Leçons de la mise en place d'un tableau de bord en centre psychothérapique

Denis CHOFFEL

Doctorant

ESM/IAE de Metz

3, place Edouard Branly

57070 Metz

E-mail : choffel@esm.univ-metz.fr

François MEYSSONNIER

Professeur des Universités

ESM/IAE de Metz

3, place Edouard Branly

57070 Metz

E-mail : meyssonnier@esm.univ-metz.fr

Résumé

La gestion hospitalière est bouleversée par la mise en place de la tarification à l'activité. Celle-ci ne touche pas encore le champ de la psychiatrie à l'hôpital. Dans la phase transitoire actuelle, un tableau de bord de mesure de l'activité ambulatoire dans un centre psychothérapique est mis en œuvre. Ceci permet de décrire l'apport possible d'une démarche progressive de construction d'indicateurs de suivi des activités aussi bien d'un point de vue décisionnel que dans ses aspects communicationnel et psycho-cognitif.

Mots clés

Contrôle de gestion à l'hôpital ; P.M.S.I. ; Outils de pilotage ; Tableaux de bord ; Indicateurs.

Abstract

Hospital management is deeply modified by implementation of activity tarification. This type of tarification does not affect yet area of psychiatry in hospitals. In the transitory current phase, one scorecard of ambulatory activity has been implemented in one public psychotherapeutic setting. This has allowed to describe potential benefit of a progressive process of construction of follow up indicators either from a decisional perspective or in relational as well as psycho-cognitive aspects.

Keywords

Management control in hospital; D.R.G. ; Management Tools ; Scorecards ; Indicators.

INTRODUCTION

Le constat d'un malaise profond de l'hôpital public est aujourd'hui reconnu tant par les acteurs du terrain que dans de nombreuses publications académiques (Dupuy et al., 1989 ; Schmitt, 1994 ; Halgand, 1995). En effet, les hôpitaux sont actuellement confrontés à de fortes mutations qui leur imposent de devoir mieux maîtriser leurs activités pour être plus performants (Nobre, 2004, 2002). La maîtrise du rythme de croissance des dépenses de l'assurance maladie est présentée par les différents gouvernements comme le but ultime à atteindre pour maintenir les principes et fondements de la protection sociale. Les hôpitaux sont donc confrontés à deux types de problèmes : les difficultés internes organisationnelles (insuffisance de moyens financiers et humains, réduction de la durée du temps de travail, outils de gestion inadaptés, etc.) et les contraintes externes de la tutelle. Pour mieux appréhender ces problèmes, il convient de faire un bref historique en distinguant deux périodes : l'avant et l'après Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (P.M.S.I.).

Pendant la première période, on constatait l'existence d'un relatif consensus sur la délégation aux professionnels de santé de la fonction de soins, sans aucun contrôle externe¹ (de Pourville, 1993). La tutelle publique demandait peu de comptes, car l'aspect financier était secondaire avec un système de gestion basé sur l'allocation budgétaire renouvelée chaque année². Cependant, ce modèle fondé sur la délégation fut mis à mal par l'ampleur des difficultés financières du système de protection sociale. On a donc assisté à une grave crise de confiance³, qui s'est manifestée par la création des Départements d'Information Médicale (D.I.M.) à partir de 1989, et par la mise en place du P.M.S.I.. On cherchait à obtenir des professionnels une justification des ressources utilisées et également à faire des économies. Dans cette même logique, la loi de 1991 (complétée par les ordonnances de 1996) a instauré des procédures de contractualisation interne entre les directions et les services. Ceci a permis la constitution d'une incitation légale à la mise en place des outils de pilotage interne afin de définir les différents objectifs prioritaires (Nobre, 2000).

¹ Le professionnel était le seul juge pour utiliser comme il l'entendait les ressources financières.

² Ce qui comptait principalement c'était l'accroissement du nombre d'entrées et le taux d'occupation des lits.

³ Ce qui provoqua le besoin d'une plus grande transparence des services de santé rendus à la population par les producteurs de soins (Brémond, 1993 ; de Kervasdoué, 1986).

C'est donc à partir de ce moment que l'hôpital public entra dans une deuxième période, avec une logique plus économique centrée sur l'adéquation entre ressources consommées et activités produites et ceci grâce à la création de nouveaux indicateurs de productivité « médicalisés ». Ce nouvel outil devait permettre *in fine*, de créer les conditions nécessaires d'une analyse comparative de la performance des différents établissements de santé (de Pouvoirville, 1989). Mais tous les services de santé ne sont pas égaux devant ces différentes évolutions. En effet, il convient de distinguer la Médecine Chirurgie Obstétrique (M.C.O.) de la Psychiatrie (PSY)⁴. Si le P.M.S.I. a relativement bien réussi à s'imposer et à se développer avec une échelle de coûts en M.C.O. permettant de mesurer le coût d'une pathologie, cela a été beaucoup plus difficile en psychiatrie en raison de l'absence de consensus clair sur la définition de l'activité, et donc d'une échelle de coûts, mais également à cause des résistances des professionnels de santé⁵.

Pour ces raisons il était intéressant de faire notre étude de terrain en milieu psychiatrique à un moment charnière de passage entre le système actuel de gestion, très peu développé et l'arrivée de la contractualisation imposée par la tutelle. Nous essaierons de proposer un outil transitoire permettant de faciliter le passage au P.M.S.I.-PSY. Ainsi, à partir d'une recherche-intervention conduite au sein d'un centre psychothérapique, il s'agira de mesurer l'activité ambulatoire en s'appuyant notamment sur les données que le P.M.S.I. Psychiatrique nous fournit et de voir sous quelles formes ces mesures peuvent être synthétisées dans un tableau de bord.

Dans une première partie, les éléments constitutifs du contexte, c'est-à-dire les difficultés rencontrées par les établissements psychiatriques pour piloter leurs activités, seront rappelés. Dans la deuxième partie, les objectifs et la méthodologie utilisée pour la réalisation de l'expérimentation seront présentés. Enfin, une troisième partie sera consacrée à la proposition d'un outil de pilotage, et aux premières leçons issues de sa mise en place.

⁴ La Rééducation et les Soins de Suite (R.S.S.) sont dans la même situation que la psychiatrie par rapport au P.M.S.I..

⁵ Nous développerons ce point de façon plus précise au paragraphe 1.1. « Débats autour du P.M.S.I.-PSY ».

1. LES DIFFICULTES DU PILOTAGE DE GESTION EN PSYCHIATRIE

La réduction des inégalités de ressources entre les établissements de santé figure dans la réforme de l'hospitalisation (ordonnance du 24/04/1996). Afin de mesurer l'activité et les ressources des établissements, il est nécessaire de disposer d'informations quantifiées et standardisées. Telle est la vocation du P.M.S.I.-PSY. Nous aborderons donc dans un premier temps les débats autour du P.M.S.I.-PSY (1.1), puis nous verrons pourquoi la psychiatrie ne dispose pas d'outils de gestion adaptés (1.2.).

