

Diagnostic de la fonction contrôle de gestion à l'hôpital écueils, alternatives et enjeux

3.1	Les écueils du contrôle de gestion à l'hôpital.....	103
3.1.1	<i>De nombreux rapports : écueils et problématiques autour des démarches gestionnaires à l'hôpital.....</i>	104
3.1.1.1	La question du management	104
3.1.1.2	La question des outils.....	106
3.1.1.3	La question de l'organisation	108
3.1.1.4	La question de la coopération.....	109
3.1.2	<i>Les limites des outils traditionnels de CAH.....</i>	110
3.1.2.1	Limites de l'objet : le GHM un outil insuffisant.....	111
3.1.2.2	Limites des coûts complets : le patient comme objet du calcul de coût .	112
3.1.2.3	Limites du benchmarking : une référence aux meilleures pratiques ?.....	114
3.2	Des thématiques nouvelles : de la comptabilité analytique au contrôle de gestion...	117
3.2.1	<i>La notion de performance médico-économique</i>	118
3.2.1.1	La performance se traduit-elle uniquement en termes de rentabilité ?..	119
3.2.1.2	La performance de l'établissement se traduit-elle par une plus forte attractivité ?.....	120
3.2.2	<i>La contractualisation dans les établissements de santé</i>	123
3.2.2.1	Contractualisation externe et projet d'établissement : la région comme niveau d'organisation des soins.....	123
3.2.2.2	Contractualisation interne : le pôle comme niveau de déclinaison des objectifs de l'établissement	124
3.2.2.3	Le statut du contrat et son caractère synallagmatique	125
	Conclusion du chapitre 3	128

A l'image du chapitre précédent, nous partons de la définition du métier de contrôleur de gestion. Selon la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), le contrôleur de gestion a pour mission de « concevoir et mettre en œuvre des méthodes et outils de gestion permettant de garantir l'utilisation efficiente des ressources de l'établissement et l'exercice des fonctions de pilotage et de contrôle par le management. Il a aussi pour rôle de conseiller les décideurs au regard du développement des activités ». Identifié comme métier émergent et sensible par l'Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière (ONEMFPH) en 2007, le poste de contrôleur de gestion a fait l'objet d'une fiche descriptive spécifique au répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière.

En s'appuyant sur le contenu de cette fiche, les compétences nécessaires à l'exercice de la fonction de contrôleur de gestion, devraient amener les contrôleurs de gestion à :

- Maîtriser les outils de gestion et être pertinents dans leurs modes de communication ;
- Etre force de proposition auprès des décideurs hospitaliers en matière de pilotage ;
- Se montrer innovants dans l'approche de la gestion hospitalière ;
- Animer le dialogue de gestion entre médecins, soignants et gestionnaires.

Cette fonction, présente deux particularités qui la différencient des affaires financières ; elle est récente et non imposée. Pour autant, elle a fait l'objet de nombreuses réflexions, à l'initiative d'acteurs isolés, indépendants de la tutelle, avec pour ambition le développement des outils de gestion et l'amélioration des liens avec le personnel médical et soignants. Le séminaire ENCC est à ce titre une illustration de cette montée en puissance de la réflexion gestionnaire. Il réunit chaque année un nombre croissant de participants, de quelques dizaines de gestionnaires et chercheurs en 1996, date du premier séminaire, jusqu'à plus de 600 en 2010 venant de tous les métiers de la sphère administrative à l'hôpital, qu'il s'agisse de contrôleurs de gestion, directeurs des finances, directeurs généraux, médecins DIM, ou encore de manière plus marginale d'ingénieurs en organisation. Les thématiques abordées attestent d'une prise de conscience nécessaire d'asseoir cette fonction sur des outils représentatifs de l'activité hospitalière et partagés autour d'une réflexion qui s'élargit de la comptabilité analytique hospitalière vers la performance, la contractualisation interne, le pilotage⁸.

⁸ A titre illustratif les thématiques des séminaires ENCC ont été les suivantes depuis 2005 : « Vers une nouvelle ENCC » (2005), « Régulation sanitaire et stratégie d'établissement » (2006), « ENC et pilotage médico-économique » (2007), « De la juste rémunération des prestations hospitalières » (2008),

Par ailleurs le positionnement hiérarchique et les fonctions assurées par les contrôleurs de gestion, en lien direct ou non avec les directions financières attestent de la multiplicité des tâches qui leur incombent et les ambitions affichées dans le fonctionnement des hôpitaux. Globalement le contrôle de gestion voit son rôle accru, sur le papier, en lien avec le pilotage de la performance et de la contractualisation interne.

Elle est donc une fonction particulièrement étudiée, mais qui paradoxalement fait l'objet de difficultés pour en définir précisément les contours. Quelles tâches confier au contrôleur de gestion ? Qui est-il, d'où vient-il ? Que fait-il ? Quel rôle joue-t-il dans la construction des outils, leur implémentation et leur utilisation ? Quel impact peut-il avoir sur les organisations hospitalières ?

L'objet de ce chapitre vise donc à préciser le rôle du contrôle de gestion. Au regard des outils existants dont nous avons expliqué la genèse dans le premier chapitre et des missions qui pourraient lui être dévolues inspirées du modèle privé et dont il convient d'analyser la légitimité de leur transposition au secteur hospitalier, il s'agit de mieux comprendre les écueils dont semble souffrir le contrôle de gestion à l'hôpital malgré les efforts déployés pour formaliser cette démarche (3.1). L'enjeu reste probablement le passage de la comptabilité analytique hospitalière sur la base d'outils sophistiqués au contrôle de gestion qui oblige à prendre en compte les logiques d'acteurs (3.2). Dit autrement, il s'agit de dépasser l'analyse passive d'outils permettant de faire émerger un certain nombre de savoirs hétérogènes et dispersés vers une démarche plus dynamique en vue d'organiser différemment l'action collective.

3.1 Les écueils du contrôle de gestion à l'hôpital

Nous l'avons dit la recherche en gestion ne saurait s'abstraire du terrain ; le champ de la santé en est d'ailleurs un exemple significatif à l'image des nombreuses collaborations entre chercheurs, professionnels du terrain et politiques.

« Pilotage et contractualisation interne » (2009), « Hôpital : Stratégie et performance » (2010), « L'hôpital performant » (2011).

De nombreux rapports initiés par des institutions illustrent ce phénomène et abordent les questions de l'organisation du système de santé, des outils de pilotage, des pratiques de management ou encore des coopérations entre acteurs. Les difficultés qui en résultent attestent simplement des limites inhérentes aux outils de comptabilité analytique hospitalière précédemment présentés.

3.1.1 De nombreux rapports : écueils et problématiques autour des démarches gestionnaires à l'hôpital

Dès 2005, au lendemain de la mise en place de la T2A, la Haute Autorité de Santé (HAS) publie un guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management des établissements de santé. Cinq ans plus tard, l'IGAS propose une analyse des « Pratiques de comptabilité analytique en établissement de santé : examen du déploiement des outils dans un panel d'établissement de santé ». Toujours en 2010, un document de travail permet de dépasser la seule question des outils de gestion et aborde « Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé ». Enfin la thématique de la coopération des professionnels de santé a fait l'objet d'une étude approfondie depuis 2003 et a abouti à la rédaction de deux guides méthodologiques, le premier consacré aux conditions de succès et retour sur les expériences de 2004 à 2007 et le second précisant les conditions d'élaboration d'un protocole de coopération.

La lecture de ces rapports, dont nous présentons les principaux enseignements de manière synthétique, donne ainsi un aperçu des problématiques de gestion nouvelles qui s'imposent aux établissements de santé et auxquelles le contrôle de gestion doit tenter de fournir des éléments de réponse.

3.1.1.1 La question du management

En 2005 et dans le cadre de la procédure de certification, la Haute Autorité en Santé (HAS) propose une méthodologie et des outils pratiques pour évaluer la qualité du management en établissement de santé. Cette étude a été motivée par la certitude que la qualité du management a un impact majeur sur le fonctionnement de l'établissement de santé et sa capacité à remplir ses missions auprès des patients, qu'il s'agisse de la vision stratégique, la clarté des décisions prises, la rapidité de réaction, la délégation, la responsabilisation, et la

capacité à faire partager un projet et à motiver leurs équipes. Cette fonction doit donc être évaluée tant au niveau de la direction qu'au niveau des responsables de secteurs ou de pôles d'activité ou de services transversaux, qu'il soient médecins, soignants, ingénieurs, pharmaciens, techniciens ou gestionnaires. Face aux difficultés à impulser la dynamique managériale, la question posée est donc de savoir si le management est le problème ou la solution.

