

# ***Pilotage des Etablissements de Santé***

---

## ***Définition des projets Pilotage***

***[2]***

***Enjeux du pilotage de la performance pour les établissements de santé :  
passer d'une logique d'obligations externes à  
une logique de volonté managériale interne***

Version 1.0

Copyright (c) **2005 GMSIH**

Permission vous est donnée de copier et distribuer ce document selon les termes de  
la

Licence D-GMSIH, Version 1.0 ou ultérieure publiée par le GMSIH.

Une copie de cette Licence peut être consultée à l'adresse  
<http://www.gmsih.fr/licences/>.

Auteur(s) du document :	Contrôle Qualité
GMSIH	Date : 18/07/2005 Statut : Validé Par : Anne GAGNARD

## Sommaire

<b>Références</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Introduction</b> .....	<b>7</b>
<b>2. Le pilotage des établissements de santé, un besoin induit par l'évolution du système de santé</b> .....	<b>8</b>
<b>2.1. Des réformes qui exigent la mise en place d'outils de pilotage dans les établissements de santé</b> .....	<b>8</b>
2.1.1. L'axe : «répondre aux besoins de santé » avec le SROS.....	8
2.1.2. L'axe «assurer la qualité de son activité» avec l'accréditation/certification .....	9
2.1.3. L'axe « améliorer son efficacité économique et organisationnelle» : réforme du financement et nouvelle gouvernance.....	10
<b>2.2. Des attentes de plus en plus fortes du public sur la connaissance de la qualité des soins/prévention des risques</b> .....	<b>13</b>
<b>3. Un changement culturel pour beaucoup d'établissements de santé : le passage à une logique de pilotage et de performance</b> .....	<b>15</b>
<b>3.1. Comment d'autres secteurs ont-ils acquis la maturité managériale nécessaire au pilotage et à la performance ?</b> .....	<b>15</b>
<b>3.2. L'absence de culture du pilotage interne dans les établissements de santé assurant une mission de service public</b> .....	<b>17</b>

## Références

Le GMSIH a produit les références suivantes relatives au projet de cadrage « Définition des projets Pilotage » :

- [0] Synthèse de l'étude
- [1] Etat de l'art en matière de méthodes et d'outils de pilotage, illustration des déclinaisons possibles dans les établissements de santé
- [2] **Les enjeux du pilotage pour les établissements de santé**
- [3] Etat des lieux et attentes des établissements de santé
- [4] Premières recommandations pour implanter une démarche de pilotage
- [5] Le projet de cadrage du GMSIH : méthodologie et résultats



## 1. Introduction

Un établissement de santé doit globalement répondre à trois grandes finalités stratégiques :

- Répondre aux besoins de santé tels qu'ils s'expriment dans le cadre du territoire de santé auquel il appartient, conformément aux orientations du schéma régional d'organisation sanitaire.
- Assurer la qualité de son activité, dans le cadre notamment de la meilleure prise en charge possible du patient
- Optimiser son efficacité économique et organisationnelle

Ces dernières années, les réformes se sont succédées afin de structurer les établissements de santé sur ces finalités. Après avoir été tournées vers des modalités de contrôle externe de niveau national, elles visent maintenant à donner une plus grande autonomie et une responsabilisation des établissements.

Ces réformes obligent les établissements de santé à moderniser leur management et à faire évoluer leur organisation interne. Ce type d'évolution se rencontre d'ailleurs dans l'ensemble des secteurs sous la dépendance de l'Etat – notamment la réforme introduite par la Loi Organique Relative aux Lois de Finance (LOLF).

Ce document a pour objectif de préciser en quoi ces réformes génèrent des enjeux stratégiques pour les établissements de santé. Il s'agit notamment de déployer une culture du contrôle de gestion orienté médical et d'ainsi dynamiser tous les acteurs qu'ils soient du domaine médical, soignant, administratif ou logistique dans le but de développer une logique de pilotage et de performance.

Le document suivant (n°3) fera un point sur l'état des lieux et les attentes exprimées par les établissements concernant le développement de cette démarche et le document n° 4 proposera des premiers éléments de recommandation pour implanter ou déployer le pilotage dans un établissement de santé.