1.1. DEBATS AUTOUR DU P.M.S.I.-PSY

Le P.M.S.I. trouve son origine dans un système de classification des séjours hospitaliers, les *Diagnosis Related Groups*, mis en place dans les années 1970 aux Etats-Unis pour améliorer l'efficacité des établissements de santé. Il répertorie pour tout séjour un ensemble d'informations, portant à la fois sur le malade, sa maladie et sur la prise en charge dont il va bénéficier pendant la durée de son hospitalisation. Ces informations permettent ensuite de classer tout séjour dans un Groupe Homogène de Malades (G.H.M.), censé être doublement homogène, tant au niveau des ressources consommées pour prendre en charge les patients de ce groupe qu'au niveau de la signification médicale du G.H.M.. De plus, un dispositif mis en place en 1992 par la Direction des Hôpitaux permet, chaque année, de valoriser l'ensemble des G.H.M. à l'aide d'une unité, l'I.S.A. (Indice Synthétique d'Activité), sur la base de données économiques fournies par un échantillon d'établissements. Ainsi, l'Etude Nationale des Coûts (E.N.C.) permet de calculer le coût complet des séjours dans ces établissements, grâce à un schéma de comptabilité analytique normalisé pour tous les hôpitaux de l'échantillon.

Or, dans le cadre de la psychiatrie, il n'est guère possible de raisonner selon la logique « classique » du P.M.S.I.. En effet, la première étape de cette logique, constituée par l'identification de G.H.M., est perturbée dans cette spécialité médicale par l'absence ou le faible consensus autour des critères de diagnostic des maladies d'une part et sur les modalités thérapeutiques d'autre part. Pour ces raisons, on ne peut affecter simplement, comme en M.C.O., un coût moyen significatif à une combinaison associant un diagnostic principal à des actes et modulée selon d'autres éléments comme d'éventuelles morbidités associées et l'âge (Guilmin, 2000). Ceci d'autant plus que la prise en charge psychiatrique

peut associer, sur une période souvent longue, de nombreuses modalités de soins, de l'ambulatoire à l'hospitalisation partielle ou complète. La Direction des Hôpitaux a donc choisi de compléter l'analyse de la prise en charge des malades en psychiatrie par un travail visant à identifier des trajectoires de soins ou des idéaux-types de modalités de soins. Pour y arriver, le ministère a sollicité la collaboration de treize psychiatres (dit « Groupe des treize ») en décembre 1990, pour concevoir un outil d'évaluation économique, s'appuyant sur des critères médicaux afin de rendre le P.M.S.I. applicable à la psychiatrie. Quatre régions ont été volontaires pour expérimenter le P.M.S.I.-PSY : l'Aquitaine, la Lorraine, la Réunion et Rhône-Alpes. Dans ces sites pilotes, la Direction Générale de la Santé a mis en place des recueils statistiques, qui décrivent à la fois le patient lui-même et les soins dont il bénéficie, avec l'idée sous-jacente de connaître la trajectoire des patients dans les différentes structures de soin. Les principaux éléments du P.M.S.I.-PSY sont les Résumés d'Information Standard (RIS) qui se décomposent en quatre catégories : les RIS-H.C. (temps complets) et RIS-H.P. (temps partiels), les RIS-E (ambulatoire), et les RIS-C (intervention pour la communauté et activités de réseau).

Malheureusement, les professionnels de santé trouvent que les données qui décrivent le patient sont plus sociales que médicales, bien que le diagnostic figure dans la fiche. De plus, les données concernant l'activité médicale ne font pas référence à chaque soignant individuellement. Parallèlement, l'exploitation de la fiche patient au niveau national, régional voire départemental est rendue difficile par l'insuffisance et le flou des consignes de codage qui n'ont pratiquement pas évolué depuis leur création en 1986. Pourtant les auteurs académiques ne voient pas le P.M.S.I. de la même façon. Ainsi pour Riveline (1986), de Pouvourville (1993) et Bremont (1993), le P.M.S.I. devrait permettre l'élaboration d'un langage hospitalier qui faciliterait le dialogue médico-administratif et favoriserait les échanges, à l'intérieur des établissements et entre les établissements et les autorités de tutelle, si la saisie de l'information est faite de façon systématique et encadrée (ce qui actuellement n'est pas le cas).

D'autres débats sont également soulevés par les syndicats des psychiatres qui ne font que reculer la mise en place du P.M.S.I.-PSY. Pour comprendre les réticences des syndicats des psychiatres, il convient de rappeler que l'hôpital est une organisation de type bureaucratie professionnelle (Mintzberg, 1986), qui comprend deux acteurs principaux : le corps médical et la direction de l'établissement (Freidson, 1984 ; Halgand, 1998), le premier ayant une place prépondérante dans le système de pouvoir au détriment de la

direction. Ainsi, lorsque les psychiatres critiquent les imperfections du P.M.S.I.-PSY en faisant des opérations de boycott⁶ pour empêcher sa généralisation dans de bonnes conditions, la mise en place de l'outil est compromise. Les psychiatres estiment que le recueil des données serait une charge de travail supplémentaire très lourde⁷, et que la mise en œuvre du P.M.S.I.-PSY nécessiterait un outil informatique performant qui actuellement fait défaut dans de nombreux hôpitaux. De plus, le « jugement » porté sur leur travail est vécu par les psychiatres comme une dépossession d'autorité, car les critères d'évaluation professionnelle ne sont plus seulement médicaux mais aussi économiques.

Au-delà du débat politique et des jeux des différents acteurs, si nous nous cantonnons uniquement à l'analyse technique de l'outil, il en ressort que le P.M.S.I.-PSY est trop centré sur l'hospitalisation à temps plein. En effet, l'outil porte avant tout sur l'hospitalisation à temps complet et à temps partiel. L'activité ambulatoire est mise de côté alors qu'elle représente 80% de l'activité de la psychiatrie publique et elle ne fait l'objet que d'un simple enregistrement d'activité⁸. Ce clivage, impliquant un mode différent de calcul du financement pour l'hospitalisation et l'ambulatoire, risque de pénaliser les activités extra hospitalières et de remettre en cause les exigences initiales d'un outil commun pour tous les types de prise en charge. D'autre part, pour les soins en ambulatoire, aucune corrélation n'a pu être mise en évidence entre les Catégories Majeures de Soins (C.M.S.) et la consommation de soins.

C'est donc dans un contexte de désillusion et d'amertume que va être mis en place un outil qui semble encore bien imparfait et qui suscite, comme nous venons de le voir, de nombreuses craintes et débats chez les psychiatres (surcroît de travail, sanctions économiques qui peuvent être injustes en raison des imperfections du système, remise en cause de symboles de pouvoir et d'autonomie, etc.). Finalement, rien d'étonnant dans ces conditions, que les débats sur le P.M.S.I.-PSY aient largement contribué au retard de la psychiatrie dans la mise en place du P.M.S.I..