Cet audit est réalisé à partir de l'identification des compétences que se doit de détenir tout « bon manager ». Il doit être capable de négocier, contracter en interne comme en externe, responsabiliser, motiver et partager des informations fiables. Autrement dit, les auteurs retiennent cinq axes caractérisant le management à travers les fonctions suivantes : prévoir, organiser, décider, motiver et évaluer. La qualité du management passe donc par un certain nombre de problématiques, imbriquées les unes dans les autres et qui font apparaître de nouvelles dimensions :

- Prévoir, pour manager l'incertitude, maîtriser les risques ce qui implique de mettre en œuvre une structure de veille ;
- Organiser, sur la base d'un organigramme en adéquation avec les objectifs et missions de l'établissement, quitte à définir de nouvelles fonctions impliquant d'établir des procédures et protocoles et de mettre en place les délégations de responsabilité qui s'imposent ;
- Décider, en tant qu'élément clé du management oblige à trouver le « bon niveau » de décision, tout en restant en adéquation avec les objectifs de l'établissement, et à rendre les procédures de décision lisibles pour les différents acteurs sur le terrain ;
- Motiver, et faire adhérer l'ensemble des acteurs aux objectifs de l'établissement, ce qui suggère de responsabiliser et faire participer aux décisions, reconnaître les compétences, communiquer les résultats individuels et collectifs pour pouvoir mettre en œuvre des outils de motivation
- Evaluer qu'il s'agisse de l'activité, des résultats, des moyens mis en place, des personnels, des décisions, mais aussi de la satisfaction des patients.

Ce rapport, le plus ancien des rapports cités, constitue une bonne synthèse des effets attendus du mouvement de réformes que connaissent les établissements de santé et dont le contrôle de gestion pourrait être considéré comme la cheville ouvrière. Si la décision et la motivation sont des fonctions relevant de la direction générale, il n'en demeure pas moins que le contrôle de gestion doit être vu comme un dispositif d'aide à la décision au service de la direction. Cette

étude nous amène donc à nous interroger sur la contribution du contrôle de gestion au management, en termes de prévisions, d'organisation et d'étude des procédures, et d'évaluation.

D'autres rapports complètent notre diagnostic de la fonction contrôle de gestion et abordent plus spécifiquement certains aspects de la gestion de manière générale.

3.1.1.2 La question des outils

Cette étude, initiée par le ministère de la santé, vise à établir un audit qualitatif de la mise en place de la comptabilité analytique dans une dizaine d'établissements en vue d'identifier les facteurs clés de succès mais aussi les principaux freins de son déploiement. Le contexte est celui de la Nouvelle Gouvernance des établissements de santé qui, couplée à la T2A, confère à la comptabilité analytique un rôle central dans la construction de nouvelles modalités de pilotage, de gouvernance et d'allocation des moyens.

A partir d'un questionnaire / guide d'entretien, les conclusions issues des visites dans douze établissements ont abouti à trois grandes conclusions :

i. Un processus contraint et des outils insuffisamment coordonnés

Le bouleversement tarifaire issu de la T2A a fait naître chez les producteurs de soins un besoin d'estimation de la contribution de chacune des activités médicales à l'équilibre financier global de l'établissement qui s'est traduit par des demandes de tableaux de bord et donc d'éléments de comptabilité analytique. La démarche polaire a alors renforcé le recours à la CAH pour les acteurs médecins et managers. Les méthodes de CAH sont aujourd'hui bien outillées et diversifiées. Ces outils sont aujourd'hui largement diffusés et se perfectionnent ; pour autant les modalités de construction de ces outils sans réel appui méthodologique se traduisent par des surconsommations en moyens humains et des tensions avec la communauté médicale freinent l'appropriation des données issues de cette comptabilité analytique.

ii. Un processus complexe qui se traduit par un niveau d'appropriation des outils contrastés

Plusieurs éléments peuvent justifier les écarts observés dans les pratiques de comptabilité analytique parmi lesquels la qualité du Fichier Commun de Structure qui doit faire coïncider le découpage des Unités Fonctionnelles (UF) avec l'activité réelle de l'établissement pour

permettre une répartition des charges directes et indirectes pertinente, la cohérence et l'interopérabilité des systèmes d'information des établissements, une équipe de contrôleurs de gestions stable et compétente sur le plan technique pour faciliter la communication avec les équipes terrains, l'avancée dans la démarche de contractualisation et le développement d'une politique d'intéressement en aval.

iii. Un renforcement nécessaire de la CAH

Conduite par l'ARS, une enquête permettant de dresser une cartographie régionale faisant ressortir les établissements moteurs et ceux rencontrant des difficultés doit se traduire par la constitution d'un réseau de correspondants « contrôle de gestion » et la mise en place d'une mission d'appui CAH capable de conseiller sur les étapes, les outils, les méthodes, les modes de communication interne et éventuellement les recrutements en vue de permettre un déploiement et une cohérence régionale. Parmi les axes d'amélioration à exploiter, il convient également de procéder à des choix méthodologiques et s'interroger quant à la légitimité des données issues du retraitement comptable, très mobilisatrice en ressources mais généralement peu exploitées en gestion interne ; seul exercice de comptabilité analytique obligatoire, il demeure toutefois la seule base de données exhaustive à l'échelle nationale. La base d'Angers est l'autre méthode largement répandue dans les établissements, elle appelle tout de même à l'instauration d'une procédure de contrôle afin d'en fiabiliser les données et en s'appuyant sur le Groupe pour l'Amélioration de la Comptabilité Analytique Hospitalière (GACAH) et pallier ainsi les écarts de périmètres des activités décrites, le manque de rigueur dans la saisie des données et les délais de publication jugés trop longs. Enfin, le CREA est l'outil de comptabilité analytique le plus répandu, lisible très simplement ; les établissements les plus avancés sont en mesure de produire des CREA infraannuels, avec un délai de publication bref pour permettre le dialogue avec les responsables de pôle. A cet effet, la production de ces données de comptabilité analytique doit, pour être efficace, se faire sur la base d'un rapprochement fonctionnel avec la Direction des Affaires Financières (DAF), le Département d'Information Médicale (DIM), le tout dans un contexte de médicalisation du contrôle de gestion via la constitution d'une cellule médico-économique intégrant le président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME).

Ce rapport pose donc clairement la question de l'apport de la Comptabilité Analytique Hospitalière telle qu'elle existe aujourd'hui. Si nous ne souhaitons pas contester la nécessaire fonction d'évaluation qui incombe au contrôle de gestion à travers la comptabilité analytique, cette vision nous semble pour autant restrictive. Les outils sont alors confinés à la seule

allocation des ressources dans une optique purement budgétaire sans lien avec l'organisation. Ils ne sont rien d'autres qu'un moyen de modéliser des décisions stratégiques économiquement compatibles dans le cadre de préoccupations financières liées à la T2A. Cette étude doit donc être complétée par un diagnostic organisationnel de l'hôpital dans le contexte de la T2A.

3.1.1.3 La question de l'organisation

Ce rapport aborde la question de la T2A de manière plus large et dépasse la seule question des outils de gestion et la question de la rentabilité. Il ne traite ni l'évolution quantitative de l'activité, ni l'impact sur la qualité des soins pour se consacrer aux effets qualitatifs internes de l'introduction de la T2A :

- L'évolution des organisations
- Le comportement des acteurs
- La gestion des ressources humaines

Une des difficultés provient toutefois de la possibilité d'isoler la T2A d'autres facteurs de changement concomitants notamment issus de la Nouvelle Gouvernance.

Les conclusions issues de cette expérimentation font apparaître un impact fort sur l'innovation instrumentale de gestion, que nous avons développée précédemment, mais des impacts organisationnels faibles. Ainsi, beaucoup de démarches ont été initiées par les acteurs hospitaliers à travers la conception de tableaux de bord, d'indicateurs, d'outils d'analyse, le tout dans un contexte de contractualisation et de responsabilisation. Pour autant, ces dispositifs de gestion se heurtent aux difficultés d'appropriation par les acteurs confrontés à la recherche d'objectifs incompatibles et qui oscillent entre la complexité nécessaire pour représenter la réalité et le besoin de simplicité pour être utilisable concrètement. Il en résulte que les changements organisationnels concernent essentiellement les fonctions administratives et gestionnaires mais rarement les processus d'activité médicale et soignante qui concernent, lorsqu'elles existent, des expérimentations très localisées, sont dépendantes du volontarisme d'acteurs clefs ou d'opportunités particulières telles que le déménagement de l'établissement, l'arrivée de nouvelles activités par exemple et sont confrontés à des obstacles liés à leur durée d'application très longue, la mise au point des outils, le temps nécessaire d'apprentissage et la frustration issue de la faible visibilité des résultats à court terme.