## 2. Le pilotage des établissements de santé, un besoin induit par l'évolution du système de santé

Actuellement, la définition et la mise en place d'outils de pilotage sont, dans les établissements de santé, très souvent consécutives à des obligations réglementaires, et beaucoup plus rarement liées à un processus interne de management.

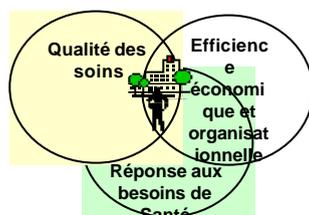
Le corpus réglementaire est très complet. Le point le plus notable est son évolution vers plus d'autonomie et de responsabilisation des établissements de santé.

### 2.1. Des réformes qui exigent la mise en place d'outils de pilotage dans les établissements de santé

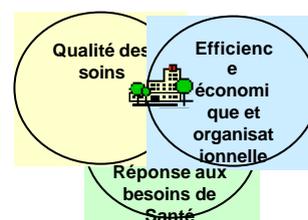
Le législateur accompagne un mouvement global de recherche de performance, mouvement qui était jusque là tourné sur le contrôle externe, suivant les trois finalités des établissements de santé : la réponse aux besoins de santé, la qualité de l'activité et l'efficacité économique et organisationnelle. Il a travaillé successivement sur ces trois finalités.



- Le législateur s'est d'abord attaché à répondre et à suivre les besoins de santé des populations (adaptation quantitative et qualitative de l'offre de soins)
  - Projet d'établissement (1991)
  - SROS (1996)



- Puis, l'accréditation a été lancée et vise « l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins »
  - V1 (1996) avec un objectif de management de la qualité (finalisation mi-2006)
  - V2 (initiée en 2005) avec un objectif de management par la qualité qui vise au succès par la satisfaction des patients (approche processus)



- Les réformes actuelles doivent permettre aux Établissements d'avoir une démarche de performance globale et à leur donner les moyens de cette ambition
  - Contrats d'Objectifs et de Moyens (1996)
  - Décloisonnement des secteurs d'activités par la Nouvelle Gouvernance (2005)
  - Responsabilisation des établissements par les réformes de financement (T2A, EPRD)

#### 2.1.1. L'axe : « répondre aux besoins de santé » avec le SROS

Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) est élaboré sous la direction de l'Agence Régionale d'Hospitalisation et vise à susciter et accompagner les évolutions nécessaires des systèmes hospitaliers publicsetprivés sur une période de 5 ans.

La 3<sup>ème</sup> version du SROS doit être rendue fin 2005. Plusieurs évolutions essentielles sont à noter par rapport aux versions antérieures<sup>1</sup> :

<sup>1</sup> « SROS 3 ET PMSI-EBS : LES CADRES DE NOTRE ACTIVITE DE 2005 A 2010 », Docteur Bernard Croguennec, Clinique Chénieux, Limoges

- « La suppression de la carte sanitaire et des indices de besoins fixés à l'échelon national....confère un rôle accru au SROS... celui-ci comporte désormais une annexe opposable... »
- « Le SROS fixe les grandes orientations stratégiques de l'évolution de l'offre de soins... l'annexe du SROS précise les objectifs quantifiés par territoire de santé... »
- « Mise en place d'objectifs quantifiés de l'offre de soins, par territoire de santé, par activités de soins et par équipements matériels lourds... »
- « Le contrat d'objectifs et de moyens de chaque établissement doit servir de support... »

Le SROS 3 prend en compte une nouvelle démarche : celle d'évaluation des besoins de santé (EBS). Pour cela, le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI-EBS) s'est enrichi en 2004 d'un module d'Évaluation des Besoins de Santé.

« L'objectif est d'identifier dans quelle mesure les recours aux soins hospitaliers paraissent en adéquation ou pas avec ce que l'on sait des besoins de soins hospitaliers et plus largement des besoins de santé de la population et de leur évolution prévisible. Cette démarche doit permettre d'identifier les marges de progrès, et de définir des objectifs notamment d'adaptation de l'organisation des soins avec comme finalité, l'amélioration de la santé publique. »<sup>2</sup>

Par ailleurs, l'ordonnance sur la simplification du droit renouvelle le principe de conformité du projet d'établissement avec le schéma d'organisation sanitaire. Il doit s'inscrire dans le cadre des territoires de santé qui se substituent aux secteurs sanitaires.