⁶ Ils ont notamment refusé de participer à la mise en place du recueil systématique de données.

⁷ La mission P.M.S.I. de la DHOS prévoit 20 minutes par fiche et par acte. Ce qui induit une augmentation du temps de travail de 18 h par jour. Le P.M.S.I. en psychiatrie nécessitera donc 2 à 3 équivalents à temps plein par service, dont 0.6 à 0.7 E.T.P. de médecin. Notre étude a également abouti à ces conclusions. Cf. partie 3.

⁸ C'est d'ailleurs pour cette raison que nous avons décidé de faire notre étude sur l'activité ambulatoire du Centre Psychothérapeutique.

1.2. UN MANQUE D'OUTILS DE GESTION ADAPTES

Comme le montre Hofstede (1981), les techniques traditionnelles de contrôle ne sont pas utilisables avec efficacité dans tous les contextes. Ainsi, pour que les systèmes de contrôle bureaucratique traditionnels fonctionnent de manière pertinente, il faut une absence d'ambiguïté des objectifs, la possibilité de mesurer les résultats, la connaissance des conséquences des actions correctrices et le caractère répétitif des actions. Pourtant, aujourd'hui dans les organisations hospitalières, la présence simultanée de ces éléments est de moins en moins évidente, ce qui fait que les systèmes de contrôle ne sont plus adaptés aux nouvelles conditions de l'environnement des organisations. Comme le remarque Nobre (2000), les établissements de santé ont comme caractéristique un contrôle de gestion « *fortement marqué par une logique budgétaire* », car tout repose sur l'allocation budgétaire versée par les Agences Régionales d'Hospitalisation (A.R.H.). Pourtant, pour qu'une approche budgétaire soit efficace, cela suppose deux conditions, une bonne mesure de la production et une bonne connaissance des facteurs de consommation (Thompson, 1967). Or, la psychiatrie à l'hôpital, de par la complexité de son activité, ne satisfait pas du tout à ces conditions de bases.

Aujourd'hui en psychiatrie, du point de vue du contrôle externe, le seul outil provisoire (avant l'arrivée d'un P.M.S.I.-PSY pouvant être exploitable à des fins d'allocation de ressources) est l'Indice Composite d'Activité (I.C.A.), utilisé par certaines A.R.H. pour réaliser des comparaisons entre établissements. Les A.R.H. demandent aux établissements psychiatriques de calculer des points I.C.A. suivant le principe suivant : On prend les journées d'hospitalisation d'un centre X et on détermine le coût du point I.C.A. de celui-ci, en pondérant ses activités suivant les coefficients de pondération fournis par les A.R.H.. Une fois que l'activité totale du centre X a été pondérée, on la divise par le total des charges afférentes à ce centre. On obtient donc la valeur du point I.C.A. du centre X. Ce calcul de l'I.C.A., est relativement frustré et devrait donc à terme disparaître avec la mise en place d'un outil d'analyse médico-économique, la Valorisation de l'Activité Psychiatrique (V.A.P.⁹), qui serait une deuxième alternative au P.M.S.I.-PSY si celui-ci s'avérait trop compliqué à mettre en place. Au niveau interne la situation est par ailleurs très peu

⁹ La Valorisation des consommations de ressources permettant de calculer le coût de l'activité en Psychiatrie devrait être mise en place pour janvier 2007 au lieu de 2006. Il s'agit en fait d'une version plus simplifiée du P.M.S.I.-PSY présentée par le groupe des treize.

avancée : les tableaux de bord sont quasiment absents et l'analyse de l'activité se fait uniquement sur la base des coûts complets.

Ainsi l'hôpital psychiatrique souffre d'un manque d'outils pertinents parce qu'il existe une confusion entre les outils imposés par la tutelle pour contrôler et ceux développés en interne pour piloter. En effet, on constate que les outils qui sont développés en interne, sont souvent ceux imposés par la tutelle ou un dérivé de ceux-ci¹⁰. On élabore et on utilise des outils qui mélangent deux optiques très différentes, d'où des outils de pilotage très peu adaptés. Pour les professionnels, le P.M.S.I.-PSY apparaît comme un « contre-sens » et une modalité « impertinente » de recueil de données. En effet, au-delà d'un classement des établissements « chers et pas chers », les informations recueillies par le P.M.S.I.-PSY permettront au mieux de mettre en évidence le fait que les prises en charge sont très différentes, pour des patients aux caractéristiques semblables, mais ne permettra pas de faire un véritable pilotage. Finalement, tous ces facteurs nous amènent à constater que les établissements de soins psychiatriques souffrent d'un manque d'outils adaptés et légitimes. Ceci explique la nécessité de mettre en place sans attendre des outils provisoires locaux de pilotage pour aider les gestionnaires à conduire efficacement leurs activités.

2. LA DEMARCHE DE RECHERCHE-INTERVENTION

Nous allons présenter le terrain de recherche (2.1.) puis nous expliciterons notre démarche méthodologique (2.2.).

2.1. LE TERRAIN

L'expérimentation s'est effectuée dans un Centre Psychothérapique (C.P.) faisant partie des sites pilotes testant la mise en place du P.M.S.I.-PSY. Le C.P. dispose de cinq secteurs de psychiatrie générale et trois intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Ces secteurs sont situés géographiquement sur quatre départements de l'Est de la France. En plus de ceux-ci, le C.P. a d'autres activités de soins qui reposent sur la sectorisation (les services intersectoriels de psychiatrie générale, les services intersectoriels de psychiatrie

¹⁰ Cf. L'étude de Sueur C. (1996), « Recherche d'indicateurs d'activité en psychiatrie », Rapport de stage, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

infanto-juvénile et une maison d'accueil spécialisée). A côté de ces activités de soins, il y a également les instituts de formation comme l'I.F.S.I. (Institut de Formation en Soins Infirmiers) qui assure la formation initiale des infirmiers et l'I.F.C.S. (Institut de Formation des Cadres de Santé). Les différentes missions du centre psychothérapique sont assurées par environ 1 400 agents dont 1 300 pour le personnel non médical et 100 pour le personnel médical.

Le Centre Psychothérapique (C.P.) est découpé en Unités Fonctionnelles (U.F.) qui sont regroupées en Centres de Responsabilité (C.R.). De même, chaque unité fonctionnelle regroupe des sections d'analyses qui sont des compartiments d'affectation de charges analytiques qui supposent généralement une homogénéité de l'activité. L'objectif de cette segmentation est, selon le directeur de la Direction des Affaires Financières et du Système d'Information (D.A.F.S.I.), « *de parvenir à une meilleure affectation des charges, afin de permettre la mise en œuvre d'une comptabilité analytique assez précise* ».