Les explications à ces limites apparaissent à trois niveaux :

- La complexité du changement organisationnel, dans un contexte d'organisation professionnelle très qualifiée et du besoin de coordination entre des intervenants aux compétences variées et intervenant sur des parcours de patients nombreux, divers et incertains ;
- La complexité et l'opacité des dispositifs de gestion, issus des mécanismes de la T2A, qui nécessitent un socle de compétences minimales pour s'approprier les outils et dont l'impact sur le résultat est difficile à mesurer ;
- L'instabilité permanente des règles, qui incite à la prudence et l'attentisme lorsqu'une stratégie d'action jugée favorable à un instant donné peut être affectée par l'évolution des règles tarifaires et ce de manière exacerbée par le passage à la V11.

Si la T2A a permis un décloisonnement entre acteurs gestionnaires et acteurs du soin, il n'en demeure pas moins que les nouveaux outils de gestion qui traduisent la T2A n'ont un impact que marginal sur les organisations. Cette conclusion, que nous avons déjà pressentie à la lecture du rapport précédent, introduit une voie nouvelle à explorer et qui fait du processus un objet du contrôle de gestion. Autrement dit c'est la question du parcours de soins qui est posée et du lien entre gestion et organisation, ici à l'échelle de l'établissement ; celle-ci a fait l'objet d'un certain nombre de travaux autour du vocable de chemin clinique mais doit aussi être abordée à l'échelle de la région et entre des professions différentes.

3.1.1.4 La question de la coopération

Dès 2003, plusieurs études ont traité la question du développement de coopérations entre professionnels de santé comme réponse adaptée à un certain nombre de défis tels que l'essor des besoins de prises en charge liées aux pathologies chroniques, l'évolution défavorable de la démographie médicale accentuée par de fortes disparités régionales, la recherche de l'efficacité dans un contexte de contraintes financières, l'accès pour tous à des soins de qualité, l'aspiration des professionnels à faire évoluer leur activité. Dans ce contexte, la loi de santé publique donne une base légale à la mise en œuvre d'expérimentations de coopération entre professionnels de santé et aux possibilités de transfert de tâches entre les professions médicales et les autres professions de santé.

L'un des enjeux majeurs de la coopération passe par l'introduction de mécanismes de coordination entre tous les intervenants dans le cadre d'une prise en charge pluri-professionnelle de façon à optimiser le parcours de soins du patient. Les modalités d'exercice partagé comme les maisons de santé pluridisciplinaires, les centres de santé, les pôles de santé, les réseaux de santé offrent de nouvelles opportunités pour réorganiser les pratiques en définissant des nouvelles règles de partage entre professionnels de santé se traduisant par l'extension des champs d'intervention des professions paramédicales. Les protocoles de coopérations concernent finalement l'ensemble des acteurs du système de santé, au premier rang desquels les professionnels de santé mais aussi les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARS), la Haute Autorité de Santé (HAS) et les patients à travers les nouvelles pratiques d'éducation thérapeutique et de télémédecine.

Cette réflexion initiée dès 2003 et formalisée par la loi HPST pose la question au niveau régional ; elle nous invite à raisonner sur une forme nouvelle de contrôle de gestion faisant le lien entre médecine de ville et hôpital et appelant à de nouvelles formes de coordination.

L'ensemble de ces rapports constitue une base de travail précieuse. Outre la robustesse de la méthodologie employée, ils fournissent un certain nombre de constats issus du terrain ; ils n'en restent toutefois pas à la seule observation, et donnent des sources d'explication et préconisent des un certain nombre de mesures. Ils constituent donc une référence pour définir de nouveaux champs jusqu'ici insuffisamment explorés. Outre ces rapports, qui sont souvent le fruit de plusieurs années d'expérimentations, d'autres matériaux peuvent être exploités pour établir notre diagnostic de la fonction contrôle de gestion telle qu'elle existe aujourd'hui à l'hôpital et définir des champs de travail.

3.1.2 Les limites des outils traditionnels de CAH

Les outils de comptabilité analytique hospitalière que nous avons présentés dans notre premier chapitre semblent donc souffrir d'un certain nombre d'écueils que nous sommes maintenant en mesure d'analyser au regard de la littérature en gestion de manière générale et les difficultés observés sur le terrain. Ils concernent essentiellement des points méthodologiques quant à l'objet sur lequel porte le contrôle de gestion, les méthodes de calcul de coûts et l'usage des benchmarcks.

3.1.2.1 Limites de l'objet : le GHM un outil insuffisant

La première limite est celle d'une mauvaise connaissance des acteurs terrains qui produisent l'activité de soins du PMSI. A la question « ce GHM relève-t-il de votre spécialité », beaucoup de médecins ne savent pas répondre, les intitulés recouvrant une grande diversité de patients. Cette méconnaissance peut aussi résulter d'une réticence face à l'incomplétude de la nomenclature des GHM, support au financement mais aussi objet de la comptabilité analytique. Pour autant, il semble difficile d'aller à l'encontre de la T2A, tout l'enjeu consiste donc à trouver des moyens de regroupement de GHM à partir de données significatives pour un médecin et suppose d'adapter le langage en s'appuyant notamment sur le médecin DIM. En recourant à des données plus médicales ou permettant d'appréhender la diversité des patients, tels que les Comorbidités Associées, le diagnostic, l'âge, il est possible de gagner en homogénéité.

Un autre défaut du PMSI résulte du processus de codage complexe en vue de l'affectation d'un séjour dans un GHM en cohérence avec la meilleure valorisation possible. Ce processus d'affectation d'un séjour dans un GHM est fonction du diagnostic, du mode d'entrée et de sortie du patient, de la réalisation de certains actes. Certains GHM se montrent ainsi peu représentatifs de l'activité réalisée au cours des séjours tels que les séjours classés dans des GHM « Autres... ». L'exemple du cancer est à ce titre intéressant. Certains GHM prennent en compte la chimiothérapie comme diagnostic principal, la tumeur est alors codée en diagnostic relié ; il s'agira donc, selon le contexte, de la tumeur primitive ou de la métastase, dans ce second cas, la localisation cancéreuse ne figure plus dans le GHM. Il en est de même des GHM de soins palliatifs utilisés indifféremment quel que soit le type de tumeur traitée. La photographie donnée par le case mix dilue quelques séjours pour un type de localisation cancéreuse précise.

On comprend d'autant plus les réticences du corps médical à une comptabilité analytique qui porte sur un objet lui-même soumis à de nombreuses critiques. Il en résulte que la simple production d'un tableau de bord de suivi de l'activité par GHM peut être contestée par le corps médical indépendamment du calcul de coûts, mettant en cause la représentativité de l'activité ainsi décrite. Si la comptabilité analytique est indispensable, le contrôle de gestion permet en outre de trouver quelques éléments de réponse aux limites ainsi formulées en recourant à des études terrains de type microcosting qui permettant d'intégrer les acteurs à la démarche

gestionnaire, s'assurant ainsi de leur adhésion au produit décrit et / ou des études organisationnelles d'analyse du parcours de soins.

3.1.2.2 Limites des coûts complets : le patient comme objet du calcul de coût

Une dépense est un constat, le coût est calculé ; de la façon dont on regroupe les charges, dépend le calcul du coût. Certains auteurs vont donc jusqu'à dire que « le coût est une opinion ». Le calcul du coût sera d'autant plus complexe que l'organisation est importante et multi-activités, ce qui est le cas des établissements hospitaliers.

Si l'on adopte un point de vue systémique, la complexité induit ainsi une difficulté à représenter de manière claire l'ensemble des activités mais aussi les interactions susceptibles de se mettre en place entre elles. L'application de la méthode des « coûts complets », se révèle donc être un exercice périlleux quant à la répartition des charges indirectes, qu'il s'agisse du choix d'une unité d'œuvre ou du périmètre des charges concernées. Or, la principale clé de répartition utilisée est bien souvent le nombre de journées réalisées ; si les activités de logistique et d'hôtellerie sont, à court-terme, relativement stables, il n'en est pas de même des activités médico-techniques et de soins qui dépendent du nombre de patients traités par jour, mais aussi de facteurs qualitatifs tels que la technologie utilisée et l'état de santé des patients. L'analyse des coûts par des ratios liés au nombre de patients (via le nombre de journées d'hospitalisation) est inhabituelle par rapport aux méthodes standards de la comptabilité analytique. Dit autrement, l'unité d'œuvre est ici le malade, c'est-à-dire le client, et non pas le produit fabriqué, ce qui suppose donc que tous les patients consommeraient de manière relativement homogène le même panier de soins, alors même que cette consommation peut varier en fonction de la productivité ou encore de l'attractivité dont bénéficie l'établissement, ce qui ne permet pas de prendre en compte les variations saisonnières et pénalise les établissements situés dans des zones faiblement demandeuses de soins. De plus, une telle répartition ne tient pas compte de l'état de santé des patients dont on peut penser que la gravité accroît la consommation de soins (Escaffre, 2008).