**En terme de pilotage, le SROS 3 introduit des méthodes plus approfondies de planification sanitaire et voit accroître son caractère opposable.. Par conséquent, il est nécessaire pour le Conseil Exécutif de chaque établissement de disposer d'indicateurs prospectifs minimum afin de pouvoir se situer au sein de son environnement**

### **2.1.2. L'axe «assurer la qualité de son activité» avec l'accréditation/certification**

Lancée en 1997 par le décret n°97-311 (Art. R710-6-1 à 710-6-11 du Code de la Santé Publique), l'accréditation est une procédure d'évaluation externe de l'ensemble du fonctionnement et des pratiques d'un établissement de santé, cette évaluation étant effectuée par des professionnels indépendants de l'établissement et de ses organismes de tutelle. Elle vise à assurer la sécurité et la qualité des soins donnés au malade et à promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein des établissements de santé.

Elle s'inscrit dans un double courant international prônant d'une part une démarche professionnelle de promotion de l'amélioration continue de la qualité fondée sur un référentiel métier et sur une évaluation externe par les pairs et, d'autre part, l'appréciation du niveau de qualité atteint dans un contexte de renforcement de l'obligation de rendre compte au public de la qualité des services rendus.

Cette procédure permet ainsi :

---

<sup>2</sup> Cahier des charges pour l'évaluation des besoins de santé dans le cadre de l'élaboration des SROS, DHOS-ORS Pays de Loire, Juin 2004.

- De s'assurer de la qualité et de la sécurité des soins donnés au patient
- D'apprécier la dynamique des démarches d'évaluation et d'amélioration mises en œuvre
- D'impliquer les professionnels dans ces démarches
- De valoriser les actions d'évaluation et d'amélioration
- De renforcer la confiance du public par la communication de résultats
- De formuler des recommandations explicites aux établissements

L'Anaes (devenue HAS), chargée de la mise en œuvre de l'accréditation, établit, avec les acteurs du système de santé, des référentiels conçus pour apprécier l'organisation, les procédures et les résultats attendus en termes de gain de santé et de satisfaction du patient.

L'accréditation concerne tous les établissements de santé publics et privés. En ce sens, elle vise également les groupements de coopération sanitaire entre établissements de santé, les syndicats inter-hospitaliers détenteurs d'une autorisation d'activité, ainsi que les réseaux de santé.<sup>3</sup>

L'accréditation a fait l'objet d'une nouvelle version (V2), appelée certification. Une expérimentation a été menée au premier semestre 2004 et la démarche d'accréditation a été généralisée à partir de janvier 2005. Trois thématiques notamment ont fait l'objet d'un approfondissement dans le cadre de la deuxième version du manuel d'accréditation :

- L'évaluation du management
- La gestion des risques
- L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

En terme de pilotage, les grands enseignements de l'accréditation sont les suivants :

- Pour permettre une démarche d'amélioration continue et donc une meilleure qualité des soins, **l'accréditation doit créer une démarche transversale aux secteurs d'activités et aux catégories professionnelles**
- **Maîtriser la qualité nécessite de disposer des informations nécessaires, de la volonté de se fixer des objectifs, de raisonner par processus, d'analyser les écarts par rapport aux objectifs et donc de la capacité à suivre et à contrôler dans le temps de manière décloisonnée des services.** Tous ces éléments méthodologiques sont directement applicables à une gestion plus globale de la performance.

En terme de pilotage, le plus grands impact de l'accréditation V2 (certification) correspond à la nécessité de disposer d'informations plus approfondies et plus régulières sur les modes de fonctionnement des services.

### **2.1.3. L'axe « améliorer son efficacité économique et organisationnelle » : réforme du financement et nouvelle gouvernance**

#### **2.1.3.1. Tarification à l'activité (T2A) et Etat Prévisionnel des Recettes et Dépenses (EPRD) : réforme du financement et nécessaire pilotage médico-économique**

Jusqu'à la mise en œuvre de la loi du 18 décembre 2003, deux systèmes différents de financement des structures de soins cohabitaient. D'une part, le système de financement par

<sup>3</sup> Manuel d'accréditation V2, Septembre 2004, ANAES, p8

dotation globale pour les établissements publics, les établissements de santé privés participant au service public hospitalier (PSPH) et ceux ayant opté pour la dotation globale en application de l'article 25 de l'ordonnance du 24 avril 1996 et, d'autre part, un système de tarification à la journée et/ou au forfait pour les actes réalisés dans les établissements de santé mentionnés aux d) et e) de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale (cliniques privées sous contrat et hors contrat).

