



HAL
open science

L'introduction du contrôle de gestion à l'hôpital public : massive par catalyse réglementaire ou spontanée par capillarité

Thierry Nobre

► **To cite this version:**

Thierry Nobre. L'introduction du contrôle de gestion à l'hôpital public : massive par catalyse réglementaire ou spontanée par capillarité. Normes et Mondialisation, May 2004, France. pp.CD-Rom. halshs-00594041

HAL Id: halshs-00594041

<https://shs.hal.science/halshs-00594041>

Submitted on 18 May 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

L'introduction du contrôle de gestion à l'hôpital public : massive par catalyse réglementaire ou spontanée par capillarité ?

Thierry Nobre

**CESAG, Université Robert Schuman, IECS
61 Avenue de la Forêt-Noire, Strasbourg 67 000
Tel : 03 90 41 42 41, Fax : 03 90 41 42 65
thierry.nobre@urs.u-strasbg.fr.**

Résumé

Les hôpitaux publics sont soumis à des contraintes qui leur imposent de développer le contrôle de gestion. Il s'agit de faire le point sur cette évolution à l'aube de la mise en place de la tarification à l'activité. Après avoir précisé la genèse du contexte managérial dans lequel évolue les hôpitaux, l'article dresse un constat plutôt pessimiste notamment en matière de comptabilité analytique et de pratique de contractualisation puis analyse l'introduction du CDG en identifiant deux modalités : une introduction massive par catalyse réglementaire et une introduction spontanée diffusant par capillarité.

Mots clés :

Contrôle de gestion, hôpital, comptabilité analytique, outils de gestion.

Introduction of Management Control in hospital : A massive process by catalysis using a regulation way or spontaneous with capillarity way

Abstract

Public hospitals are facing constraints that force them to develop management control. The aim of this article is to sum up the situation before a significative transition, the introduction of activity pricing. First, the managerial context of hospital is presented. Then analysis leads firstly to a pessimistic conclusion about cost analysis and contractualisation practices and secondly to identify two ways of introduction for management control in hospital : a massive process by catalysis using a regulation way or spontaneous with capillarity way

Keywords :

Management control, hospital, cost accounting, management tools.

Les hôpitaux sont confrontés à l'heure actuelle à de très fortes évolutions qui leur imposent de mieux maîtriser leur performance. Dans ce contexte le contrôle gestion constitue une opportunité pour mettre en œuvre les outils et les méthodes permettant de réaliser cet objectif. Cette communication se propose de faire le point sur la situation actuelle à l'aube d'une transformation, l'introduction de la tarification à l'activité, qui risque d'entraîner de lourdes conséquences. L'analyse développée repose sur deux catégories d'information. Il s'agit en premier lieu d'une démarche bibliographique analysant différentes enquêtes et études récentes centrées sur les pratiques actuelles de contrôle de gestion des établissements hospitaliers français. La deuxième catégorie d'informations est issue de recherche-actions qui impliquent d'une part, une immersion dans quelques établissements pour coopérer à l'évolution concrète des outils et approches et, d'autre part, la participation à des rencontres et manifestations, comme le séminaire de l'étude nationale de coûts, réunissant de nombreux acteurs du contrôle de gestion hospitalier.

La présentation de la situation actuelle du contrôle de gestion à l'hôpital nécessite, dans une première partie, de préciser l'évolution du contexte managérial de l'hôpital afin de mieux comprendre la logique institutionnelle et les enjeux dans lesquels celui-ci vient s'intégrer. Cela conduit à différencier quatre étapes pour aboutir à la configuration que connaissent les établissements aujourd'hui.

Ensuite, une seconde partie dresse un constat. Il s'agit de déterminer si l'introduction du contrôle de gestion à l'hôpital constitue véritablement un échec comme le laisse à penser les études réalisées jusqu'à maintenant. Deux approches sont mobilisées. Une première approche thématique analyse le cas de la comptabilité analytique hospitalière et le cas des pratiques de contractualisation. Une seconde approche longitudinale examine le cheminement de trois CHU.

Enfin, une troisième partie précise les modalités concrètes d'introduction du contrôle de gestion et de ses outils. La réflexion conduit à identifier deux modalités pour le processus de diffusion du contrôle de gestion dans les établissements.

D'un point de vue méthodologique ces travaux reposent sur trois approches. La première partie est étayée par des informations issues des différentes études et rapports parlementaires concernant la problématique du management hospitalier publiés récemment. La synthèse sur la situation des CHU exposées dans la deuxième partie résulte de la participation aux travaux de l'étude nationale des coûts. Enfin, les recherche-actions (Cf. tableau 1) impliquant une immersion sur une longue période dans différents établissements pour pouvoir analyser in situ

les évolutions, permettent d'identifier les modalités d'introduction du contrôle de gestion présentées dans la troisième partie.

