'élaboration du projet médical sont au nombre de quatre. Le premier consiste à assurer une offre généraliste de proximité. Le territoire de santé recense 270 000 personnes. La réponse en terme d'offre de soins est limitée à trois établissements (L'hôpital Privé Nord Parisien, l'hôpital gériatrique Charles Richet et le CHG), tandis que la médecine libérale est sous-représentée. Le CHG a donc pour vocation d'assurer une offre généraliste complète. Le deuxième principe suivant a ensuite été adopté, qui est une approche par grandes filières. Elles permettent une prise en charge globale des pathologies, le cancer par exemple, et l'insertion dans des réseaux mis au service des patients. Certaines filières existent déjà ; elles doivent être renforcées, aussi bien à l'intérieur de l'hôpital qu'à l'extérieur entre institutions sanitaires. Ensuite, il faut veiller à la diversification des modes de prise en charge. Toujours dans le souci d'améliorer le service rendu aux patients, le CHG développe les alternatives à l'hospitalisation, avec les hôpitaux de jour ou de semaine (par exemple en diabétologie à partir de septembre), ainsi que la création d'une structure d'aval complète avec la MPR, mais aussi les soins de suite et de réadaptation, dans un premier temps gériatriques, puis polyvalents. Enfin, dernier principe, le projet médical doit assurer la transition vers le nouvel hôpital qui ouvrira ses portes en 2011.

### **Principes d'élaboration du projet médical**

Sa caractéristique principale est qu'il résulte d'une large concertation, qui s'est faite en deux temps. En 2005, dans le cadre des travaux du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 3ème génération, les Chefs de service et les médecins, les professionnels de santé ainsi que les cadres de direction ont conçu et négocié une partie du projet médical, notamment dans une perspective territoriale. Ensuite, dans le cadre de la mise en place de la nouvelle gouvernance et après concertation, le Conseil Exécutif Provisoire a finalisé cette stratégie médicale.

### **Déclinaison par pôles du projet médical**

- 1) Le développement d'une filière interne d'accueil des patients admis en urgence ;
- 2) La réorganisation la prise en charge de toutes les spécialités médicales ;
- 3) Le développement de la prise en charge des malades cancéreux ;
- 4) L'adaptation des capacités du pôle Femme-Enfant-Chirurgie pelvienne et urologique ;
- 5) L'optimisation du fonctionnement du bloc central et de la chirurgie ambulatoire ;
- 6) Le soutien de l'offre de soins en psychiatrie ;
- 7) Le développement de la prise en charge du diabète ;
- 8) La mise en oeuvre d'une filière en neurologie ;
- 9) L'amélioration de la qualité de vie des malades âgés par la constitution d'un pôle gériatrique ;
- 10) Le renforcement de la prise en charge des maladies respiratoires.

Le cadre général est donnée par la stratégie, qui renvoie à «l'art de coordonner les actions et de manœuvrer pour atteindre un but ». Ces buts correspondent aux objectifs choisis par l'établissement. La grande difficulté revient à définir cette stratégie, car cela aboutit à «reconnaître le caractère conflictuel des objectifs que peut s'assigner un

établissement de santé »<sup>6</sup>, car dépendant des nombreuses parties prenantes de l'hôpital (usagers, politiques, régulateurs, professionnels). Selon l'ANAES, la performance d'un établissement ne peut donc en conséquence être traduite par un seul et unique indicateur synthétique, car elle renvoie à plusieurs dimensions<sup>7</sup>.

### 1.1.3 Les tableaux de bord

Plusieurs types d'outil peuvent servir à la démarche de pilotage. Parmi eux, le tableau de bord est un document écrit composé d'une série d'indicateurs synthétiques, qui concernent une même entité<sup>8</sup> et qui sont organisés de façon cohérente à des fins de pilotage, de mesure et de maîtrise de la performance.

#### A) Des indicateurs...

Les indicateurs peuvent selon l'ANAES être de plusieurs types :

- Indicateurs d'activité, en fonction des objectifs poursuivis, tel le nombre de séjours ;
- Indicateurs de structure : ils représentent les ressources humaines et matérielles permettant de soigner les patients (nombre de médecins, d'appareils d'IRM...) ;
- Indicateurs de processus, renvoyant aux différentes étapes de prise en charge d'un patient (délai d'attente pour obtenir un rendez-vous en consultation...) ;
- Indicateurs de résultat. On distingue les résultats intermédiaires, donnant une mesure de la qualité de l'activité à des étapes intermédiaires du processus de prise en charge (par exemple le taux d'infection nosocomiales du bloc opératoire) des résultats finaux en terme de santé. Ces derniers sont le plus souvent négatifs, tels les indicateurs de morbidité ou de mortalité, car l'amélioration de l'état de santé est bien plus difficile à mesurer que son contraire (cf. encadré sur la difficile mesure de l'impact sur la santé de la performance hospitalière).

Les indicateurs sentinelles permettent d'anticiper sur un phénomène.

---

<sup>6</sup> ARTIBA et alii. *Le déploiement de la stratégie dans les établissements de santé.*

<sup>7</sup> ANAES. *Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé, principes généraux.*

<sup>8</sup> L'hôpital dans son ensemble ou un pôle en particulier.

Les **principales caractéristiques d'un indicateur** sont<sup>9</sup> :

- La pertinence : il porte sur des enjeux cohérents avec les objectifs poursuivis ;
- L'appropriation. Il doit être reconnu par les professionnels de santé, comme fournissant une description conforme de la réalité. La conséquence est qu'il doit résulter d'une concertation ;
- La fidélité. L'indicateur retrace bien le sens et l'importance du phénomène qu'il décrit ;
- L'économie. Le coût pour l'établir doit être raisonnable et en rapport avec son utilité ;
- La fiabilité. L'indicateur ne peut être manipulé et sa fabrication est le produit de procédures documentées et contrôlées ;
- La ponctualité. L'indicateur doit être disponible en temps voulu (et en général rapidement) ;
- La lisibilité. L'indicateur doit être compréhensible par un non spécialiste ;
- La finalisation. Pour chaque indicateur, une valeur-cible doit être présente, qui permet de mesurer l'écart entre les réalisations et les objectifs attendus ;
- La comparabilité et la pérennité. L'indicateur doit permettre les comparaisons dans le temps et dans l'espace ;
- La contrôlabilité. L'indicateur évalue un domaine sur lequel l'utilisateur du tableau de bord a une réelle possibilité d'action ;
- Le caractère anticipateur. L'indicateur anticipe sur les résultats, positifs et négatifs et permet d'agir en conséquence.

Bien entendu, aucun indicateur n'arrive à réunir toutes ses qualités en même temps et il est important de faire des choix.

Enfin, de façon idéale, un tableau de bord s'accompagne d'une notice méthodologique, donnant pour chaque indicateur la formule de calcul, la source d'information et la périodicité.

B) ... au service de la performance...

Un indicateur est une représentation chiffrée d'un phénomène que l'institution souhaite mettre sous contrôle. Il permet d'objectiver la situation et de la rendre interprétable.

Selon l'ANAES, « un indicateur est une variable qui décrit un élément de situation d'un point de vue quantitatif »<sup>10</sup>. C'est également un « outil d'aide à la décision, dont l'utilisation s'inscrit dans une démarche qui répond à un objectif et se situe dans un

---

<sup>9</sup> DEMESTEERE, déjà cité.

<sup>10</sup> C'est-à-dire que les variables qualitatives sont traduites par un repérage sur une échelle de valeur

contexte donné. L'indicateur n'a d'intérêt que par les choix qu'il aide à faire dans ce cadre »<sup>11</sup>. Les indicateurs et les tableaux de bord s'inscrivent dans une logique de gestion de la performance. Le concept de « gestion » s'appuie sur le triptyque suivant<sup>12</sup> :

- Savoir. Le simple fait de s'intéresser à une activité a déjà des effets sur celle-ci, car cette connaissance induit des changements de comportement ;
- Vouloir. La volonté de connaissance est légitime, car l'hôpital manie des fonds publics et doit rendre compte aux citoyens ;
- Pouvoir. Les responsables doivent faire changer la situation lorsqu'un dysfonctionnement est révélé.

C) ...à un échelon donné

**L'unité organisationnelle** est une entité de l'établissement de santé, où se fait le diagnostic et le pilotage. Trois niveaux peuvent être distingués : le conseil exécutif et l'équipe de direction ; le conseil de pôle ; le service.

A chaque niveau, les acteurs peuvent déployer la stratégie et en retour analyser et comprendre leur performance dans l'accomplissement des objectifs. Une unité organisationnelle dispose de frontières précises, que ce soit sur le plan fonctionnel ou géographique.

L'idéal serait d'arriver à former un réseau de tableaux de bord propres à chaque unité et coordonnées entre eux. Les tableaux de bord des niveaux intermédiaires contiennent alors deux parties. D'une part, ils rassemblent des indicateurs qui servent à la remontée d'information du niveau n vers le niveau n+1. Ces derniers servent alors d'outils de pilotage pour l'échelon supérieur, c'est-à-dire qu'ils remplissent une fonction de « reporting ». Autrement dit, ils servent à dialoguer avec la hiérarchie ou entre fonctions (par exemple entre un pôle de médecine et celui des prestations médico-techniques). D'autre part, ces tableaux de bord permettent de suivre au plan local l'avancement des plans d'action et les résultats obtenus.

Dans cette lignée, l'instauration de tableaux de bord nécessite une définition claire des périmètres de responsabilité de chacun. Notamment, les tableaux de bord sont la contrepartie de la contractualisation, qui donne une autonomie et une responsabilité accrue en échange de garantie sur les moyens et d'engagement sur des objectifs.

---

<sup>11</sup> ANAES, déjà cité.

<sup>12</sup> Ministère des affaires étrangères (DE ROODENBEKE E.). *Mieux piloter l'hôpital : les tableaux de bord*.

## 1.2 La nécessité d'un renouveau du pilotage à l'hôpital

### 1.2.1 Un mouvement déjà initié dans les entreprises

Selon KAPLAN<sup>13</sup>, le contexte dans lequel évolue les entreprises a radicalement changé. La navigation se fait désormais aux aguets, car l'environnement est incertain.

Les tableaux de bord traditionnels sont donc dépassés. Une entreprise classique de type fordiste, c'est-à-dire s'adressant à un marché de masse où la concurrence se fait par les prix, s'insère dans un schéma de pilotage basé sur l'omniscience et la rationalité. A partir d'une planification initiale, l'entreprise ordonne et coordonne les centres de production, puis contrôle. Les tableaux de bord sont alors fidèles à cette logique, avec une approche exclusivement centrée sur les coûts, dont la maîtrise représente une part importante de la valeur créée par les entreprises.

Développés dans cette optique, les tableaux de bord conditionnent la vision du monde de ces entreprises. Dans une économie basée sur les actifs matériels, les indicateurs financiers sont tout à fait appropriés pour mesurer l'activité, les stocks... Mais dans l'économie actuelle, les avantages concurrentiels sont désormais assis sur les actifs incorporels et sur les stratégies fondées sur le savoir.

Les conséquences de l'utilisation des tableaux de bord traditionnels sont la perte de précision, les responsables se trouvant loin du terrain, la durée importante pour disposer des informations, la trop forte standardisation et l'inadéquation aux besoins des décideurs. Enfin, dernier défaut et sans doute le plus important, ces tableaux de bord ne donnent qu'une vision partielle de la réalité de l'entreprise.

Les tableaux de bord d'aujourd'hui doivent permettre pour les firmes de passer d'une « culture produit » à une « culture client », ce qui selon Fernandez<sup>14</sup> constitue une vraie révolution. Les entreprises sont confrontées à trois évolutions majeures qu'elles doivent prendre en compte : la globalisation des échanges, les attentes des clients et les évolutions technologiques. Au final, les tableaux de bord doivent permettre de décider en temps réel, de façon répartie sur l'ensemble de l'entreprise, les indicateurs étant au service des objectifs et adaptés pour chaque décideur.

---

<sup>13</sup> KAPLAN R. NORTON D. *Comment utiliser le tableau de bord prospectif ?*

<sup>14</sup> FERNANDEZ A. Les nouveaux tableaux de bord

### **1.2.2 Quatre réformes hospitalières pour favoriser le pilotage stratégique**

Dans son *vade-mecum* sur le sens des réformes, « c.r.é.e.r. »<sup>15</sup> met l'accent sur quatre réformes importantes concernant les hôpitaux qui interagissent et sont coordonnées :

- Trois d'entre elles appartiennent au plan « hôpital 2007 », qui modifie l'organisation du système de soins par l'allègement des contraintes extérieures qui pèsent sur les établissements et par la modernisation de la gestion interne. Il s'agit de la nouvelle planification sanitaire, de la nouvelle gouvernance et de la réforme de la T2A ;
- La dernière renvoie aux politiques de qualité (certification V2, évaluation des pratiques professionnelles).

Ces réformes ont un impact sur les tableaux de bord qui pourraient être utilisés, non seulement en modifiant le cadre et les conditions d'exercice dans lesquels ils s'insèrent, ce qui fait émerger de nouveaux besoins, mais aussi parce que ces modifications influent sur l'organisation interne des établissements et sur les façons de concevoir la stratégie des établissements.

### **1.2.3 Une stratégie locale en accord avec le Schéma régional d'organisation sanitaire (Sros 3)**

Le dispositif de planification sanitaire a été rénové pour le rendre plus simple et plus efficace, notamment en accentuant le rôle de régulation des Agences régionales d'hospitalisation sur les territoires de santé et en modifiant le régime des autorisations d'installation.

Au travers d'une meilleure connaissance épidémiologique, l'organisation sanitaire doit répondre aux besoins de santé de la population. Le centre hospitalier de Gonesse a ainsi identifié les écarts entre les besoins de la population et les réponses apportées. Cette analyse sert entre autres à définir le Sros 3, et en retour alimente le projet médical du centre hospitalier. Ce dernier irrigue ensuite l'ensemble des sous-projets qui composent le projet d'établissement, pour ensuite au final alimenter le Contrat d'objectifs et de moyens (COM)<sup>16</sup>.

Le tableau de bord de l'hôpital de Gonesse doit disposer d'indicateurs d'avancement sur la mise en œuvre du Sros 3. Il doit également recenser l'action de l'établissement vis à vis de son territoire de santé.

---

<sup>15</sup> c.r.é.e.r. est l'acronyme de "collaboration, ressources et échanges d'expériences en réseau"

<sup>16</sup> cf. encadré sur le projet médical du CH de Gonesse.

## 1.2.4 La nouvelle gouvernance

### A) Fondements de la réforme

L'ordonnance du 2 mai 2005 vise à simplifier le régime juridique des établissements hospitaliers. Cette réforme organisationnelle s'articule autour de deux axes : d'une part une nouvelle répartition des pouvoirs et d'autre part le développement d'une politique de contractualisation.

#### a) *Une nouvelle répartition des pouvoirs*

La réforme de la Gouvernance a pour objectifs de lutter contre les rigidités et les cloisonnements de l'hôpital et d'associer les praticiens à la gestion de l'établissement comme à la mise en œuvre de ses grandes orientations.

Le rôle des instances de l'hôpital est redistribué. Le Conseil d'administration poursuit une mission exclusivement stratégique et désormais moins gestionnaire. Ses missions de contrôle sont renforcées. Le Conseil exécutif mis en place participe à la définition de la politique générale, c'est-à-dire qu'il crée les conditions d'un pilotage médico-administratif, susceptible de recourir à des tableaux de bord.

#### b) *Une politique de contractualisation*

La nouvelle gouvernance introduit une modification de l'organisation générale en créant des pôles d'activité. Cette réforme vise à permettre le décroisement des hôpitaux et ainsi améliorer la prise en charge des patients et la qualité du travail pluridisciplinaire.

La création de pôles s'accompagne du développement de la contractualisation interne et de la délégation de gestion. Le responsable de pôle signe avec le directeur de l'établissement et le président de la CME un contrat sur les objectifs d'activité et de qualité du pôle, ainsi que sur les moyens. Ce contrat est réévalué périodiquement pour ajuster les cibles en fonction des difficultés rencontrées.

### B) Impacts en terme de pilotage

#### a) *Associer davantage les soignants à la gestion de l'établissement*

Dans le cadre de la nouvelle gouvernance hospitalière, le conseil exécutif doit contribuer à rapprocher le monde médical et le monde administratif. Leur éloignement peut s'expliquer de plusieurs façons. Deux cadres théoriques seront ici mobilisés. En premier lieu, pour R. Holcman<sup>17</sup>, dans la lignée de l'analyse stratégique des organisations

---

<sup>17</sup> HOLCMAN R. *L'avènement de la gestion par pôle, dernier avatar de la lutte de pouvoir à l'hôpital.*

développée par M. Crozier, la divergence entre soignants et gestionnaires se fonde sur les rapports de pouvoir qui les opposent. Cette lutte consiste pour les deux groupes à « accroître leur marge d'autonomie en restreignant celle des autres, c'est-à-dire de garder le contrôle le plus important sur leurs comportements... tout en rendant le comportement des autres aussi prévisible que possible ». Les gestionnaires des hôpitaux gèrent l'incertitude budgétaire ; les personnels médicaux et soignants gèrent l'incertitude de l'organisation du travail dans les services de soins. La nouvelle gouvernance cherche à réduire cette incertitude liée à l'exercice bicéphale de l'autorité en favorisant des lieux de concertation, dont notamment le Conseil exécutif. Dans cette optique, les tableaux de bord peuvent être un instrument au service de ce rapprochement, en étant le support ou l'initiateur de nouvelles conventions de comportements qui permettraient aux agents de coopérer.

En deuxième lieu, le terme de «gouvernance» trouve sa source dans la théorie de l'agence. Elle se base sur deux hypothèses fortes : les agents n'exercent qu'une rationalité limitée et ils sont opportunistes. Les relations entre agents se caractérisent donc par une inégale répartition de l'information. J.-P. Domin donne l'exemple suivant d'une relation d'agence<sup>18</sup> : le gestionnaire attribue aux différents services un budget et incite le médecin à diminuer ses dépenses en fonction du budget distribué ; le médecin a seul une information sur les coûts et a tout intérêt à maximiser la taille de son service pour accroître son budget. Au final, la capacité d'accueil sera excédentaire. Les deux acteurs poursuivent donc des objectifs antagonistes : « une solution optimale consiste à forcer le médecin à révéler l'information sur ses besoins par l'intermédiaire de contrats incitatifs ». Ce serait l'objet des contrats de pôle, où les tableaux de bord servent au suivi des objectifs, à instaurer un dialogue régulier autour d'une information partagée et à réajuster les plans d'action.

Ces deux approches théoriques servent à modéliser les rapports entre soignants et administratifs. Toutes les deux établissent le même constat, à savoir des divergences d'intérêt entre les deux mondes. La nouvelle gouvernance cherche à combler cet antagonisme en favorisant le dialogue, qui ne peut s'appuyer que sur la recherche de la transparence dans les décisions rendues. Les tableaux de bord peuvent être l'outil de cette rencontre.

La réforme de la gouvernance positionne le corps médical de façon centrale dans la nouvelle organisation interne de l'hôpital : la tarification à l'activité consacre les

---

<sup>18</sup> DOMIN J.-P. *La nouvelle gouvernance ou le retour en force de l'hôpital-entreprise.*

médecins comme producteurs de ressource ; la nouvelle gouvernance les incite à participer aux arbitrages stratégiques.

*b) Une démarche de fixation d'objectifs et de suivi de leur réalisation*

Dans la pratique, la nouvelle gouvernance ne se limite pas seulement à réaménager les modalités de règlement des conflits ; elle consacre aussi l'instauration d'un nouveau mode de pilotage. La démarche de contractualisation interne permet d'accompagner l'évolution des comportements, en facilitant le passage d'une « situation de demande systématique de moyens supplémentaires » à la mise en place d'une « volonté d'arbitrer au mieux entre les besoins exprimés »<sup>19</sup>.

L'allocation de moyens dépend de la fixation d'objectifs et de règles de suivi clair ; ce dernier point est facilité par les tableaux de bord par le biais duquel l'équipe de direction obtient des éclairages sur les aspects médicaux.

La dynamique de regroupement de services au sein d'un pôle d'activité vise à atteindre une taille critique, permettant par exemple de dégager des marges de manœuvre en matière de gestion des personnels ; elle permet aussi de faire disparaître des cloisonnements et de développer des filières de prise en charge.