Ces deux systèmes présentaient des limites, notamment :

- Le montant de la dotation globale n'était pas fondé sur l'activité médicale, ce qui tendait à figer les situations existantes indépendamment de l'évolution de l'activité, en dissociant cette dernière de son mode de financement ;
- Le système de facturation des cliniques n'était pas équitable car les valeurs unitaires des prestations étaient différentes selon la localisation de l'établissement ;
- Ces deux systèmes ne permettaient pas de comparaison entre les établissements des deux secteurs sous dotation globale (DG) et privés sous contrat.

L'objectif de la réforme de la tarification a pour but de répondre à ces difficultés et d'obtenir un système fondé sur :

- Une plus grande médicalisation du financement
- La responsabilisation des acteurs
- L'égalité de traitement entre les secteurs sous DG et privé hors DG
- Le développement des outils de pilotage médico économique

Cette réforme de la tarification induit un certain nombre de bouleversements auxquels les établissements doivent faire face (cf. documents du GMSIH sur les impacts de la T2A « Etat de la réforme au 14 Janvier 2005 »).

Le changement de logique financière en est la principale conséquence. Jusqu'à présent, les établissements sous DG étaient financés par une dotation globale pour la part prise en charge par l'assurance maladie, les autres ressources provenant des montants dûs par le patient ou les organismes complémentaires. Chaque établissement recevait une dotation dont le montant était fixé par l'ARH et qui était revalorisé chaque année, sur la base des budgets de l'année précédente, par l'application d'un taux directeur, complétée par des opérations de péréquation et par des financements ciblés liés à des objectifs spécifiques.

Avec la T2A, c'est l'activité qui va déterminer les recettes et par conséquent une part très importante des ressources, compte tenu du maintien d'une logique d'enveloppe pour une part du financement. Chaque établissement est rémunéré, pour un séjour donné, à un tarif fixé nationalement, a priori et de manière exogène. Ce changement majeur dans l'approche financière des établissements engendre une vraie révolution dans le mode de production, de gestion et de traitement de l'information.

Les recettes sont fonction de l'activité saisie et codée. L'information ou plus exactement, la gestion de l'information correspondante, fournira aux établissements des outils de pilotage.

La réactivité pour fournir ces informations sera déterminante sur l'obtention des recettes et donc sur la trésorerie de l'établissement.<sup>4</sup>

Néanmoins, s'il s'agit d'un changement de logique financière, les impacts vont bien au-delà des aspects de gestion : « La tarification à l'activité est tout sauf une réforme financière. Il s'agit en fait d'une réforme de l'organisation de nos ressources vers la production de soins,

<sup>4</sup> GMSIH, T2A : Etat de la réforme au 14 Janvier 2005

ce qui appelle une réforme culturelle et managériale de nos hôpitaux. La mise en adéquation d'un certain nombre de circuits qui, aujourd'hui sont totalement déconnectés, sera nécessaire »<sup>5</sup>

L'Etat Prévisionnel des Recettes et Dépenses (EPRD) vient compléter le dispositif de financement. Trois évolutions majeures sont à prendre en compte :

- Le budget devient évaluatif et n'est donc plus limitatif comme dans le système de dotation globale. Ceci donne plus de souplesse au gestionnaire, mais lui crée une responsabilité plus importante. Il n'y a plus de séparation aussi nette entre exploitation et investissement, le second apparaissant directement lié à la première via la Capacité d'Autofinancement (CAF),
- L'EPRD est un outil de gestion prévisionnelle, qui nécessite de définir son activité attendue et de déterminer de là ses recettes. Le gestionnaire doit mettre en place un suivi régulier des évolutions recettes/dépenses afin d'ajuster sa gestion sur les recettes réelles et non plus sur le niveau des dépenses autorisées,
- Une culture financière se généralise dans les établissements de santé qui jusqu'alors y étaient peu sensibilisés, notamment du fait de la séparation de l'ordonnateur et du comptable qui confère au second un rôle de contrôle *a priori* de la régularité de la dépense.