Une représentation fine de l'activité en vue d'atteindre un niveau seuil de pertinence du calcul des coûts peut dès lors conduire à la construction de véritables « usines à gaz » qui pourraient accentuer la contestabilité des résultats. C'est la question de l'affectation des charges

indirectes qui est posées. A titre d'exemple, citons le cas du calcul de coût par séjour selon la méthodologie de l'ENCC. Celle-ci peut être représentée de la manière suivante :

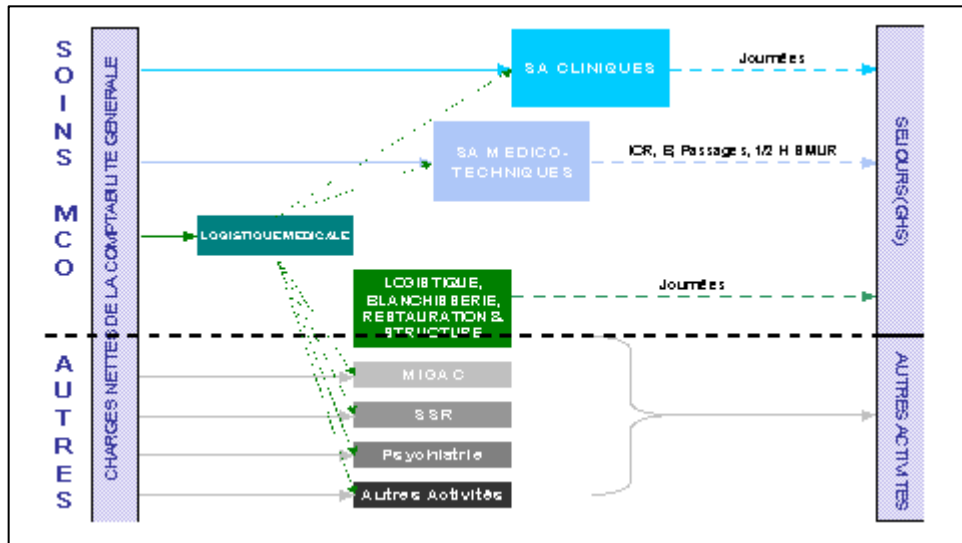


Figure 9 : Méthode de calcul du coût d'un séjour selon le modèle de l'ENCC

Rappelons que le périmètre retenu est celui du champs MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique), sont donc exclus les activités autres bénéficiant d'un autre mode de financement (MIGAC, SSR, psychiatrie...). La particularité provient d'une affectation des charges de logistique médicale aux sections d'analyse cliniques, médico-techniques et de logistique et gestion générale, ces dernières étant affectées, après déduction des charges directement imputables au séjour, au prorata d'une unité d'œuvre.

Pour autant, d'autres modèles pourraient être envisagés.

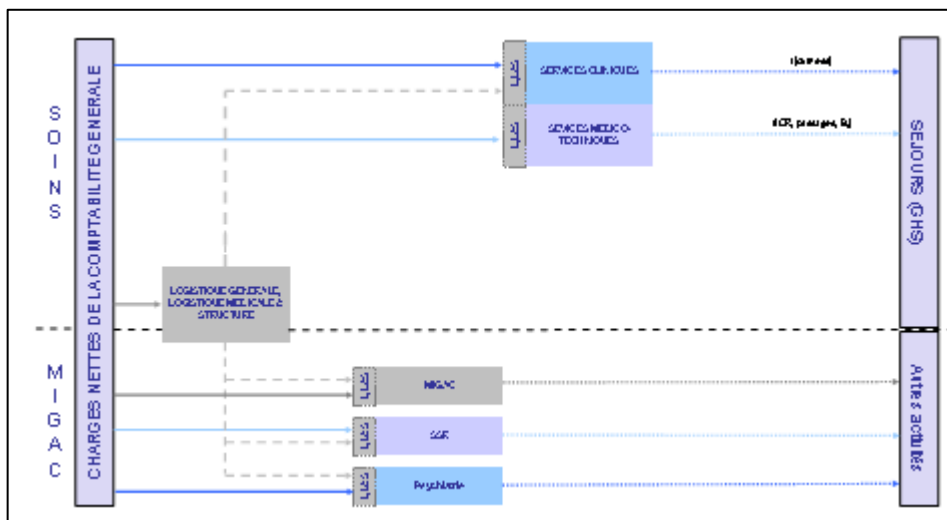


Figure 10 : Alternative au calcul du coût par séjour selon le modèle de l'ENCC

Dans cette deuxième version, les charges de logistique et gestion générale suivrait la même logique que celles de logistique médicales dans le modèle précédent et seraient affectées de manière indirecte aux sections analytiques cliniques et médico-techniques.

On comprend aisément, que le modèle en coût complet pourra se traduire par des résultats différents selon la méthode retenue. Face à cette difficulté Il en résulte que des alternatives au coût complet doivent être trouvées. Parmi celles-ci, il nous semble qu'un raisonnement en marge sur coût direct médical trouve tout son intérêt en comptabilité analytique. Il permet, en effet, de mesurer la contribution d'une activité à la couverture des frais fixes indirects, assimilés aux fonctions logistiques et donc de responsabiliser uniquement sur une activité que son responsable maîtrise. L'exemple ci-après montre, en effet, que la suppression de l'activité entrainerait certes une suppression des coûts directs cliniques et médico-techniques mais, en supposant que la structure reste inchangée, elle accroît le déficit passant de - 20 à - 30.



Figure 11 : Alternative au résultat en coût complet : la marge sur coût direct et la mesure de la contribution aux frais fixes indirects

3.1.2.3 Limites du benchmarking : une référence aux meilleures pratiques ?

Nous avons identifié plusieurs types d'outils au cours du chapitre 1. Parmi les outils rétrospectifs, nous avons identifié l'ensemble des outils permettant de se comparer à des références et détecter par ce biais d'éventuelles anomalies.

Qu'il s'agisse des coûts par activité, relevant de la base d'Angers qui s'attache à identifier le coût de production des activités de support (imagerie, laboratoire, blanchisserie, restauration, pharmacie, stérilisation...), du Tableau Coût Case-Mix qui permet une comparaison des charges d'exploitation en hospitalisation MCO de l'établissement ou du pôle à un établissement virtuel qui aurait la même activité mais dont le coût de production est calculé avec l'échelle de

référence choisie, ou encore plus finement les coûts par GHM sur la base du modèle de l'ENCC, tout l'enjeu résulte dans le comparateur choisi si l'on veut exploiter les écarts ainsi détectés.

Cette comparaison avec l'extérieur est basée sur des démarches de type benchmarking, dont le développement remonte au des années 1980 par la société Xerox pour une prise de décision concernant un investissement lourd destiné à moderniser la gestion des stocks. Il était défini comme étant « un processus continu d'évaluation de nos produits, services et méthodes par rapport à ceux des concurrents les plus sérieux ou des entreprises reconnues comme leaders⁹ ». Pratiquer le benchmarking, c'est donc aller à la recherche des meilleures méthodes utilisées dans une activité, pour comparer son entreprise à une ou plusieurs autres entreprises identifiées comme faisant référence dans un domaine spécifique, celles qui vont permettre à l'entreprise d'améliorer ses performances.

Pour autant deux remarques s'imposent dès lors que l'on souhaite transposer ce concept au cas hospitalier. La première a trait au modèle de coût de l'entreprise qui doit être approximativement transposable aux concurrents, et suppose donc que leur chaîne de valeur soit analogue. Si leurs gammes sont différentes, si leurs stratégies de diversification et d'interconnexions sont spécifiques l'étude sera beaucoup plus incertaine.

La deuxième concerne la possibilité de disposer d'une base d'informations complètes, ce qui suppose un échange de telles informations. Ardoin et Doblin (1989) expliquent ainsi qu'il est souvent possible de visiter les installations des concurrents si on leur rend la réciproque. Ou alors, l'analyse des états financiers des concurrents peut permettre d'avancer quelques hypothèses globales quant à la marge sur ventes, la marge sur coût de production par rapport aux ventes, le montant des ventes par rapport aux actifs ou encore la part des actifs par rapport aux fonds propres. Si l'on souhaite dépasser l'analyse financière, sur un plan plus méthodologique de calcul des coûts, il n'est possible d'estimer le coût d'un concurrent que dans la mesure où ces informations peuvent alimenter un bon modèle de calcul. Si l'entreprise s'est limitée à des répartitions et imputations grossières de ses propres frais, elle est mal placée pour exploiter les quelques signaux qu'elle peut réunir sur les coûts des autres.

