



HAL
open science

Décisionnel à l'hôpital: Privilégier une démarche de co-construction.

Cédric Aubin

► **To cite this version:**

Cédric Aubin. Décisionnel à l'hôpital: Privilégier une démarche de co-construction.. 2011. halshs-01519470

HAL Id: halshs-01519470

<https://shs.hal.science/halshs-01519470>

Submitted on 7 May 2017

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.

Décisionnel à l'hôpital : Privilegier une démarche de co-construction.

Cédric AUBIN

*Directeur Conseil Secteur Public / Santé Social du groupe KEYRUS
Enseignant et chercheur associé à l'IFROSS – Université Jean Moulin Lyon 3 – France
Membre de la Société Française d'Évaluation*

Tél. : +33 6 65 49 89 32

E-mail : cedric.aubin@keyrus.com / cedric.aubin@univ-lyon3.fr

[Réflexion] Stratégie

Gestions Hospitalières n° 509 - octobre 2011

Résumé. La réforme hospitalière conduit les établissements à mettre en place de nouvelles formes de contrôle de gestion et des outils permettant de piloter leur performance globale. La vocation du système d'information décisionnel (SID) est de fournir à chaque groupe d'acteurs les indicateurs permettant de mesurer, rendre compte et améliorer la performance médicale et économique de ses activités. Pour atteindre cet objectif, les établissements doivent aborder le SID comme un « projet d'entreprise » qui répondra mieux aux attentes et aux objectifs s'il a été co-construit.

Mots-clés : Hôpital, Réforme hospitalière, Management, Performance, Décision, Système d'information, Décisionnel, Descriptif.

Introduction

Les réformes portées par les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 obligent les établissements de santé à moderniser leur management et à faire évoluer leurs structures internes. La tarification à l'activité (T2A) et la nouvelle gouvernance hospitalière ont en outre eu pour effet de revisiter la notion de performance hospitalière, en cherchant à réconcilier l'efficacité économique et organisationnelle avec les finalités médicales et sociales.

En conférant aux établissements plus d'autonomie de gestion et d'organisation – et en prolongeant cette logique à l'intérieur des établissements par le biais de la contractualisation d'objectifs au niveau des pôles d'activité –, ces réformes ont également fait apparaître un nouveau besoin: celui, pour chaque établissement, de disposer d'outils et de méthodes permettant non seulement de rendre compte de la gestion administrative et financière à la tutelle, mais aussi de donner à chaque catégorie d'acteurs les moyens de suivre et d'optimiser ses activités pour améliorer la performance globale de l'établissement.

Cette dynamique de progrès repose fondamentalement sur la mise à disposition d'indicateurs et de tableaux de bord reflétant les différentes dimensions de l'activité reliées aux objectifs du projet stratégique de l'établissement. De par son hétérogénéité, sa fragmentation et sa complexité, le système d'information hospitalier (SIH) n'est pas conçu pour produire ce type d'informations.

D'où la nécessité de s'appuyer sur un autre dispositif : un système d'information décisionnel qui, par sa conception même, pourra assurer cette fonction.

1. Un système décisionnel « durable »

À condition de respecter quelques principes de base, un SID peut aider les établissements hospitaliers à remonter, à structurer et à analyser les données de leurs systèmes opérationnels et de gestion pour comprendre leur activité et prendre des mesures pertinentes d'amélioration de la performance.

Ces principes sont au nombre de trois :

- le premier, fondamental, est de considérer le SID comme un système d'information à part entière, et non comme une extension du SIH. Les données qui alimenteront le SID proviendront essentiellement des systèmes de gestion et des systèmes opérationnels de l'établissement, mais le système décisionnel doit rester unique et être transversal à toute l'organisation ;
- le deuxième principe est de choisir une architecture qui rende le SID « insensible » aux évolutions du SIH et de l'hôpital lui-même : les organisations fonctionnelles changent, les systèmes opérants sont mis à jour, de nouvelles applications sont déployées, d'autres sont abandonnées ou consolidées...

Ces changements ne doivent ni affecter ni remettre en cause la logique de production du système décisionnel. La réponse technique est la mise en place de deux éléments constituant le socle du SID : un entrepôt de données (*data warehouse*) et un logiciel (ETL) chargé d'extraire de chaque source (système comptable, SIRH, dossier patient...) les données requises, puis de les acheminer vers le *data warehouse* où elles sont stockées dans un format unifié.

« Les données centralisées dans le data warehouse sont à la fois la mémoire de l'établissement et la matière première des applications de tableau de bord et d'analyse. Préserver leur intégrité fonctionnelle maximise les possibilités de les utiliser en aval. »

- Le troisième principe concerne le statut des données hébergées dans le *data warehouse* : elles doivent être considérées à la fois comme la mémoire de l'établissement et comme la matière première des informations et applications décisionnelles, à savoir les indicateurs, tableaux de bord, rapports et applications d'analyse qu'utiliseront les équipes administratives et médicales pour étayer leurs décisions. Pour maximiser cette matière première, il est essentiel de dénaturer le moins possible les données entreposées dans le *data warehouse* de façon qu'elles puissent être exploitées par un plus grand nombre d'applications sans nécessiter de re-transformation.