Au niveau du pôle, on assiste à l'émergence d'une fédération de différentes forces autour d'un projet commun, c'est-à-dire la création d'un espace de concertation au service d'un objectif (par exemple le développement d'une filière gériatrique complète). Le pôle est également le lieu où se fait un lien entre la stratégie de l'établissement et les processus opérationnels. Selon le principe de subsidiarité, la délégation de gestion permet que les décisions ne soient pas prises « loin du terrain ». Cette gestion déconcentrée s'appuie sur une logique de démarche par projet, décrite dans le contrat de pôle. La conséquence en est que les tableaux de bord doivent aider au suivi du contrat de pôle.

### **1.2.5 La Tarification à l'activité (T2A)**

A) Fondements de la réforme

Lancée en 2004, la réforme de la tarification a pour but de mettre en place un système de financement médicalisé, où les acteurs sont responsabilisés, avec à terme une convergence entre les hôpitaux anciennement sous dotation globale et les établissements privés.

La tarification à l'activité (T2A) introduit un changement de logique budgétaire : ce sont désormais les recettes qui font les dépenses. Cette part grandit d'année en année dans

---

<sup>19</sup> FAURE A. *Nouvelle gouvernance, Inquiétude et espoirs des futurs acteurs.*

le budget (35% en 2006, 50% annoncés en 2007). Chaque établissement est rémunéré pour le séjour d'un patient présentant une pathologie spécifique à partir de tarifs fixés au niveau national, ce qui garantit une certaine équité entre établissements.

L'Etat prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) vient compléter ce dispositif. En abandonnant le cadre de la dotation globale de financement, le budget prévisionnel n'est plus limitatif comme par le passé et permet une fongibilité entre titres. Il établit notamment des liaisons entre exploitation et investissement par le biais de la capacité d'autofinancement.

S'il donne plus de souplesse dans la gestion, l'EPRD donne également plus de responsabilité. En s'engageant sur des prévisions de recettes, qui conditionnent les dépenses de l'année, l'établissement s'engage à réaliser cette activité sous peine de générer un déficit.

#### B) Impact en terme de pilotage

La tarification à l'activité définit un nouveau cadre, qui rend l'utilisation de tableaux de bord à l'hôpital plus prégnante et essentielle :

- La rémunération individuelle de chaque hôpital est fixée indépendamment de son coût de production, à partir de tarifs fixés au niveau national représentatifs des coûts d'un échantillon d'établissements (tiré initialement de l'Etude nationale des coûts). Dans les faits, la comparaison entre les charges et le tarif d'un Groupe homogène de séjour (GHS) indique à l'établissement s'il est performant sur cette activité. Cela implique que les hôpitaux investissent dans une information en comptabilité analytique de bonne qualité et produite rapidement, afin d'identifier les secteurs en difficulté qui consomment trop de ressources ;
- Cette réforme consacre le passage d'une logique de moyens à une logique de résultats. Dans le système antérieur, les ressources étaient allouées en fonction de dépenses autorisées et le but restait le contrôle des moyens, ainsi que le non-dépassement d'enveloppes. Avec la tarification à l'activité, l'établissement du budget se base désormais sur des prévisions d'activité et de dépenses. Tout dérapage des charges qui augmentent ou de l'activité qui baisse entraîne un déficit. Le besoin de suivi s'est donc accru par rapport au passé où en situation de dotation globale de financement, le suivi des lignes budgétaires garantissait un budget équilibré.

La logique de la tarification à l'activité est d'exercer « de façon directe une pression sur les coûts... et de façon indirecte sur la vitesse de rotation des patients »<sup>20</sup>. En théorie,

---

<sup>20</sup> CLAREVANNE J.P. PASCAL C. *T2A et gestion hospitalière, la physiologie du changement*.

les leviers d'action que l'hôpital peut actionner sont au nombre de quatre : optimiser la facturation, notamment en recensant tous les actes mal ou non facturés ; affiner le positionnement stratégique pour occuper des segments de marché plus rémunérateurs ; réduire les coûts de production (autrement dit de personnel et de maintenance) et enfin augmenter la vitesse de production de l'hôpital, c'est-à-dire réduire la durée moyenne de séjour des patients. Selon J.-P. Clarevanne et C. Pascal, ces leviers ne peuvent être actionnés efficacement que si l'hôpital est capable de faire émerger un diagnostic partagé. Cela nécessite entre autres de combler le déficit de pilotage et de dialogue et la mise en place d'outils de gestion adaptés, s'appuyant sur une analyse commune de la réalité du travail hospitalier.

Les réactions doivent être rapides : si l'on raisonne en terme de point mort, seuil à partir duquel les dépenses couvrent les recettes, une perte d'activité sur cinq mois est très difficile à remonter sur les sept mois suivants<sup>21</sup>. Le cercle peut rapidement devenir vicieux : un déficit peut amener à réduire une partie du personnel et à le déployer sur d'autres services, ce qui empêche de faire l'activité suffisante et entraîne de nouveaux déficits. Les tableaux de bord doivent permettre de réagir suffisamment en amont et les indicateurs sentinelles, tel le nombre d'entrées en hospitalisation, doivent être suivis de près.

### **1.2.6 Les politiques sur le thème de la qualité**

A Gonesse, la démarche qualité a été initiée à partir de la fin des années 1990, avec une première visite d'accréditation en 2003. Le centre hospitalier vient d'entrer dans la certification V2, la visite des experts-visiteurs est programmée pour juin 2007.

L'objectif de ces évaluations externes consiste selon la Haute autorité de santé à « mesurer le niveau de qualité et de sécurité des soins et à apprécier la dynamique d'amélioration continue de la qualité ». La démarche adoptée par la certification vise à accroître les contrôles externes des établissements à travers les visites d'experts indépendants ; elle cherche également à impulser une politique d'amélioration continue de la qualité, ce qui est également une forme de pilotage de la performance. Les fondements de cette politique de la qualité passent par une transversalité accrue, que ce soit en termes d'activités, avec la mise en avant des « processus-soutiens » (ressources

---

<sup>21</sup> FAUJOUR V. HEUCLIN C. *Résultats de gestion, quelle stratégie pour une croissance et un développement face à la rigidité des charges hospitalières ?*

humaines et logistiques, gestion des risques...) ou en terme de composition multi-professionnelle des groupes d'auto-évaluateurs pour établir les constats.

La démarche suivie pour l'évaluation se rapproche fortement de celle du pilotage de la performance. L'auto-évaluation sert à disposer des informations nécessaires en s'attachant à analyser les processus à l'œuvre à l'hôpital. A partir de ces constats, l'établissement mesure l'écart par rapport aux objectifs poursuivis (incarnés par les références de la Haute autorité de santé), puis propose des actions d'amélioration. L'avancement de ces dernières sera suivi dans le temps et un bilan sera demandé lors de la prochaine visite des experts-visiteurs.

Par rapport à l'accréditation (V1), la certification (V2) n'apprécie plus seulement la dynamique de l'amélioration de la qualité, mais mesure le niveau exact de qualité atteint, cela en référence à des standards externes. Autrement dit, les établissements de santé se voient délivrer une « note » au travers des cotations. Le nombre de « A » mesure la conformité et le respect des exigences en matière de santé.

Ces résultats sont disponibles sur le site de la HAS et permettent de rendre des comptes aux patients sur la qualité des services rendus. Pour l'instant encore peu accessible au grand public, la Haute autorité de santé réfléchit à un moyen de résumer cette information pour la rendre plus conviviale, sans doute sous forme d'indicateurs synthétiques. Cela sera vraisemblablement le cas dans la version 3 de la certification.

La gestion des infections nosocomiales permet de comprendre ce que ces modes de publication impliquent pour les établissements de santé. En ce qui concerne la lutte contre les infections nosocomiales, l'année 2005 a vu la publication d'un premier indicateur appelé ICALIN qui permet de comparer entre eux les établissements de mêmes tailles et activités. La presse en a parlé et les habitants du Val d'Oise ont pu voir comment se positionnaient les différents établissements de santé de leur territoire. La façon de calculer cet indicateur composite évolue petit à petit : d'une obligation de moyens on passe progressivement à une obligation de résultats, comme lors du passage de la V1 à la V2. Les enquêtes précédentes cherchaient à vérifier que l'établissement s'était doté d'un comité de lutte contre les infections nosocomiales, sans évaluer son réel impact. L'indicateur ICALIN de 2007 intégrera de façon effective une mesure des infections nosocomiales, à travers un faisceau d'indicateurs, et mesurera les résultats de la lutte contre les infections.

Pour l'établissement de Gonesse, ces évolutions impliquent d'améliorer le pilotage pour rendre des comptes aux citoyens et garder la confiance du public.

## 1.3 L'importance de définir les processus pour piloter

### 1.3.1 Modélisation de la chaîne de valeur pour un établissement

L'hôpital de Gonesse est une institution qui recense de très nombreuses activités : médecine et chirurgie, spécialités, explorations thérapeutiques et diagnostiques, prévention, soins de suite et de réadaptation, unité de soins de longue durée...

D'un point de vue économique, l'hôpital ne se différencie pas des autres entreprises, qui recensent de nombreux process de travail et de multiples produits. Les «lignes de production» pourraient être celles des parcours patients. Pour l'hôpital, la définition du terme « produit » est alors particulière, puisque chaque patient présente un problème de santé singulier, qui doit être traité de façon adaptée et personnalisée. Il y a donc autant de produits que de patients.

Sous réserve de garder à l'esprit ce particularisme de l'hôpital, la chaîne de valeur développée par Porter permet d'analyser la contribution de chacune des activités à l'atteinte des buts de l'hôpital (cf. graphique).

D'un point de vue analytique, il est possible de décomposer chaque parcours patient en processus élémentaire : les soins seraient alors le résultat de la combinaison de un ou plusieurs processus de soin. Les activités de l'hôpital doivent être analysées en reliant la position de chaque acteur avec cette combinaison de processus, et ensuite en évaluant leur impact sur l'atteinte des résultats de l'institution.

Graphique : La chaîne de valeur, adaptée de Porter



Enfin, l'hôpital n'est pas seul sur son territoire de santé. Pour les entreprises, les forces externes qui s'exercent sur elles sont celles de la concurrence. De nombreuses autres contraintes jouent également un rôle important, notamment la position de force vis-à-vis des clients et des fournisseurs, ainsi que l'entrée possible de nouveaux concurrents ou de produits de substitution. Pour les hôpitaux, la situation est naturellement différente. Cependant, certaines de ses « forces de rappel » jouent également, notamment dans le contexte nouveau de la tarification à l'activité qui permet à la concurrence de jouer par comparaison à des coûts moyens constatés.

Le détour par la « chaîne de valeur » modélisée par Porter et présentée ci-après permet de positionner l'hôpital par rapport à son environnement extérieur et de le percevoir comme une suite de processus interdépendants, sur lesquels l'on peut cependant agir de façon individuelle. Cette façon de voir est intéressante pour développer une vision de la stratégie de l'établissement, qui ne se résume plus à être une « boîte noire ».

### 1.3.2 Le cœur de métier

Au premier abord, il apparaît important de faire une distinction entre les activités qui font partie du cœur du métier de l'hôpital de celles que l'on pourrait appeler de support.

Dans la première catégorie se trouvent les activités en relation directe avec le patient, y compris la logistique interne qui permet d'acheminer du matériel ou de délivrer des services en relation directe avec les soins (cf. graphique). La deuxième catégorie recense les activités de support, c'est-à-dire celles reliées à l'infrastructure et qui viennent soutenir les activités primaires.

Les soins apportés au patient passent par un processus de prise en charge, qui peut être décrit de la manière suivante par étapes élémentaires, étant entendu que ce cheminement n'est pas linéaire et peut contenir de nombreux allers-retours, voire de répétitions :

- **L'admission.** Cette phase représente le début du processus de production d'un établissement de santé. Elle peut être programmée ou non et elle concerne à la fois les soins et le versant administratif. Au cours de cette étape, de nombreux renseignements sont demandés, qui conditionnent la suite du processus. Ces informations sont à la fois médicales et ont aussi pour objectif de rassembler des éléments sur la situation familiale, sociale ou économique. Ces connaissances influenceront par exemple sur l'hôtellerie, à travers la délivrance de menus particuliers, sur le fait de mobiliser ou non les assistantes sociales...
- **Le diagnostic.** Cette étape se base d'une part sur les indications médicales et d'autre part sur les résultats des consultations précédentes et d'admission, ainsi que sur les résultats de laboratoire ou de radiologie. Cette phase a pour but d'évaluer exactement l'état du patient et d'adapter les thérapies en conséquence ;
- **Les soins.** Ils recouvrent aussi bien les prises en charge médicales ou chirurgicales. L'objectif est de traiter ou de guérir les problèmes de santé du patient ;
- **Les soins de suite ou de réadaptation.** Ils sont dispensés à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion. Cette étape dans des établissements ou des services dédiés dépend de l'état du patient.

- **La sortie.** Cette sortie est aussi bien médicale qu'administrative, permettant ainsi la facturation du séjour.

La chaîne des soins mobilisent de nombreux acteurs, y compris à l'extérieur de l'établissement, qui selon leurs implications peuvent modifier le contenu des services délivrés par l'hôpital. Les pédiatres de l'hôpital de Gonesse pratiquent une politique de prévention dans le cas du diabète de type I. Sur d'autres territoires cette mission peut être assurée par les médecins généralistes de ville ou par les médecins scolaires.

### **1.3.3 Les activités de support**

Ces activités se différencient des premières, non seulement parce qu'elles s'adressent aux patients de l'hôpital en tant que « clients », mais aussi parce qu'elles créent des relations « clients-fournisseurs » à l'intérieur de l'hôpital. Les objectifs poursuivis sont le soutien aux activités de soins et la qualité de service.

Parmi les activités de support peuvent être recensées :

- La direction des ressources humaines (quel que soit le personnel, médical, soignant ou administratif), ainsi que les activités de formation (initiale et continue) ;
- La pharmacie, du point de vue de la délivrance et de la logistique, ainsi que la stérilisation ;
- L'appui aux processus de soins (services de nettoyage et de restauration, linges, téléphone/télévision) ;
- Service biomédical de maintenance des appareils ;
- L'administration (informatique, direction des services économiques...).

Tout en ne faisant pas partie du cœur de métier de l'hôpital, ces activités n'en sont pas moins importantes. En ce qui concerne les services d'hôtellerie, les patients sont dans la situation de pouvoir juger de la qualité des prestations. Les aspects de propreté et de qualité des repas ont une grande portée dans le jugement final que se font les patients sur tel ou tel hôpital. Une prise en charge clinique et médicale performante permet d'éviter l'insatisfaction mais ne procure pas de satisfaction, ce que donnent les compétences relationnelles et les pratiques professionnelles.

### **1.3.4 Analyse stratégique et positionnement de l'hôpital**

La formulation du projet d'établissement implique pour l'établissement de faire un diagnostic précis sur sa position dans son territoire de santé. C'est ce que le centre hospitalier de Gonesse a fait, en analysant lors du Sros 3 ses forces et ses faiblesses, notamment liées à un taux de fuite important vers Paris en chirurgie.

Le diagnostic stratégique part d'une analyse des activités. Ce portefeuille est ensuite positionné par rapport aux autres producteurs de soins de la région.

Ce diagnostic doit également prendre en compte les relations qui sont tissées avec les fournisseurs. Certaines activités peuvent être externalisées : c'est par exemple le cas à l'hôpital de Gonesse pour la chaufferie qui utilise la co-génération ; dans un futur proche la blanchisserie deviendra inter-hospitalière.

Une attention particulière doit être portée à la médecine ambulatoire. Les médecins de ville exercent un rôle de filtre. Hors urgence, le premier contact d'un médecin est pris avec eux et le titre de médecin référent consacre cette fonction d'aiguillage. Ces médecins orientent les patients selon leurs réseaux et les plus ou moins bonnes expériences qu'ils ont pu avoir avec l'hôpital. Ils peuvent également exercer une concurrence directe avec l'hôpital sur certains actes.

Enfin, la chaîne de valeur doit être analysée en ce qui concerne les patients, à l'aide d'études spécifiques et représentatives. Comme dans toute activité de service et par rapport au secteur industriel, le service après vente est assez peu sollicité par le retour de produits défectueux. Les patients choisissent tout simplement d'aller ailleurs et « votent avec leurs pieds ». Le retour d'information doit être développé, notamment par ceux qui sont en première ligne, c'est-à-dire les personnels soignants.

### **1.3.5 L'intérêt des processus dans le pilotage**

Représenter une institution comme un ensemble de processus (processus de soins et processus de support) est une approche qui met l'accent sur le fonctionnement opérationnel et sur les nécessaires coordinations qui doivent exister entre les acteurs. Une étude du Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier<sup>22</sup> propose ainsi une représentation de l'ensemble des processus au sein d'un hôpital (cf. graphique ci-après), cartographie qui s'avère relativement complexe. En la consultant, il faut garder à l'esprit que l'activité hospitalière souffre de dysfonctionnements aux frontières, que ce soit entre services, entre processus ou avec l'extérieur, et que ces points de non-qualité peuvent être nombreux.

Selon l'optique adoptée par la chaîne de la valeur, l'approche processus souligne le rôle des fournisseurs et des clients, qui font partie des composantes à prendre en compte et impliquées dans le fonctionnement de l'établissement.

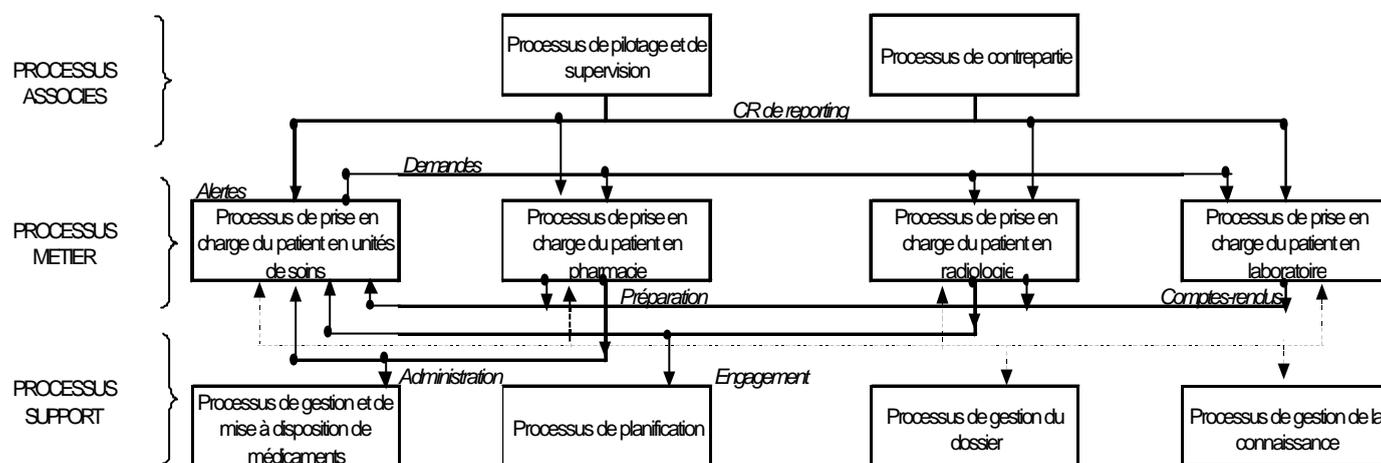
Certains processus sont essentiels à la bonne marche de l'hôpital, par exemple les activités de support, comme l'imagerie, ou la distribution de linge. Lors de la définition des objectifs stratégiques, ils peuvent tout à fait être intégrés dans la liste des domaines à optimiser. Les approches par processus sont également utilisées dans une optique de réingénierie pour simplifier l'organisation ou pour savoir quelles activités peuvent être

---

<sup>22</sup> GMSIH, *Analyse de l'existant et des besoins des systèmes d'informations de production de soins*.

fournies par des prestataires spécialisés. A titre d'exemple, le centre hospitalier de Gonesse a récemment fait le choix de déléguer sa blanchisserie à un opérateur privé, en s'associant avec d'autres CH pour dégager des économies d'échelle.

### Graphique : cartographie des processus à l'hôpital



Source GMSIH

Le pilotage d'un processus implique que soient réunis les représentants des différentes phases de ce dernier, afin d'élaborer un plan d'action qui permette d'atteindre les objectifs fixés. L'atteinte des résultats est ensuite évaluée pour, selon le cheminement de la roue de Deming, initier de nouvelles actions. La gestion par processus a en effet d'abord été lancée dans le cadre des démarches de qualité, pour supprimer les dysfonctionnements et maîtriser les risques.