⁹ David Keans, Xeros Corporation

Au regard de ces deux contraintes qui légitiment le *benchmarking*, il convient de remarquer que son application à l'hôpital présente à la fois un avantage et un inconvénient. D'un côté, on peut considérer que les établissements hospitaliers présentent des chaînes de valeur semblables et se situent dans un environnement moins concurrentiel malgré des positionnements sur des segments d'activité et des types de prise en charge différents choisis en fonction d'études de parts de marché qui se multiplient. A ce titre les visites entre établissements, les échanges de pratiques, de méthodes de travail sont courantes et facilitent la comparaison. De plus, les benchmarks existants présentent un caractère officiel dans la mesure où ils sont pilotés par des institutions identifiées, le CHU d'Angers pour le benchmark concernant les activités supports, l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) pour l'activité médicale dite MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique), qui définissent les critères méthodologiques pour le recueil des données et valident les résultats produits par les établissements de l'échantillon. Dès lors nous formulons une deuxième remarque, qui atteste d'un décalage entre secteur industriel et secteur hospitalier ; si la définition officielle définit le benchmarking comme une comparaison aux meilleures pratiques, son application à l'hôpital se limite à une comparaison à la moyenne des établissements constituant l'échantillon. Les institutions qui pilotent ces bases sont garantes de la fiabilité des données recueillies, mais ne garantissent pas que les organisations qui en découlent sont performantes et concernent des établissements efficaces.

Quoi qu'il en soit, de telles bases s'inscrivent dans le mouvement d'approfondissement de la connaissance du produit hospitalier et des processus. On assiste alors à un élargissement du domaine des connaissances et savoirs qui s'offrent au contrôle de gestion hospitalier.

A ce stade de notre réflexion, nous avons d'une part analysé les outils de la comptabilité analytique hospitalière et d'autre part étudié le développement de la discipline contrôle de gestion en termes académiques et son application dans les organisations au départ restreintes au secteur privé et industriel mais qui concerne de plus en plus d'autres organisations et notamment les organisations publiques. Or, la comptabilité analytique n'est qu'un outil dans la panoplie d'outils du contrôleur de gestion. A partir des limites de la comptabilité analytique hospitalière, tout l'enjeu consiste donc à étudier le passage de cette comptabilité analytique hospitalière au contrôle de gestion.

3.2 Des thématiques nouvelles : de la comptabilité analytique au contrôle de gestion

A travers notre revue de littérature sur le contrôle de gestion et le diagnostic des écueils de la comptabilité analytique hospitalière effectué, nous voyons progressivement émerger la notion d'organisation. A ce titre, le contrôle de gestion doit être différencié du contrôle budgétaire. Le contrôle de gestion s'attache en effet à identifier les désordres dans l'organisation, qu'ils aient ou non une traduction comptable. Pour autant, l'incapacité d'un opérateur à établir un budget ou à le respecter peuvent être un des indices d'un problème plus profond à résoudre. Cette fonction doit donc passer trois étapes successives :

- Le contrôle : c'est le rôle historique du contrôle de gestion, à travers la comparaison des réalisations aux prévisions, et les actions correctives que de tels écarts doivent engager ;
- Le reporting : terme anglo-saxon qui signifie faire « remonter » l'information et implique de collecter, analyser et remettre en forme l'information pour la diffuser ensuite : cette fonction trouve son intérêt renouvelé dans le cadre des coopérations mais aussi de la délégation de gestion au niveau des pôles ;
- La mise au point des procédures : sur la base d'une connaissance fine des processus, il s'agit d'identifier les dysfonctionnements, rechercher les solutions en collaboration avec les intervenants sur le terrain pour proposer de nouvelles procédures et ainsi améliorer la performance de l'organisation.

L'objet même du contrôle de gestion hospitalier doit évoluer pour ne pas rester confiner au simple contrôle au sens de vérification. Un certain nombre de questions se posent alors. Quelles missions pour le contrôleur de gestion à l'hôpital ? Quels sont les acteurs du contrôle de gestion ? Est-il réservé au seul contrôleur de gestion ou d'autres acteurs peuvent-ils y contribuer.

Ainsi, un certain nombre de thématiques semblent émerger. Nous étudions trois notions qui s'imbriquent les unes dans les autres pour donner une nouvelle dimension au contrôle de gestion, la performance comme finalité, la contractualisation comme nouveau moyen d'action et le pilotage médico-économique qui doit en résulter.

3.2.1 La notion de performance médico-économique

La notion de performance est une des thématiques récurrentes des séminaires ENC devenus ENCC. Les auteurs se sont intéressés à cette notion en lien avec le contrôle de gestion comme vecteur ou préalable au pilotage interne.

De manière générale, les auteurs en sciences de gestion s'accordent pour retenir une approche globale et pluridimensionnelle de la notion de performance ; elle vise aussi bien la qualité et la sécurité des soins, l'utilisation optimale des ressources, la productivité, la satisfaction des patient.

Ce constat s'inscrit dans un mouvement d'évolution de la notion.

Gosselin (1994) identifie ainsi quatre phases dans l'évolution de la mesure de la performance :

- Mesure de la performance financière : la performance s'apprécie sur le rapport Coûts / Bénéfices ;
- Contrôle des centres de responsabilité : l'intérêt commence à se porter sur la gestion stratégique mais toujours d'un point de vue financier ;
- Amélioration de la qualité : l'orientation vers la gestion stratégique se poursuit avec prise en compte de la clientèle et la qualité des produits et services offerts ;
- Gestion stratégique de la performance : les indicateurs sont aussi bien d'ordre financier, de qualité (accréditation...), indicateurs de satisfaction des clients, innovation.

Appliqué au cas hospitalier, l'un des enjeux majeurs est de faire passer l'hôpital d'une culture de moyens à une culture de résultats. Dans cette logique, la performance s'inscrit au cœur du nouveau cadre budgétaire. La stratégie conduit alors à sélectionner des objectifs en nombre limité, mesurés par des indicateurs. La mesure de la performance hospitalière est alors motivée par le souci de promouvoir la transparence pour l'ensemble des acteurs :

- La population sensible à la qualité et à la sécurité des soins ;
- Le gouvernement dans un souci d'amélioration des dépenses publiques ;
- Les gestionnaires en vue d'améliorer le management ;
- Les professionnels pour le souci d'amélioration des prestations de service.

Dans ce contexte, la mesure par des indicateurs doit porter sur des éléments quantitatifs mais aussi qualitatifs et se veut pluridimensionnelle. Elle appelle donc à d'interroger sur les liens avec la rentabilité, dans une perspective financière, l'attractivité de l'établissement, qui attesterait d'une certaine qualité des soins.

3.2.1.1 La performance se traduit-elle uniquement en termes de rentabilité ?

La rentabilité est définie de manière générale comme étant la capacité d'un capital à procurer des revenus soit par un placement, par un investissement. Il nous semble que ce terme est employé de manière plus simpliste (et péjorative) lorsque l'on parle de « rentabilité d'un établissement. Elle n'est rien d'autre qu'une marge entre des recettes et des dépenses.

En ce sens, et indépendamment du débat sémantique qui devrait nous amener à parler de marge, la question de la rentabilité ne nous semble pas suffisante pour apprécier la performance économique d'un service ou pôle. Elle est surtout inappropriée dans la cadre de la production de soins qui oblige prendre en compte des indicateurs autres que les seuls indicateurs financiers tels les Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS). Ce processus de généralisation d'indicateurs de qualité est engagé depuis quatre ans par la Haute Autorité de Santé (HAS) avec le tableau de bord des infections nosocomiales. Les objectifs dépassent le niveau de l'établissement dans la mesure où il s'agit de « répondre à l'exigence de transparence et au besoin d'information de la part des usagers du système de santé et de leurs représentants sur la qualité des soins délivrés, et fournir aux pouvoirs publics des éléments d'aide à la décision en matière de politique d'organisation du secteur hospitalier, prenant en compte la qualité des soins dispensés ».