Les prises en charge sont très diverses¹¹ et depuis quelques années de nombreuses alternatives à l'hospitalisation se sont développées. On peut regrouper les soins en trois grandes catégories :

- La prise en charge à temps complet qui peut être réalisée au cours d'une hospitalisation à temps plein, dans un centre de crise, un centre de post-cure, un appartement thérapeutique, dans le cadre d'accueil familial thérapeutique ou au cours d'une hospitalisation à domicile ;
- La prise en charge à temps partiel qui peut être réalisée au cours d'une hospitalisation de jour ou de nuit ;
- Les soins ambulatoires rendus dans les centres médico-psychologiques ou unités de consultation, au cours de soins à domicile, en institution substitutive ou en unité d'hospitalisation somatique, dans les C.A.T.T.P.¹² et les ateliers thérapeutiques.

Suite à nos entretiens avec les différents membres du comité de direction du centre psychothérapique, nous avons remarqué que l'activité qui posait le plus de problème était

¹¹ C'est essentiellement pour cette raison que le P.M.S.I. a du mal à être mis en place en psychiatrie.

¹² Le C.A.T.T.P. est souvent classé dans l'hospitalisation partielle, alors qu'il s'agit en réalité de soins ambulatoires. Après discussion avec la direction, nous avons décidé de le prendre en compte dans l'analyse de l'activité ambulatoire.

l'activité ambulatoire. Ainsi, comme nous l'avons évoqué dans la première partie¹³, c'est là où, selon le directeur des soins du centre, « *subsiste les plus grandes zones d'ombres, ce qui laisse un plus grande marge de manœuvre pour l'optimiser* ».

L'activité ambulatoire est déclinée en cinq grandes catégories dans le P.M.S.I.-PSY., qui peuvent se diviser en deux types d'actes. Certains des actes sont effectués en présence d'un patient ou d'un groupe de patients. D'autres actes sont effectués en l'absence du patient mais participent à l'élaboration du travail clinique ou thérapeutique. Les cinq catégories de l'activité ambulatoire¹⁴ sont rappelées sous la forme d'un tableau en annexe 1.

Après avoir présenté le centre psychothérapique et l'activité qui fera l'objet de notre étude, nous allons aborder la démarche d'expérimentation mise en place pour concevoir notre outil.

2.2. LA METHODOLOGIE

La démarche de recherche adoptée, s'inscrit dans le cadre méthodologique de la recherche-intervention (Huberman et Miles, 1991 ; Zardet et Savall, 2004). Elle s'est déroulée de la façon suivante :

- Phase 1 : Définition de la mission et formulation des perspectives et objectifs du tableau de bord ;
- Phase 2 : Choix des indicateurs et construction du tableau de bord ;
- Phase 3 : Choix des sites pilotes et audit permettant d'affiner les indicateurs ;
- Phase 4 : Proposition de l'outil et premières leçons issues de l'expérimentation¹⁵.

La phase 1 qui s'est déroulée pendant trois mois, a entraîné un travail de collecte de l'information par une vingtaine d'entretiens individuels et une quinzaine d'entretiens collectifs soit environ 35 entretiens d'une durée moyenne d'une heure essentiellement au niveau des directions (Direction Générale, Direction des Affaires Financières et du Système d'Information, Direction des Soins, etc.). Ceci a permis de clarifier la mission de départ qui était la construction d'un tableau de bord global et qui a évolué vers une mesure de l'activité ambulatoire. Cette évolution fut essentiellement motivée par le constat

¹³ Cf.1.1.1. Débats autour du P.M.S.I.-PSY.

¹⁴ Appelée la grille E.D.G.A.R., par les professionnels.

¹⁵ Cette phase ne sera pas abordée dans cette partie mais sera étudiée de façon détaillée en troisième partie.

d'impuissance à mesurer de façon précise l'activité ambulatoire qui nous a été révélé au cours d'un entretien par le directeur des soins : « *Il m'est actuellement impossible de savoir en Equivalent Temps Plein (E.T.P.), le temps de travail productif par agent dans chaque structure, ce qui est fâcheux, car je ne peux pas affecter de façon judicieuse mes ressources humaines et donc par conséquence optimiser les charges de personnel*¹⁶ ». C'est à partir de ce constat que nous avons recentré notre problématique sur la mise en place d'un tableau de bord permettant de mesurer l'activité ambulatoire en E.T.P..

Si la première phase s'est déroulée plutôt selon un processus assez hiérarchique (*top-down*) permettant de définir les besoins en outils, le déroulement de la seconde phase, pour établir les différents indicateurs, a été plus participatif (c'est-à-dire alternant les démarches *top-down* et *bottom-up*). Cette phase a duré environ deux mois et elle a été essentiellement organisée autour d'une dizaine d'entretiens avec un groupe, constitué du directeur des soins, du responsable administratif du Département d'Information Médicale (DIM), d'un cadre supérieur de santé et de deux cadres de santé¹⁷. Suite à ces entretiens de groupes, une batterie d'indicateurs permettant de mesurer l'activité ambulatoire a émergé. Il y aura deux grandes catégories d'indicateurs, la première catégorie sera composée d'indicateurs « médicalisés » c'est-à-dire directement extraits du P.M.S.I., et la deuxième d'indicateurs « administratifs ».

C'est à partir de ce stade que commença la troisième phase, c'est-à-dire le choix et la mise en place du tableau de bord dans les sites pilotes¹⁸. Nous avons choisi de mettre en place le tableau de bord dans trois structures sectorielles¹⁹ appartenant au même secteur de psychiatrie générale (c'est-à-dire hors infanto-juvénile). De plus, nous n'avons retenu que les actes et le temps effectué uniquement par les personnels non « médicaux » (c'est-à-dire tout le personnel soignant hors médecins), car selon le directeur des soins « *Il vaut mieux commencer par cette catégorie du personnel, plus réceptive à la mise en place de nouveaux instruments, que par les médecins qui sont plus réticents au changement et risqueraient de ralentir voire stopper l'expérimentation* »²⁰. Nous avons constitué un nouveau groupe, au niveau d'un secteur, composé du chef de service, du cadre supérieur de santé et un cadre de

¹⁶ Les charges de personnels sont le facteur coût le plus important dans les hôpitaux psychiatriques. Il est donc crucial, si l'on veut baisser les coûts des traitements, de les limiter.

¹⁷ Un cadre responsable d'une structure sectorielle ambulatoire et l'autre d'un C.A.T.T.P.

¹⁸ Le choix de commencer par des sites pilotes, a été motivé par des soucis de bonne gestion du temps et de prudence dans la démarche de recherche.