Tableau 1 : Les recherche-actions (RA) réalisées dans le champ du contrôle de gestion hospitalier

| <i>Problématique de la RA</i> | <i>Diagnostic organisationne</i> | <i>Outils spécifiques</i> | <i>Activity Based Costing (ABC)</i> |
|-------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|
| Terrains de la R.A. | | | |
| Centre hospitalier 1 | Totalité du CH1 | Outil de charge de travail | |
| Centre hospitalier 2 | | Adaptation du PRN | |
| Centre hospitalier 3 | | | Laboratoires |
| | | | Radiologie |
| | | | Pédiatrie |
| CHU 1 | Pharmacie centrale | | S. de chir. infantile |

1. L'évolution du contexte managérial à l'hôpital

Afin de mieux comprendre la situation actuelle du contrôle de gestion à l'hôpital, il est nécessaire au préalable de préciser le cadre et le cheminement aboutissant à la réalité observable aujourd'hui. Dans cette perspective, la première partie met en regard deux catégories d'évolutions. Il s'agit d'une part, de l'évolution du contexte managérial général de l'hôpital et, d'autre part, de l'évolution des différentes composantes du contrôle de gestion (outils, méthodes et approches). Nous reprenons les quatre phases proposées par Bonafini (2003) pour mieux faire ressortir les étapes importantes et souligner les éléments déterminants à l'origine de la structure des outils et approches utilisés actuellement.

1.1. Origine et croissance : 1945-1970

Au sortir de la seconde guerre mondiale il s'agit pour la France de rattraper son retard en matière d'équipement hospitalier notamment par rapport aux autres pays européens. Le contexte de croissance économique explique l'absence de préoccupation budgétaire et de démarche gestionnaire. Les textes majeurs de cette période sont constitués par la loi hospitalière de 1958 (loi Debré) qui crée le statut de praticien hospitalier et permet l'émergence des Centres Hospitaliers Universitaires.

Le financement des hôpitaux est défini en terme de « prix de journée ». Il s'agit alors de développer une offre hospitalière pour faire face aux besoins. Dans ce cadre, la comptabilité analytique hospitalière d'exploitation consiste à produire une information pour les tutelles afin d'exercer un contrôle externe. Elle n'a pas pour objectif de permettre au décideur hospitalier de comprendre la formation des coûts ce qui constitue pourtant l'un de ses objectifs fondamentaux : « la confusion entre prix de journée, servant à la tarification, et coût de revient à la journée de la Feuille de Répartition et d'Imputation (...) a conduit à un véritable « débauchage » de l'outil de gestion qu'aurait dû être la comptabilité analytique hospitalière » (Drivet et alii 1993).

1.2. L'âge de l'équité : 1970-1983

Cette période est marquée par des politiques de planification issues en autres du courant de la RCB (rationalisation des choix budgétaires). Il s'agit d'une première tentative de transposition des préceptes issus du secteur privé vers le secteur public.

Compte tenu des deux postulats motivant l'action publique, équité et maîtrise de la croissance des dépenses d'exploitation, la loi 70-1318 va créer la carte sanitaire afin de réguler le développement de l'offre hospitalière sur le territoire. Les politiques d'investissement des établissements se confrontent ainsi à une première contrainte. Il faut toutefois reconnaître que les mécanismes de financement demeurent largement inflationnistes. Cette première tentative de régulation mécanique de l'investissement constitue durant cette période la seule innovation significative en matière d'instrumentation de gestion. Le contrôle de gestion ne connaît ainsi aucune modification venant influencer sur la gestion interne des établissements.

1.3. Les restrictions : 1983-1991

Comme le souligne Bartoli 1992 « Les logiques développées postérieurement à la RCB reposent largement sur des logiques centralisatrices de définition d'objectifs et de programmation quantitative des moyens ». En particulier, il est important de souligner que la démarche d'évaluation a priori, constituant l'un des piliers de la RCB, est l'un des principes fondamentaux de financement par dotation globale instituée par le décret du 11 août 1983. Il s'agit de créer une « contrainte économique virtuelle » (Delande 1999) en instaurant un nouveau mode de financement par dotation globale de fonctionnement remplaçant le financement par prix de journée. Il s'agit d'une dotation globale forfaitaire couvrant la totalité des dépenses prises en charge par l'assurance maladie et non couvertes par des recettes annexes. Parallèlement sont mises en œuvre des mesures limitatives, instauration d'un taux

directeur (fixant la croissance tolérée de l'enveloppe globale), gel des créations de postes. Cette évolution marque la fin d'un financement a priori hors régulation de la tutelle. Ce passage d'une constatation a posteriori à une évaluation globale a priori traduit la volonté de mise en œuvre d'une pratique de contractualisation.

Dans ce cadre la comptabilité analytique connaît une évolution. D'instrument à finalité juridico-financière elle doit devenir un outil de gestion interne permettant de faire participer les médecins à la gestion. En particulier, la réforme de 83 crée les centres de responsabilités pour favoriser la mise en place de la comptabilité hospitalière et développer la gestion budgétaire participative associant les chefs de service à la gestion des centres de responsabilité. De plus, dès 82 l'importation du modèle des DRG constitue une évolution visant à constituer un Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) dont l'objectif initial vise à mesurer la production de l'hôpital pour être ensuite utilisé pour calculer des coûts.