Par ailleurs, si la rentabilité peut être un indicateur d'efficacité pertinent, il n'est pas pour autant synonyme d'efficience, définie comme étant l'atteinte d'un objectif en minimisant les moyens. Il en résulte qu'un service ou un pôle pourra être rentable mais non performant s'il lui reste des marges de manœuvre et inversement, s'il est défavorisé par des tarifs peu avantageux mais organisé de manière optimale. C'est donc la performance qui permet de compléter le diagnostic organisationnel et notamment la notion de productivité. Soulignons qu'une fois encore, la productivité ne saurait être mesurée de manière « classique » à l'hôpital, c'est-à-dire en calquant le modèle issue de la sphère industrielle. Escaffre (2008) fait la démonstration que le volume de charges en soins directs par agent varie avec la lourdeur de dépendance du patient, et le nombre d'actes réalisés en moyenne n'a donc que peu de signification. Autrement dit, il invite à prendre en compte la qualité des relations sociales et non la recherche systématique de l'efficience et l'accélération du taux de rotation des patients pour réduire la durée du séjour (cause supposée essentielle du coût de la prise en charge) qui accroît le nombre de tâches administratives qui entrent en concurrence avec les tâches directes aux patients.

Dès lors que nous considérons la performance non plus en termes de rentabilité et en ajoutant notamment la question de la qualité des soins, c'est l'attractivité qui est visée et peut permettre, d'améliorer l'occupation de la structure et donc les résultats financiers. Rentabilité et performance seraient donc deux notions imbriquées.

3.2.1.2 La performance de l'établissement se traduit-elle par une plus forte attractivité ?

Nous l'avons dit, le PMSI a permis une véritable progression dans la connaissance du produit hospitalier. Elle implique en effet que les médecins hospitaliers rendent visible et compréhensible leur activité en utilisant une nomenclature de production à travers la classification des séjours au sein de groupes homogènes de malades (GHM). Elle s'est traduite par un accroissement des études statistiques au sein de l'établissement via son Case Mix et des comparaisons avec d'autres établissements dans une démarche de type benchmarking. Par ailleurs, dans un contexte concurrentiel, les études de parts de marché se multiplient sur cette base. Est-ce à dire que l'analyse de la population des hôpitaux publics pourrait se concevoir comme une démarche marketing de l'entreprise commerciale ? Si l'on poursuit cette logique, les choix stratégiques dans le domaine mercatique se fondent sur trois espaces (Escaffre, 2008) :

- La consommation, en se positionnant sur certains types de besoins exprimés par les consommateurs ;
- Les produits et les services spécifiques, une fois le secteur de consommation choisi, il s'agit de le segmenter en fonction des caractéristiques matérielles et psychologiques des désirs exprimés par les consommateurs ;
- La concurrence puisque l'entreprise n'est généralement pas seule sur les terrains qu'elle a choisis ; l'un des enjeux consiste repose sur des stratégies d'évitement et à l'inverse de la recherche de « niches non concurrentielles ».

L'étude progressive de ces espaces amène alors à choisir des formes organisationnelles en répondant aux questions suivantes :

- Faut-il se développer ou réduire la production ?
- Faut-il se spécialiser ou se diversifier ?
- Faut-il intégrer de nouvelles activités ou impartir (« faire », « faire faire » ou « faire avec »).

L'ensemble de ces questions peut se traduire par des formes nouvelles de coopération à l'hôpital, qu'il s'agisse de conventions, de Groupement de Coopération Sanitaires (CGS) ou

encore de Groupement d'Intérêt Economique (GIE) pour les modalités de coopérations les plus connues et sur lesquelles nous reviendrons en étudiant les évolutions connues par cette institution ces dernières années.

De ce fait, pour un hôpital à mission publique, le champ mercatique ne doit pas être négligé même s'il est parfois difficile à appréhender. En effet, la terminologie « marketing » fait peur et/ou déplaît de prime abord aux hospitaliers qui y voient une connotation très commerciale. Pourtant l'hôpital, en tant qu'organisation, ne peut se passer de démarche marketing pour connaître les besoins et attentes de sa patientèle, la capter, lui proposer et promouvoir une offre de soins adaptée. Il s'agit donc de conduire les hospitaliers à prendre conscience de l'utilité d'une telle démarche en introduisant progressivement des actions marketing sous l'angle par exemple qualité ou de la communication¹⁰.

Sur cette base, un certain nombre de chiffres peuvent être produits par chaque établissement pouvant garder une trace de ses patients classés au sein d'un GHM et au regard du code postal de provenance. On mesure ainsi l'attractivité de l'établissement. Des bases de données agrégées permettent par comparaison au case mix d'autres établissements de calculer la production globale de soins par GHM et ainsi mesurer des parts de marché par établissement ainsi qu'un taux de fuite. Pour autant, le chiffre n'est rien sans analyse et discussion. L'analyse de la provenance des patients nous semble alors intéressante pour le management hospitalier souvent davantage préoccupé par les contraintes financière. Elle doit par ailleurs être distinguée de l'épidémiologie qui étudie dans les populations l'apparition et la disparition de maladies identifiées, et permet d'évaluer certaines politiques sanitaires et les effets de la prévention. L'analyse de la clientèle se positionne à un niveau plus fin, celui de l'établissement ou d'un service de soins. Pour autant, elle n'est pas indépendante du phénomène épidémiologique qu'elle cherche à appréhender différemment et à modéliser à différents niveaux :

- La population générale de l'aire d'attraction de l'établissement ;
- La population en état morbide ;
- La population en demande de prise en charge collective ;

¹⁰ Enseignements issus de la première journée internationale du marketing en santé, organisée par l'IAE de Lille le 25 Novembre 2010. Le caractère innovant de cette journée repose sur l'application du marketing en milieu hospitalier à partir de présentations de travaux de recherche universitaires et leur application managériale, ainsi que quelques témoignages de professionnels sur la démarche marketing menée dans leur établissement.

- La population prise en charge par l'ensemble des structures existantes dans l'aire d'attraction ;
- La demande attirée par l'hôpital.

Loin de la seule logique d'accoisement de l'activité inhérente à la T2A en termes quantitatifs, l'analyse de la patientèle s'intègre à une démarche plus qualitative en vue de caractériser le type de prise en charge et de pathologies sur lesquelles l'établissement souhaite se positionner. L'appui de personnes clés de l'établissement comme le responsable qualité ou communication peut alors apparaître comme un précieux levier d'actions en vue d'intégrer la démarche marketing dans leur stratégie et sa mise en œuvre afin notamment d'offrir des soins de qualité et adaptés aux attentes des patients.

Pour synthétiser cette réflexion quant à la notion de performance dans les établissements hospitaliers, il nous semble important de s'arrêter quelques instants sur un des acteurs importants qui doit venir en appui des établissements de santé et médico-sociaux pour améliorer leur performance dans le cadre de la réforme du système de santé français, l'Agence Nationale d'Aide à la Performance des établissements de santé et médicaux-sociaux (ANAP).

Instituée par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, « l'ANAP a pour objet d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils dont elle assure le suivi de la mise en œuvre, leur permettant de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier et de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses. ». Elle est issue du regroupement de trois entités qui semble attester de la pluridisciplinarité de la notion de performance :

- GMSIH : Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier,
- MAINH : Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier,
- MEAH : Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier.

Parmi les missions qui lui sont confiées, l'ANAP a identifié les leviers sur lesquels elle souhaite concentrer son action pour atteindre ses objectifs. Le premier d'entre eux a trait à la mise en œuvre des projets performance dans cinquante établissements et se traduit par la mise en place de « contrats performance ». Ces projets, testés par trois établissements pilotes lors de

la première vague et une vingtaine d'établissements lors de la seconde vague, se déclinent en plusieurs étapes. L'intérêt d'une telle démarche porte sur son caractère progressif, avec élaboration d'une feuille de route « sur-mesure » car issue d'une phase de diagnostic avec adaptation aux problématiques de l'établissement. Les critères de sélection des établissements par l'ARS comportent un volet financier en termes de projet d'investissement majeur ou de situation financière dégradée, mais aussi une dimension stratégique en termes d'amélioration de l'offre de santé sur le territoire.

Outre le fond, cette démarche est également intéressante quant aux conditions de sa mise en œuvre et la forme employée. En effet, la validation est ensuite partagée avec l'ARS et l'ANAP et formalisée par la signature d'un contrat tripartite qui déclenche la mise en œuvre. Cet exemple atteste de l'émergence d'un nouveau mode de régulation des établissements de santé via le recours au contrat.

3.2.2 La contractualisation dans les établissements de santé

Le contrat est l'un des modes de régulation nouveau du système hospitalier. Il résulte d'un double constat, celui d'un accroissement des moyens de contrôle externe de la production de soins mais dans un contexte nouveau, celui de la responsabilisation tant en externe, avec le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), qu'en interne et sa déclinaison en termes de contrats de pôles qui génère un certain nombre de difficultés et nécessite d'étudier les conditions de sa mise en œuvre.