¹⁹ Dont un C.A.T.T.P. faisant essentiellement de l'accueil de jour.

santé. Ce groupe avait en charge de communiquer la mission aux personnels non « médicaux » de la structure sectorielle, de leur présenter et de leur expliquer la batterie d'indicateurs qui a été définie en phase deux. Ainsi, pendant trois mois, cette phase a connu trois stades d'évolution.

- 1^{er} stade : Acculturation des indicateurs. (1 mois) ;
- 2^{ème} stade : Choix des indicateurs pertinents dans la batterie d'indicateurs et construction d'un tableau de bord synthétique (constitué d'indicateurs « médicalisés » extraits du P.M.S.I. et d'indicateurs « administratifs » issus des tableaux dédiés aux structures sectorielles) et de tableaux de bord dédiés à chaque structure sectorielle (composée uniquement d'indicateurs « administratifs ») (1 mois) ;
- 3^{ème} stade : Mise en place d'un audit afin de pouvoir renseigner certains indicateurs (comme le temps moyen de saisie d'une information pour compléter un dossier ou en créer un nouveau, la durée moyenne des déplacements, etc.) complété par toute une série de chronométrages.

Ces différentes phases ont abouti à la proposition de l'outil que nous allons maintenant présenter.

3. LA MISE EN PLACE DE L'INSTRUMENT DE GESTION TRANSITOIRE

Suite à la phase d'audit que nous avons réalisé pour nous assurer de la faisabilité et tester la cohérence de l'architecture d'un tableau de bord « provisoire », nous avons proposé un tableau « définitif » (3.1.) sur lequel nous avons fait réagir les acteurs (3.2.).

3.1. LE TABLEAU DE BORD PROPOSE

Le bord opérationnel visant à mesurer la prestation ambulatoire des unités du C.P. s'articule autour de 4 activités.

²⁰ Cette remarque confirme bien ce qui a été évoqué en première partie concernant la réticence du corps médical à évaluer de façon instrumentalisée l'activité médicale.

L'activité 1, « Soins Ambulatoires P.M.S.I. », décrit la partie « médicalisée » issue du P.M.S.I., selon la description dite E.D.G.A.R. de l'activité ambulatoire. Ces indicateurs sont fournis par le DIM tout les mois. L'unité des indicateurs fournis par le DIM est un acte de soins. Cependant, afin d'avoir une unité commune dans les six axes, nous avons choisi comme unité l'heure. Il a donc fallu convertir les actes en heures. Ainsi, grâce à l'audit réalisé, nous avons remarqué que suivant le type d'acte pratiqué, la durée pouvait varier assez fortement passant d'un quart d'heure pour un entretien avec soin physique (c'est-à-dire un petit entretien suivi systématiquement d'une injection), à 4 heures pour les accueils de jour du C.A.T.T.P.. En ce qui concerne l'accueil de jour du C.A.T.T.P. il convient de préciser que nous avons dû diviser le nombre d'acte donné par le P.M.S.I. par 10, car l'accueil de jours concerne en moyenne des groupes de 10 personnes. Or, dans le P.M.S.I., un acte est affecté à une personne. De même, la durée moyenne de 4 heures a été retenue en prenant en compte le fait que l'accueil de jour peut concerner soit une demi-journée, soit une journée complète. Cette durée est en cours d'affinement car il est prévu de renseigner maintenant systématiquement et automatiquement le nombre de demi-journées et de journées complètes réalisées au cours du mois.

L'activité 2, « Saisie de l'information », est décrite par trois types d'indicateurs permettant de mesurer :

- Le temps de saisie des actes dans CIMAISE²¹ (le temps de référence qui a été retenu pour saisir cette information est en général de 5 minutes par acte mais de 1 minute seulement pour l'accueil de jour au C.A.T.T.P.) ;
- Le temps de saisie de l'information clinique pour la création d'un nouveau dossier patient (le temps de référence qui a été retenu pour chaque création d'un nouveau dossier est de 15 minutes) ;
- Le temps de saisie de l'information clinique pour faire un complément d'information sur un dossier patient (le temps de référence qui a été retenu pour chaque complément d'information est de 10 minutes par dossier).

L'activité 3, « Temps de déplacement », est celle consacrée au temps de déplacement effectué par les agents soit avec leur propre véhicule, soit avec des véhicules de fonction. La vitesse moyenne de référence utilisée pour renseigner l'indicateur est de 50

²¹ CIMAISE est un logiciel informatique qui enregistre les actes du P.M.S.I.

km/heure, car les déplacements sont principalement effectués dans des zones où la vitesse est limitée à 50 km/heure. De même, si deux personnes utilisent la même voiture pour se rendre au même endroit, ils doivent tout les deux déclarer individuellement dans leur tableau de bord « dédié » les kilomètres parcourus au cours du mois, car ce qu'on calcule ici c'est le temps passé par agent pour se déplacer et non le coût du déplacement (ce problème a été soulevé lors de la phase de test des tableaux de bord « dédiés »)

L'activité 4, « Gestion de l'organisation », est composée d'indicateurs qui sont directement renseignés par le personnel des structures sectorielles dans des tableaux « dédiés » et sont ensuite regroupés chaque mois dans un tableau de bord synthétique²². L'unité de temps des indicateurs dans les tableaux de bord « dédiés » est le quart d'heure. Ce que nous avons cherché à décrire dans cet axe est tout ce qui touche à l'organisation de l'activité ambulatoire, c'est-à-dire au temps des réunions internes et externes cliniques, de fonctionnement, institutionnelles, ainsi qu'au temps des rencontres-liaisons entre les unités sectorielles. La formation est également incluse, ce qui permet de calculer le temps passé par le personnel des unités sectorielles à la formation des étudiants en stage, des futurs personnels soignants (Mise en Situation Professionnelle) et des professionnels divers.

Ces différents axes regroupés nous donnent donc un tableau de bord de l'unité permettant de décrire l'activité ambulatoire de façon exhaustive. Nous présentons, dans les documents insérés ci-dessous, d'abord la trame du tableau de bord de chaque unité (document 1) puis le tableau global pour le centre psychothérapique, avec les chiffres de 2 mois de mise en œuvre de l'outil (document 2).

²² Ce raisonnement est identique pour tous les axes.