Le guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière de 87 vise principalement deux niveaux d'analyse, le calcul des coûts des structures hospitalières (TSA, tableau de synthèse par activité) , et le calcul des coûts de revient par GHM. Une analyse synthétique des résultats des ces innovations montre que :

- Le TSA n'a pas eu le retentissement attendu par les tutelles mais il a permis d'introduire une sensibilisation certaine aux préoccupations de coût.
- Les difficultés d'introduction du PMSI expliquent en partie l'utilisation très parcimonieuse des coûts par GHM.

1.4. L'âge de la gestion : 1991-

Les années 90 s'inscrivent dans un mouvement de renouveau du service public faisant suite au « New Public Management » des années 80. Cela se traduit en particulier par l'accroissement de l'autonomie des entités productives conjuguées à une intensification du contrôle à distance (Fargeon et alii. 2001). En particulier, la loi de réforme hospitalière promulguée le 31 juillet 1991 prévoit la création des SROS (Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire) complétant la carte sanitaire pour renforcer l'adaptation quantitative et qualitative de l'offre de soins.

Les établissements voient leur autonomie renforcée et doivent analyser leurs activités et comme le précise le J.O. du 2 août 1991 (article L.710-5, p. 10255) « mettre en œuvre des systèmes d'information tenant compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts et de

favoriser l'optimisation de l'offre de soins». La loi introduit également le projet d'établissement définissant les objectifs de l'établissement dans les domaines médical, social de formation, de gestion, et de systèmes d'information.

Ces évolutions n'apportent pourtant pas les résultats espérés (Delande 1999). Les ordonnances de 1996 viennent ainsi compléter ce dispositif afin de poursuivre la transformation mise en œuvre. La création des ARH (Agences régionales de l'Hospitalisation) constitue une étape majeure pour les établissements hospitaliers. En effet, elles doivent :

- définir et mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers,
- analyser et coordonner l'activité des établissements publics et privés,
- déterminer leurs ressources.

En matière d'outils de contrôle de gestion deux évolutions doivent être soulignées. La première concerne le renforcement du rôle du PMSI de par la volonté d'attribuer les ressources financières en fonction de l'activité médicale. La seconde concerne l'édition en 1997 d'un nouveau guide méthodologique de comptabilité hospitalière. Il doit favoriser l'émergence d'une gestion interne. Le PMSI pouvant être assimilé à la mise en œuvre d'un quasi marché de concurrence par comparaison, chaque établissement est incité à se doter d'outils de gestion et de pilotage interne. Ce guide est organisé en trois tomes portant chacun sur un objet de coût devant permettre une aide à la décision interne :

- des coûts par activités, la notion d'activité ici est différente de celle qui est retenue dans la méthode ABC/ABM, par activité il faut comprendre les activités logistiques, médico-techniques, pour lesquelles sera calculé le coût du kilo de linge, du plateau repas, du B (pour le laboratoire) ou du K (pour l'imagerie).

- des coûts par séjours déterminés en fonction des GHM,
- des coûts par centre de responsabilité, ce dernier document n'ayant jusqu'à ce jour pas encore été publié.

Il faut également signaler que parallèlement à ces outils de contrôle de gestion les textes de 1996 ont proposé d'autres évolutions concernant les pratiques de gestion des établissements hospitaliers. Parmi celles-ci nous en soulignons deux, les COM (Contrats d'Objectifs et de Moyens) et la contractualisation interne.

Le COM, signé entre l'ARH et l'établissement, établi en relation avec le projet d'établissement, définit de façon précise le financement et le fonctionnement de l'hôpital pour une périodicité de 3 à 5 ans. Cette contractualisation a pour objectif de connecter le financement de l'établissement à la réalité de son fonctionnement. Cela permet à l'ARH de

répartir la dotation régionale en fonction des objectifs définis dans la contractualisation avec les différents établissements.

Les textes de 96 préconisent la mise en œuvre au sein des établissements de la contractualisation interne. Cette volonté était déjà présente dans la loi hospitalière de 1991 (Article L 714-13, 31 juillet) mais elle n'a pas eu d'application concrète dans les pratiques managériales. Cette contractualisation interne vise les relations entre les centres de responsabilité et la direction de l'établissement. Il s'agit d'une délégation de gestion faisant l'objet d'un contrat précisant « *les objectifs, les moyens, les indicateurs de suivi des centres de responsabilité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, et les conséquences en cas d'inexécution des contrats* ».

Cette pratique est considérée comme « *une courroie de transmission fondamentale dans l'acceptation de l'évolution du financement de l'hôpital* » (Grolier 1998).