Le directeur de l'établissement de santé est donc encore davantage responsabilisé sur son budget. Le suivi de l'exécution a lieu tous les trimestres. En cas de pertes financières, le conseil d'administration peut exiger des actions correctives, et un comité d'audit peut être nommé. Différents niveaux d'actions sont prévus si les résultats restent négatifs, et il est possible de relever de leurs fonctions le directeur et le conseil d'administration dans les cas extrêmes, avec la mise sous tutelle provisoire de l'établissement.

En terme de pilotage, les grands impacts attendus de la mise en place de la T2A et de l'EPRD sont :

- Les établissements de santé ont besoin **d'informations régulières** (mensuelles ou trimestrielles) sur les **évolutions des recettes/dépenses** pour prévenir et corriger tout risque de dérapage ;
- Sur le plan de la gestion, l'information est idéalement produite par la comptabilité analytique sur la base d'une approche par répartition des coûts au sein de la structure. Néanmoins, au regard des complexités inhérentes à la détermination précise de certaines répartitions, **des méthodes d'approximation des coûts complets sont envisageables**. La maille d'information doit être adaptée à chaque établissement (pôle/secteur d'activité/service), mais ne doit pas être trop large pour permettre d'identifier précisément les zones à enjeux.
- **Les établissements de santé se dotent d'une vision synthétique de l'activité et de ses coûts induits, permettant d'établir les budgets prévisionnels et de les suivre régulièrement**
- La gestion financière (et de la trésorerie) se renforce dans les établissements publics

### 2.1.3.2. Nouvelle gouvernance et contractualisation interne

La nouvelle gouvernance est une réforme par ordonnance dans le cadre de la loi n°2004-1343 du 9 décembre 2004 portant simplification du droit. Elle s'inscrit dans le cadre du plan « Hôpital 2007 ». L'ordonnance n° 2005-406 a été promulguée le 2 mai 2005 et son application sera faite d'ici le 1<sup>er</sup> janvier 2007.

<sup>5</sup> Laurence Bernard, Directrice Financière, CHU de Grenoble, Gestion Hospitalière Décembre 2004

Quatre grandes évolutions sont attendues de cette réforme :

- Rénover les instances ;
- Alléger la tutelle et responsabiliser les établissements ;
- Simplifier ;
- Améliorer l'organisation, le fonctionnement et le rôle des établissements de santé

La réforme couvre les grands axes suivants :

- Le recentrage du conseil d'administration sur ses missions stratégiques ;
- L'association des directeurs et des praticiens à la gestion et à la mise en œuvre de la stratégie de l'établissement, par la création du conseil exécutif et des pôles ;
- Le décloisonnement et l'amélioration des prises en charges, à travers la démarche de contractualisation avec les pôles ;
- La participation des personnels, dans les conseils de pôles ;
- La préservation de la responsabilité de l'Etat, instauré par le dispositif de mise sous administration provisoire des établissements en difficulté financière durable ;
- Une nouvelle organisation budgétaire et comptable, en cohérence avec la réforme du financement

La création des pôles, ou leur évolution au sein des établissements, doit être vécue comme une opportunité de renforcer le partenariat médico-administratif.

En terme de pilotage, les impacts majeurs attendus de la nouvelle gouvernance et la contractualisation interne sont :

- **Le développement de la pratique de la contractualisation interne, avec la démarche de fixation d'objectifs et de suivi de leur réalisation ;**
- Un lien entre la stratégie et les processus opérationnels des établissements de santé, facilité et formalisé au travers d'un cadre organisationnel nouveau ;
- A partir de ce cadre organisationnel, la mise en place d'un réel système de pilotage, ainsi que la mise en place d'outils de gestion associés.

## **2.2. Des attentes de plus en plus fortes du public sur la connaissance de la qualité des soins/prévention des risques**

Progressivement, comme dans beaucoup d'autres activités touchant à la santé (alimentation, pollution, etc...) un besoin de transparence sur les activités de soin s'est créé dans notre pays.