**Document 1 : Tableau de bord de suivi de l'activité ambulatoire mensuelle par unité
(tracé)**

Activité 1 : Soins Ambulatoires P.M.S.I.	Nombre d'actes	Durée théorique de l'acte	Equivalent horaire du mois	Rappel mois précédent	Ecart en %
E (Entretien sans soins physiques)		45 mn			
Es (Entretien avec soins physiques)		15 mn			
D (Démarche sans déplacement)		45 mn			
Dp (Démarche avec déplacement)		45 mn			
G (Groupe)		2h			
A (Accompagnement)		1h			
Ri (Réunion interne clinique)		15 mn			
Re (Réunion externe clinique)		15 mn			
Accueil de jour (C.A.T.T.P.)		4h/10pers.			
TOTAL 1					
Activité 3 : Saisie de l'information	Nombre d'actes	Durée théorique de l'acte	Equivalent horaire du mois	Rappel mois précédent	Ecart en %
P.M.S.I. / acte		1 ou 5 mn			
Info clinique dossier patient - Anamnèse		15 mn			
Info clinique dossier patient - Complément		10 mn			
TOTAL 2					
Activité 4 : Déplacements	Nombre de kilomètres	Conversion en h	Equivalent horaire du mois	Rappel mois précédent	Ecart en %
Véhicule personnel		50 km/h			
Véhicule pool et service		50 km/h			
TOTAL 3					
Activité 2 : Gestion de l'organisation	Mesure réelle en 1/4 h	Conversion en h	Durée réelle du mois	Rappel mois précédent	Ecart en %
Réunion interne fonctionnement		15 mn			
Réunion externe fonctionnement		15 mn			
Réunion interne institutionnelle		15 mn			
Réunion externe institutionnelle		15 mn			
Rencontre liaison		15 mn			
Accueil des étudiants		15 mn			
Mise en Situation Professionnelle		15 mn			
Accueil de professionnels divers		15 mn			
TOTAL 4					
Total des heures travaillées (1+2+3+4)					
% activité productive directe en soin (1/(1+2+3+4)*100					
			M	M-1	Ecart en %
Rappel heures travaillées					
Heures disponibles de la structure					
Heures disponibles corrigées					
Rapport heures travaillées/heures disponibles corrigées en %					

Document 2 : Tableau de bord global de suivi de l'activité ambulatoire du centre psychothérapique (rempli pour 2 mois)

TABLEAU DE SYNTHÈSE DE L'ACTIVITÉ AMBULATOIRE
JANVIER 06/ DECEMBRE 05
 (suivi hors médecins et personnel d'encadrement)

	JANVIER				DECEMBRE				Ecart en %
	C.M.P. "A"	C.M.P. "B"	C.A.T.T.P.	TOTAL	C.M.P. "A"	C.M.P. "B"	C.A.T.T.P.	TOTAL	
Activité 1 : Soins ambulatoires (équivalent horaire)									
E	487,50	397,50	3,75	888,75	360,75	498,75	3,00	862,50	3,04
Es	6,50	12,25	0,00	18,75	10,00	12,00	0,00	22,00	-14,77
D	24,00	0,75	0,00	24,75	18,75	0,75	4,50	24,00	3,13
Dp	3,75	1,50	0,00	5,25	0,75	5,25	0,00	6,00	-12,50
G	36,00	44,00	350,00	430,00	12,00	66,00	312,00	390,00	10,26
A	7,00	66,00	0,00	73,00	6,00	58,00	0,00	64,00	14,06
RI clinique	1,00	15,00	19,75	35,75	0,00	6,00	23,50	29,50	21,19
RE clinique	7,50	7,00	2,00	16,50	0,00	0,00	0,00	0,00	NS
Accueil de jour (C.A.T.T.P.)	0,00	0,00	284,40	284,40	0,00	0,00	268,80	268,80	5,80
Total 1	573,25	544,00	659,90	1777,15	408,25	646,75	611,80	1666,80	6,62
Activité 2 : Saisie de l'information (équivalent horaire)									
P.M.S.I./acte	47,77	45,33	11,00	104,10	34,02	53,90	10,20	98,12	6,10
Info patient - Anamnèse	0,00	0,00	3,50	3,50	0,00	0,00	0,00	0,00	NS
Info patient - Complément	0,00	0,00	8,33	8,33	2,00	0,00	0,00	2,00	316,67
Total 2	47,77	45,33	22,83	115,94	36,02	53,90	10,20	100,12	15,80
Activité 3 : Déplacements (équivalent horaire)									
Véhicule personnel	3,94	0,18	0,00	4,12	3,40	0,16	0,20	3,76	9,57
Véhicule pool	133,94	14,38	6,14	154,46	104,76	11,88	2,20	118,84	29,97
Total 3	137,88	14,56	6,14	158,58	108,16	12,04	2,40	122,60	29,35
Activité 4 : Gestion de l'organisation (durée réelle)									
RI fonctionnement	8,00	0,00	40,25	48,25	5,25	0,00	48,50	53,75	-10,23
RE fonctionnement	0,00	1,50	6,50	8,00	0,00	0,00	0,00	0,00	NS
RI institutionnelle	0,00	0,00	15,00	15,00	0,50	1,50	0,00	2,00	650,00
RE institutionnelle	14,00	1,75	4,25	20,00	8,00	3,00	0,00	11,00	81,82
R liaison	9,75	39,50	116,00	165,25	0,75	20,25	114,00	135,00	22,41
Accueil des étudiants	1,50	0,00	1,75	3,25	0,00	1,00	0,00	1,00	225,00
Mise en Situation Professionnelle	2,00	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	NS
Accueil des professionnels	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	NS
Total 4	31,75	42,75	182,00	256,50	14,50	24,75	162,50	201,75	27,14
Total des heures travaillées (1+2+3+4)	790,65	646,64	870,87	2308,17	566,93	737,44	786,90	2091,27	10,37
dont % activité productive direct en soin $(1/(1+2+3+4))*100$	72,50	84,13	75,77	76,99	72,01	87,70	77,75	79,70	-3,40
Total des heures disponibles corrigées	1559,80	778,40	857,60	3195,80	1140,70	710,60	658,10	2509,40	27,35
Rapport heures travaillées/heures disponibles corrigées en %	50,69	83,07	101,55	72,22	49,70	103,78	119,57	83,34	-13,33

Maintenant que nous avons présenté ce tableau de bord, nous allons analyser les différentes réactions des acteurs qui ont suivi la mise en place de ce tableau de bord.

3.2. LES REACTIONS DES ACTEURS

Suite à la conception et à l'alimentation complète du tableau de bord, une réunion a été organisée pour voir comment on pouvait améliorer l'outil de gestion et pour discuter des premiers résultats.

Dans la construction de l'outil, il s'est avéré que nous pouvions encore progresser dans certains indicateurs notamment au niveau de leur degré de finesse et de la facilité à les renseigner. Nous avons notamment redéfini puis recalculé tout les indicateurs de l'activité 1, « Soins Ambulatoires P.M.S.I. », car nous avons constaté que les données P.M.S.I. fournies par le DIM intégraient également les actes effectués par les médecins et les psychologues. Il a donc fallu faire un retraitement de l'information pour n'avoir que les actes réalisés par les personnels soignants, assistantes sociales comprises. Dans le même ordre d'idée, nous avons également défini plus clairement la notion de groupe qui pouvait dans certains cas se recouper avec l'accueil de jour. La question du renseignement des indicateurs a été aussi une question délicate notamment lorsqu'il a fallu aller puiser de l'information dans d'autres services, par exemple avec les heures disponibles corrigées qui sont dans les tableaux de bord mensuels du service des ressources humaines. Enfin, nous avons constaté qu'un autre facteur de non renseignement des indicateurs était dû au fait que le personnel ne maîtrise pas forcément bien les outils informatiques de type Excel.