Ce rappel de l'évolution des pratiques managériales et en particulier du contrôle de gestion à l'hôpital montre deux tendances lourdes qui sont présentes tout au long de l'évolution. Tout d'abord timidement puis avec beaucoup d'insistance le législateur et/ou les rédacteurs des différents textes essaient d'introduire :

- d'une part des pratiques de contractualisation interne reposant sur une délégation de gestion nécessitant un découpage organisationnel en centres de responsabilité,
- d'autre part, la mise en place d'outils de pilotage interne, essentiellement articulés autour de la problématique de la connaissance des coûts.

Cette insistance sur la dimension interne des démarches ou outils à mettre en œuvre est proportionnelle à l'ambiguïté originelle qui a présidé à la définition des premiers outils préconisés et imposés par les tutelles, en particulier le PMSI. A l'origine cet outil a été conçu pour permettre un contrôle externe par les tutelles puis les ARH pour résoudre le case-tête du financement des établissements en permettant une analyse et une comparaison de l'activité MCO (médicale, chirurgicale, obstétrique) entre les établissements.

2. Le constat : un échec pour l'introduction du contrôle de gestion à l'hôpital ?

Pour analyser la situation du contrôle de gestion à l'hôpital nous mobiliserons dans un premier temps des études réalisées¹ auprès de l'ensemble du système hospitalier en retenant les deux éléments privilégiés jusqu'à maintenant par les tutelles, le législateur et les autorités compétentes : la comptabilité hospitalière et la contractualisation. Ensuite, nous emprunterons une démarche longitudinale en dégagant la dynamique suivie par quelques établissements. Pour cela nous insisterons plus particulièrement sur la situation des CHU. En effet les CHU de par leur taille et leurs ressources peuvent se permettre d'innover et ainsi d'être des fers de lance en terme d'implantation de nouvelles méthodes et approches managériales. Les exemples retenus ici permettent de dresser le constat établi par des établissements figurant parmi les plus innovateurs dans ce domaine, en effet ces CHU font partie de la base nationale de coût. Cela garantit que ces établissements remplissent des conditions de mise en œuvre du contrôle de gestion notamment de développement suffisant en matière de comptabilité analytique.

2.1. L'introduction de la comptabilité analytique

Plusieurs indices montrent que la comptabilité analytique hospitalière est encore un phénomène en émergence.

Tout d'abord, les études récentes sur l'introduction de la comptabilité analytique à l'hôpital dressent un tableau pessimiste. J. Gottsman (2002) constate que plus du quart des hôpitaux locaux observés ne possèdent aucune comptabilité analytique. Ce constat est largement confirmé par le rapport parlementaire Couaneau (2003) qui constate que « L'obligation de tenir une comptabilité analytique ne semble pas respectée ». De plus il faut souligner que l'étude se limitait à l'étude de l'existence formelle de tels outils et non à leur utilisation.

Ensuite, comme le rappelle Bonafini (2003), les tentatives d'activation de la comptabilité hospitalière restent très restreintes dans leurs effets. En particulier, l'exploitation des travaux du groupe de l'ACAH (Amélioration de la Comptabilité Hospitalière) « reste pour le moins anecdotique ». Ces travaux visent pourtant la réalisation d'une méthodologie de comparaison des coûts bruts de certaines activités. Il faut néanmoins souligner que ces travaux ne

¹ En particulier, le rapport parlementaire Couaneau (2003), l'étude de Delande (1999), de Gottsman (), de Bonafini (2003) le numéro spécial de gestion hospitalière de sur la contractualisation interne.

concernent que les activités administratives, logistiques et médico-techniques, les secteurs cliniques restant hors du champ de ces études.

Enfin, il s'avère que la mobilisation des données de l'étude nationale des coûts pour connecter les consommations de ressources à la production des diverses activités de l'hôpital est quasiment inexistante.

2.2 L'introduction de la contractualisation

Dans le domaine de la contractualisation les constats incitent aussi à un certain pessimisme.

En matière de contractualisation interne, il s'avère que seulement 6% de tous les établissements ont instauré des centres de responsabilité de taille suffisante avec de réelles marges de manœuvre. De même les insuffisances des systèmes d'information semblent expliquer que seulement un quart des établissements disposent de budget de service et d'un contrôle de gestion succinct.

En matière de contractualisation externe la situation semble encore plus préoccupante. Suivant le dernier rapport de la cour des comptes sur l'application des lois de financement de sécurité sociale « de très nombreux établissements » ne disposent pas de projet approuvé. Constat confirmé par Couaneau (2003) qui indique « selon une enquête auprès des ARH, moins de la moitié des établissements financés par la dotation globale étaient dotés d'un projet approuvé au 1^{er} janvier 2002 ». Quand aux COM (contrats d'objectifs et de moyens) deux constats peuvent être établis. En premier lieu, il s'avère que, même pour ceux qui les ont expérimentés, cela s'est rarement traduit par une déclinaison interne sur le mode participatif. En second lieu, l'esprit des COM a connu une transformation non négligeable. Ils avaient été instaurés par la réforme de 1996 pour favoriser une certaine reprise en main du secteur hospitalier par les tutelles. Ils sont devenus un moyen pour les hôpitaux d'obtenir des engagements de la part de l'autorité de contrôle, en particulier sur le plan des enveloppes budgétaires.