Le public (et les médias) semblent de plus en plus en plus intéressés par la connaissance des établissements où la qualité des soins apparaît la meilleure, ce point étant accompagné par le droit à l'information pour les usagers (corrélé ou pas avec la loi du 4 mars 2002) ainsi que par une plus forte implication des usagers souhaitée par l'HAS dans sa V2 de l'accréditation :

- Certains médias publient régulièrement des articles ou des ouvrages de classement des établissements et/ou de leurs spécialités ;
- Les risques sanitaires concernent de plus en plus le grand public (sang contaminé, canicule de 2003, etc..) qui réclame des mesures adaptées, telles qu'elles sont apparues avec le plan Urgences et le plan Blanc ;

- Les plaintes judiciaires se sont multipliées, même si elles restent faibles en France, contre les établissements et les professionnels de santé, de même que les condamnations (l'augmentation forte par anticipation des primes des compagnies d'assurance en témoigne).

Si les professionnels restent peu sensibles aux classements et aux publications à destination du grand public (en 2004, pour 70% des professionnels en CHU ces publications n'ont guère provoqué de mise en œuvre de stratégie professionnelle spécifique), par contre les politiques et les administrations sont sensibles à ces aspects. Par ailleurs la création de structures transversales de type CLIN, CLAN, Vigilances... traduisent la sensibilisation des acteurs de santé depuis le début des années 1990 à l'amélioration de la qualité et la prévention des risques. Le rôle de ces structures transversales est fondé sur un triple objectif :

- institutionnaliser les démarches qualités à l'échelle de l'établissement ;
- favoriser l'appropriation progressive des approches méthodologiques de management des risques par des actions de surveillance organisées et évaluées par les professionnels eux-mêmes, au travers de leurs pratiques collectives ;
- homogénéiser sur l'ensemble d'un territoire une traçabilité et un système de pilotage de la gestion des risques<sup>6</sup>.

L'ordonnance sur la simplification du droit a prévu (Art. L. 6144-1) de réformer le fonctionnement de ces structures et de mieux coordonner leurs procédures en les replaçant en tant que sous-commissions de la commission médicale d'établissement et en essayant d'en réduire le nombre.

En termes de pilotage, les impacts principaux sont :

- Pouvoir suivre les données afin d'évaluer les conséquences des situations rencontrées et des mesures mises en place ;
- Pouvoir **présenter de manière transparente les résultats sur des sujets sensibles en s'appuyant sur des mesures fiables, opposables, et dans certains cas définies nationalement** ;
- A travers la connaissance de ses principaux indicateurs et des référentiels, pouvoir communiquer sur les actions, les résultats, et les orientations stratégiques, notamment au niveau local ;
- La nécessité, notamment pour les pouvoirs publics, de **disposer rapidement d'informations dans ces domaines liés à la santé publique** pour organiser rapidement les filières de prise en charge adéquates (ex : urgences, gérontologie, ...) communiquer vers les médias et le public, et gérer ainsi les situations de crise avec des moyens adaptés

---

<sup>6</sup> IXèmes assises nationales hospitalo-universitaires, Thème 4: l'organisation, le rôle et la place de structures transversales : CLIN, CLAN, COMEDIMS et Vigilances, Christiane Coudrier, Mars 2005

### 3. Un changement culturel pour beaucoup d'établissements de santé : le passage à une logique de pilotage et de performance

On a vu précédemment que les nouvelles réformes ont donné un grand nombre d'orientations permettant aux établissements de santé de développer leur autonomie, tant en terme financier que d'organisation. Le corollaire de cette autonomie est la nécessité de la gérer au mieux et donc de disposer des outils et méthodes adaptés au contexte et aux objectifs des établissements de santé.

Pour beaucoup d'établissements de santé, c'est un véritable changement culturel, car il s'agit de passer d'une logique de suivi administratif de l'activité à une logique managériale, qui reste à adapter à toutes les spécificités de l'établissement de santé, notamment public.

Il est à noter que si la plupart des cliniques privées (ex sous OQN) ont déjà intégré la logique du pilotage de l'activité, elles sont néanmoins dans un secteur qui devient de plus en plus concurrentiel et qui exige d'elles toujours plus de performance (en terme de coûts, de positionnement sur son bassin de population, de capacité à se différencier).

#### 3.1. Comment d'autres secteurs ont-ils acquis la maturité managériale nécessaire au pilotage et à la performance ?

##### 3.1.1.1. Les entreprises privées

Dans le monde de l'entreprise, un double constat a été progressivement effectué au cours des années 1980 :

- L'insuffisance forte de la traduction de la stratégie des organisations en actions concrètes au niveau des opérationnels, reflétant l'absence d'appropriation des démarches stratégiques ;
- Les insuffisances du modèle de comptabilité analytique traditionnel pour permettre de comprendre la formation des coûts du fait de la progression de la part des coûts indirects dans le coût total des produits et services.