Un pilotage par les processus doit donc venir compléter le pilotage par pôles d'activité qui doit se mettre en place dans le cadre de la nouvelle gouvernance, afin d'éclairer les processus de soins. Les objectifs poursuivis peuvent alors être les suivants :

- Assurer une meilleure coordination entre services concourant à la réalisation d'un même but ;
- Décliner et déployer les priorités stratégiques à l'échelle de l'établissement, cela jusque dans les directions fonctionnelles. ;
- Prendre en compte les points de vue des différentes parties prenantes de l'hôpital, que ce soit les usagers, les fournisseurs ou les médecins de ville.

Par exemple, l'un des objectifs de la stratégie peut être d'améliorer la distribution des repas, que ce soit du point de vue de l'hygiène, du respect de la chaîne de froid (HACCP) ou du gaspillage des denrées. L'analyse par processus revient à recenser l'ensemble des acteurs qui apportent leurs concours, de l'agent des cuisines chargé de la distribution à l'aide soignante chargé de la distribution, en passant par l'hôtesse

d'accueil qui enregistre les menus et les non-goûts, l'agent chargé de la logistique... Puis les objectifs sont croisés avec les processus, en fixant des cibles à atteindre (par exemple 100 % des personnes se lavent les mains avant de commencer à distribuer les repas dans une chambre, ou l'ensemble des patients se voient proposer de se laver les mains avant de commencer à manger). Des audits ciblés permettent de mesurer l'état d'avancement et de mettre en œuvre de nouveaux moyens, telles des formations obligatoires à la restauration. Ces objectifs peuvent être déclinés sur l'ensemble des domaines qui contribuent à améliorer la satisfaction des usagers (linge...) et sont suivis à l'échelle du centre de responsabilité que constitue le pôle ou le service.

## **2 L'INTERET D'UN TABLEAU DE BORD POUR LE CENTRE HOSPITALIER DE GONESSE**

### **2.1 Le système de pilotage de l'hôpital de Gonesse, au milieu du gué**

#### **2.1.1 Une offre plutôt développée en matière d'outils de pilotage**

##### **A) Une comptabilité analytique implantée de longue date**

L'hôpital de Gonesse dispose d'une certaine tradition en matière de tableaux de bord. Il a très tôt développé une comptabilité analytique et s'est doté d'outils de contrôle de gestion interne.

De manière générale dans les établissements de santé, l'utilisation de la comptabilité analytique est préconisée depuis une circulaire de 1953<sup>23</sup>. Son implantation a cependant été très progressive. Notamment, le système de dotation globale a rendu caduque les référentiels issus de la comptabilité analytique, tout au moins pour les financeurs que sont l'Etat et l'Assurance maladie.

Relancée par une nouvelle méthode d'allocation des ressources censée corriger les disparités régionales et associer plus étroitement médecins et gestionnaires, la généralisation du PMSI n'a cependant permis de fournir des données exhaustives qu'à compter de la fin des années 1990. Le PMSI constitue un tournant, car il permet de donner une vision médicale de la production hospitalière à travers les groupes homogènes de malades (GHM).

---

<sup>23</sup> GROLIER J. PERARD Y. PEYRET P. *La comptabilité analytique hospitalière médicalisée*. Editions ENSP.

En regard de cette meilleure connaissance de l'activité, le centre hospitalier de Gonesse a très rapidement développé une comptabilité analytique, afin de mieux maîtriser ces coûts par GHM. Il a ainsi fait partie dès le début de l'échantillon d'une quarantaine d'établissements de l'étude nationale de coût (ENC, lancée en 1996).

Dans un premier temps, cette enquête a permis aux tutelles d'apprécier l'activité et les coûts des GHM. Pour les établissements avancés en matière de comptabilité analytique, cela permettait pour chaque groupe homogène de disposer d'une ressource théorique et de la comparer aux consommations effectives moyennes par GHM. Pour les établissements non dotés d'une comptabilité analytique, les points ISA permettait à partir de leur case-mix, c'est-à-dire l'agrégation de leurs GHM, de calculer la valeur du point ISA de l'établissement, c'est-à-dire de faire le rapport entre les recettes théoriques et les coûts réels et constatés.

Dans un deuxième temps, l'étude nationale de coût a accompagné la mise en place d'une tarification détaillée à la pathologie. Tout au moins au début, la T2A s'appuie sur les référentiels fabriqués par l'ENC, la référence étant celle de la moyenne des coûts. L'établissement de Gonesse est donc plutôt avancé en matière de comptabilité analytique et a toujours fait partie des établissements pilote. Il participe également aux travaux de la Base d'Angers.

La direction des finances emploie un contrôleur de gestion à temps plein. Une partie de son travail est consacré en amont au contrôle de la qualité des informations analytiques. Le CH de Gonesse bénéficie d'un long travail d'amélioration du fichier de structure. Une autre partie est liée à la constitution des différentes bases (ENC, Angers). Enfin, la diffusion d'informations en interne constitue le reste de ses attributions.

La direction des finances utilise le module de comptabilité analytique du logiciel GEF de gestion économique et financière. Celui-ci permet d'extraire les données agrégées par section d'analyse (SA), qui sont ensuite retravaillées sous Excel. Les rémunérations du personnel proratisées par SA demandent un travail important de recensement et de suivi par la direction des ressources humaines. Ces informations sont extraites du logiciel de la DRH et transmises à la direction des affaires financières par la direction du système d'information. Les informaticiens sont également sollicités pour recenser l'ensemble des séjours par section d'analyse, données qui seront croisées avec les coûts par SA, pour disposer d'un coût réel par GHM<sup>24</sup>.

---

<sup>24</sup> Données transmises au responsable du département d'information médicale.

## B) L'utilisation externe du système de pilotage

Comme dans de nombreux établissements, le système de pilotage au sens large sert à alimenter les outils de contrôle externe, que constituent la statistique annuelle d'établissement (SAE), le bilan social, le programme de médicalisation de l'information (PMSI), le tableau de bord des indicateurs financiers, les données de lutte contre les infections nosocomiales... Cela constitue une charge de travail importante.

Le retour que pourraient en retirer les établissements serait de pouvoir se comparer, mais cet exercice suppose que des catégories homogènes d'établissement soient construites et que la qualité des indicateurs soit assurée.

## C) L'utilisation en interne

### a) *Les rencontres annuelles de service*

Les tableaux de bord sont utilisés lors des rencontres annuelles de service. C'est l'occasion pour l'équipe de direction de rencontrer l'ensemble des services de l'hôpital.

Les réunions se déroulent dans les salles de staff de chaque unité. Elles débutent par une analyse de l'activité, notamment en comparant l'année en cours à celle de l'année précédente. Le responsable du département de l'information médicale (DIM) est associé à ces rencontres depuis 2005. L'activité médicale est finement analysée, certains GHS sont mis en lumière et des conseils en matière de codage PMSI sont donnés. Les informations sont envoyées préalablement à la direction financière, qui présente elle-même son analyse de la situation et complète les données du DIM par ses propres analyses.

La rencontre de service se poursuit par une analyse du compte de résultat analytique (cf. annexe I). Il constitue une information nouvelle transmise directement aux services depuis 2004. Les services savent désormais s'ils sont déficitaires ou non, cela avec une T2A modélisée à 100%. Cette information a cristallisé une partie de l'attention et suscité des interrogations, afin de comprendre la constitution de ce résultat :

Le compte de résultat fait la distinction entre les diverses activités d'un service (hospitalisation, consultations...). Pour les services médico-techniques, les données de la Base d'Angers sont mobilisées pour examiner les structures de coût et commenter les écarts. Les dépenses médicales sont étudiées en détail, avec l'appui du rapport du Chef de service de la pharmacie.

Les aspects de personnel sont ensuite abordés à l'aide d'un tableau de bord spécifique. La réunion se termine par un point sur les travaux, les équipements, l'informatique et les indicateurs de qualité. Les perspectives de l'année à venir sont également discutées.

### *b) La diffusion de tableaux de bord trimestriels*

Parallèlement, la direction des finances met à disposition sur l'Intranet des tableaux de bord trimestriels, cela depuis 1998 (cf. annexe II). Ceux-ci recensent essentiellement les dépenses, notamment celles qui sont limitées et suivies budgétairement, et les entrées. Les indicateurs ont initialement été proposés par la direction des finances.

### *c) Les investigations ponctuelles*

L'établissement de Gonesse mobilise l'ensemble de ces informations pour des analyses ponctuelles. La situation de certains services est ainsi examinée à l'aune de leurs résultats analytiques et des contrats de retour à l'équilibre sont signés. La structure de coûts de certaines activités est également analysée, notamment pour savoir si certaines activités ne pourraient pas être réalisées à l'extérieur. C'est par exemple le cas dans le cadre de la création d'une blanchisserie inter-hospitalière.

## **2.1.2 Une demande émergente de « faire parler les chiffres »**

Les outils de pilotage sont implantés et disponibles mais finalement peu utilisés par la communauté médicale. La fréquentation du site des tableaux de bord est ainsi très faible.

Les raisons de cette utilisation marginale sont multiples et difficiles à cerner, car renvoyant aux cultures propres à chaque établissement.

On peut distinguer :

- Le fait que l'information soit essentiellement d'ordre budgétaire. Au centre hospitalier de Blois, les premiers tableaux de bord étaient exclusivement financiers et suscitaient de même peu de réactions, car étant de l'ordre du constat (cf. sous partie suivante). Les facteurs explicatifs sont absents, ainsi que les indicateurs de performance ;
- Le fait que ces réunions ne soient pas prospectives. Elles ne servent pas comme cela était auparavant le cas lors des rencontres budgétaires à préparer le rapport d'orientation budgétaire, et donc à discuter à partir d'éléments factuels des budgets qui seront alloués. Les réflexions lors des rencontres sont encore peu tournées vers l'action et l'environnement est peu pris en compte ;
- Le suivi opérationnel au niveau des services est encore lacunaire. L'attention portée à l'activité ne se fait pas en continu et les analyses de processus ne sont pas généralisées. La gestion des lits disponibles se fait par exemple à la fois sous informatique (par saisie manuelle) et par recensement par les urgences.

En cela, l'établissement de Gonesse se situe au milieu du gué : les outils sont techniquement disponibles et demandent à être utilisés pour rencontrer les acteurs opérationnels. Le besoin se fait de plus en plus sentir de « faire parler les chiffres ».

Dans le cadre de la mise en place de la nouvelle gouvernance et de la création des pôles d'activité, le Centre hospitalier de Gonesse souhaite améliorer la pertinence de ses outils de pilotage.

## **2.2 L'intérêt des « tableaux de bord équilibrés »**

### **2.2.1 Utiliser les tableaux de bord comme système de pilotage de la stratégie**

Les réflexions sur le déploiement et la déclinaison de la stratégie à l'échelle d'un établissement ne sont pas nouvelles. Cependant, les travaux de Kaplan et Norton peuvent être considérés comme fondateurs et d'une grande applicabilité, au sens où ils décomposent la stratégie en paramètres élémentaires, cela à partir de recherches menées dans des entreprises innovantes en la matière et suivies d'applications dans d'autres entreprises<sup>25</sup>. Ce nouveau système de management permet à la fois la mise en œuvre de la stratégie et la communication sur celle-ci. Ces nouveaux tableaux de bord sont appelés prospectifs (ou équilibrés en France).

Cette approche a connu un très vif succès : une partie importante des grandes entreprises cotées en bourse l'ont adopté. Si le cadre conceptuel paraît intéressant, notamment comme instrument d'application de la stratégie, il faut tout de même s'interroger sur sa mise en pratique et sa nécessaire adaptation, dans le monde hospitalier.

### **2.2.2 Un tableau de bord équilibré**

L'apport majeur du tableau de bord équilibré réside dans le constat que les indicateurs financiers ne sont pas suffisants pour piloter une entreprise. Dans le secteur des entreprises privées, cette approche empêche d'établir des liaisons entre les actions de court terme et la stratégie de long terme. Concrètement, les choix qui permettent d'accroître la valeur de la firme -tels les investissements dans l'immatériel ou l'acquisition de connaissances utiles pour assurer l'avenir- sont insuffisamment repris dans les systèmes de pilotage.

Ce constat est également vrai à l'échelle de l'hôpital. Précurseur en matière d'application de tableaux de bord équilibrés dans les hôpitaux publics, P. Expert du centre hospitalier de Blois souligne que, même dans un contexte de tarification à l'activité, il faut se garder

---

<sup>25</sup> KAPLAN R. NORTON D. *Le tableau de bord prospectif*.

de l'idée que les outils de pilotage puissent être purement financiers<sup>26</sup>. Tout simplement parce que ces indicateurs ne permettent pas de comprendre comment se constitue le résultat. Les indicateurs financiers ne traduisent que les actions du passé, et encore sans permettre de comprendre quels processus ont abouti à ces derniers et sans restituer l'impact concret des responsables. Enfin, ils n'apportent pas suffisamment d'aide pour orienter l'action dans l'avenir. Cette approche peut même s'avérer contre-productive, en imposant des choix qui peuvent obérer le développement à moyen terme, notamment en terme de réduction de coûts à court terme, par exemple en limitant les investissements.

Les deux auteurs Kaplan et Norton proposent donc d'abandonner une vision purement financière et de la compléter, selon trois autres perspectives (clients, processus internes, apprentissage organisationnel). Le terme « équilibré » prend alors tout son sens, puisque l'objectif de ces tableaux de bord est d'apporter un contrepoids aux aspects financiers. Les quatre axes permettent d'établir un « équilibre entre les objectifs à long terme, les résultats souhaités et les déterminants de ces résultats, entre des mesures objectives et subjectives »<sup>27</sup> :

- **L'axe « client »**. Pour un centre hospitalier, ce terme doit être considéré dans son sens générique, décrivant une relation « client-fournisseur ». Cet axe peut donc renvoyer aux patients, en analysant par exemple leur recrutement, leur satisfaction, leur évolution, leur fidélité... Il peut aussi recenser d'autres parties prenantes de l'hôpital, tels les médecins de ville, les collectivités locales, les étudiants en IFSI... Les indicateurs doivent montrer comment l'hôpital crée de la valeur pour ces partenaires externes, par exemple en mesurant le délai d'envoi de compte-rendus d'hospitalisation ;
- **L'axe « processus internes »**. Il doit identifier les processus clés de l'hôpital, qui ont une influence sur la clientèle en offrant des prestations qui permettent d'attirer et de fidéliser et qui doivent permettre d'assurer les objectifs financiers. Le suivi peut non seulement concerner des processus déjà existants et en voie d'amélioration, mais aussi les processus nouveaux destinés à accroître la performance de l'hôpital à long terme (par exemple, le suivi de la généralisation de la distribution journalière et individuelle de médicaments) ;
- **L'axe « apprentissage organisationnel »**. Cet axe recense « les infrastructures que l'entreprise doit mettre en place pour améliorer la performance et générer la croissance à long terme ». Pour l'hôpital, il existe un

---

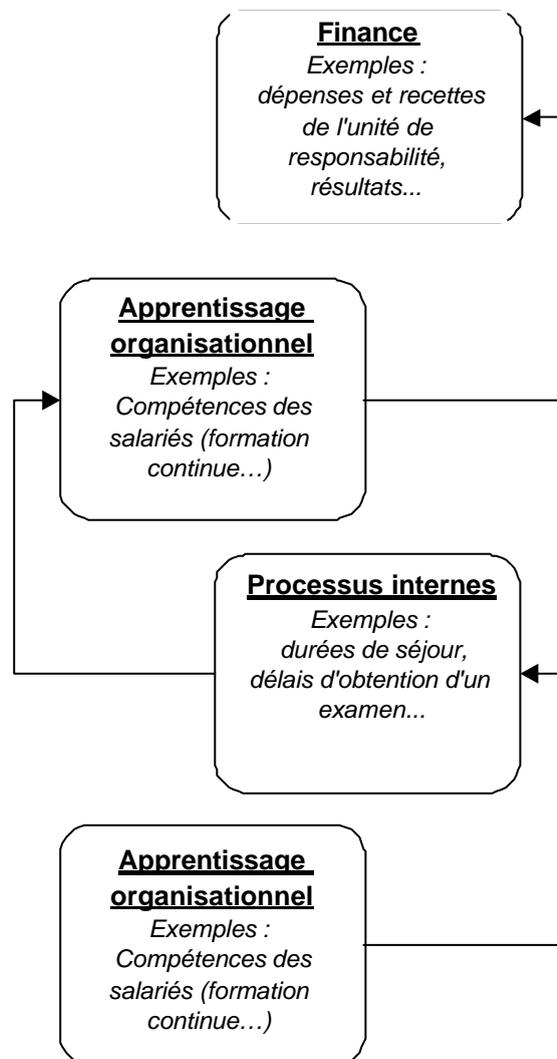
<sup>26</sup> EXPERT P. *Le tableau de bord idéal, Arlésienne et phénix*

<sup>27</sup> KAPLAN ET NORTON, déjà cités.

écart entre sa situation actuelle, traduite par les trois autres axes financiers, clients et processus internes, et les objectifs à long terme. Pour combler cette différence, l'hôpital doit investir dans trois composantes, que sont les ressources humaines, les systèmes et les procédures ;

- **L'axe financier.** Le tableau de bord équilibré s'appuie toujours sur des indicateurs financiers, car ils permettent d'évaluer de façon quantifiée les effets économiques du passé. Les indicateurs sont relativement traditionnels : rentabilité, évolution de l'activité, des dépenses... Mais comme le souligne P. Expert, cet axe peut être cité en dernier, car il devient le résultat des trois autres composantes : dans le contexte de la tarification à l'activité, il est difficile d'imaginer qu'un établissement confronté à des problèmes d'organisation (axe processus) puisse dégager des résultats positifs.

**Graphique** : liaison des axes de performance



Source : KAPLAN R. NORTON D. *Using the balanced scorecard as a strategic management system.* Harvard Business Review, janvier-février 1996

Le choix de quatre axes n'est pas limitatif. Ceux choisis par un établissement le sont parce qu'ils reflètent la stratégie de l'institution. La finalité des tableaux de bord équilibrés est de recenser l'ensemble des leviers que l'hôpital peut actionner au service de sa stratégie. En ce sens, le tableau de bord révèle de façon concrète les arbitrages en matière de stratégie, à tel point qu'un P.D.G. interviewé par Kaplan et Norton affirmait que la catastrophe serait grande si son tableau de bord tombait entre les mains de ses concurrents, bien plus que si c'était son plan stratégique.

Ainsi, il existe un chaînage entre les différents axes, rappelé dans le graphique ci-avant. C'est parce que les compétences des employés s'accroissent, que les processus internes sont optimisés et permettent de satisfaire au mieux les « clients » de l'hôpital, qu'au final la situation financière est saine. Comme le souligne T. NOBRE, universitaire français ayant effectué des recherches sur l'utilisation des tableaux de bord à l'hôpital, la performance financière est expliquée par un « faisceau de causalités liant les pratiques aux objectifs »<sup>28</sup>.

### 2.2.3 Un tableau de bord prospectif

En France, les tableaux de bord équilibrés sont également appelés prospectifs, dans le sens où ils sont tournés vers l'avenir. La grande difficulté pour le pilotage stratégique est en effet de traduire des objectifs en mesures opérationnelles effectivement suivies d'effets. La stratégie d'un centre hospitalier est difficile à mettre en œuvre et ne s'impose pas par décrets.