2.3. Le constat de 3 CHU

Lors du dernier Séminaire de l'étude nationale de coûts², trois CHU à l'aube de la mise en place de la tarification à l'activité ont fait le point sur la situation de leur système de pilotage et de contrôle de gestion dans la perspective de cette nouvelle donne pour le fonctionnement

² Séminaire de l'Etude Nationale des Coûts (ENC) (octobre 2003), regroupant l'ensemble des établissements participant à la base nationale de coûts.

des établissements hospitaliers. Nous avons résumé dans le tableau 1 les principaux éléments de ces constats. Il faut au préalable souligner que ces établissements figurent parmi les plus innovants dans le domaine des pratiques managériales et plus précisément du contrôle de gestion. La présentation de leur évolution et de leur situation actuelle n'a, par conséquent, pas pour objectif une quelconque représentativité du système hospitalier dans son ensemble mais plutôt la présentation de la préfiguration des évolutions potentielles et des cheminements que peuvent connaître les hôpitaux dans les années prochaines.

Les CHU sont présentés par ordre décroissant d'ancienneté de l'introduction du contrôle de gestion, le CHU 1 ayant l'expérience la plus longue, le CHU 3 ayant introduit le contrôle de gestion le plus récemment. Cette différence d'ancienneté, explique que les rubriques descriptives de la situation du contrôle de gestion (démarches, outils, constats, causes, évolutions) sont inégalement renseignées. En particulier, la rubrique « évolutions envisagées » du CHU 3 est encore vierge car il s'agit pour cet établissement de stabiliser la première version de son système de pilotage, alors que l'ancienneté de l'expérience du CHU 1 permet d'ors et déjà de bénéficier de l'expérience acquise pour tirer des leçons et apporter des évolutions aux systèmes mis en place.

Tableau 1 : L'évolution du contrôle de gestion dans 3 CHU

de la base nationale des coûts

| | CHU 1 | CHU 2 | CHU 3 |
|-------------------|--|--|--|
| Démarche | Démarche depuis 6 ans très budgétaire initialement, support de la contractualisation. Mise en évidence des sur et sous-dotations par service détaillant l'information pour permettre les comparaisons. Objectifs : - établissement : réduire la sur dotation et maîtriser les dépenses médicales et pharmaceutiques, - services : réduire la différence avec la référence ENC. | Démarche budgétaire depuis 4 ans support de la contractualisation. | Intégrer pour donner du sens : - produire des indicateurs utiles à un pilotage central - et de proximité orienté action par la mesure de la performance économique autour de 4 axes équilibrés. |
| Outils | - Le tableau PMSI par service ou regroupement de service. - Budget alloué et décomposé suivant la structure ENC. - Activité : utilisation de la référence nationale. | | Balanced scorecard : - les patients (ex : appréciation globale), - la prise en charge (ex : évolution des DMS par CR), - les ressources financières (ex : valeur point ISA), - les ressources humaines (Nbres d'entrées HC et HJ par ETP médicaux). La DMS : Un indicateur opérationnel simple et robuste, représentant une porte ouverte sur l'organisation, conforme au modèle de l'ENC, favorisant une culture de comparaison, permettant de cartographier les risques et opportunités dans le portefeuille des activités et d'identifier les leviers d'action opérationnels en terme d'organisation, de projet médical et d'allocation budgétaire |
| Constats | Constat mitigé : - effets induits : langage commun acquis, - les objectifs de maîtrise sont partiellement atteints. | Deux limites : - une démarche trop budgétaire, - démarche stratégique et managériale trop jeune. - des enseignements utiles. | La diffusion d'une culture médico-économique commune. Des impacts décisionnels marginaux. Des limites en terme de pilotage car l'utilisation des données ENC sont limitées pour le plus grand nombre. |
| Causes | Des supports trop financiers qui n'expliquent pas la formation des coûts. Difficultés de formation des équipes à la gestion. Pas de véritable délégation de gestion. Pas d'indication sur la performance métier Pas d'investissement sur l'organisation et les processus. | Un repositionnement au sein d'une logique de pôles. Imposer la comparaison pour initier l'action. La définition d'indicateurs globaux reproductibles aux niveaux des pôles suivant 6 dimensions de la performance : | Difficultés à produire les coûts par séjours. Disponibilités et pertinence des référentiels. Marges limitées sur l'opérationnel. |
| Evolutions | Vers l'analyse des processus : ABC/ABM. Approfondir la contractualisation à partir de la transformation des indicateurs. | - Performance médico-économique (ex : ISA), - Performance concurrentielle(ex : % d'activité sur le bassin de recrutement), - Performance du personnel non médical (ex ETP Nméd./100 000points ISA) - Performance du personnel médical (ex : ETP Méd./100 000 points ISA), - Performance Qualité (ex : taux de plainte), - Performance organisationnelle (ex : DMS). | |

Quelques grandes tendances peuvent être dégagées de ce constat établi par les établissements eux-mêmes.