Le livre « In search of excellence » de Peters et Waterman, publié en 1983 a été le premier électrochoc qui a fait prendre conscience aux managers du monde entier du besoin de mise en œuvre effective de leurs plans stratégiques, à travers la méthode dite des « 7'S » (« Strategy, Structure ; Systems<sup>7</sup> » d'une part et « Staff, Skills, Style/Culture, Shared Values<sup>8</sup> » d'autre part) ;

Par ailleurs, les travaux de Kaplan et Norton (1990), eux-mêmes intégrant fortement les constats faits sur les méthodes de mise en place de la Qualité au Japon (Kaizen, etc...) ont débouché sur le concept de Balanced Scorecard, ayant pour objectif de permettre une déclinaison effective de la stratégie en actions.

Puis les mêmes Kaplan et Norton ont été à l'origine de l'émergence de la méthode ABC (Activity Based Costing) ou coûts des activités, puis de la méthode ABM (Activity Based Management) ou Gestion par les processus et les activités, apportant une réponse au besoin

<sup>7</sup> Stratégie, Organisation et Systèmes

<sup>8</sup> Equipe, Compétences, Culture d'entreprise, Valeurs communes

d'amélioration de la connaissance des coûts à travers la maîtrise des processus et des activités

Ces éléments ont été les principaux fondateurs des concepts de management de la performance des entreprises, tant en termes de déclinaison que de contrôle de celle-ci. De nombreuses organisations, tant privées que publiques, ont depuis mis en place ces méthodes à travers le monde.

Citons un extrait de l'introduction de l'ouvrage « Le management de la performance » de PL Bescos et C Mendoza –1996 ECM:

« ...les ambitions affichées par ces nouvelles méthodes montre qu'il s'agit de réconcilier le calcul des coûts avec l'analyse stratégique, de faire travailler ensemble les opérationnels dans un but commun, de permettre un dialogue entre le comptable et l'ingénieur et d'adapter la comptabilité analytique aux nouvelles techniques de production (juste à temps, qualité totale, etc...)... »

### 3.1.1.2. les administrations et la LOLF

La LOLF vise à moderniser la gestion publique et à renouveler la nature et les outils du contrôle parlementaire, **en confiant aux gestionnaires publics davantage de liberté en contrepartie d'une plus grande responsabilité.**

Son principal objectif est de **passer d'une culture de moyens et d'une responsabilité de conformité, à une culture et une responsabilité de performance.** La gestion publique sera donc orientée vers les résultats et la recherche de l'efficacité, tandis que la transparence des informations budgétaires et la portée de l'autorisation parlementaire seront renforcées. Cet objectif place chaque responsable devant une obligation de performance, c'est-à-dire d'efficacité et d'efficience, définie au travers d'objectifs précis et d'indicateurs qui permettent d'en suivre les résultats.

A terme, la loi organique devrait donc :

- modifier en profondeur les règles de présentation et de vote des lois de finances ;
- renforcer les moyens d'information et de contrôle du Parlement sur les finances publiques ;
- et développer la comptabilité de l'État.<sup>9</sup>

Les objectifs associés au budget de l'État sont en nombre limité. Ils portent sur

- les effets attendus des politiques publiques,
- sur la qualité exigée des services publics
- et sur l'optimisation des moyens mis en oeuvre par les administrations civiles et militaires

Les responsables de programmes au sein des administrations se voient confier une enveloppe de crédits globalement et partiellement fongible qui leur permet de choisir les moyens les plus adaptés pour atteindre les résultats attendus. Ils doivent à cette fin améliorer leur dispositif de pilotage par les performances permettant d'orienter l'ensemble de leurs services vers la réalisation des objectifs stratégiques. Dépositaire majeur de la culture de performance, **le responsable de programme décline la stratégie établie et les objectifs souhaités, en pilotant les actions et en utilisant les marges de manœuvre dégagées.**

---

<sup>9</sup> La Documentation Française

### **3.2. L'absence de culture du pilotage interne dans les établissements de santé assurant une mission de service public**

Les établissements de santé assurant une mission de service public ont dû répondre jusqu'à maintenant à des objectifs de moyens (financement par dotation globale) et à une culture administrative de conformité budgétaire. Dans ce cadre, les outils et méthodes de pilotage de la performance interne n'étaient pas essentiels.