Selon Kaplan et Norton, le pilotage de la stratégie implique quatre étapes :

- **Traduire une vision stratégique.** Cela consiste à clarifier les objectifs en faisant émerger un consensus. Ce cadre permet de décliner la stratégie en objectifs opérationnels. Par exemple, l'un des axes stratégiques de l'hôpital Montefiore de la ville de New York était d'assurer une croissance en volume et en parts de marché<sup>29</sup>. Cet objectif se décline selon deux axes opérationnels : « être tout pour certaines personnes », c'est-à-dire assurer ses missions d'hôpital général pour les populations pauvres du Bronx ; « être quelque chose pour tout le monde », en développant les pôles d'excellence qui permettent d'attirer des patients en dehors du territoire de santé. Cette déclinaison peut d'ailleurs aider à clarifier une vision stratégique qui sinon peut rester trop générale ;

---

<sup>28</sup> NOBRE T. *Le tableau de bord prospectif, un outil de gestion pour l'hôpital.*

<sup>29</sup> rappelé par FAUJOUR V., MARIAN L. *Utilisation des outils de pilotage : le balanced scorecard. Les démarches des CHU de Lyon et Lille.*

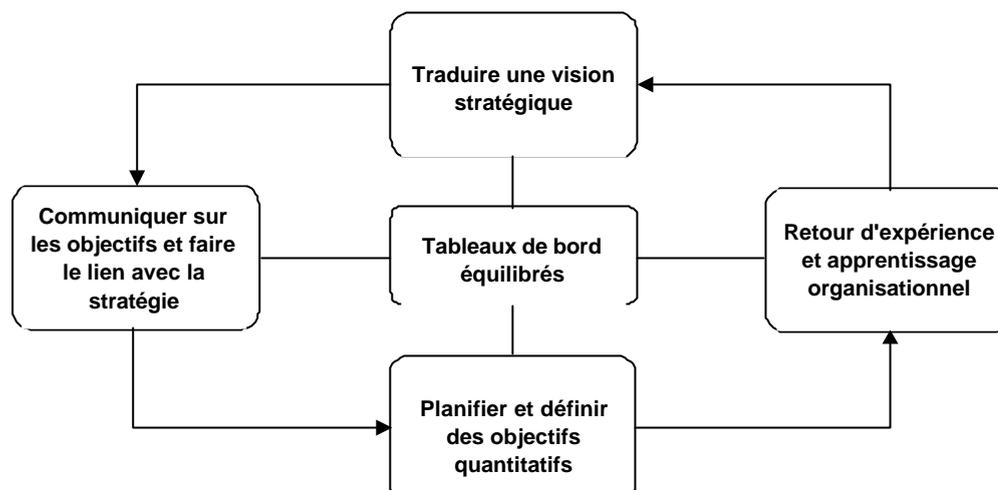
- **Communiquer sur les objectifs et faire le lien avec la stratégie.** Le tableau de bord équilibré permet de communiquer sur les objectifs et de les faire partager par l'ensemble des salariés de l'hôpital, pour que localement leurs actions soient en phase avec la stratégie générale. La création des tableaux de bord passe par une association de l'ensemble des acteurs, ce qui permet d'incorporer des objectifs internes afin d'assurer une meilleure appropriation et compréhension des buts poursuivis, tout en indiquant à chacun quelle est sa contribution à la politique générale. D'un point de vue pratique, une première étape implique de communiquer largement sur la stratégie adoptée. La deuxième phase consiste à essayer de décliner cette dernière en objectifs opérationnels locaux, articulés avec les finalités générales ;
- **Planifier et définir des objectifs quantitatifs.** Cette étape sert à sélectionner les mesures qui doivent être mises en œuvre et à établir les conséquences que ces dernières auront sur les quatre axes de la performance. Les liens de cause à effet permettent de modéliser l'impact qu'aura l'atteinte de tel objectif, par exemple l'embauche de 30 nouvelles infirmières, sur l'axe des processus (amélioration de certaines prise en charge, abandon d'un intérim coûteux et de faible qualité), de la satisfaction des usagers et des finances (accroissement du personnel permanent, mais moindres dépenses d'intérim et augmentation de l'activité par réouverture de lits) ;
- **Boucler sur le retour d'expérience et l'apprentissage organisationnel.** Les trois étapes précédentes sont importantes pour diffuser la culture du pilotage stratégique, mais elles doivent s'enchaîner dans un cercle vertueux pour que les objectifs stratégiques soient redéfinis suite aux nouvelles connaissances acquises sur la marche de l'hôpital. En ce sens, le tableau de bord est «un document martyr »<sup>30</sup> en constante évolution, alimenté par la stratégie et qui l'alimente en retour.

Au final, le tableau de bord équilibré ou prospectif est un instrument qui propose une vision systémique de l'entreprise (ou de l'hôpital), permet de partager une même vision stratégique à tous les échelons et de lier contribution individuelles et objectifs des unités organisationnelles.

---

<sup>30</sup> P. Expert. *Le tableau de bord idéal*.

**Graphique** : Les quatre processus de management de la stratégie à l'aide des tableaux de bord équilibrés



Source : KAPLAN R. NORTON D. *Using the balanced scorecard as a strategic management system*. Harvard Business Review, janvier-février 1996.

#### 2.2.4 Les expérimentations étrangères des tableaux de bord prospectifs hospitaliers

Les tableaux de bord équilibrés ont initialement été développés dans le monde des entreprises. L'application dans le secteur hospitalier nécessite *a priori* quelques adaptations, notamment en substituant au terme de client celui de patient.

A) Des hôpitaux en général satisfaits d'avoir implantés des tableaux de bord adaptés à leur stratégie

Aux Etats-Unis, l'application des tableaux de bord équilibrés a commencé plus tardivement dans les organisations de santé que dans le reste de l'industrie. De nombreuses implantations ont vu le jour, que ce soit dans de grands hôpitaux universitaires, des hôpitaux locaux, des réseaux de santé... Doctorant de R. Kaplan, N. Inamdar a mené une recherche spécifique sur la façon dont le secteur de la santé s'est saisi des tableaux de bord équilibrés<sup>31</sup>.

Basées sur des entretiens approfondis menés dans neuf hôpitaux, les conclusions en sont que :

- La mise en place des tableaux de bord prospectifs a permis de mettre en oeuvre leur stratégie, en général pré-existante, notamment grâce aux raisonnements

---

<sup>31</sup> INAMDAR N. KAPLAN R. et alii. *Applying the balanced scorecard in healthcare provider organizations*.

privilégiant les liens de cause à effet. L'axe « client » est celui qui en général est le plus développé (33% des mesures mises en oeuvre), devant les processus internes (27%) et l'aspect financier (23%) ;

- Les tableaux de bord sont une réponse aux pressions de l'environnement, qu'elles soient financières, liées à la concurrence ou aux attentes des clients ;
- Les tableaux de bord prospectifs se différencient des autres systèmes de mesure en « racontant l'histoire de l'hôpital ». La complexité et les interrelations sont en effet mieux restituées que dans d'autres systèmes de mesure ;
- Les tableaux de bord prospectifs sont développés par la direction générale et la durée de construction est de deux ans en moyenne. Un temps assez long est consacré aux discussions pour arriver à un consensus.

Une autre étude à portée générale a également été lancée au Canada, qui a permis d'interroger plus d'une centaine d'établissements<sup>32</sup>. Un grand nombre avaient entendu parler des tableaux de bord prospectifs<sup>33</sup>.

Parmi les répondants, la grande majorité de ceux qui avaient implanté des tableaux de bord en retirent une expérience positive et envisagent de développer encore plus cet outil dans les prochaines années.

#### B) Des adaptations nécessaires en Europe pour les tableaux de bord prospectifs hospitaliers

En ce qui concerne les hôpitaux, le monde anglo-saxon se révèle assez éloigné du contexte européen. En matière de « benchmarking », il est nécessaire d'étudier le système dans son ensemble, au risque d'importer des éléments *a priori* positifs sans avoir perçu les conditions de leur succès. Les comparaisons avec d'autres hôpitaux de la zone européenne peuvent s'avérer plus productives.

T. Nobre relate l'expérience de deux hôpitaux<sup>34</sup> : l'un en Italie dans la région milanaise (730 lits et 2 000 personnes employées) ; l'autre en Suède dans la région de Jonköping (1 500 personnes). Dans la mise en œuvre de tableaux de bord, les conclusions tirées de ces expériences sont les suivantes :

- Le corps médical du fait de sa culture scientifique est tout à fait apte à proposer les indicateurs qui permettent de mesurer son activité, cela selon les quatre axes du tableau de bord équilibré. Les indicateurs doivent être suffisamment

---

<sup>32</sup> CHAN Y.L. et alii. *The use of balanced scorecard in canadian hospitals*.

<sup>33</sup> Mais cette statistique est sans doute biaisée par le nombre important de non-répondants.

<sup>34</sup> Nobre T. *Le tableau de bord prospectif, un outil de gestion pour l'hôpital*

nombreux pour restituer la complexité médicale. L'association des médecins à la production des indicateurs est considérée comme positive ;

- Les quatre axes ne sont au final pas hiérarchisés comme ils le sont dans une entreprise traditionnelle. L'enchaînement qui mène des apprentissages organisationnels, conditions de processus internes efficaces, aptes à satisfaire les clients au final garants de la bonne santé financière se trouve éclaté en quatre axes, qui ouvrent autant de perspectives ;
- L'intérêt du tableau de bord réside dans sa faculté à faire remonter de bas en haut un aperçu des activités de l'hôpital de chaque service. Il permet de rééquilibrer une vision uniquement financière en intégrant le point de vue des patients ;
- Le management en a été modifié. La conception de la performance s'est enrichie et a favorisé une meilleure définition des responsabilités (en terme de résultats atteints plutôt que d'activité), ainsi que la prise en compte des conséquences à l'échelle de l'hôpital des comportements individuels.

## 2.2.5 Retour d'expérience sur les tableaux de bord équilibrés en France

Quelques établissements sont nettement en avance en matière de pilotage de la performance par les tableaux de bord. La nécessité d'un pilotage s'impose cependant aux hôpitaux et la décision d'investir dans cet outil va s'avérer de plus en plus urgente (pression de la tarification à l'activité et de la nouvelle gouvernance, besoin de maîtrise de ses processus, cf. partie 1.2).

### A) Le centre hospitalier de Blois<sup>35</sup>

#### a) Présentation du tableau de bord équilibré

La démarche de tableaux de bord est ancienne au CH de Blois. Initiée en 1995, elle s'est d'abord basée sur les résultats budgétaires et les enseignements tirés de la comptabilité analytique. Rapidement est apparue la nécessité d'enrichir ces données, peu à peu d'expliquer les résultats. L'établissement a alors adopté un tableau de bord équilibré, en adaptant les quatre axes aux spécificités du monde sanitaire :

- **L'axe « processus/organisation ».** Dans la lignée des travaux de Kaplan, les résultats d'un pôle ou d'un service dépendent étroitement de leur bonne maîtrise des processus.

Les indicateurs retenus sont alors variés. La liste de ceux qui disposent d'une cible donne une idée des thèmes qui apparaissent stratégiques pour

---

<sup>35</sup> Source : . Entretien avec P. Expert ; EXPERT P. *Le tableau de bord idéal*.

l'établissement (cf. sélection d'indicateurs ci-après). Les innovations sont également prises en compte à travers les projets développés par l'unité organisationnelle, présentés sous forme de texte libre;

- **L'axe ressources.** Il distingue à la fois les ressources humaines et matérielles. En ce qui concerne le personnel, l'accent est mis sur la motivation et l'acquisition de compétences : sont ainsi mesurés l'absentéisme, le turn-over ainsi que l'importance de l'accès aux formations continues et la généralisation des évaluations ;
- **L'axe qualité/usagers.** La qualité du service et l'écoute des patients ont une grande influence sur les résultats, notamment à travers l'attractivité et les réductions des coûts de la non qualité ;
- **L'axe financier.** Il donne les éléments du compte de résultat par pôle.

Les indicateurs disposent chacun d'une cible, dont l'utilité est d'orienter l'action et de fixer un objectif à atteindre. Les cibles sont à la fois quantitative et visuelles, par l'utilisation de codes couleurs qui permettent d'attirer immédiatement l'attention<sup>36</sup>. Certaines cibles sont données selon des critères nationaux, qui permettent ainsi la comparaison avec d'autres établissements.

<b>Axe processus/organisation</b>	<b>Cible</b>
Sélection de 11 indicateurs stratégiques parmi 35	
Taux d'occupation des lits et places	90 %
Ecart moyen des durées moyenne de séjours	0
Délai moyen de sollicitation du service social	0 jour
Nombre de durées de séjour cible renseignée (date de sortie probable indiquée par le service d'hospitalisation)	70 %
Ecart en jours entre date de sortie renseignée et effective	0 jour
% d'hébergements du service dans un autre service	0 %
% d'hébergements d'un autre service dans le service	0 %
Délai de remise en état d'un lit après sortie du patient (en heures)	A définir
Délai entre fin de la consultation aux urgences et hébergement dans les services de soins	30 mn
% de programmations annulées	A définir
Exhaustivité de la déclaration d'activité à 30 jours après la sortie	100 %

Source : cahier des charges des indicateurs du CH de Blois

<sup>36</sup> Rouge : le résultat n'est pas atteint et les causes explicatives multiples sont à rechercher.  
Orange : le résultat visé n'est que partiellement atteint, du fait d'ajustements notables (retards...)  
Vert : le résultat visé est atteint.

<b>Axe Ressources (humaines et matérielles)</b>	<b>Cible</b>
Sélection de 11 indicateurs stratégiques parmi 18	
<u>Ressources humaines</u>	
Nombre de médecins déclarant des absences	A définir
Formation du personnel médical	15 jours/an
Entretiens individuels d'évaluation (personnel non médical)	100 %
<i>Par sondage en tirant au sort des dossiers individuels et en vérifiant la présence d'une entretien d'évaluation</i>	
% d'objectifs négociés et évaluables fixés ( <i>par sondage</i> )	100 %
% absentéisme court ( <i>cible COMPAQH</i> )	6 %
Formation du personnel non médical	10 %
<i>(nbre heures de formations / nbre heures travaillées)</i>	
<u>Ressources matérielles</u>	
Délai de réalisation du tableau de bord équilibré	30
Temps d'accès au dossier médical informatisé	A venir
<i>(durée en sec. mesurée par sondage aux mêmes heures sur actions type, telle une entrée)</i>	
Temps d'accès à Internet	5 sec.
<i>(durée en sec. mesurée par sondage aux mêmes heures sur 5 sites professionnels)</i>	
% de panne informatique	1 %
<i>(durée des pannes sur nbre heures d'ouverture du CH)</i>	
% de panne des équipements médicaux	10 %
Source : cahier des charges des indicateurs du CH de Blois	

<b>Axe qualité/usagers</b>	<b>Cible</b>
Sélection de 5 indicateurs stratégiques parmi 19	
Coordination : délai moyen écoulé entre la sortie du patient et la validation de la fiche d'observation ( <i>lors de l'envoi de la lettre de sortie au médecin</i> )	A définir
Qualité du dossier patient	90 points
<i>(par grille d'audit permettant d'atteindre le score de 100 points)</i>	
% retour du questionnaire de sortie	10 %
Organisation d'un comité mortalité/morbidité dans le service	oui
<i>(si oui, présentation des principaux résultats)</i>	
Indicateur général ICALIN	En attente
<i>(cible donnée par l'indicateur COMPAQH)</i>	
Source : cahier des charges des indicateurs du CH de Blois	

<b>Axe financier</b>	<b>Cible</b>
Sélection de 11 indicateurs stratégiques parmi 34	
Taux d'occupation des lits et places	90 %
Ecart moyen des durée moyenne de séjours	0
Délai moyen de sollicitation du service social	0 jour
Nombre de durée de séjour cible renseignée (date de sortie probable indiquée par le service d'hospitalisation)	70 %
Ecart en jours entre date de sortie renseignée et effective	0 jour
% d'hébergements du service dans un autre service	0 %
% d'hébergements d'un autre service dans le service	0 %
Délai de remise en état d'un lit après sortie du patient (en heures)	A définir
Délai entre fin de la consultation aux urgences et hébergement dans les services de soins	30 mn
% de programmations annulées	A définir
Exhaustivité de la déclaration d'activité à 30 jours après la sortie	100 %

Source : cahier des charges des indicateurs du CH de Blois

#### *b) Modalités d'utilisation de ce tableau de bord équilibré*

Ces tableaux de bord sont fabriqués à l'échelle du pôle, à échéance trimestrielle et avec un délai d'un mois après la fin du trimestre.

Les exploitations en séance plénière sont faites à intervalles réguliers. A la fin des 1<sup>ers</sup> et 3<sup>èmes</sup> trimestres, l'analyse du tableau de bord du pôle se fait de façon élargie, en associant d'une part le responsable de pôle, l'ensemble des médecins et cadres du pôle et d'autre part le chef d'établissement, le DIM, les directeurs de l'évaluation et de la stratégie et celui des affaires financières, ainsi que les responsables qualité et informatique (cf. encadré sur le déroulement d'une séance d'analyse, partie 3.2.2).

Pour les deux autres trimestres, l'analyse se fait à l'intérieur du pôle, en associant au bureau du pôle le directeur délégué du pôle ainsi que le DIM et le responsable informatique.

#### *c) Vocations de ce tableau de bord*

Au centre hospitalier de Blois, la finalité des tableaux de bord est de « mettre en regard toutes les dimensions (qualité, financier, organisation, production et ressources) et de favoriser une approche commune des projets grâce à une analyse collégiale ».

Les objectifs poursuivis sont au nombre de trois :

- Bâtir un état des lieux du pôle. A partir d'une analyse de la situation exacte, le pôle définit sa stratégie, c'est-à-dire les objectifs visés, et construit un plan d'action. Ces éléments servent de base à la négociation du contrat interne ;
- Donner le point de départ. Une fois le contrat conclu de délégation signé, qui stipule quels sont les indicateurs qui sont suivis, les tableaux de bord sont initialisés et indiquent la période à partir de laquelle les actions du pôle sont évaluées ;
- Suivre le pôle. Les résultats du pôle sont suivis grâce au tableau de bord, ainsi que la bonne réalisation du contrat.

d) *Les innovations de 2006 : les « indicateurs permanents »*

Parallèlement à ce tableau de bord équilibré trimestriel, le centre hospitalier de Blois envisage la mise à disposition « d'indicateurs permanents » mis à jour chaque semaine. Ces indicateurs sont limités en nombre, soit une dizaine en tout. Le choix s'est porté sur des informations faciles à extraire du système informatique.

<b>Indicateurs permanents</b>	<b>Cible</b>
Sélection de 6 indicateurs stratégiques parmi 11	
Nombre de séjours réalisés	+ x %
<i>(cible : évolution par rapport à l'activité de l'année précédente, à la même période)</i>	
Durée moyenne de séjour constatée/durée moyenne normale	<1
<i>(cible : être en dessous des durées normales)</i>	
Taux d'occupation des lits/taux nationaux recommandés	<1
<i>(cible : taux nationaux recommandés)</i>	
Délai de production des RUM	<8 jours
Exhaustivité PMSI	100 %
Recettes constatées/recettes EPRD	100 %

Source : cahier des charges des indicateurs du CH de Blois

Ces éléments sont communiqués à l'ensemble des responsables, dans le but de favoriser la réactivité. Les informations fournies donnent un éclairage en fonction de la position hiérarchique : ainsi, le Conseil exécutif dispose de l'ensemble des données ; le responsable de pôle ne peut consulter que les indicateurs sur son pôle ; le chef de service n'a d'informations que sur son service.

e) *Les conditions de mise en œuvre*

Les conditions ayant favorisé l'implantation des tableaux de bord équilibrés sont au nombre de trois :

- La direction de l'établissement a jugé ce chantier comme stratégique et en a rappelé l'importance dans deux projets d'établissement successifs. Les périmètres des directions fonctionnelles ont été revus pour rassembler dans une seule et même direction la stratégie, la qualité, le contrôle de gestion, les systèmes d'information et l'organisation. «Ainsi, les objectifs stratégiques du projet d'établissement (partie stratégique) sont gérés dans leurs déclinaisons opérationnelles (contrôle de gestion/qualité) avec les outils nécessaires (système d'information et organisation). »<sup>37</sup> ;
- Dès le début, les tableaux de bord ont associé à la fois médecins, cadres soignants et direction. L'usage de ces tableaux n'est pas simplement analytique, dans un souci de connaissance, mais également prospectif, car orienté vers le futur. Les deux réunions annuelles sont l'occasion de définir en commun les priorités et les actions à entreprendre ;
- Le système d'information résulte d'investissement antérieurs ayant favorisé l'interopérabilité. Par le biais d'un dossier médical informatisé commun, les applications concernant les informations administratives, logistiques, médico-techniques... sont mises en liaison et peuvent être exploitées grâce à des outils d'aide à la décision.

B) Les hospices civils de Lyon, une démarche pragmatique d'implantation progressive

Dans un souci de compréhension de la réalité des tableaux de bord, le deuxième établissement présenté ici est celui des Hospices civils de Lyon (HCL). La taille de cette institution est telle que les enseignements pourraient n'être que de peu d'utilité pour un centre hospitalier général de taille moyenne comme celui de Gonesse. Mais la démarche adoptée illustre une autre approche des tableaux de bord. Surtout, elle s'appuie sur un état des lieux en 2004, soit un an après le lancement de la démarche. Elle est donc riche d'enseignements et montre comment la démarche des tableaux de bord a été initiée.