Démarches : Les démarches initiales (CHU 1 et 2) sont fortement budgétaires, articulées sur la contractualisation interne et fortement connectées au PMSI. Elles ont un objectif fortement affiché de maîtrise de dépenses.

Les outils : Ils sont initialement fortement dépendant des outils préconisés par les tutelles (budgets, PMSI, référence de l'ENC, CHU 1 et 2). Pour les démarches plus récentes (outils de CHU 3 et évolutions envisagées de CHU1 et CHU 2), ils s'orientent sur les démarches

processus et sur des approches proposant une analyse de la performance plus diversifiée par exemple de type de type Balanced Scorecard.

Les constats : Les trois établissements font apparaître plusieurs catégories de résultats :

- des résultats décevants en matière d'impact sur les résultats attendus (objectifs de maîtrise partiellement atteints CHU 1, impacts décisionnels marginaux CHU 3),
- des effets induits non négligeables (langage commun acquis CHU 1, des enseignements utiles CHU 2, la diffusion d'une culture médico-économique commune CHU 3).

Les causes : Pour expliquer la différence entre les résultats attendus et les résultats obtenus plusieurs causes sont soulignées par ces établissements. Certaines concernent la nature même des outils (des supports trop financiers n'expliquant la formation des coûts CHU 1, une démarche trop budgétaire CHU 2, la difficulté de produire des coûts par séjours CHU 3). D'autres concernent la dimension organisationnelle de ces outils (pas de véritable délégation de gestion CHU 1). Enfin, certaines concernent le faible lien des outils avec les pratiques (ni indication sur la performance métier ni investissement sur l'organisation et le processus, CHU 1, marges limitées sur l'opérationnel).

Les évolutions : Face à ce constat les établissements s'orientent vers des outils orientés processus et activités (CHU 1) et offrant une diversification des indicateurs de pilotage (6 dimensions de la performance CHU 2, les 4 axes du balanced scorecard CHU 3).

Le constat général de l'introduction du contrôle de gestion et plus généralement des méthodes de pilotage de la performance dans les établissements hospitaliers semblent ainsi à première vue plutôt pessimiste. Pourtant, une analyse plus approfondie, même si elle ne remet pas fondamentalement en cause ce constat, vient quelque peu relativiser cette perception. En effet, différentes expériences, et notamment celles des CHU exposées ci-dessus montrent que des expérimentations se développent. Cela nous conduit à analyser maintenant cette dualité voire cette diversité des situations pour mieux comprendre la dynamique d'introduction du contrôle de gestion dans les hôpitaux.

3. Quelle modalité d'introduction du contrôle de gestion dans les établissements

Différentes explications sont traditionnellement retenues pour expliquer les difficultés d'introduction du management et plus particulièrement du contrôle de gestion à l'hôpital (Tonneau 1994, Engel et alii 2000, Cauvin 1999, Saulquin 2000, Kersvadoué 2002, Gibert

2002). Elles concernent soit les aspects techniques des outils, soit la particularité de l'organisation que constitue l'hôpital. Afin d'apporter un autre éclairage au débat, l'analyse porte plus particulièrement sur la dynamique de l'introduction du CDG observable dans les établissements jusqu'à maintenant.

3.1. Une double modalité d'introduction du CDG à l'hôpital

L'examen des modalités observables de l'introduction du contrôle de gestion dans le système hospitalier et plus particulièrement dans les établissements montre que deux dynamiques se dessinent. La première institutionnelle repose sur l'action des tutelles qui incitent à la mise en place d'une ingénierie de gestion définie, la seconde issue des établissements voit des tentatives d'introduction de méthodologies sortant du cadre envisagé par ces tutelles. D'autre part pour être complète l'analyse de l'introduction du contrôle de gestion dans les établissements hospitaliers doit tenir compte d'un phénomène de pénétration suivant deux étapes. D'une part l'introduction dans un établissement donné, (pourquoi et comment le contrôle de gestion va apparaître dans un établissement ?) et ensuite la diffusion des méthodes et outils au sein de l'établissement (comment se propage le contrôle de gestion au sein de l'établissement ?)

3.1.1. Une introduction massive par catalyse réglementaire

La méthodologie préconisée et utilisée par le ministère et les autorités de tutelles jusqu'à maintenant repose sur une introduction que nous qualifions de massive pour deux raisons. Tout d'abord une ingénierie très lourde a été mise en œuvre pour élaborer les outils (PMSI, GHM, base nationale des coûts, guide méthodologique) à partir d'une production importante de textes (législatifs, réglementaires, des ordonnances, ...). Ensuite, les outils ont été conçus pour l'ensemble des établissements relevant plus particulièrement de l'activité MCO (Médecine chirurgicale et Obstétrique). L'implantation devant découler de l'application des différents textes. Ces derniers devant permettre une catalyse en jouant le rôle de réactif. Force est de constater que le précipité n'est pas forcément au rendez-vous.