En ce qui concerne l'attitude du personnel par rapport à l'alimentation de l'outil de gestion, les cadres de santé des unités ont constaté que le personnel, sans être réticent sur le fond, n'adhère pas complètement au projet dans certains cas, au motif d'une charge de travail très importante. Par ailleurs, le cadre de santé du C.M.P. nous a dit que « *Plus le personnel a des responsabilités institutionnelles, plus il semble enclin à adhérer et à compléter les tableaux* ». La situation est probablement plus complexe : nous avons eu des difficultés à faire remplir les indicateurs à temps et de façon exacte dans le C.M.P. « A » où globalement l'allocation de moyens en personnel paraît très « généreuse » (activité réalisée inférieure au potentiel d'heures disponibles) alors que c'est l'inverse dans le cas par exemple du C.A.T.T.P. (allocation apparemment insuffisante en ressources humaines). Plusieurs explications sont possibles : soit il s'agit d'une réaction de protection bien naturelle de

personnels ne souhaitant pas laisser apparaître une situation relativement confortable pour eux dans la structure, soit les indicateurs de saisie, malgré toutes les précautions prises dans leur choix et leurs recoupements (comme nous venons de l'indiquer ci-dessus), ne sont pas représentatifs des efforts réels engagés dans la structure, soit les deux phénomènes agissent conjointement.

Si on examine maintenant plus précisément les résultats, le tableau, établi à la fin de janvier 2006 et comparatif avec décembre 2005, apporte plusieurs renseignements intéressants aux managers des équipes. Globalement il apparaît que l'activité directement productive au contact des patients (activité 1 de soins ambulatoires) représente environ 75 % du temps des agents avec une stabilité assez grande dans le temps (d'un mois sur l'autre) et dans l'espace (dans chacune des unités). Les autres activités représentent une part plus réduite du temps des agents. Dans l'activité 4 la formation ne pèse quasiment rien pour les mois considérés mais cela dépend de fluctuations saisonnières et peut être très significatif à certains moments de l'année (lors de la rentrée des formations ou lors des stages des étudiants). On constate par ailleurs que les heures productives disponibles en janvier 2006 augmentent globalement d'environ 27% en janvier par rapport à décembre 2005 ce qui est largement dû au fait que les vacances scolaires de Noël interviennent cette année en quasi-totalité sur décembre et très peu sur janvier et que les jours de R.T.T. ont été également surtout pris sur décembre.

Si on se penche sur le ratio central de productivité (équivalent d'heures travaillées / heures disponibles) on constate que le C.M.P. « B » est à un niveau convenable (104 % en décembre, 83 % en janvier), que le C.A.T.T.P. est très sollicité et même parfois en surchauffe (119 % en décembre et 101 % en janvier) et que le C.M.P. « A » est lui, semble-t-il, très peu mis à contribution (50 % en décembre et 51 % en janvier). Il y a manifestement une inégalité de dotation en moyens entre les structures. Une réorganisation des structures semble nécessaire avec une réallocation des ressources humaines, le C.M.P. « A » semblant sur-doté et le C.A.T.T.P. sous-doté.

Sur la base des chiffres recueillis, les cadres des structures concernées ont eu des réflexions sur leur gestion et la productivité comparée des structures. Comment expliquer par exemple l'activité très importante, voire la suractivité du C.A.T.T.P. alors qu'il n'y a pas

d'heures supplémentaires effectuées ni à titre gratuit, ni rémunérées en heures supplémentaires ? Il semble au directeur des soins que le temps déclaré en réunions de liaison dans l'activité 4 de « gestion de l'organisation » a une importance anormale au C.A.T.T.P. (largement supérieur à ce que l'on constate dans les C.M.P.). Ceci mobiliserait environ 1/6 ème du temps disponible du C.A.T.T.P. ce qui est considérable (quasiment un équivalent temps complet sur les 6 personnes de la structure). Soit la saisie est erronée (et il faudra réajuster le tableau de bord) soit la réalité est bien mesurée et nous avons là alors un exemple de non-productivité et d'inefficience organisationnelle (et il faudrait revoir les pratiques). Les mêmes réflexions en termes de gestion ont été faites à propos du C.M.P « A ». Comment expliquer la sous-activité apparente de cette structure ? Les dirigeants avaient bien l'impression d'un « laisser-aller » et d'une faible efficience apparente mais comment est-il possible d'en arriver à une productivité de l'ordre de 50% de la normale ? Après en avoir discuté avec la responsable du C.M.P., le directeur des soins pense que l'explication vient de la façon de travailler dans la structure. Les visites médicales à domiciles y sont extrêmement importantes (l'usage des véhicules est 10 fois supérieur à ce qui se passe dans l'autre C.M.P.). Le personnel effectue les visites à deux agents soignants et consacre donc deux fois plus de temps que ce qui doit être normalement consacré à ces actes. Ainsi le personnel est occupé mais la production est réduite. Il y a là un vrai problème de pratique médicale : Faut-il continuer les visites mais organisées avec un seul personnel médical ? Faut-il recevoir plutôt les patients dans les locaux de la structure ? La question va être débattue au centre psychothérapique.

Nous sommes en train actuellement d'approfondir la réflexion, avec les acteurs du centre psychothérapique, sur ces questions. Il a été également décidé de systématiser le retour d'information auprès des acteurs à partir du tableau de bord, mais de façon précautionneuse en intégrant les enjeux et prenant en compte la place des syndicats, afin d'éviter une dégradation du climat social, celui-ci étant actuellement plutôt tendu. De plus, comme l'étude doit *in fine* aboutir à un redimensionnement des équipes par rapport aux activités, il ne faudrait pas créer une situation de blocage total.

CONCLUSION

L'installation du tableau de bord de suivi de l'activité ambulatoire au centre psychothérapique n'est pas encore achevée. Nous avons vu que plusieurs points doivent encore être approfondis d'un point de vue technique. Il faut aussi veiller à ce que la saisie de l'information de gestion soit reconnue comme un élément légitime et nécessaire par les opérationnels de terrain et que la qualité des données enregistrées soit garantie. C'est donc un travail à long terme. Mais chaque pas en avant permet de développer une nouvelle culture gestionnaire dans l'institution et conforte les instruments de pilotage interne que l'on met petit à petit en place. Il est maintenant prévu d'étendre l'outil et d'effectuer une typologie des structures en fonction des besoins médicaux des territoires couverts ce qui pourrait déboucher sur des comparaisons fines ouvrant la voie à des approches de *benchmarking* interne dans cette structure « en réseau ». Dans toute cette démarche, nous avons été frappés par l'implication et la passion des cadres du centre psychothérapique lors des discussions autour des indicateurs. Les rouages de l'activité ambulatoire se dévoilaient et faisaient sens à cette occasion autour d'une représentation partagée, incarnée par le tableau de bord.