3.2.2.1 Contractualisation externe et projet d'établissement : la région comme niveau d'organisation des soins

Le contrat est depuis plus de quinze ans au centre des réformes hospitalières et de la démarche de contrôle de gestion qui en découle. La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière introduit en effet la possibilité de conclure des contrats d'objectifs. Cinq ans plus tard, l'ordonnance du 24 Avril 1996 introduit le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens qui doit être signé entre l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) et l'hôpital ; le décret du 2 Novembre 2006 va plus loin en apportant des précisions quant à l'objet et aux modalités de mise en œuvre du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), à son évaluation, ainsi qu'aux sanctions prévues en cas de non-respect des différents engagements fixés.

La contractualisation entre l'ARS et les établissements traduit une volonté de responsabilisation des établissements. Elle va de pair avec l'amélioration des capacités de contrôle de la tutelle qui a acquis une plus grande connaissance des processus de production dans l'hôpital par le biais du PMSI, de la planification et de l'accréditation et qui est donc plus à même de demander aux établissements de s'engager sur des objectifs contrôlables (de Pouvourville et Tedesco, 2003).

De plus, la contractualisation ne se limite pas aux seuls enjeux stratégiques et la répartition de l'offre de soins sur le territoire. A titre d'exemple citons le Contrat de Bon Usage du Médicament des Produits et des Prestations (CBUMPP) conclu pour une durée de trois à cinq ans entre le directeur de l'ARS, le représentant légal de l'établissement et l'assurance maladie. En contrepartie du respect des engagements souscrits par l'établissement de santé, un taux de remboursement de 100 % par l'assurance maladie est garanti à l'établissement.

L'établissement doit suivant le respect des référentiels de bonnes pratiques a minima effectuer les points suivants (extrait Article 3) :

- L'informatisation du circuit du médicament et du circuit des produits et prestations ;
- Le développement de la prescription et de la dispensation à délivrance nominative ;
- La traçabilité de la prescription, à l'administration pour les médicaments ou à l'utilisation pour les produits et prestations ;
- Le développement d'un système d'assurance de la qualité ;
- La centralisation de la préparation sous la responsabilité d'un pharmacien des traitements anticancéreux (pour autant que l'établissement de santé soit concerné)

3.2.2.2 Contractualisation interne : le pôle comme niveau de déclinaison des objectifs de l'établissement

Parallèlement à cette démarche de contractualisation avec la tutelle, une déclinaison interne est prévue par l'ordonnance du 24 Avril 1996 entre le représentant du centre de responsabilités et l'hôpital. D'abord facultative, elle est dorénavant obligatoire ; il s'agit de donner davantage de souplesse et d'adaptabilité à l'organisation médicale qui se traduit notamment par la mise en place des pôles d'activité, unités de taille suffisante pour être dotées d'autonomie et de responsabilité contribuant à une déconcentration de la gestion. Cette nouvelle organisation de l'hôpital autour de pôles d'activité s'appuie sur un mécanisme

de contractualisation puisque le responsable définit contractuellement avec le président de la Commission Médicale d'Établissement (CME) les objectifs d'activité et de qualité ainsi que les moyens du pôle hospitalier.

3.2.2.3 Le statut du contrat et son caractère synallagmatique

Le contrat à l'hôpital qu'il soit externe ou interne est particulier pour différentes raisons. La définition du contrat nous amène à réfléchir sur son caractère synallagmatique remis en cause tant qu'aucun mécanisme de sanction ou de récompense n'est associé à ce type de contrats. En effet, on peut s'interroger sur le caractère véritablement contractuel de telles conventions. Peut-on réellement parler de contrat, défini au sens juridique comme étant une convention par laquelle une ou plusieurs parties s'obligent envers une ou plusieurs autres à faire ou à ne pas faire quelque chose ? Quelle validité accorder à un contrat pour lesquels des acteurs s'engagent à atteindre des objectifs sans maîtriser les moyens, alors que le niveau de demande donc d'activité est conditionné par les besoins de santé de la population ?

En amont, il n'engage pas deux parties libres de ne pas contracter ; c'est l'Etat qui impose les termes du contrat mais aussi les sanctions qu'elles soient positives ou négatives quant à son exécution. En ce sens, l'autonomie des établissements quant à la décision reste faible. Certains auteurs proposent donc de parler de délégation de responsabilité par fixation négociée d'objectifs et de moyens, à l'image de ce qui se fait dans une grande entreprise entre direction générale et unités de production.

Sa déclinaison interne confirme ce constat ; c'est le directeur et le président de la CME qui guident l'élaboration des contrats de pôle même si le cadre législatif a été assoupli par la loi HPST du 21 juillet 2009 qui indique le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et moyens du pôle, après avis pour les pôles d'activité clinique et médico-technique du président de la CME pour vérifier la cohérence du contrat avec le projet médical.

En aval, le succès de ces démarches de contractualisation est fonction de deux conditions. La première a trait à la capacité de l'Etat à respecter ses engagements. L'exemple d'un établissement qui ne parviendrait pas à tenir ses objectifs économiques est à ce titre illustratif, l'Etat devrait effectivement le sanctionner en lui imposant une restructuration. Les Contrats de

Retour à l'Équilibre Financier (CREF) introduits dès le début de la tarification à l'activité en 2004, semblent aller en ce sens. Pour autant le rapport de mission relatif à des contrats, réalisé par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) avec le concours du Conseil général des établissements de santé publié en janvier 2008 établissent un constat sévère de cette politique contractuelle. Les difficultés rencontrées apparaissent tant au niveau de l'établissement que du suivi et du pilotage des CREF. Le rapport souligne 5 éléments de difficultés :

- Un cadre juridique « complexe et mis en œuvre de manière inégale selon les ARH » ;
- Un contenu des contrats à la base insuffisant pour permettre des résultats à la hauteur des enjeux ;
- Un déficit réel dans le pilotage national et régional ;
- Des faiblesses mesurables dans le management des établissements,
- Des freins consubstantiels au cadre de fonctionnement des structures publiques persistants.

Il en résulte un certain nombre d'incohérences ; dans le cadre des CREF, force est de constater que leur élaboration se traduit par un sous-dimensionnement des mesures au regard des objectifs qui auraient dû être assignés. La mission IGAS relève ainsi qu'une « part non négligeable de CREF ne comporte pas en toutes lettres l'objectif de retour à l'équilibre financier ». Par ailleurs, le projet médical des établissements est donc trop souvent établi indépendamment des objectifs financiers alors qu'il devrait être la déclinaison concrète de l'équilibre financier. La mission IGAS note ainsi que très peu de CREF proposent d'abandon ou de restructuration d'activités alors qu'il s'agit d'un point central du retour à l'équilibre financier.

La deuxième condition au succès des démarches de contractualisation est la capacité des dirigeants à décliner les engagements contractuels sur leurs propres services. Il est donc nécessaire que les services cliniques acceptent de prendre à leur charge la part du contrat et notamment absorber la contrainte budgétaire. Mais cette responsabilisation reste souvent difficile pour plusieurs raisons. En reprenant l'exemple des CREF, on remarque que certains organigrammes de direction sont construits sans tenir compte de la nécessité de relier le projet médical aux enjeux financiers. La direction des finances et du contrôle de gestion n'est pas forcément associée à la stratégie médicale alors qu'elle devrait la précéder. La stratégie médicale est ainsi un peu trop souvent l'œuvre de subtils arbitrages entre le politique et certains médecins. Ainsi, si cette phase préalable à la mise en œuvre du PEF est

insuffisamment travaillée avec des équilibres comptables purement théoriques (projections d'activités irréalistes notamment), l'ensemble de la démarche est vouée à l'échec.

Ce constat d'une insuffisance de lien entre direction et équipes médicale est également applicable au suivi des CREF. Certaines équipes se sont donc insuffisamment mobilisées autour de l'enjeu financier considérant que c'est avant tout l'affaire du directeur des affaires financières. Or, la question du retour à l'équilibre financier ne peut en effet être convenablement traitée qu'à la condition de respecter deux préalables. Le retour à l'équilibre doit être porté par l'ensemble de l'équipe de direction de façon transversale comme un fil rouge tissé par le contrôle de gestion. Ensuite, les équipes médicales et soignantes doivent se l'approprier non pas comme une contrainte mais comme la condition d'un développement durable des activités hospitalières.