3.1.2. Une introduction spontanée diffusant par capillarité

L'observation de certains établissements montre qu'en marge des actions menées par les ministères et les autorités de tutelles, il est possible d'assister au développement de démarches qui ne sont pas envisagées par le ministère (par exemple : ABC, balanced scorecard). Dans ce cas ce sont des acteurs clés, des directeurs d'établissements, des directeurs administratifs et

financiers, des contrôleurs de gestion qui initient ces démarches différentes par rapport aux approches officielles. Ces acteurs fondent leur action sur leur conviction profonde d'une part, de la nécessité d'introduire des outils de pilotage permettant de lier les outils aux pratiques professionnelles et, d'autre part d'avoir une meilleure lisibilité entre l'activité réalisée et les ressources consommées. Cette introduction que nous qualifions comme spontanée, par rapport aux actions des tutelles, se diffuse ensuite au sein des établissements par un mécanisme de capillarité. Le champ d'application est élargi progressivement. Les acteurs décideurs au sein de l'hôpital, en général les chefs de services, sont l'objet d'une campagne de « séduction /conviction/conversion » puis, compte tenu de l'exemple des services ayant déjà expérimenté les outils, ces derniers se répandent progressivement dans l'établissement par un phénomène de mimétisme et d'imitation.

Nous prenons pour exemple le cas de la comptabilité par activités qui ne fait pas partie des outils préconisés par les tutelles. Certains établissements, en particuliers le CHU 1 et ses acteurs décideurs, ont trouvé les marges de manœuvre suffisantes pour mettre en œuvre la démarche dans les laboratoires puis le chef de service de la pharmacie a été convaincu et a appliqué la méthode dans différents départements en particulier la stérilisation ensuite des services cliniques ont fait une demande d'expérimentation. Dans ce cas le directeur économique et financier et le contrôleur de gestion ont réussi, d'une part à convaincre d'autres décideurs et, d'autre part, à mobiliser des moyens non négligeables pour cette démarche autonome.

3.2. Le contrôle de gestion à l'hôpital : un assiégeant à la recherche de son cheval de Troie

Comme l'ont montré de nombreux auteurs l'hôpital est une organisation complexe marquée par un système de pouvoir très prégnant où cohabitent d'une part des hiérarchies parallèles (administratifs, soignants, médecins) et d'autre part des services exerçant des fonctions diversifiées (services cliniques, services médico-techniques, services logistiques). Les résultats des études et enquêtes citées précédemment et les observations émanant de nos propres recherche-actions nous incitent à proposer une représentation de la propagation du contrôle de gestion au sein des établissements suivant différentes étapes.

En premier lieu, l'équipe de direction et/ou la direction financière sont sensibilisées à la nécessité de l'instauration de méthodes de pilotage de la performance. Ces acteurs prennent ensuite la décision d'implanter le contrôle de gestion dans l'établissement. Pour traduire cette

volonté en actions concrètes deux cas de figure concernant les outils envisagés peuvent être différenciés, le premier est le plus fréquent, le second plutôt marginal :

- L'application des méthodes institutionnelles :

Il s'agit de méthodes préconisées par le ministère (budget de service, comptabilité analytique hospitalière prévue par le guide méthodologique, exploitation par le contrôle de gestion du PMSI). Dans ce cas l'ensemble des services est concerné. Force est de constater que l'évaluation des résultats obtenus par ces différents outils s'avère plutôt pessimiste, en particulier dans les services cliniques, c'est à dire les unités médicales et chirurgicales.

- L'application de méthodes innovantes:

Dans ce cas la propagation se déroule suivant une progression dont la première étape est une expérimentation dans des services logistiques et médico-techniques pour tenter dans une seconde étape de pénétrer les services cliniques. Ce n'est que la réussite préliminaire des uns qui permettra l'expérimentation puis la généralisation dans les autres. L'exemple de la comptabilité par activités témoigne très nettement de ce phénomène pour les établissements qui l'expérimentent à l'heure actuelle.

Nous résumons ainsi cette évolution en trois étapes :

- sensibilisation de l'équipe de direction
- expérimentation dans les services logistiques et médico-technique
- extension aux services cliniques.

Il faut constater qu'à chacune de ces étapes des acteurs clés vont jouer un rôle un rôle moteur pour initier l'étape en question, en général le directeur financier pour la première, les chefs de services pour les deux suivantes.

L'introduction du contrôle de gestion semble donc se faire par encerclement. Dans un premier temps celui-ci investit les services médico-techniques et les services logistiques. Ensuite, il tente de pénétrer le cœur de l'hôpital c'est à dire les services cliniques, ces derniers acceptant d'adopter les démarches et outils utilisés dans les autres services.