---

<sup>37</sup> GMSIH. *Etat des lieux et attentes en matière de pilotage.*

a) *Définition des indicateurs par diffusion de maquettes de tableaux de bord*

La démarche adoptée par les Hospices civils de Lyon (HCL) est très pragmatique<sup>38</sup>. Ils ont choisi de partir d'une liste d'indicateurs élaborés par les différentes directions fonctionnelles. Puis ces indicateurs ont été généralisés pour l'ensemble des pôles. Parmi ceux-ci, certains ont été retenus en fonction de leur capacité à mesurer la performance. Cette dernière est appréhendée selon quatre axes :

- La satisfaction des patients est mesurée par une enquête spécifique, portant sur la qualité de la prise en charge pendant le séjour et de l'environnement ;
- L'axe processus de soin est uniquement renseigné à partir des données du PMSI (durées de séjour, taux de complication, réadmissions...) ;
- L'axe ressources humaines recense des indicateurs de productivité (nombre de consultations ou de points ISA par médecin) ;
- L'axe financier. La valeur du point ISA est déclinée sur l'ensemble des services, ainsi que le poids moyen du cas traité.

L'accent est mis d'une part sur les activités transversales ou les activités de support, en veillant à ce que les interfaces soient bien gérées ; d'autre part sur la nécessité pour les tableaux de bord de s'intégrer aux autres systèmes de mesure de la performance<sup>39</sup>. Chaque unité se voit donc imposer un certain nombre d'indicateurs.

b) *Une volonté : la possibilité de se comparer à d'autres établissements*

Autre contrainte, une grande partie des indicateurs sont choisis afin de faciliter au maximum les comparaisons. Les sources mobilisées sont alors constituées des bases de l'Etude nationale des coûts, de l'Analyse de gestion hospitalière nationale, de l'Agence régionale d'hospitalisation de Rhône-Alpes, et enfin des bases de données des directeurs de CHU en ce qui concernent les finances, les affaires médicales et le PMSI.

c) *Une démarche de « haut en bas » pour lancer le processus*

Le travail sur les indicateurs est à l'initiative du siège des Hospices Civils de Lyon et est destiné à enrichir le travail concomitant d'explicitation de la stratégie. Par itérations successives, la réflexion sur la stratégie est alimentée par l'utilisation des tableaux de bord par les acteurs, qui font émerger des leviers d'action et permettent de mettre en

---

<sup>38</sup> FAUJOUR V. MARIAN L. *Utilisation des outils de pilotage, le balanced scorecard.*

<sup>39</sup> notamment dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens et du projet d'établissement, ou bien en matière de procédure budgétaire de contrôle des moyens alloués ou de qualité de codage du PMSI

exergue certains problèmes. Ces nouvelles perspectives amènent à intégrer de nouveaux aspects dans les tableaux de bord et ainsi de suite.

Les indicateurs choisis l'ont alors été en fonction de leur pertinence, de leur accessibilité et de leur latitude à permettre les comparaisons. Un indicateur est ainsi jugé fondamental, qui est celui de la durée moyenne de séjour : en deçà des durées moyennes données par le groupement homogène de séjour, il permet à l'établissement de dégager des recettes.

En 2004, la maîtrise de la chaîne de facturation est définie comme stratégique. Quatre objectifs opérationnels sont alors choisis, évalués par une douzaine d'indicateurs (pourcentage des dossiers non facturables, sans carte vitale enregistrée, ou revenant avec la mention « n'habite pas à l'adresse indiquée » par exemple).

L'implantation progressive des tableaux de bord avec un aller-retour constant avec la définition de la stratégie de l'établissement a permis au final de diffuser une culture de gestion commune entre médecins et administratifs.

## **2.3 Les avantages et les inconvénients d'un tableau de bord équilibré**

### **2.3.1 La force du tableau de bord : l'instauration d'un dialogue**

T. Nobre souligne que «les personnels de santé, et plus particulièrement le corps médical, sont demandeurs d'une approche plus diversifiée et moins réductrice de la performance des établissements hospitaliers ».

C'est en tant que support à la connaissance des activités pour un pilotage plus efficace que le tableau de bord prend tout son sens : il permet alors d'engager le dialogue entre des acteurs aux objectifs différents, cela autour d'informations partagées, et ainsi de réduire l'incertitude, de fixer des objectifs de résultats et de suivi de leur exécution. A ce stade, il devient essentiel au pilotage, car il fédère chacun autour d'une référence commune et partagée.

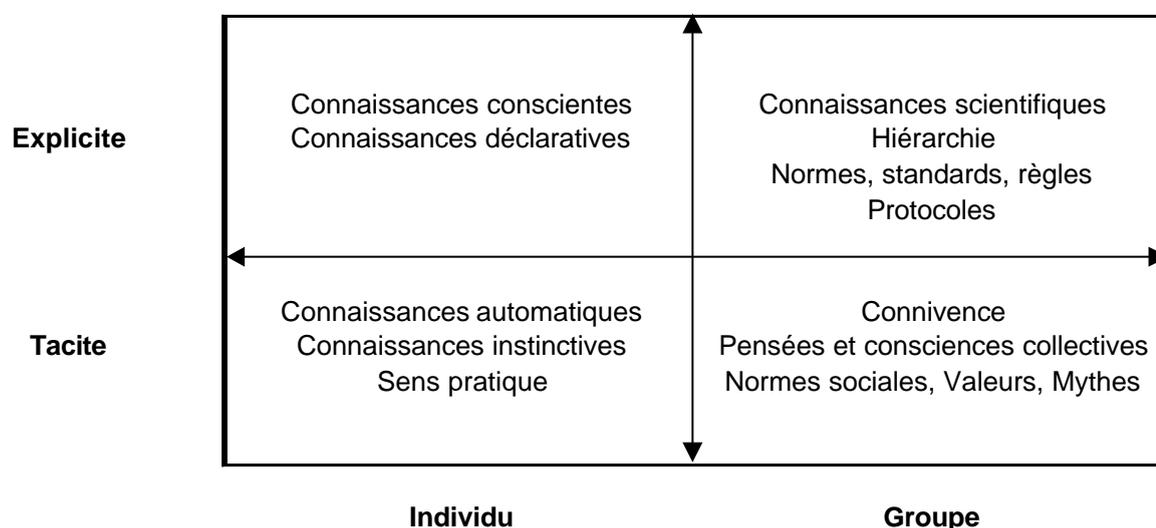
A partir de l'utilisation d'un vocabulaire unique, ce tableau de bord devient un outil de dialogue privilégié, cela dans une structure complexe qui avec la nouvelle gouvernance instaure une plus grande délégation.

Pour le corps médical et soignant, les tableaux de bord ne privilégient pas seulement les aspects budgétaires mais proposent une approche complétée par les processus de soins et centrée sur les patients ou la qualité. Dans le cadre de la nouvelle gouvernance, ces tableaux de bord sont l'un des outils qui permet une participation active aux arbitrages stratégiques et décisionnels. Bien entendu, les impératifs de la tarification à

l'activité donnent un cadre au débat, mais sont contrebalancés par une réflexion sur ce qui contribue à fabriquer le résultat financier.

Du point de vue des administratifs, le tableau de bord peut être l'outil qui permet d'adopter un point de vue transversal, en alignant les décisions de chacun selon l'intérêt général et au service de la stratégie de l'établissement. Cela permet également d'instaurer un meilleur dialogue et de diffuser une culture de gestion. Inversement, lors de la diffusion des tableaux de bord, la direction obtient des renseignements précieux sur les réalités médicales et les difficultés rencontrées. Les demandes de moyens sont accordées après fixation d'objectifs et de règles de suivi clair. Ainsi, l'apprentissage de la réforme de l'allocation de ressources à travers l'Etat prévisionnel des recettes et des dépenses –les recettes font les dépenses- devrait être facilité.

Au final, les tableaux de bord équilibrés contribuent à passer d'une démarche intuitive à l'exercice d'une décision collective explicite et rationalisée (cf. graphique ci-après).



Source : cours de M. Peyret à l'ENSP sur les systèmes d'information et d'aide à la décision.

### 2.3.2 Un tableau de bord au service de la stratégie de l'établissement

La méthode proposée par Kaplan et Norton permet de diffuser la stratégie dans l'ensemble de l'hôpital :

- Pour que le tableau de bord soit efficace, sa mise en place oblige à clarifier la stratégie et à faire émerger un consensus (cf. partie 3 sur le développement d'un tableau de bord). Cette entente ne se limite pas à la seule direction ou au seul Conseil exécutif. Elle doit se diffuser y compris dans les services de soins et alimenter en retour la définition du tableau de bord. L'établissement se dote ainsi d'objectifs clairs et lisibles, en lien étroit avec les besoins locaux spécifiques. En conséquence, la crédibilité du management est accrue, car elle s'engage sur des

objectifs qui ont été communiqués et qui paraissent atteignables, car définis en fonction des leviers d'action effectivement disponibles<sup>40</sup>.

- Le découpage en quatre axes des tableaux de bord équilibré donne un cadre normatif à l'analyse. La recherche des liens de cause à effet –la cartographie stratégique- incite à rechercher des indicateurs qui permettent sur des bases factuelles de corriger rapidement les dysfonctionnements et de proposer de meilleures solutions.
- L'approche par les processus est également un support à la diffusion de la stratégie. Cela permet aux personnes les plus à-même de faire les bons choix avec des indicateurs qui décrivent le plus précisément possible la réalité de leur vie professionnelle, et de les faire en évaluant leur contribution à la stratégie générale de l'établissement. C'est d'autant plus important à l'hôpital, qui est un lieu où l'on recense un nombre important de catégories professionnelles différentes. L'information diffusée à l'échelle de l'entreprise permet de relier les objectifs de long terme avec les impératifs de court terme.

Au final, en aidant à définir les axes stratégiques, le tableau de bord équilibré permet de contrecarrer la dérive administrative qui affecte certains projets d'établissement. Ces derniers peuvent apparaître comme des « millefeuilles », qui juxtaposent différents projets sans favoriser les interactions<sup>41</sup>. Les quatre perspectives ouvertes par le tableau de bord peuvent permettre de faire émerger une dynamique interne déclinée non plus selon les acteurs mais selon les objectifs de l'hôpital, surtout si l'accent est mis sur les interfaces qui permettent de dépasser les clivages entre services. Les tableaux de bord prospectifs sont un outil d'atteinte des objectifs et d'information transversale. De plus ils tiennent compte de l'environnement et permettent d'impulser une dynamique permanente.

### **2.3.3 Les éléments à prendre en compte pour réussir l'implantation des tableaux de bord**

P. Expert revient sur les écueils qu'il a dû surmonter lors de l'instauration et de la généralisation des tableaux de bord au centre hospitalier de Blois.

#### *a) La diffusion d'informations vécue comme une perte de pouvoir*

Les quatre perspectives développées par le tableau de bord prospectif nécessitent de recourir à des sources d'informations diverses, qui en tout cas ne sont pas localisées

---

<sup>40</sup> Résultats de l'enquête de N. INAMDAR.

<sup>41</sup> CLAVERANNE J. *Le management par projets à l'hôpital*.

dans un seul et même service. Réunir toutes ces informations constitue déjà en soi un défi, surtout si les données doivent être intégrées à échéance régulière et dans un délai imparti.

Mais en plus de ces difficultés techniques, l'expérience de Blois montre que la fourniture d'informations apparaît également pour certains comme une perte de pouvoir. Détenir des renseignements qui jusqu'alors n'étaient pas partagés pouvait donner l'impression de profiter d'un monopole ; inversement, l'information diffusée peut donner du pouvoir à celui qui la reçoit, notamment en permettant le contrôle et la vérification.

Réunir toutes les informations a donc fréquemment nécessité de passer par l'arbitrage du directeur d'établissement et du président de la CME, pour que les décisions se prennent de façon transparente et « sans se cacher la tête sous le sable ». La dénomination d'un seul et unique maître d'œuvre apparaît également inévitable, qui dans l'idéal aurait dans ses attributions à la fois les systèmes d'information, la politique de la qualité et le contrôle de gestion.

#### *b) Le tableau de bord perçu comme détenteur (ou non) de la vérité*

Certains voient dans le tableau de bord une vérité incontestée. Or sa valeur ajoutée selon P. Expert réside plus dans sa capacité à instaurer un dialogue entre direction et médecins et à se forger une représentation commune qui crée un cadre propice à l'action.

Inversement, les indicateurs du tableau de bord peuvent être régulièrement contestés par ceux qui sont évalués. Cela paraît naturel, notamment parce que comme tout système d'information le tableau de bord est susceptible d'amélioration. Les failles peuvent être nombreuses : il suffit parfois d'une mauvaise mise à jour du fichier de structure, de la mauvaise imputation de transferts de lits ou tout simplement de calculs de comptabilité analytique basés sur des hypothèses établies par convention. Les remarques peuvent donc être constructives. Mais encore une fois, l'intérêt d'un tableau de bord est de susciter une certaine « réactivité ». En cela, il est un outil d'aide à la conduite du changement.

#### *c) Choisir le bon niveau d'analyse*

L'analyse des tableaux de bord ne doit pas favoriser le sentiment d'un contrôle tatillon. Il est ainsi recommandé lors des séances de ne pas examiner les services les uns à la suite des autres, mais d'élargir l'étude à l'échelle du pôle. Le risque sinon serait de favoriser les antagonismes, alors que les tableaux de bord sont là pour faire émerger des solutions, notamment aux interfaces entre services. Il peut par contre être bienvenu de focaliser sur la contribution de tel ou tel service, à condition qu'elle soit resituée dans l'ensemble que constitue le pôle.

\*

### **3 MISE EN PLACE DES TABLEAUX DE BORD A L'HOPITAL DE GONESSE**

Dans la mesure où la méthode du tableau de bord équilibré ou prospectif semble la plus à même de répondre aux objectifs de l'hôpital de Gonesse d'instaurer un dialogue médico-administratif, c'est l'implantation d'un tel type d'outil de pilotage qui sera étudiée. Dans l'établissement de Gonesse, les tableaux de bord déjà utilisés intègrent des outils de contrôle de gestion performants ; ils leur manquent d'être reliés à la stratégie générale de l'établissement et d'être un outil au service du dialogue avec les médecins. La mise en place des pôles en même temps que la définition du nouveau projet d'établissement et la renégociation du contrat d'objectifs et de moyens constituent une opportunité.

Par ailleurs, l'établissement de Gonesse est un centre hospitalier de taille moyenne (900 lits et places autorisés, environ 2 500 personnes employées), les propositions en matière de mise en place et de déploiement intégreront les contraintes propres à cet hôpital.

#### **3.1 Organiser la construction d'un tableau de bord**

##### **3.1.1 Un préalable : clarifier et obtenir un consensus sur la stratégie de l'établissement**

La première étape à la construction d'un tableau de bord est de clarifier les choix en matière de stratégie. Développer un tableau de bord présente en soi peu d'intérêt, s'il n'est pas mis au service du pilotage de la structure. Or en raison des réformes entreprises et du changement de l'environnement (cf. partie 1), les établissements de santé ont de plus en plus de raisons de développer une véritable stratégie, qui soit cohérente et orientée vers la performance.

La performance hospitalière s'apprécie en fonction de l'atteinte des buts, soit l'amélioration de la santé de la population ainsi qu'en deuxième lieu la qualité des services rendus à la collectivité. Elle s'appuie à court terme sur une efficacité économique, qui renvoie à l'utilisation optimale des moyens et une bonne maîtrise des processus, et à long terme sur l'adaptation au changement, qui traduit la capacité pour l'hôpital à se procurer les ressources nécessaires à son activité et à se transformer.

## A) Etapes du diagnostic stratégique

Au préalable, avant tout lancement d'un tableau de bord, l'implication de la direction doit être recherchée. C'est elle-seule qui permettra d'initier et de généraliser l'utilisation des tableaux de bord. Sans soutien de cette dernière, les tableaux de bord resteront un outil de plus sans réelle valeur ajoutée pour l'hôpital.

La méthode proposée par Kaplan et Norton présente ceci d'intéressant qu'elle systématise les liaisons entre les objectifs que se donne une institution et la traduction concrète en plan d'actions. C'est un facteur de succès important pour l'utilisation des tableaux de bord. D'autres auteurs proposent des méthodes d'implantation des tableaux de bord qui s'appuient sur les mêmes constats. C'est par exemple le cas de Fernandez, qui segmentent la construction, l'implantation et l'exploitation d'un tableau de bord en dix étapes, dont les trois premières portent clairement sur la définition de la stratégie : étudier l'environnement de l'entreprise, identifier l'entreprise, définir des objectifs.

Ce diagnostic stratégique doit être partagé par l'ensemble des responsables institutionnels : directeur, président de la CME, membres du Conseil exécutif, équipe de direction. Le centre hospitalier de Gonesse bénéficie de la mise en place d'un Conseil exécutif provisoire qui a participé à l'élaboration du projet médical. Il travaille actuellement à hiérarchiser l'ensemble des sous-projets. Cette instance devrait être consultée pour faire émerger une approche stratégique partagée. Il est important que les responsables de l'établissement se sentent investis de cette mission, car c'est ce qui déterminera l'utilisation ou non des tableaux de bord dans les pôles ou les services. L'implication des responsables et le niveau d'engagement sont des facteurs de succès discriminants.

Ce diagnostic stratégique se base sur l'étude de l'environnement du centre hospitalier de Gonesse. Si l'on reprend le projet médical de Gonesse, l'objectif est d'être un hôpital généraliste de proximité dans un territoire socio-économiquement défavorisé. Certaines filières de prise en charge spécifiques seront mises en place, pour les personnes âgées ou en cancérologie par exemple. Les difficultés que rencontre l'établissement proviennent de la proximité de Paris et d'un taux de fuite important en chirurgie.

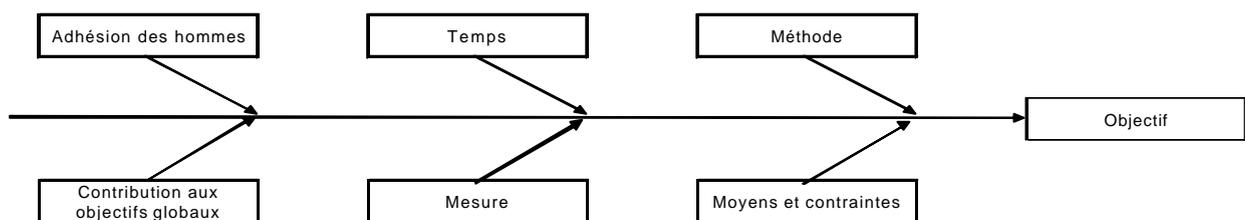
Il convient également de s'interroger sur la façon dont l'hôpital conçoit son avenir. La difficulté provient du fait qu'il faut concilier un projet d'établissement pour les cinq ans qui viennent dans le bâtiment actuel, avec en ligne de mire l'ouverture du nouvel hôpital en 2011. L'ouverture sur l'extérieur, notamment avec la mise en place de réseaux ville-hôpital, sera également à encourager.

Le diagnostic stratégique s'appuie également sur l'analyse structurelle de l'établissement. L'organisation en pôle clarifie la vision des grandes filières. Cette approche institutionnelle doit s'enrichir d'un examen précis des processus. Les points sensibles concernent les interfaces, d'autant plus que l'hôpital se constitue de services hautement spécialisés. Le diagnostic veillera à identifier les points critiques : circuit de distribution des médicaments, chaîne de facturation et qualité des dossiers remplis dans les services de soin, qualité du codage dans un contexte de tarification à l'activité, envoi du compte-rendu de sortie au médecin traitant... Tous ces thèmes présentent la particularité d'être initié dans un service et d'avoir un impact sur un autre. Les tableaux de bord permettent d'apprécier le processus global en évitant un cloisonnement excessif et en mettant en lumière les interfaces critiques.

L'établissement doit ensuite se fixer des objectifs. Ces derniers ne sont pas de simples « bonnes résolutions » mais doivent être concrets et factuels : l'hôpital s'engage à mettre en œuvre telle action mesurable pour telle date. Un objectif selon Fernandez doit être borné, mesurable, accessible, réaliste, fédérateur et constructif.

La phase de choix des objectifs s'appuie d'abord sur l'étude des causes. Pour cela les « 6 M » d'Ishikawa peuvent constituer une bonne méthode pour que le groupe de l'ensemble des responsables, par exemple le Conseil exécutif, choisissent les objectifs.