En synthèse, la dimension politique de telles restructurations internes comme externes semble à l'origine de la difficulté à contractualiser en réponse à des enjeux financiers. Si l'on dépasse la seule dimension financière et en raisonnant de manière plus globale, le contrat revêt alors un statut particulier. Si l'on définit la démarche contractuelle comme une interaction de connaissances, il nous faut alors considérer qu'elle ait un statut logique pour son concepteur, que nous assimilons au directeur d'hôpital. Or, le recours au contrat à l'hôpital semble souffrir d'un manque de formation à la gestion de certains chefs de pôles ; la diversité des contrats entre hôpitaux mais aussi au sein même d'un hôpital atteste également d'une difficulté à capitaliser et à partager des expériences efficaces en vue de fonder un concept de contrat partagé. L'autre difficulté vient du fait que ce débat n'est que le résultat des dérives des contrats par objectifs, sans moyens pour les tenir et sans caractère synallagmatique. Dit autrement, les contrats sont imparfaits, car si les termes du contrat ne sont pas respectés par une partie, il n'existe pas ou peu de recours pour sanctionner les déviations. De ce point de vue le contrat signé entre un chef de pôle et un directeur général s'apparente davantage à un contrat moral qu'à un contrat de droit.

Conclusion du chapitre 3

Au travers de ce chapitre, il en ressort un certain nombre d'efforts quant à la mise en œuvre d'outils de gestion qui se révèlent pourtant insuffisants en vue de répondre à la difficulté de « faire ensemble » à l'hôpital (Pascal, 2000). De manière synthétique, ces difficultés résident dans des outils de gestion davantage centrés sur le reporting que le diagnostic, l'aide à la décision et la recherche de leviers d'actions qui devraient pourtant être les éléments attendus d'un contrôle de gestion tel que définit récemment dans la littérature et qui se veut tourner vers le pilotage de la performance.

Or, à défaut d'analyse des activités et des procédures nécessaires à la production de soins, ces outils fonctionnent à l'aveugle, en contrôlant les ressources, sans s'attacher à comprendre et à modifier les causes profondes des dysfonctionnements du système. Nous l'avons dit, la performance est appréciée différemment par les acteurs au regard de leurs attentes. Dans ce contexte, demander des comptes à ceux qui détiennent le savoir est devenu monnaie courante, et ce dans un domaine où la confiance est essentielle. Le milieu médical est à ce titre différent d'autres secteurs, non pas que ce milieu s'y refuse, longtemps confiné dans l'autoévaluation, il est passé à l'inverse, une surexposition des classements, ceux des médias étant les plus visibles. Nous citons ici les travaux de Schilte et Minvielle qui définissent quatre formes d'*accountability*, selon que les comptes doivent être rendus aux citoyens, aux payeurs, aux patients ou aux professionnels. Ainsi, les comptes doivent être rendus non seulement sur les dépenses mais aussi sur la qualité des soins. Concernant les dépenses, les médecins y sont de plus en plus contraints, mais ils doivent aussi rendre des comptes quant à la qualité des soins prodigués, qu'il s'agisse des résultats cliniques mais aussi des conditions de sécurité et des modalités d'organisation de la prise en charge des malades. La question posée est donc la suivante : quels tableaux de bord pour le pilotage des établissements de santé ? Nous définissons ici le pilotage en associant management et contrôle de gestion, deux concepts dont nous avons déjà souligné les difficultés de mise en œuvre au sein des établissements.

Notre définition du contrôle de gestion en tant qu'outil d'aide à la décision au service du manager résulte bien cette articulation entre management et contrôle de gestion. Le premier peut être considéré comme l'art de conduire une organisation vers la réalisation de ses objectifs (le pilote), le second vise à concevoir et mettre en œuvre des méthodes et outils de gestion permettant de garantir l'utilisation efficiente des ressources de l'établissement (le co-

pilote). En ce sens le pilotage se décline en deux étapes : celle de la conception des tableaux de bord dans un premier temps, puis celle du suivi des indicateurs dans un second temps.

Le point de départ est le constat d'une insuffisance de coordination interne qui conduit à préconiser des tableaux de bord permettant de maîtriser les processus impliquant les différents acteurs et ainsi compléter les approches financières et budgétaires essentiellement développées jusqu'ici. Ceci implique de définir des indicateurs physiques, utilisés et pilotés par les acteurs ce qui entraînerait un certain nombre de mutations pour le contrôle de gestion à l'hôpital.

L'une des questions qui se pose est celle de l'objet du contrôle de gestion. Or, jusqu'ici notre raisonnement reste exclusivement hospitalo-centrée. En introduisant la problématique de la stratégie, il demeure indispensable de s'interroger sur le niveau de l'organisation en lien avec l'évolution permanente qui caractérise l'hôpital et qui semble aller vers une ouverture de l'hôpital sur l'extérieur. Le raisonnement semble dès lors se situer non plus au niveau de l'hôpital exclusivement mais pose la question de la rationalisation des organisations hospitalières, quel qu'en soit le niveau, en lien avec la problématique d'une offre globale de santé.

Finalement c'est la question du passage de la comptabilité analytique hospitalière au contrôle de gestion que nous posons. Par définition, la comptabilité analytique vise à analyser des dépenses et des recettes par destination, selon une méthode définie au préalable. Elle permet de constituer des Comptes de Résultat Analytique par pôle, ou de manière plus ambitieuse, d'analyser un projet de service clinique en distinguant les charges fixes, déterminer ainsi le seuil de rentabilité et dimensionner le service. Il s'agit donc d'un outil intéressant mais insuffisant. Le passage au contrôle de gestion rend nécessaire le suivi et l'analyse des recettes d'hospitalisation, de consultation ou d'autres services, c'est-à-dire une forme de « reporting des ventes », face cachée du contrôle de gestion. L'étude des taux d'occupation des services ou des blocs opératoires, l'analyse des durées de séjour ou encore le suivi d'indicateurs de qualité introduisent une dimension nouvelle, celle de l'organisation sur la base d'indicateurs physiques, de productivité et non plus exclusivement financiers. L'activité du contrôle de gestion revêt alors une double caractéristique, technique elle requière aussi des compétences en matière de communication avec les acteurs y contribuant. Elle n'est donc pas réservée au seul contrôleur de gestion et se trouve à la croisée des chemins avec le DIM, la direction des finances et la facturation pour les aspects financiers mais s'appuie également sur les équipes

terrains. En effet, quel que soit le projet faisant l'objet d'une évaluation médico-économique, il est indispensable de vérifier la viabilité économique de la démarche stratégique mais aussi de valider l'acceptabilité fonctionnelle et organisationnelle des hypothèses de travail auprès des équipes médicales et soignantes. Tous les champs du contrôle de gestion sont donc à investir collectivement et des collaborations ont à institutionnaliser pour créer la synergie et trouver les gisements de sous-valorisation, de sous-facturation, évaluer les projets de développement d'activité, mais aussi être garant au niveau central de l'exécution des décisions prises mais aussi des évolutions de la qualité des prises en charge.

A ce stade de notre réflexion, sur la base des travaux menés par les auteurs en sciences de gestion d'une part, et dans le champ de la santé d'autre part, nous pouvons donc identifier un certain nombre d'écueils dont semble souffrir le contrôle de gestion à l'hôpital parmi lesquels :

- Une insuffisante prise en compte de la dimension interne qui se traduit par un manque de réflexion stratégique et une vision réduite du contrôle de gestion tournée vers la simple connaissance des coûts à usage de la tutelle ;
- Les difficultés du passage de la vérification à la maîtrise que devrait laisser sous-entendre le double sens du mot « contrôle » ;
- Le manque de « mise sous tension » de l'organisation hôpital qui contribue, pour partie, à la faible appropriation des outils par les acteurs sur le terrain.

L'un des éléments de réponse qui nous apparaît comme facteur explicatif des écueils du contrôle de gestion réside donc dans l'organisation et la déclinaison des promesses faites sur le papier en vue de l'atteinte de la performance médico-économique. La problématique qui en résulte réside dans l'identification d'un vecteur permettant d'assurer cette transition vers la prise en compte des logiques organisationnelles. Or, si l'on se réfère aux missions de l'hôpital, la principale d'entre elles résulte dans la prise en charge de patients. Dans ce contexte, le véritable défi auquel est confronté l'hôpital semble davantage se situer dans la maîtrise des modes de production que sur la connaissance des coûts. La question sous-jacente qui en résulte est donc de déterminer en quoi la maîtrise des processus de soins peut être un facteur de performance hospitalière ?

Ceci nous amène à adopter une autre définition du produit hospitalier en termes de prise en charge qui peut être représentée en tant que combinaisons de processus. Il s'agit donc de mettre en œuvre une cartographie des processus pour comprendre ce qu'ils font et ne font pas, ce qu'ils devraient faire et n'ont pas fait, ce qu'ils auraient dû faire, ou ce qu'ils font et ne

devraient pas faire. Ce raisonnement privilégie alors le parcours du patient comme objet nouveau de contrôle de gestion ; les processus qui le constituent semblent alors correspondre à différents niveaux de l'organisation.