Compte tenu des observations concernant les établissements et pour tenter d'imager la situation actuelle nous pensons que le contrôle de gestion à l'hôpital est un assiégeant qui n'a pas trouvé son cheval de Troie pour s'introduire au cœur de l'hôpital, les services cliniques c'est à dire les services médicaux et chirurgicaux. En effet, d'une part pour les méthodes institutionnelles, même si les outils y ont été mis en place, ce qui est encore rare, les outils ne sont pas utilisés, et, d'autre part, pour les méthodes innovantes la pénétration des services

cliniques, qui est l'heure actuelle encore rarissime, nécessite au préalable l'implantation dans les services périphériques.

L'examen de la situation générale des établissements en matière de contrôle de gestion montre ainsi que l'hôpital bien qu'il soit une organisation fortement réglementée et régie par des textes dépend totalement pour l'introduction des outils des comportements des acteurs décideurs ce qui explique la diversité des situations. Les différentes expériences recensées ci-dessus montrent que l'introduction du contrôle de gestion à l'hôpital laisse une large place aux acteurs dans les établissements. Qu'il s'agisse de l'étape de décision, (choix d'introduire ou pas des outils, types d'outils, modalités d'introduction) ou de l'étape de mise en œuvre effective, les marges de liberté des acteurs sont finalement très importantes ce qui expliquent la diversité des situations constatée à partir d'un contexte légal et réglementaire commun et conséquent.

Conclusion

En conclusion, il est nécessaire de nuancer ce qui est actuellement perçu comme un échec. En effet, un premier niveau d'échec concerne la mise en place des outils. Sur ce point il s'avère que le « taux d'équipement » en outil est faible. Ensuite, un deuxième niveau d'échec vise l'efficacité des outils mis en œuvre. Les acteurs du système hospitalier sont plutôt pessimistes. Il faut néanmoins différencier les effets identifiables et les effets non identifiables, latents et en particulier les changements culturels et cognitifs induits. Pour les premiers, il faut reconnaître que l'impact sur la réduction des ressources consommées est faible. Par contre, en ce qui concerne les seconds, certaines évolutions concernant plus particulièrement le corps médical et les cadres infirmiers montrent qu'un début d'intérêt semble se manifester, visible notamment par des demandes de formations ou par une participation plus active aux différentes démarches de gestion mises en œuvre. De plus, à la décharge de ces acteurs, il faut rappeler que les tutelles sont à l'origine des outils préconisés jusqu'à maintenant ce qui explique leur logique budgétaire pour un contrôle externe par une comparaison entre les établissements. Enfin, il faut reconnaître que la motivation pour développer ces outils était faible compte tenu de l'absence d'incitation et de sanction. L'espoir pour la mise en œuvre d'un contrôle de gestion à l'hôpital repose finalement à l'heure actuelle sur la tarification à l'activité qui constituera peut-être le système de motivation et de sanction qui jusqu'à maintenant était inexistant.

Bibliographie :

- Bonafini P. (2003), Le management des établissements hospitaliers : Des illusions aux réalités, *13^{ème} Colloque international Politique et management public*, Décembre, Strasbourg.
- Cauvin C. (1999), Etablissements de santé : spécificité de la gestion et particularité du management, in Simon P. et Joffre P., *Encyclopédie de gestion*, p. 1179-1205
- Couaneau R. (2003), L'organisation interne de l'hôpital, Rapport à l'Assemblée nationale, 108 p.
- De Kersvadoué J. (2002), Hôpitaux l'avenir du système de soins français : rupture ou continuité, *Gestion hospitalière*, n° 484, p. 32-39.
- Delande G. (1999), Les agences régionales d'hospitalisations, instruments d'une meilleure performance publique en matière de planification sanitaire, *Politiques et Management Public*, vol 17 n°3, pp. 93-105.
- Drivet R., D. Gautier, E. Couty et J.P. Segade, (1993), De l'autonomie financière à la régulation externe : quels outils pour demain ? *Revue de gestion hospitalière* n° 325, p. 261
- Engel F., Kleitz F., Moisdon J.C., Tonneau D. (2000), *La démarche gestionnaire à l'hôpital-la régulation du système hospitalier*, Seli Arslan.
- Fargeon V., Minvielle E., Valette A. (2001), La création des ARH ; bouleversement ou aménagement du dispositif de régulation, *11^{ème} colloque Politique et Management public*.
- Gibert P. (2002), La mesure du coût à l'hôpital mythe ou réalité ? Panorama hospitalier international, *Revue hospitalière de France*, N° 486.
- Grolier J. (1998), Le financement des hôpitaux publics, Editions ENSP.
- Saulquin J.Y. (2000), Management hospitalier : leçon de complexité, cahier de recherche, ESCEM, pp.199-216.
- Tonneau D.(1994), Les outils de gestion à l'hôpital – Bilan d'une greffe sur un service public à soigner, thèse.