2. Construire un langage commun

La partie du système qui vient d'être décrite relève de la direction informatique (DSI). En revanche, ce que la machine décisionnelle va produire doit être défini par les utilisateurs, en lien avec la DSI, pour s'assurer de la faisabilité technique, et la direction générale, pour garantir la cohérence avec le projet d'établissement. L'enjeu est ici autant de définir les indicateurs qui seront mesurés que de se mettre d'accord sur le sens donné à ces indicateurs. La construction de ce langage commun – sous forme d'un dictionnaire partagé par la direction, le contrôle de gestion, les pôles d'activité clinique et pôles médico-techniques, le département d'information médicale (DIM), la commission médicale d'établissement (CME)... – ne va pas de soi !

On découvre très vite en effet que tout le monde ne met pas la même chose sous le même mot, par exemple que « la durée moyenne de séjour » n'obéit pas à la même définition dans le PMSI et les statistiques de l'établissement, ce qui peut être source d'incohérences et d'incompréhension. Le travail consiste à donner une définition unique de chaque indicateur retenu et à se mettre d'accord sur les règles de construction de ces indicateurs. Il consiste également à s'assurer que les données nécessaires à leur construction sont effectivement disponibles dans les systèmes sources et qu'elles sont de bonne qualité.

La qualité et la disponibilité des données déterminent la qualité de l'indicateur, laquelle conditionne son exploitabilité future.

Il n'est pas inutile de rappeler qu'un nombre restreint d'indicateurs bien choisis et bien construits vaut infiniment mieux qu'une masse d'indicateurs visant à l'exhaustivité. La plupart ne seront pas utilisés parce que finalement jugés inadaptés. Ces indicateurs inutiles ont un coût puisqu'il faut mobiliser des ressources humaines et techniques pour les développer, les produire et les maintenir tant que la décision de les abandonner n'a pas été prise. Enfin, un indicateur n'a de sens pour agir que s'il est assorti d'un objectif (qualitatif ou quantitatif) explicite.

« Il faut choisir les “bons” indicateurs mais surtout établir un langage commun. La définition du contenu et de la finalité des tableaux de bord est une occasion privilégiée d'instaurer le dialogue et d'améliorer la compréhension mutuelle des métiers et des objectifs. »

3. Méthodes et outils pour « donner à voir » rapidement

Une difficulté majeure des projets décisionnels a longtemps été le temps qui s'écoulait entre le moment où les utilisateurs exprimaient leurs besoins (d'indicateurs, d'analyses, de type de restitution...) et celui où la première version de leur tableau de bord leur était livrée et, généralement, les décevait. Ce n'est plus le cas : les nouvelles méthodes de conduite de projet

(méthodes agiles) et une nouvelle génération d'outils de restitution éliminent ce fameux « effet tunnel » qui a tué tant de projets.

« Les méthodes agiles et les nouveaux d'outil d'analyse et de dashboarding accélèrent la mise en œuvre des tableaux de bord. Le prototypage et le travail en cycles courts permettent aux utilisateurs de voir rapidement leur outil se construire et s'affiner. »

On peut ainsi réduire de façon très significative la durée des projets et, par conséquent, leur coût, tout en associant étroitement les utilisateurs à la conception du contenu et de l'ergonomie des applications décisionnelles. Des solutions comme QlikView™, Tableau™ ou les produits les plus récents des grands éditeurs du décisionnel permettent de réaliser en quelques jours des prototypes et, par itérations rapides, d'ajuster les tableaux de bord aux attentes de ceux qui les utiliseront. Ces solutions offrent, de plus, une richesse graphique et des possibilités d'interactions avec les données qui séduisent les utilisateurs et les incitent à les manipuler. Contrairement aux anciennes solutions, leur intuitivité permet d'obtenir des résultats sans apprentissage spécifique ni connaissance approfondie des logiques de données sous-jacentes.

4. Faire émerger une culture de la performance et du résultat

La volonté de passer d'une logique d'obligations externes à une logique de responsabilisation de l'ensemble des acteurs du système de santé constitue la toile de fond des réformes hospitalières en cours. Pour concrétiser cette ambition sur le terrain, l'expérience montre qu'il faut à la fois du temps, une volonté managériale forte et des outils appropriés pour donner corps à une culture de la performance – celle-ci s'entendant, et c'est la spécificité de l'hôpital, en termes d'utilité sociale, de qualité des soins et d'efficacité économique et organisationnelle.

La co-construction du système décisionnel contribue à accélérer le développement de cette culture en donnant concrètement à voir, notamment à travers la discussion sur les indicateurs, les priorités, les chemins de progrès et les liens entre les dimensions médicales, sociales, économiques et financières de l'activité hospitalière. Cette compréhension transversale modifie la perception que les différents métiers de l'hôpital peuvent avoir du changement en clarifiant les marges de manœuvre et d'initiative.

La condition est, bien entendu, que la démarche soit impulsée et soutenue au plus haut niveau de l'établissement.

L'adoption de cette approche collaborative permet en quelque sorte de faire d'une pierre deux coups : expliciter les composantes de la performance propre à l'établissement tout en invitant les parties prenantes à construire eux-mêmes l'outil permettant à chacun de mesurer son effort et sa contribution aux progrès.