Graphique : le diagramme causes-effets d'Ishikawa pour définir la stratégie de l'établissement



Pour que la stratégie se décline en action concrète, lors de la sélection des objectifs, le groupe doit s'efforcer d'identifier les liens de cause à effet. A travers eux se dessinent les facteurs de succès, les obstacles sur lesquels il faut agir... qui constituent autant d'indicateurs permettant d'évaluer l'atteinte ou non des objectifs. Si l'établissement de Gonesse souhaite par exemple inscrire comme objectif stratégique l'augmentation de l'activité, les leviers d'action sont à la fois en volume et en prix. Il est alors intéressant de suivre le taux d'occupation et la durée moyenne de séjour. Par ailleurs, l'augmentation du poids moyen du cas traité (PMCT) ou le suivi de quelques GHS sélectionnés peuvent permettre de se donner des cibles concrètes pour augmenter l'activité. Mais cet objectif

ne sera rempli que si l'on arrive à recruter suffisamment d'infirmières, ce qui peut constituer un dernier indicateur qui constitue lui-aussi un facteur de succès.

Au CHR de Lille, cet exercice s'est traduit par une cartographie stratégique, sous la forme physique d'une carte qui étudie les relations de cause à effet entre les différents axes du tableau de bord prospectif<sup>42</sup>. Ainsi, la stratégie médicale de constituer un pôle de référence régionale (axe 1) suppose d'attirer et de conserver les compétences clés (axe 2), et crée ainsi les conditions de satisfaction des patients.

En ce qui concerne la création de tableaux de bord, cette phase de définition des enjeux stratégiques et d'identification des leviers d'action est la plus cruciale. Plusieurs risques sont à éviter :

- Se contenter des objectifs déjà sélectionnés auparavant dans l'établissement. Cette stratégie n'est pas risquée, mais n'est pas porteuse de progrès ;
- Sélectionner des objectifs qui ne servent qu'à une des parties, de façon à se mettre en avant ou à se protéger.

Les tableaux de bord n'ont d'intérêt que s'ils servent la prise de décision. La méthode de construction permet d'indiquer les objectifs retenus, mais aussi les leviers d'action, en expliquant les écarts constatés.

#### B) Instauration du dialogue à tous les niveaux

La méthode préconisée par Kaplan et Norton conduit à construire un système de management stratégique.

La période de maturation d'un tableau de bord est relativement longue, presque deux ans. Elle s'explique par la volonté d'instaurer un dialogue à tous les échelons et de communiquer sur la stratégie de l'établissement.

Le calendrier est alors le suivant :

---

<sup>42</sup> FAUJOUR V., MARIAN L. *Utilisation des outils de pilotage : le balanced scorecard. Les démarches des CHU de Lyon et Lille.*

Période	Actions
0 à 3 mois	Les membres (du Conseil exécutif pour l'hôpital) travaillent ensemble à traduire leurs visions en stratégie, compréhensible et communicable. Le résultat est sous forme de tableau de bord équilibré.
4 à 5 mois	Ce tableau de bord équilibré est communiqué aux Conseils de pôle. Il sert de support à la discussion sur la stratégie générale de l'établissement.
6 à 8 mois	Les pôles commencent à préparer leurs tableaux de bord équilibrés avec pour obligation d'utiliser la maquette du tableau de bord de l'hôpital qui sert de cadre (par exemple avec une batterie d'indicateurs imposés). Il sert à traduire leur propre stratégie (par exemple en ajoutant des indicateurs propres).
9 à 10 mois	En même temps que les pôles élaborent leurs propres tableaux de bord, les responsables identifient les programmes destinés à améliorer les interfaces.
11 à 12 mois	Analyse des tableaux de bord de pôle et ajustement de la stratégie générale. Les analyses de pôle montrent que certains processus n'ont pas été intégrés dans la stratégie générale. Ajustement du tableau de bord équilibré général
13 à 15 mois	Communication et dissémination du tableau de bord équilibré à l'ensemble de l'établissement
16 à 22 mois	Analyses mensuelles (légères) et trimestrielles (plus focalisées sur l'atteinte des résultats)
23 à 24 mois	Actualisation de la stratégie. Le conseil exécutif liste dix améliorations stratégiques et demande à l'ensemble des pôles de faire des propositions. Le tableau de bord est ensuite modifié pour suivre ces nouvelles orientations
24 mois	Le tableau de bord est maintenant utilisé en routine. Possibilité de lier l'intéressement des pôles à ce dernier.

Source : adapté de Kaplan et Norton.

### 3.1.2 Un tableau de bord adapté à l'organisation

#### A) Un tableau de bord plus ou moins décentralisé

Le calendrier décrit ci-avant doit être adapté aux réalités de l'établissement. Notamment, la culture peut être différente d'un hôpital à l'autre et la construction de tableaux de bord

peut se faire selon différentes méthodes, qui présentent la caractéristique d'être plus ou moins décentralisées. Certaines privilégient une implantation de haut en bas, avec une impulsion donnée par la direction ; d'autres laissent plus d'initiatives aux échelons locaux.

Le travail du groupe chargé d'élaborer la maquette du premier tableau de bord (qui reflète la stratégie de l'établissement) peut osciller entre deux positions :

- D'une part fixer unilatéralement les objectifs des niveaux intermédiaires et les contrôler. Le problème est que les responsables se privent ainsi des capacités des acteurs en fixant un cadre rigide qui peut être « loin du terrain » ;
- D'autre part, laisser libres les acteurs pour le choix des objectifs et indicateurs de performance. Le contrôle se fait alors en fonction des résultats.

Il est cependant possible de pratiquer une « troisième voie ». Le Conseil exécutif propose initialement un cadre au tableau de bord, qui donne les règles du jeu, par exemple en définissant les indicateurs imposés. Ensuite chaque pôle peut enrichir ce cadre en y incorporant les informations adaptées à leur propre stratégie, qui ainsi est un sous-ensemble de celle de l'établissement.

Enfin, il se pose la question épineuse de l'intéressement. La nouvelle gouvernance incite à entrer dans une démarche de contractualisation. Celle-ci s'inscrit dans un cadre où des objectifs sont fixés, les résultats atteints sont évalués et les éventuels écarts, positifs ou négatifs, traités selon les modalités initialement prévues (cf. partie suivante).

#### B) La délégation de gestion et la mise en place des conditions de l'action

A partir de l'exemple de la contractualisation, il semble que l'amélioration des tableaux de bord à Gonesse puisse profiter de l'impulsion donnée par la nouvelle gouvernance. Le centre hospitalier de Gonesse dispose d'une tradition d'échange et de discussion, matérialisée par les réunions de service annuelles, qui permettent la rencontre entre chaque service et l'administration. Mais il n'existe pas encore de démarche stratégique forte. La nouvelle gouvernance et la tarification à l'activité créent l'opportunité d'entrer dans une logique de fixations d'objectifs, à travers les contrats de pôle, et dans une logique de gestion transversale entre les différents pôles ou à l'intérieur des pôles entre services.

Au même titre que la nouvelle gouvernance, les tableaux de bord n'auront de pertinence et de pérennité que si l'organisation prévoit et met en place les conditions de l'action.

P. Expert montre que les conditions de l'action sont au nombre de trois<sup>43</sup> :

- **L'information.** Cette dernière doit être fiable et partagée, pour préparer et suivre la mise en œuvre des plans d'action. Elle doit permettre de connaître la stratégie de l'établissement, condition indispensable pour permettre de passer de comportements individualistes à une organisation collective qui transcende les intérêts particuliers. Celle-ci suppose une communication adaptée, par diffusion régulière d'informations synthétique et par formation des nouveaux venus. Autre point important, cette information doit être produite par une organisation cohérente. Aucun pôle ne doit se retrouver producteur de sa propre information, mais la constitution des tableaux de bord doit être faite de façon centralisée. Le contenu en a été défini après consultation et peut être amendé de la même manière ;
- **La compétence.** Dans le cadre de la nouvelle gouvernance, cette « capacité à agir à bon escient » est partagée entre médecins et gestionnaires, car finance et organisation sont intimement liées. Les tableaux de bord sont là pour favoriser la rencontre entre les logiques médicales, gestionnaires et soignantes. Le « gestionnaire apporte sa compétence financière et les médecins et les soignants, leur connaissance irremplaçable du terrain ». Les compétences et les problèmes sont différents d'un pôle à l'autre : suite aux rencontres autour des tableaux de bord, les plans d'action privilégieront différentes solutions telle que l'amélioration des hébergements, du brancardage, des locaux...
- **Le pouvoir d'agir.** Cette « capacité reconnue à prendre des décisions » procède d'une désignation par l'établissement. Sur certains domaines bien précis fixés dans le contrat de pôle, le délégataire a tout pouvoir d'initiative et dispose des moyens nécessaires aux corrections. L'enjeu de la nouvelle gouvernance est de déléguer de façon sélective, pour « réduire les dysfonctionnements majeurs qui nuisent à la cohérence de la prise en charge des patients et perturbent les performances de l'établissement ».

Les tableaux de bord sont des instruments au service de l'action : leur greffe ne prendra que s'ils s'insèrent dans un cadre qui permet une réelle marge d'initiative.

---

<sup>43</sup> EXPERT P. *La tarification à l'activité. Médecine et gestion : une dynamique nouvelle.*

### C) Réconcilier les médecins hospitaliers avec la gestion

Avant la tarification à l'activité, les modalités de rencontre entre les gestionnaires et les médecins s'appuyaient sur des objectifs de réduction des dépenses. Celles-ci étaient gérées par lignes budgétaires, ce qui selon P. Expert entraînait :

- Une approche malthusienne. L'enveloppe autorisée ne devait pas être dépassée, même si l'activité augmentait ;
- La mise en place de plans d'économie inadaptés au niveau des services. Ainsi, les examens de laboratoires représentent des dépenses importantes à l'échelle de l'établissement (en millions d'euros), mais ne représentent que 3 % en moyenne du coût d'un séjour hospitalier. Demander aux praticiens de s'investir dans des plans d'économie en ce qui concerne les examens est certes justifié, mais peu productif à leurs yeux : il est plus fructueux de s'attaquer aux problèmes hospitaliers qui peuvent véritablement grever le coût d'un séjour, comme une mauvaise orientation des patients, une gestion inefficace des lits entre patients programmés ou non, ou encore l'embolie des services par les sorties difficiles de malades en fin de séjour. Ces dysfonctionnements peuvent représenter plus de 15 % du coût d'un séjour en comptabilité analytique<sup>44</sup>.

L'analyse des processus déjà abordée en partie 1.3 est l'un des moyens à privilégier pour faciliter la rencontre entre médicaux et gestionnaires. C'est aussi un moyen de réconcilier les médecins avec la gestion. Selon la logique des tableaux de bords équilibrés, la maîtrise des processus est la condition nécessaire pour prévenir les dérapages financiers.

#### **3.1.3 Mettre en place un système de production des tableaux de bord adapté**

##### A) Intégration au sein d'un pôle d'expertise médico-économique

Dans le cadre de la nouvelle gouvernance, le centre hospitalier de Gonesse envisage la création d'un pôle d'expertise médico-économique, associant :

- Le département d'informations médicales ;
- Les affaires financières et l'analyse de gestion ;
- Le système d'information ;
- La qualité ;
- La stratégie médicale.

---

<sup>44</sup> Soit les coûts de la non qualité, estimés entre 15 % et 18 % d'un séjour par l'Anaes.

Dans ses objectifs, ce pôle assurera un rôle de prestation à destination des autres pôles à orientation médicale. La présidence en sera tournante.

Le centre hospitalier de Blois a adopté un découpage fonctionnel qui aboutit à concentrer ces mêmes compétences, à savoir la stratégie, le contrôle de gestion, le système d'information, la qualité et l'organisation.

Dans une unité de lieu sont donc réunies les fonctions essentielles qu'il importe de rassembler et de coordonner pour bâtir un système de pilotage efficace. L'enjeu sera cependant de réussir à créer les conditions d'un accès aux sources d'information rapide, efficace et laissant la possibilité de faire si besoin est des études approfondies, notamment entre DIM et comptabilité de gestion.

*a) Un contrôle de gestion orienté vers les besoins des tableaux de bord équilibré*

A Gonesse, les attributions classiques du contrôle de gestion sont celles des analyses budgétaires et médico-économiques. Sur la base des résultats de gestion, le contrôleur de gestion conçoit, réalise et exploite des outils de gestion financiers (tableaux de bord financiers, indicateurs, budgets de service, cf. partie 2.1). Il veille également à la bonne qualité des données (mise à jour du fichier de structure, audit des processus de fabrication de l'information, requêtes informatiques).

Ces compétences sont indispensables, mais la difficulté reste de faire « parler les chiffres ».

La nouvelle gouvernance et la décentralisation qu'elle induit constituent une opportunité pour changer le contenu de ce poste, selon plusieurs directions :

- **Décentraliser le contrôle de gestion lui-même.** Il est important qu'il existe une plus grande association avec le corps médical et l'encadrement au niveau des pôles. Cette plus grande implication et cette proximité avec le terrain supposent de diversifier les outils de pilotage et de mesure de la performance, notamment à travers la constitution de tableaux de bord équilibré. Cette nouvelle approche implique en plus de la comptabilité de gestion de connaître les grands principes des démarches de qualité, notamment l'analyse des processus ;
- **Spécialiser le contrôle de gestion.** A côté de la constitution d'outils de pilotage plus proche du terrain, pour lesquels une certaine imperfection peut être tolérée, il existe également un besoin de spécialisation pour mener des investigations poussées, notamment en terme de comptabilité analytique, telles les méthodes ABC/ABM qui privilégient une approche par activité.

Ces deux tendances nécessitent pour les équipes de contrôleur de gestion de disposer de profils divers, capables de formaliser des outils complexes, de synthétiser des informations diverses et variées, de construire des requêtes informatiques tout en étant capable d'intégrer les problématiques médicales et soignantes et d'apporter une expertise en matière de qualité et d'efficacité des processus. Le choix de l'hôpital de Gonesse est donc d'enrichir les compétences de la cellule d'analyse de gestion par des « assistants de gestion » : ils exercent à la fois un rôle moteur dans la conception des outils de pilotage (tableaux de bord et analyses spécifiques) et sont aussi les cadres administratifs des futurs pôles.

*b) Les assistants de gestion*

Dans le cadre de la mise en place des pôles, le centre hospitalier de Gonesse envisage de recruter trois assistants de gestion.

Hiérarchiquement, ils dépendent de la direction des finances, intégrée dans le pôle « expertise médico-technique ». Fonctionnellement, ils sont rattachés aux pôles auxquels ils appartiennent.

Une proposition de fiche de poste est présentée ci-après en encadré.

Ces personnels administratifs devront présenter une motivation et une polyvalence suffisante. Les profils adéquats risquent de ne pas être nombreux. Il faut qu'ils disposent de bases techniques suffisamment solides pour construire les tableaux de bord (même si des personnes ressources peuvent les aider en interne) et en même temps qu'ils ne soient pas des « puristes » du chiffre, l'objectif étant d'être proche de la réalité et de s'investir dans la conduite du changement au niveau des pôles. Ce profil peut se construire en deux temps : le recrutement se fait d'abord sur des personnes qui maîtrisent l'analyse de gestion et qui participent à la mise en place des tableaux de bord ; dans un deuxième temps, par leurs participations à des projets transversaux au niveau de l'institution, elles acquièrent une vision stratégique. Les directeurs référents de pôles, qui à Gonesse servent à faciliter les relations entre les pôles et l'équipe de direction et s'impliquent au niveau de la stratégie du pôle, peuvent également favoriser ce passage.

## Fiche de poste Assistant de gestion

Pôle : Expertises médico-technique  
Métier : Administratif  
Direction : Affaires financières et contrôle de gestion  
Nombre de postes : 3

### **Hiérarchie**

L'Assistant de gestion assiste en liaison fonctionnelle le responsable de pôle médical, avec le cadre supérieur de pôle, et sous l'autorité hiérarchique du directeur des affaires financières et du contrôle de gestion

### **Mission**

Dans le cadre de la mise en place de la nouvelle gouvernance, le centre hospitalier de Gonesse transfère aux pôles certaines compétences assurées par les directions fonctionnelles (personnel, achat, politique qualité, analyse de l'activité...) dans le cadre d'un contrat. Ces pôles sont sous l'autorité d'un médecin responsable assisté d'un cadre supérieur de santé. L'assistant de gestion vient se joindre à cette équipe.

Ses missions sont :

- Aider le responsable de pôle et le cadre supérieur de santé dans le pilotage du pôle ;
- Participer à la mise en oeuvre des décisions du responsable de pôle,
- Assurer les liaisons avec les directions fonctionnelles ;
- Participer à l'élaboration, à l'alimentation et à l'analyse des tableaux de bord de pôle.

### **Compétences**

Très bonnes connaissances en matière budgétaire et comptable (contrôle de gestion, comptabilité générale et analytique).

Connaissance des outils de conduite de projet et de politique qualité.

Maîtrise des outils bureautiques

### **Activités spécifiques**

Collaboration avec le contrôleur de gestion de la direction des finances, avec les responsables informatiques de la direction des systèmes d'information.

### **Expériences**

Connaissance du secteur hospitalier souhaitée. Expérience en analyse de gestion.

### **Diplômes**

Gestion ou management. Ecole de commerce.

### **Exigences liées au poste**

Aptitude au travail en équipe et en réseau. Diplomate. Ouvert sur son environnement. Imaginatif.

### **Temps de travail**

Poste à temps plein

#### *c) Rapprochement de la direction du système d'information*

Les objectifs poursuivis sont la fluidité et la rapidité d'accès ou de transmission des informations, dans le respect de la confidentialité des données, cela pour des personnes ayant vocation à les utiliser rapidement pour aider à la décision.

Des modes de coopération spécifiques sont à construire, qui dépendent de l'architecture informatique choisie (cf. partie suivante). Ils auront une forte influence sur le fonctionnement du pôle d'expertise médico-administratif et la mise en œuvre des tableaux de bord.

## B) Tableaux de bord et systèmes d'information

Le GMSIH<sup>45</sup> indique que l'un des facteurs de succès des tableaux de bord repose sur leur industrialisation, c'est-à-dire la capacité à fournir les informations de pilotage de la façon la plus automatisée possible.

Les tableaux de bord mobilisent des sources variées : les données financières sont intégrées dans des applications comptables ou budgétaires, en général bien suivies et identifiées ; les données d'activité sont déjà un peu moins intégrées ; enfin certaines ne le sont pas du tout, comme les informations externes permettant la comparaison, ou les données suivies sur papier, qui peuvent être encore nombreuses.

Or les informations doivent être rapprochées : la solution préconisée par le GMSIH est de tendre vers un référentiel commun, c'est-à-dire de ne pas viser une intégration totale mais de bâtir des passerelles entre les différents systèmes.

### a) *Les outils d'aide à la décision*

Ces outils servent à extraire et exploiter les données, dans un but d'aide à la décision. Les données issues des systèmes opérationnels de l'établissement sont stockées et organisées dans une base, de façon à être facilement exploitables à partir d'un système de requête allant extraire les informations pertinentes.

Trois étapes sont à considérer :

#### **Etape 1 : l'extraction et la transformation**

A partir des applications de production utilisées à l'hôpital de Gonesse (par exemple le logiciel de facturation), des outils informatiques permettent d'aller extraire les données pertinentes, de les transformer pour qu'elles soient chargées dans un entrepôt de données.

#### **Etape 2 : le stockage et l'agrégation**

Cet entrepôt est l'endroit où sont stockées toutes les informations. Elles sont organisées de façon à faciliter le travail d'analyse, les fichiers étant de taille importante. L'enjeu est donc d'homogénéiser et d'agréger selon des critères prédéfinis : les données patients

---

<sup>45</sup> GMSIH. *Pilotage des établissements de santé.*

peuvent par exemple être réunies au niveau de l'Unité fonctionnelle, qui sera le niveau d'analyse le plus fin. Le rôle du responsable informatique est d'administrer ces données, en les stockant, les agrégeant et les historisant. Il doit également en assurer la gestion documentaire, en retraçant les sources et les procédures de fabrication. Il est enfin garant de la qualité des données.

### **Etape 3 : les analyses et les restitutions**

Elles s'appuient sur les outils d'analyse décisionnelle, qui permettent de construire les indicateurs et de les diffuser sous forme conviviale.

Une première famille d'outils permet de travailler à partir d'un « cube », qui est une base de données où les croisements entre variables sont pré-construits par le responsable informatique à partir d'un cahier des charges. Ces données travaillées sont mises à disposition des utilisateurs, en l'occurrence à Gonesse les assistants de gestion. Ces derniers peuvent alors utiliser les informations de façon conviviale.

Une deuxième famille d'outils suppose de la part des assistants de gestion d'investir de façon plus approfondie dans les systèmes d'aide à la décision, mais en contrepartie donne plus de liberté dans les analyses multidimensionnelles.