La mise en place de ce tableau de bord de pilotage nous a permis de mettre en évidence plusieurs enseignements. Il nous semble qu'il faut bien distinguer dans l'instrumentation de gestion les outils qui relèvent d'une logique de contrôle externe et qui sont donc normés et par définition réducteurs et les outils qui relèvent de préoccupations internes, contextualisées et locales qui doivent être élaborées par les acteurs de terrain en fonction de leurs besoins spécifiques. Ceci amène aussi à insister sur la nécessité d'enclencher des démarches d'amélioration du fonctionnement et de mise en place de systèmes d'information de gestion même dans les situations transitoires et sans attendre les outils normés de la tutelle. Cette façon de faire permet d'améliorer la qualité des décisions de gestion (dans notre exemple l'allocation des moyens humains entre les différentes unités d'un secteur) mais elle permet aussi de justifier ces décisions par rapport aux partenaires syndicaux très puissants à l'hôpital et enfin elle développe une culture de gestion parmi l'encadrement de terrain et même les opérationnels de base. On a donc ici place pour les trois dimensions des outils de gestion : les rôles décisionnel, communicationnel et socio-cognitif.

Enfin nous avons pu vérifier, *in situ*, l'utilité du chiffrage en gestion. Comme plusieurs auteurs l'ont affirmé (Kaplan R. et Norton D., 1998 ; Meyssonier F., 1999), il n'y a pas de contrôle de gestion sans mesure. Nous voyons bien que tous les aspects positifs, formateurs, conflictuels parfois mais utiles la plupart du temps pour améliorer la qualité de la gestion interne des organisations se nouent autour des indicateurs, des chiffres, de la mesure des activités, des temps et des coûts. Il ne s'agit donc pas de contourner cette impérieuse nécessité du management par les chiffres (surtout dans des milieux comme l'hôpital où elle était très largement inexistante il y a encore quelques années) mais de la mettre en œuvre de façon adaptée et progressive. Le résultat final peut sembler simple voire « basique » mais il est fondé sur une réflexion collective approfondie et fouillée et peut permettre d'avancer concrètement dans les allocations de moyens alors que c'est quasi impossible sans cette justification acceptée par tous. De ce point de vue, le tableau de bord opérationnel de mesure de l'activité ambulatoire comparant ressources nécessaires et ressources consommées (fondé sur des mesures réelles de temps et des équivalents de temps recalculés) nous semble aussi indispensable pour la gestion hospitalière que des outils comme le calcul du seuil de rentabilité ou le ROI dans la gestion des entreprises.

BIBLIOGRAPHIE

- BONAFINI P. (2003), « La management des établissements hospitaliers : Des illusions aux réalités », 13^{ème} colloque international *Politique et Management Public*, Décembre, Strasbourg.
- BREMOND M. (1993), « Peut-on faire naître l'hôpital organisation à coup d'instrument de gestion : Le cas du P.M.S.I. ? », *Informatique et Santé*, Volume 6, Paris, pp. 23-34.
- DUPUY Y., MARMUSE C., KALIKA M., TRAHAND J. (1989), *Les systèmes de gestion*, Edition Dunod.
- FREIDSON E. (1984), *La profession médicale*, Payot, Paris.
- GUILMIN A. (2000), « L'offre de soins en psychiatrie: des "modèles" différents selon les départements ? », *DRESS, Études et résultats*, n°48, ministère de l'Emploi et de la solidarité, Janvier.
- HALGAND N. (1998), « Portabilité et qualité des modèles de contrôle de gestion », *Economies et Sociétés*, n°2, pp. 93-114.
- HALGAND N. (1995), « Problèmes de pertinence des coûts pour le contrôle : le cas hospitalier », *Comptabilité-Contrôle-Audit*, Tome1, Volume 2, septembre, pp. 34-51.
- HOFSTEDE G. (1981), « Management control public and not-for-profit activities », *Accounting, Organizations and Society*, volume 6, n°3, pp. 193-211.
- HUBERMAN A.M., MILES M.B., (1991), *Analyse des données qualitatives*, De Boeck Université.
- KAPLAN R. et NORTON D. (1998), *Le tableau de bord prospectif*, Les Editions d'Organisation.

- KERVASDOUE J. (1986), « Le PMSI pourquoi ? », *Informations Hospitalières*, Numéro spécial, mai-juin.
- MEYSSONNIER F. (1999), « Au cœur du contrôle de gestion, la mesure », in *Faire de la recherche en contrôle de gestion*, livre collectif sous la direction de Dupuy Y.
- MINTZBERG H. (1986), *Le pouvoir dans les organisations*, Les Editions d'Organisation, Paris.
- NOBRE T. (2000), « Quels tableaux de bord de pilotage pour l'hôpital », *Actes du Congrès de l'Association Francophone de Comptabilité*, Angers.
- NOBRE T. (2004), « L'introduction de nouveaux outils du contrôle de gestion à l'hôpital : le cas de l'ABC », *Journal d'économie médicale*, Numéro spécial : 8ème conférence internationale sur la Science des Systèmes de Santé, novembre, pp. 367-379.
- NOBRE T. (2002), « Quelle métamorphose pour l'hôpital ? », *Colloque sur la métamorphose des organisations*, Vittel, Octobre.
- POUVOURVILLE G. (1993), « France : the introduction of case-based hospital management. », In *The migration of managerial innovation : Diagnosis Related Groups and health care administration in Western Europe* Kimberly J, San Francisco Jossey-Bass, pp. 83-130.
- POUVOURVILLE G. (1993), « Information médicale et gestion des établissements : le point de vue d'un chercheur en gestion », *Informatique Médicale et Stratégies Hospitalières*, volume 6, pp. 195-204.
- POUVOURVILLE G. (1989), *Les méthodes de classifications des malades : une révolution dans la gestion hospitalière*, Colloque ADAGIO, Juin, Paris.
- RIVELINE C. (1986), « Les lunettes du Prince », *Gérer et Comprendre*, n°3, pp. 5-14.
- SAVALL H., ZARDET V. (2004), *Recherche en Sciences de Gestion : Approche Qualimétrique. Observer l'objet complexe*, Edition Economica.
- SCHMITT B. (1994), « La responsabilité des médecins dans la construction de l'hôpital de demain », in Honoré B., Samson G. (sous la dir.), *La démarche de projet dans les établissements de santé*, Privat.
- SUEUR C. (1996), « Recherche d'indicateurs d'activité en psychiatrie », Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.
- THOMPSON J.D. (1967), *Organizations in action*, McGraw-Hill, New York.