Dans les deux cas, l'accent devra être mis sur la sécurité et la confidentialité des données. En raison de nombreuses informations nominatives, des procédures d'anonymisation devront être prévues, notamment en cas de croisements successifs qui permettent de se retrouver au niveau d'une personne en particulier (par exemple un homme de 75 ans habitant Sarcelles, venu de telle date à telle date pour telle affection...).

De nombreux logiciels sont disponibles sur le marché. A titre d'exemple le centre hospitalier de Blois s'est appuyé sur son architecture centrée sur le dossier médicalisé du patient, complétée par un « cube » du même fournisseur informatique.

#### *b) Le développement d'un système d'information communicant*

Actuellement, comme dans beaucoup d'autres hôpitaux, les applications disponibles à Gonesse sont essentiellement verticales et renvoient à des métiers propres, tels la production de soins ou les logiciels administratifs, même si des passerelles tendent à se construire, par exemple en matière de gestion des ressources humaines. L'objectif à terme est bien entendu de construire un système d'information communiquant et transversal, qui permette aux différents métiers de mieux se parler. Cependant, pour construire des tableaux de bord, il n'est pas nécessaire de disposer immédiatement d'un système d'information sophistiqué. Bien exploiter le foisonnement de données qui existe à l'hôpital peut déjà constituer un objectif.

## **Etape 1 : Vérifier la qualité des données**

La mise en place des tableaux de bord s'appuie dans un premier temps sur les informations existantes.

Pour les données déjà sous format informatique, il faut s'assurer de leur fiabilité. Après un recensement exhaustif de toutes les informations, il s'agit d'identifier les différentes sources, d'analyser les processus d'alimentation, de vérifier qu'ils sont fiables et enfin de mettre à plat les contrôles externes, pour éventuellement mettre en évidence des problèmes de qualité. Par exemple, le manque d'exhaustivité du codage PMSI de l'activité constitue un problème important auquel il faut remédier.

Pour les données encore sous format papier, il est nécessaire de les intégrer petit à petit sous informatique, ou tout au moins de nommer un responsable chargé d'alimenter le système d'information. C'est par exemple le cas à Gonesse en ce qui concerne les infections nosocomiales : le responsable de l'hygiène peut facilement fournir le nombre d'occurrence par services et par pôles, cela sous forme d'agrégations mensuelles. L'informatisation peut également être envisagée.

Il est important de souligner à quel point la vérification de la fiabilité et de la qualité des données est fondamentale, celle-ci devant s'accompagner de la mise en place de procédures de maintenance.

Notamment nécessaire à une approche d'analyse de gestion, la qualité du fichier structure doit également être vérifiée. Ce travail peut être assez long<sup>46</sup>. Il implique de vérifier que toutes les unités fonctionnelles (U.F.) sont effectivement utilisées et que leur pertinence soit validée, d'un point de vue médical et administratif.

Un point critique concerne l'affectation des charges de personnel aux U.F. Ce travail mobilise la direction des ressources humaines de Gonesse, qui depuis quelques années construit un tableau des effectifs et des emplois par unités, avec affectation des réelles quotités de travail.

## **Etape 2 : orienter le système d'information vers le pilotage**

A partir du diagnostic sur la qualité des systèmes d'information déjà en place, il est envisageable de passer à une informatique décisionnelle présentée ci-avant. Pour cela, le GMSIH préconise de tout d'abord procéder à moyen/long terme à une « urbanisation » du système d'information. Cela revient à le « désimbriquer » selon des

---

<sup>46</sup> Comme en témoigne Y. Perrard, directeur du centre hospitalier de Saint-Nazaire, lors d'une intervention à l'ENSP sur la mise en œuvre de la comptabilité analytique, mars 2005.

principes préalablement définis<sup>47</sup> pour aboutir à une architecture plus modulaire, ce qui permet de répondre plus facilement aux demandes de plus en plus complexes.

L'interopérabilité entre les divers systèmes informatiques aura également à terme un impact sur les systèmes d'information hospitalier, notamment par la construction d'un nouveau rapport à l'utilisateur, désormais au centre avec la constitution du dossier médical personnel.

## **3.2 Les tableaux de bord et leur contenu**

### **3.2.1 Choix des indicateurs**

Les indicateurs retenus s'inscrivent dans une logique de tableau de bord équilibré. A côté des indicateurs financiers, il est donc nécessaire de retrouver des informations sur les processus et l'organisation, les ressources utilisées, ainsi que la satisfaction et la qualité.

De façon pragmatique, il est important de commencer à travailler avec des indicateurs simples et facilement disponibles<sup>48</sup> :

- l'objectif est « d'apprendre en marchant ». L'appropriation des tableaux de bord sera d'autant facilitée que les indicateurs sont immédiatement compréhensibles et significatifs ;
- Les indicateurs seront de toute façon contestés à un moment ou à un autre. Des indicateurs simples et robustes présentent moins de risque de donner des estimations fausses, qui pourraient jeter le doute sur le système d'information<sup>49</sup> ;
- L'objectif final est d'initier la discussion entre les différents acteurs médicaux, soignants et administratifs en utilisant le même langage, basé sur un constat partagé.

---

<sup>47</sup> De la même façon que les règles d'urbanisme assurent la cohérence des villes.

<sup>48</sup> Pour rappel, les qualités d'un indicateur sont définies en partie 1.1.3 et renvoient aux caractéristiques suivantes : la pertinence, l'appropriation, la fidélité, l'économie, la fiabilité, la ponctualité, la lisibilité, la finalisation, la comparabilité et la pérennité, la contrôlabilité, le caractère anticipateur.

<sup>49</sup> Cela renvoie à la notion statistique d'erreur quadratique moyenne, où l'on essaie d'avoir des estimateurs sans biais, quitte à augmenter l'intervalle de confiance, c'est-à-dire à perdre en précision.

Ces indicateurs ne doivent pas constituer une litanie ou un catalogue. Ils doivent être organisés et traduire les finalités stratégiques poursuivies par les responsables. A ce titre, ils doivent être représentatifs des liens de cause à effet et indiquent les leviers qui permettent de remplir les objectifs. En indiquant les cibles à atteindre, ils constituent autant de facteurs clés de succès.

La grande difficulté consiste justement à se construire cette vision stratégique. Au travers de son expérience à Blois et de celle de consultant dans divers hôpitaux, P. Expert souligne que le point fondamental réside dans la capacité d'un groupe, par exemple à l'échelle du pôle ou du conseil exécutif, à définir ce qu'elle entend derrière le concept «d'efficacité ». Les réponses sont sensiblement les mêmes d'un hôpital à l'autre, cela quel que soit les niveaux hiérarchiques, ce qui est plutôt rassurant.

Ce constat implique que la première étape de sélection des indicateurs consiste à faire s'exprimer les acteurs sur ce qui fonde la performance hospitalière, puis à sélectionner les indicateurs qui décrivent cette dernière. Très concrètement, les membres constatent par exemple que la qualité du service rendu repose sur la satisfaction des personnels. Celle-ci peut se mesurer de différentes manières : une possibilité consiste à utiliser le pourcentage d'absences de courte durée. Améliorer la satisfaction des personnels nécessite des plans d'actions différents suivant les endroits (recrutements, réorganisation des processus, implication de l'encadrement...) mais dans tous les cas, le succès de ces initiatives se mesurera par la baisse du taux d'absence de courte durée. Il est également fortement recommandé de se fixer des objectifs clairs et circonscrits dans le temps, par exemple ramener dans les deux ans le taux d'absentéisme à la moyenne régionale.

Le GMSIH propose dans son *Kit de base des tableaux de bord* toute une sélection d'indicateurs facilement mobilisables, car disponibles de façon courante dans les établissements de santé.

Le Projet COMPAQH (COordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière) permet également de donner des pistes pour construire des indicateurs, avec en arrière plan la possibilité de se comparer à d'autres établissements. Il en est de même en matière financière avec la base de données de la Fédération hospitalière de France.

En établissant des référentiels nationaux en matière de bonnes pratiques, par exemple en matière de gestion des lits, la mission nationale d'expertise et d'audits hospitaliers permet de construire des indicateurs adaptés, tout en indiquant les niveaux à atteindre.

Enfin, en fonction de problématique particulière, il est tout à fait possible d'innover. Le centre hospitalier de Blois pratique ainsi des sondages ponctuels sur 100 dossiers d'agents, pour évaluer la motivation. Le CHU de Strasbourg pallie aux faiblesses des questionnaires de sortie, notamment leurs faibles taux de réponse et leur propension à ne retracer que des avis extrêmes, en menant une enquête de satisfaction sur un échantillon représentatif<sup>50</sup>...

### **3.2.2 Les tableaux de bord**

Les tableaux de bord rassemblent les éléments nécessaires à l'action, cela dans un document synthétique.

Comme pour les indicateurs, ils doivent être simples et faciles d'utilisation. Cela implique que les informations soient peu nombreuses et immédiatement compréhensibles par chacun.

En renvoyant aux tableaux de bord équilibré, la présentation la plus courante consiste à découper l'espace en quatre quadrants, chacun renvoyant à l'un des axes (financiers, ressources, processus/organisation ou qualité).

Les codes visuels (vert, orange, rouge) doivent permettre d'orienter l'analyse rapidement.

Ensuite le déroulement doit permettre de faire apparaître les liens de cause à effet facilement, le positionnement des indicateurs dans la maquette du tableau respectant cette logique de présentation (cf. encadré ci après sur le déroulement d'une séance d'analyse au CH de Blois).

Une fois ces grands principes posés, les tableaux de bord se construisent petit à petit :

- Suite au travail de réflexion mené avec le groupe, une première maquette est proposée. Il vaut mieux se « lancer » et proposer un tableau de bord incomplet, au sens où tous les indicateurs idéals ne sont pas présents, mais dont la qualité a tout de même été vérifiée ;
- Des investigations complémentaires sont menées, qui permettent de mieux connaître les processus à l'œuvre à l'hôpital. Cela a été le cas à Blois. Ces travaux alimentent en retour les tableaux de bord et aident à une meilleure compréhension ;
- Les tableaux de bord se stabilisent et leur pertinence est renforcée.

---

<sup>50</sup> Le Monde. *Mieux écouter les patients... grâce au marketing*. 10 janvier 2006.

## **L'utilisation des tableaux de bord à Blois :**

### **Déroulement d'une séance d'analyse**

A l'échelon du pôle<sup>51</sup>, les deux réunions mensuelles d'analyse des tableaux de bord en présence du directeur d'établissement sont entourées d'une certaine solennité.

L'ensemble des médecins sont là, ainsi que les cadres soignants.

Le tableau de bord n'est pas envoyé à l'avance mais est diffusé en direct par projection, en général dans la salle de réunion du pôle.

La réunion commence par un rappel à destination des nouveaux venus sur les principes ayant présidé à la construction des tableaux de bord, notamment le fait qu'ils découlent de la définition de l'efficacité que les acteurs se sont donnés. Les relations de cause à effet sont évoquées.

L'analyse du tableau de bord débute ensuite. Elle commence invariablement par les résultats financiers. Mais très rapidement l'assemblée se pose la question de savoir comment le pôle en est arrivé à cette situation. Sont alors projetés les autres quadrants. Pour chacun et lorsque cela s'avère constructif, il est également possible de voir les contributions des services, voire des unités fonctionnelles.

De façon visuelle, l'analyse d'un quadrant démarre par les indicateurs qui sont au rouge. Les informations sont présentées de telle manière que celles qui sont en corrélation avec cette dernière se trouvent à proximité sur l'écran.

La réunion se continue par une discussion associant l'ensemble des acteurs, sans que la parole ne soit mobilisée par une seule personne, de façon à ce que le constat soit partagé. Les dysfonctionnements sont analysés et les plans d'action esquissés. La réunion se termine par un relevé de conclusions. De façon idéale il ne doit pas comporter plus de trois points, dont le suivi et les effets seront examinés lors de la réunion suivante.

Suite à la réunion, des responsables sont désignés pour mener à bien des projets ciblés.

Au final, la séance d'analyse fonctionne comme une maïeutique, qui permet à l'ensemble des acteurs de partager un même constat et à partir de cette base de proposer des solutions personnalisées.

---

<sup>51</sup> Ou regroupement de services avant l'agrégation en pôles imposée par la nouvelle gouvernance.

### 3.2.3 Comptabilité analytique

Dans le contexte de la tarification à l'activité, la comptabilité analytique s'avère indispensable car elle permet d'estimer la contribution de chacun des pôles, tout d'abord à son propre équilibre financier et ensuite à celui de l'hôpital. La connaissance des coûts et des recettes est nécessaire dans un organisme aussi complexe que l'hôpital.

L'hôpital de Gonesse dispose d'un système d'information performant qui lui permet de participer à la fois à l'étude nationale des coûts (ENC) et à la Base d'Angers. L'établissement diffuse donc en direction des futurs pôles des « coûts complets » : aux coûts directs des prestations de soins s'ajoutent les coûts indirects des prestations de support. Ces derniers sont répartis selon des clés de répartition, qui permettent de les affecter selon des conventions comptables. Par exemple, les charges de blanchisserie sont affectées selon les nombres de journées d'hospitalisation<sup>52</sup>.

Au final, le centre hospitalier de Gonesse est capable de relier diverses prestations au séjour d'un malade. La complexité des calculs de coût par GHM font que certaines préconisations, notamment du tome 3 du guide de comptabilité analytique<sup>53</sup>, ne sont pas appliquées. C'est par exemple le cas des consultations internes assurées par des médecins au bénéfice d'autres services que leur unité d'appartenance.

Les développements de la comptabilité analytique font appel au principe de réalité : ils sont envisagés en fonction des moyens qui pourront leur être affectés et des résultats que l'établissement peut en retirer. A ce titre, la Mission nationale d'expertise et d'audits hospitaliers (MEAH) a commandité une étude sur la comptabilité analytique par pôles à l'heure de la gouvernance<sup>54</sup> Elle préconise le développement de deux types de tableaux de bord financiers, d'une part le tableau des coûts Case Mix (TCCM) et d'autre part les comptes de résultat analytiques par pôles.

#### A) Exemple d'une synthèse des comptes de résultat et du TCCM

Volontairement anonymisé, l'exemple du CH « D » présente une synthèse du Tableau Coût Case-mix (TCCM) et du compte de résultat, que le CH de Gonesse peut mettre en oeuvre à faible coût de développement (cf. tableau ci-après).

L'intérêt du TCCM est d'être un « outil de comparaison analytique », qui permet de comparer les charges d'exploitation de Gonesse avec un établissement fictif ayant la même activité en GHM, c'est-à-dire un établissement traitant les mêmes types de

---

<sup>52</sup> avec des aménagements pour les hôpitaux de jour

<sup>53</sup> Bulletin officiel du ministère du travail et des affaires sociales. *Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière*. Tome 3, 1996.

<sup>54</sup> MEAH. *Nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôles*.

patients. Ainsi, dans le tableau présenté ci-après, le pôle emploie un peu plus de personnel soignant et un peu plus de personnel médical qu'un pôle virtuel ayant la même combinaison de GHM.

Le compte de résultat est lui aussi un outil de comparaison : initialement les prix des GHS étaient fixés en fonction des dépenses constatées par séjour à partir de l'étude nationale des coûts. Si le prix du GHS couvre les dépenses afférentes à un séjour, c'est que le service se révèle moins coûteux que d'autres au niveau national.

**Tableau** : synthèse du compte de résultat analytique et du tableau Coût Case mix d'un pôle du CH « D »

DEPENSES			RECETTES			
	Réelles	Théoriques	Prévues	Réelles	T2A 100%	
<b>Hospitalisation</b>						
Personnel médical	103 853	231 838				
Personnel soignant	1 055 237	996 036				
Autres	195 406	246 251				
Consommables médicaux	221 631	296 278		496 207	4 888 234	
Amortissements	17 714	21 208		4 307 829		
<b>Total Recettes d'activité</b>				<b>4 804 036</b>	<b>4 888 234</b>	
<b>Sous total charges directes</b>	<b>1 593 841</b>	<b>1 791 611</b>				
Laboratoire	87 912	211 920				
Radiologie	32 349	82 701		286	306	
Autres	1 430 029	1 362 530				
<b>Sous-total médico-technique</b>	<b>1 550 290</b>	<b>1 657 151</b>		<b>286</b>	<b>306</b>	
Logistique médicale	84 023	83 290				
Restauration	96 597	110 382				
Blanchisserie	47 545	39 455				
Autre logistique	799 526	695 545				
Structure	137 370	154 868				
<b>Dépenses hospitalisation</b>	<b>4 309 192</b>	<b>4 532 302</b>				
<b>Consultations/explorations</b>						
Personnel médical	84 754					
Personnel soignant	33 726					
Autres	21 032					
Consommables médicaux						
Amortissements						
Logistique médicale						
Autres dépenses	73 621					
<b>Consultations</b>	<b>213 133</b>					
Autres						
<b>Total</b>	<b>4 522 325</b>					
<b>Hospitalisation</b>						
Recettes d'activité						
GHS						
DAC						
Suppléments						
<b>Total Recettes d'activité</b>				<b>4 804 036</b>	<b>4 888 234</b>	
Autres recettes						
Forfaits				286	306	
DMI, molécules onéreuses						
MIG						
<b>Total autres recettes</b>				<b>286</b>	<b>306</b>	
<b>Total Groupe 1</b>				<b>4 804 322</b>	<b>4 888 540</b>	
Produits hospitaliers (groupe 2)				341 609		
<b>Recettes d'hospitalisation</b>				<b>5 145 931</b>	<b>4 888 540</b>	
Consultations						
Recettes T2A					87 709	
Groupe 2				24 740		
<b>Total consultations</b>				<b>24 740</b>	<b>87 709</b>	
Urgences						
ATU						
FAU						
<b>Total Urgences</b>						
Aide contractualisation						
<b>Total</b>				<b>5 170 671</b>	<b>4 976 249</b>	

**RESULTAT= 648 346**

Source : MEAH, *Nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôles*

La situation pour ce pôle peut alors être décrite de la manière suivante :

- Le pôle est globalement bénéficiaire de 650 K€, que ce soit en réel ou en T2A à 100%. Les dépenses sont inférieures aux recettes, soit que les charges aient été maintenues ou minorées, soit que les recettes aient été optimisées ;
- Par rapport à un pôle qui aurait le même case-mix, c'est-à-dire le même panier de GHS, le pôle a des dépenses globalement inférieures de 220 K€. Ces dépenses moindres sont dues à des frais de personnel inférieurs (-200 K€, en raison d'un moindre recours à l'intérim que la moyenne), des frais médico-

techniques inférieurs (-110 K€, essentiellement sur le laboratoire et la radiologie), contrebalancées par des dépenses importantes de logistique non médicale. Il faut cependant garder à l'esprit que les données de l'ENC sont produites avec un certain décalage (de deux ans environ) ;

- Par rapport à un pôle fictif ayant produit les mêmes actes, il y a un effet positif des tarifs officiels des GHS, qui permet pour les seules activités d'hospitalisation de dégager un résultat positif de 360 K€<sup>55</sup> (T2A 100%).

## B) Quelle utilisation de la comptabilité analytique ?

### a) *Une utilisation à ne pas surestimer*

En préambule, il faut rappeler que les comptes de résultat par pôles ne sont pas des états prévisionnels de recettes et de dépenses (EPRD). Ce sont des outils de contrôle de gestion »<sup>56</sup>.

Ses limites proviennent du fait que les comptes de résultat s'appuient sur un grand nombre de conventions de fabrication, par exemple pour le déversement des charges, avec un fort poids des charges indirectes. Le compte de résultat analytique doit être considéré comme un instrument au service d'une meilleure connaissance, et non comme le support d'une vérité scientifique.

Cela est d'autant plus vrai que la brève analyse de la partie précédente met en exergue le fait qu'il est difficile d'expliquer un résultat à partir des seules données financières. La comptabilité analytique doit être enrichie de données explicatives, qui renvoient aux processus de prise en charge, à leur qualité, à la motivation des personnels..., c'est-à-dire les autres axes du tableau de bord prospectif.

### b) *Un affichage sur la performance des pôles à relativiser*

L'expérience de Blois montre qu'une grande attention est donnée aux résultats positifs ou négatifs du pôle, chaque séance d'analyse commençant par ces indicateurs. Cette attention portée à la marge dégagée est certes importante dans un contexte budgétaire tendu, mais elle doit être mise en regard des leviers d'action qui peuvent être dégagés et qui apparaissent lorsque l'on cherche à expliquer ce résultat.

Il faut en effet garder à l'esprit que ces résultats sont fragiles :

---

<sup>55</sup> Soit les 4,888 millions d'euros de recettes T2A 100 % moins les dépenses d'un pôle fictif ayant les même GHM, soit 4,532 millions.

<sup>56</sup> MEAH. *Nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôles*.

- Il existe un effet d'aubaine lié aux tarifs eux-même, qui peuvent avantager ou non un pôle qui serait positionné sur ces GHS. Ces gains peuvent de plus être de court terme et ne sont pas garantis, au gré des réformes tarifaires. Les pôles ne sont donc pas égaux face aux tarifs ;
- Les marges peuvent provenir de la bonne gestion des pôles servant de support (médico-techniques, logistique) ;
- Il existe une marge d'erreur liée aux conventions de calcul.

Les pôles agissent dans le respect du projet d'établissement et du Schéma régional d'organisation sanitaire (Sros), et non pas selon les principes d'une activité privée. Le contrat de pôle engage sur la réalisation d'objectifs basés sur les besoins en santé du territoire et contient des objectifs de qualité, de prise en charge, d'activité...

### **3.2.4 La nécessaire évaluation**

Comme dans toute méthode de mise en place de projet, comme par exemple celle de la « roue de Déming », il est nécessaire de prévoir un temps d'évaluation. La méthode de construction des tableaux de bord et leur utilisation au moins deux fois par an en séance plénière, font qu'il existe un questionnement permanent sur les tableaux de bord et les indicateurs. Les processus de fabrication et les sources de données sont donc expertisés en continu.

Cependant, il faut veiller à ne pas introduire de ruptures trop brutales. L'intérêt des tableaux de bord est de pouvoir permettre les comparaisons dans le temps. D'autre part, les indicateurs doivent tous être au même niveau de qualité, le défaut de fiabilité d'un indicateur jetant le doute sur l'ensemble du tableau de bord.

Toute baisse ou hausse trop brutale doit être expliquée<sup>57</sup> : une nouvelle méthode de comptabilisation peut justifier une demande de moyens supplémentaires. Il en est ainsi des passages aux urgences, où les patients qui reviennent dans les 48 heures pour un soin peuvent être comptabilisés deux fois, alors qu'ils n'étaient comptés auparavant que pour une personne.

A intervalle régulier, il faut vérifier la correspondance entre les tableaux de bord et la réalité qu'ils décrivent. L'absence de certains indicateurs peut entraîner une méconnaissance de certains dysfonctionnements, ces derniers n'étant pas mesurés. Certains indicateurs peuvent également favoriser des comportements non désirés. Ainsi, si dans les tableaux de bord sont utilisés comme indicateur les patients vus en consultation, et non pas ceux ayant effectivement été facturé, le risque est grand de ne

---

<sup>57</sup> Ministère des Affaires étrangères. *Mieux piloter l'hôpital : les tableaux de bord.*

pas voir qu'un nombre conséquent de patients vont en consultation mais ne passent pas en caisse (cela pour des raisons diverses, tels que l'éclatement des sites, la prise en charge à 100% en ALD qui laisse penser à certains soignants qu'il n'est pas nécessaire de repasser en caisse...).

Les modes de construction de certains indicateurs peuvent aussi favoriser les comportements « opportunistes »<sup>58</sup>. Ainsi, on peut imaginer que dans le cadre des contrats de pôle le bloc opératoire dispose d'un intéressement lié aux temps de passage des patients. Si ces durées sont mesurées soit à partir de l'arrivée au bloc, soit en salle d'opération directement sur la table, les temps d'attente pour les patients ne seront vraisemblablement pas les mêmes. Dans le premier cas, il risque d'y avoir à terme un délai assez long avant d'entrer en salle d'opération.

### **3.2.5 Les investigations complémentaires**

La mise en place des tableaux de bord peut être le prélude d'investigations supplémentaires :

- Lors de sa mise en place, les indicateurs suscitent des questions auxquelles les réponses apportées ne peuvent être données que par des recherches complémentaires. Ces dernières peuvent porter sur la mise à plat des processus, l'analyse fouillée des dysfonctionnements. Elles améliorent en retour les tableaux de bord ;
- En routine, les tableaux de bord servent d'impulsion à la conduite du changement. En pointant les problèmes, ils sont prétexte à monter des groupes d'amélioration, avec un mandat clair et limité dans le temps<sup>59</sup>. Ceux-ci se basent un état des lieux pour proposer des solutions.

Ces investigations peuvent utiliser les méthodes classiques issues des politiques d'amélioration de la qualité (Déming, Ishikawa...).

Elles peuvent également mobiliser des méthodes de contrôle de gestion centrées sur les processus, telles les méthodes ABC ou ABM.

---

<sup>58</sup> Au sens de la théorie économique.

<sup>59</sup> Cf. l'expérience du CH de Blois

### 3.3 Menaces et perspectives

#### 3.3.1 La question de l'intéressement

Les tableaux de bord diffusent et objectivent une information quant à l'équilibre des pôles, bénéficiaire ou déficitaire. Que ce soit à Blois ou à Gonesse, une grande attention est portée par les acteurs à ces indicateurs.

Plusieurs questions se posent en matière d'intéressement lié à la contractualisation, qui si elles ne sont pas tranchées d'ici la mise en place des pôles se poseront à un moment ou à un autre. Ainsi, le Centre hospitalier de Gonesse voit s'annoncer un déficit pour l'année 2006, dû aux moindres recettes d'activité. Dans ces conditions, un pôle excédentaire peut-il bénéficier d'un intéressement, alors que ces recettes en moins accroîtront le déficit de l'hôpital ?

En publiant les comptes de résultat analytique par pôles, le risque est aussi de favoriser la balkanisation ou la constitution de PME, qui se sentent propriétaires de leurs bénéfices. Or, il faut rappeler qu'il existe un effet lié au mode de fixation des tarifs, dont les pôles ne sont pas maîtres. Un compte de résultat peut facilement se retrouver déficitaire l'année suivante, simplement parce que les tarifs ont été modifiés à la baisse. Cette dernière peut être politique, mais pas toujours. Certaines innovations incluses dans un GHS et qui en grevaient le coût peuvent être reconnues par les pouvoirs publics et constituer un nouveau tarif ; le tarif de l'ancien GHS est donc revu en diminution.

Les règles de conduite concernant l'intéressement doivent être décrites précisément dans les contrats intérieurs de pôle. Selon P. Expert et son expérience au CH de Blois, l'intéressement n'est possible que si l'on connaît suffisamment le pôle dans son organisation et son fonctionnement, ce à quoi les tableaux de bord aident. Le pôle doit être positionné sur des GHS porteurs, que ce soit en volume ou en prix. Les relations avec les services médico-techniques doivent être analysées : un pôle peut se retrouver bénéficiaire en raison du faible coût des activités de support. De même, la question de l'intéressement se pose pour les services médico-techniques, au travers de la constitution de facturation interne<sup>60</sup>. Enfin, il est judicieux de faire en sorte que l'intéressement perdure, c'est-à-dire que celui-ci favorise un équilibre financier pérenne. Une solution pourrait être d'intéresser les pôles par la mise en œuvre de projets permettant la correction de dysfonctionnements.

---

<sup>60</sup> Certains hôpitaux utilisent la nomenclature CCAM, mais l'insatisfaction est grande en raison de leur faible corrélation avec les coûts réels.

Inversement, lors de la diffusion des tableaux de bord, la question se posera aussi pour les pôles déficitaires. Les tableaux de bord doivent être faits de telle manière qu'ils permettent d'identifier les leviers d'action : optimiser la facturation ; affiner le positionnement stratégique pour occuper des segments de marché plus rémunérateurs ; réduire les coûts de production et enfin réduire la durée moyenne de séjour des patients.

### **3.3.2 Pénétrer l'intimité du pôle**

Dans ce contexte, les tableaux de bord peuvent apparaître comme une « violation de domicile » par la connaissance intime qu'ils apportent du fonctionnement du pôle. Au centre hospitalier de Blois, certains pôles avaient lancé une pétition pour que les rencontres d'analyse n'aient plus lieu.

La condition première d'une implantation réussie passe par le soutien de la direction. Il faut parfois que le directeur impose les tableaux de bord. Il arrive aussi que des informations ne remontent pas.

Enfin, l'appui de la direction est aussi requis pour interdire toute utilisation d'informations parallèles. Certains pôles tendent à créer de nouveaux systèmes d'information, qui peuvent nuire à celui des tableaux de bord en introduisant du « bruit » : les indicateurs ne sont pas expertisés et leur qualité peut être mise en doute, en raison de chaîne de fabrication non fiabilisée ou de périmètres d'agrégation inconnus. L'objectif est plutôt de proposer une intégration progressive d'informations jugées pertinentes.

Il faut ensuite laisser du temps. L'appropriation n'est tout d'abord pas immédiate. Le rejet peut même être positif, tant que selon P. Expert il amène de la « réactivité ». Ainsi, une attitude de rejet immédiate peut à terme amener à corriger certains dysfonctionnements mis en avant par les tableaux de bord.

### **3.3.3 Un hôpital « équilibré » ?**

En raison des nombreuses réformes et des changements, les acteurs hospitaliers doivent rechercher des manières innovantes de conduire la stratégie et d'assurer sa mise en œuvre. C'est une action incrémentale et itérative, qui nécessite un pilotage pragmatique, bien incarné dans la logique de construction des tableaux de bord équilibrés.

Cependant, ce qui compte, c'est moins l'introduction de ces tableaux de bord que le travail en groupe de cette implantation. Ainsi, l'organisation devient apprenante et se donne les moyens de se développer. Il ne suffit toutefois pas de suivre la recette du tableau de bord équilibré pour arriver au succès.

Les modèles de management des hôpitaux qui avaient pu fonctionner dans le passé doivent évoluer, car les problèmes actuels nécessitent de nouvelles solutions. Les hôpitaux ne pourront continuer à exister que s'ils n'essaient pas de cacher les symptômes de la crise derrière des solutions mineures, par exemple en se bornant à réduire les dépenses. Le temps pris en commun lors de l'élaboration et l'analyse des tableaux de bord sert aussi à penser le changement et à construire une vision collective.

\* \*

\*

## CONCLUSION

Tel qu'il est envisagé de le mettre en place à Gonesse, le tableau de bord est un instrument qui permet d'instaurer une dynamique permanente d'évaluation et d'amélioration, en analysant les écarts entre les objectifs fixés et la réalité.

La philosophie de ce tableau de bord «équilibré » repose sur le principe que la trop grande attention accordée aux résultats financiers risque de mener dans l'impasse. Il importe de contrebalancer ces indicateurs par la prise en compte des facteurs de succès que sont la qualité de la prise en charge, la maîtrise des processus et l'utilisation efficiente des ressources humaines et matérielles.

Les réformes en cours de la nouvelle gouvernance et de la tarification à l'activité offre une nouvelle actualité aux outils de pilotage tels que les tableaux de bord. Alors que les hôpitaux sont soumis à de fortes pressions sur leurs coûts de fonctionnement, il leur manque un positionnement stratégique et des modèles d'implantation et de déclinaison concrète de cette stratégie.

Les tableaux de bord servent justement à instaurer le dialogue entre le monde soignant et administratif, selon un langage unique. Sa valeur ajoutée réside certes dans la centralisation d'informations pertinentes pour prendre des décisions, mais surtout dans les discussions que les tableaux permettent de nouer. Son exploitation doit permettre de soulever les problèmes, de pointer les dysfonctionnements et de proposer des solutions, dont les effets seront mesurés dans les tableaux de bord suivants.

La mise en œuvre de ces tableaux de bord doit respecter certaines consignes. La première et la plus fondamentale : l'usage des tableaux de bord doit être soutenu par la direction. Car les tableaux de bord questionnent les anciennes organisations et l'information est vue comme un enjeu de pouvoir. Ensuite les tableaux de bord doivent être adaptés selon une méthode qui à partir d'un consensus sur ce qui forme la performance de l'hôpital, décline cette dernière en indicateurs et cibles à atteindre. Enfin, le système d'information est structurant et favorise cette démarche.

Dans cette lignée, les tableaux de bord ouvrent le chemin à une gestion de la performance à l'hôpital qui multiplie les focales, en associant court et long terme, réduction des coûts et qualité, patients et processus de prise en charge, culture médicale et gestionnaire.

\* \*  
\*

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

### Articles :

ARTIBA et alii. *Le déploiement de la stratégie dans les établissements de santé*. Gestions hospitalières, mai 2005.

BAUBEAU D. PEREIRA C. *Mesure de la performance dans le domaine de la santé*. Drees, Solidarité et santé n°3, 2004, pp. 47-57.

CLAREVANNE J.-P. PASCAL C. *T2A et gestion hospitalière, la physiologie du changement*. Gestions hospitalières, octobre 2005.

DOMIN J.-P. *La nouvelle gouvernance ou le retour en force de l'hôpital-entreprise*. Gestions hospitalières, janvier 2006.

EXPERT P. *Le tableau de bord idéal, Arlésienne et phénix*. Gestions hospitalières, mai-juin 2005.

GUIDT M., RAVELO DE TOVAR A. *Le pilotage des missions des établissements publics de santé, un nouveau paradigme*. Gestions hospitalières, Janvier 2006, pp. 18-23.

FAUJOUR V. HEUCLIN C. *Résultats de gestion, quelle stratégie pour une croissance et un développement face à la rigidité des charges hospitalières ?* Gestions hospitalières, octobre 2005.

FAUJOUR V., MARIAN L. *Utilisation des outils de pilotage : le balanced scorecard. Les démarches des CHU de Lyon et Lille*. Journal d'économie médicale, 2003, vol. 21, n°1-2, 53-71.

FAURE A. *Nouvelle gouvernance, Inquiétude et espoirs des futurs acteurs*. Gestions hospitalières, janvier 2006.

HOLCMAN R. *L'avènement de la gestion par pôle, dernier avatar de la lutte de pouvoir à l'hôpital*. Gestions hospitalières, mai 2006.

INAMDAR N. KAPLAN R. et alii. *Applying the balanced scorecard in healthcare provider organizations*. Journal of healthcare management, mai-juin 2002.

KAPLAN R. NORTON D *Using the balanced scorecard as a strategic management system*. Harvard Business Review, janvier-février 1996.

Le Monde. *Mieux écouter les patients... grâce au marketing*. Autre article : *L'hôpital veut faire de ses médecins des managers*. 10 janvier 2006.

NOBRE T. *Le tableau de bord prospectif, un outil de gestion pour l'hôpital*. Gestions hospitalières, mai 2002.

SEGADE J.-P. *Qui décide à l'hôpital ?* Gestions hospitalières, avril 2006

## Ouvrages

ANAES. *Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé, principes généraux*. Mai 2002.

DEMEESTERE R. *Le contrôle de gestion dans le secteur public*. LGDJ, 2<sup>ème</sup> édition, 2005.

EXPERT P. *La tarification à l'activité. Médecine et gestion : une dynamique nouvelle*. Editions Berger-Levrault, 2004.

FERNANDEZ A. *Les nouveaux tableaux de bord*. Editions d'organisation, 3<sup>ème</sup> édition, 2005.

GMSIH, *Analyse de l'existant et des besoins des systèmes d'informations de production de soins*. 2004. [www.gmsih.fr](http://www.gmsih.fr)

GMSIH, *Kit de base des tableaux de bord pour les établissements de santé*. Avril 2006. Version 1, CD-Rom.

GMSIH. *Pilotage des établissements de santé, définition des projets pilotage*. Juin 2005. [www.gmsih.fr](http://www.gmsih.fr)

GROLIER J. PERARD Y. PEYRET P. *La comptabilité analytique hospitalière médicalisée*. Editions ENSP, 2002.

KAPLAN R. NORTON D. *Comment utiliser le tableau de bord prospectif ?* Editions d'organisation, 2001.

KAPLAN R. NORTON D. *Le tableau de bord prospectif.* Editions d'organisation, 2005.

MEAH. *Nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôles.* A paraître (2006)

Ministère des Affaires étrangères (DE ROODENBEKE E.). *Mieux piloter l'hôpital : les tableaux de bord.* La documentation française, guide en organisation hospitalière dans les pays en développement, 2001

Ministère de la fonction publique, de la réforme de l'Etat et de l'aménagement du territoire. *Le contrôle de gestion dans les administrations de l'Etat, éléments de méthodologie.* Juin 2002. Disponible sur Internet : [www.fonction-publique.gouv.fr](http://www.fonction-publique.gouv.fr)

---

## Liste des annexes

---

**Résultats analytiques, Service G de médecine du centre hospitalier de Gonesse**

**Tableau de bord trimestriel Service G de médecine du centre hospitalier de Gonesse**

## RESULTATS ANALYTIQUES Service G de médecine

COÛTS ANALYTIQUES	Hospitalisation	Explorations fonctionnelles	Consultations externes	Total activités	Rappel 2003	évolution
<b>Charges directes</b>	<b>1 662 990</b>	<b>316 496</b>	<b>286 534</b>	<b>2 266 021</b>	<b>2 419 305</b>	<b>-6,3%</b>
personnel non médical	1 141 759	161 057	136 607	1 439 423	1 548 851	-7,1%
personnel médical	320 869	117 868	142 853	581 589	618 204	-5,9%
dépenses médicales	154 368	36 497	6 261	197 126	206 921	-4,7%
autres dépenses	45 994	1 074	814	47 882	45 329	5,6%
<b>Produits déductibles</b>	<b>5 704</b>	<b>3 000</b>	<b>0</b>	<b>8 704</b>	<b>4 363</b>	<b>99,5%</b>
rembt frais de personnel	5 704			5 704	515	1007,4%
autres produits		3 000		3 000	3 848	-22,0%
<b>Charges induites</b>	<b>1 224 562</b>	<b>16 109</b>	<b>55 429</b>	<b>1 296 101</b>	<b>1 416 921</b>	<b>-8,5%</b>
logistique médicale	67 631	16 109	7 568	91 308	111 894	-18,4%
logistique hôtelière	184 499			184 499	217 575	-15,2%
plateau technique	972 432		47 862	1 020 294	1 087 452	-6,2%
<b>Total intermédiaire</b>	<b>2 881 849</b>	<b>329 605</b>	<b>341 964</b>	<b>3 553 418</b>	<b>3 831 862</b>	<b>-7,3%</b>
explorations gastro	132 204	-329 605	121 233	-76 168 (1)	-99 664	-23,6%
gestion générale	727 047		111 732	838 779	824 781	1,7%
structure	267 205		41 064	308 269	325 847	-5,4%
<b>Coût total</b>	<b>4 008 305</b>	<b>0</b>	<b>615 993</b>	<b>4 624 298</b>	<b>4 882 826</b>	<b>-5,3%</b>

(1) solde négatif reporté en coût induit sur les autres CR (valorisé dans les GHS de ces derniers)

total intermédiaire 2003	3 170 760	332 476	328 626	3 831 862
coût total 2003	4 313 539	0	569 287	4 882 826
<b>évolution</b>	<b>-7,1%</b>	<b>-0,9%</b>	<b>8,2%</b>	<b>-5,3%</b>

RECETTES T2A	Hospitalisation	Explorations fonctionnelles	Consultations externes	Total activités	Rappel 2003	évolution
<b>Hospitalisation</b>	<b>4 411 735</b>			<b>4 411 735</b>	<b>4 152 142</b>	<b>6,3%</b>
GHS	4 401 228	inclus		4 401 228	4 151 908	6,0%
molécules onéreuses	10 507	dans GHS		10 507	234	4395,3%
<b>Activité externe</b>			<b>171 067</b>	<b>171 067</b>	<b>163 486</b>	<b>4,6%</b>
CAE		inclus dans CAE	171 067	171 067	163 486	4,6%
<b>Recettes totales</b>	<b>4 411 735</b>		<b>171 067</b>	<b>4 582 803</b>	<b>4 315 628</b>	<b>6,2%</b>

rappel 2003	4 152 142		163 486	4 315 628
<b>évolution</b>	<b>6,3%</b>		<b>4,6%</b>	<b>6,2%</b>

<b>RESULTAT</b>	<b>Hospitalisation</b>	<b>Explorations fonctionnelles</b>	<b>Consultations externes</b>	<b>Total activités</b>	<b>Rappel 2003</b>
Total	403 431	inclus dans GHS ou CAE	-444 926	<b>-41 495</b>	-567 199
<b>en % du coût total</b>	<b>10,1%</b>		<b>-72,2%</b>	<b>-0,9%</b>	<b>-11,6%</b>

# Tableau de bord trimestriel Service G de médecine