Le manque d'appropriation des démarches de pilotage jusqu'à maintenant est donc lié :

#### **3.2.1.1. à l'absence de contrainte forte portée par les tutelles sur la bonne application de textes réglementaires**

En effet, l'historique des établissements de santé indiquent que de nombreux textes réglementaires avaient déjà incité à mettre en œuvre les éléments d'une gestion de la performance tant au niveau stratégique qu'au niveau de la performance économique et opérationnelle :

- La comptabilité analytique a été rendue obligatoire comme outil de gestion « interne » par la circulaire n° 151 du 4/12/1953. Elle a évolué suite à la mise en place du PMSI dans la réforme de 1983 par la publication en 1/1985 du Guide Méthodologique de comptabilité hospitalière publié par le Ministère et actuellement intégré aux obligations par l'Art. R714-3-43 qui indique que l'ordonnateur tient une « comptabilité analytique »,
- La loi portant réforme hospitalière du 31/7/1991 demande aux établissements d'établir un projet médical et un projet d'établissement, équivalents des plans et projets d'entreprise dans le secteur privé, lesquels doivent permettre aux structures d'établir leur vision pour l'avenir, avec une véritable déclinaison de la stratégie de l'organisation,
- La mise en place du PMSI et de l'étude nationale de coût en 1996 a permis aux établissements qui le souhaitaient, à la fois de réaliser un véritable système de comparaison avec d'autres établissements et de se pencher sur la structure de leurs coûts,
- Les contrats d'objectifs et de moyens, supports de la contractualisation entre les ARH et les établissements devaient permettre un véritable alignement stratégique des établissements,
- Les budgets par centres de responsabilité : la circulaire du 18/6/1984 précise que chaque centre de responsabilité doit se voir allouer un budget....

Or l'ensemble de ces textes réglementaires n'a pas su créer une dynamique de gestion et leur utilisation effective pour piloter les établissements est restée très limitée.

#### **3.2.1.2. pendant toute la période de financement par dotation globale, à un manque de transparence sur les méthodes d'attribution ou d'évolution budgétaire**

Le PMSI qui avait été présenté comme possédant une dimension régulatrice permettant de mieux mettre en adéquation activités et ressources n'a que très partiellement joué ce rôle, les tutelles n'effectuant que des arbitrages budgétaires à la marge à l'aide de cet outil.

Par exemple, les contrats d'objectifs, outil prometteur lors de leur mise en œuvre, n'ont pas eu les effets escomptés par manque de démarche pour en assurer à la fois le suivi et l'évaluation.

#### **3.2.1.3. à la faiblesse des marges de manœuvre laissées aux établissements**

Le manque de fongibilité des budgets, le fonctionnement par suivi budgétaire n'ont pas favorisé la prise d'initiatives au niveau des établissements de santé. De plus, au vu de

l'importance du groupe 1 (frais de personnel) dans les comptes de résultats (environ 70% des charges), toute évolution était nécessairement sensible.

#### **3.2.1.4. à la complexité inhérente à l'organisation des établissements de santé qui portent des logiques professionnelles différentes**

La dyarchie rencontrée dans les établissements de santé, avec d'une part la logique professionnelle médicale (médecins et soignants) et d'autre part, la logique administrative, se caractérise par des responsabilités importantes pour les uns et les autres, dans des domaines différents et complémentaires. Une stratégie claire et partagée a donc des difficultés à émerger de ces approches. Ceci est renforcé par une notion de finalité qui n'est pas seulement économique, mais aussi liée à la satisfaction du patient et à la réponse à l'offre publique de soins, ces finalités n'étant pas contradictoires.

« Manager à l'hôpital, c'est également composer avec un environnement normatif, le plus souvent ressenti comme un carcan résultant de la conjonction de multiples strates législatives et réglementaires sans que la cohérence n'en soit toujours perceptible ou intelligible, ni même vecteur de cohésion des acteurs, qu'il s'agisse de la mise aux normes du parc hospitalier, du développement des vigilances, de la promotion du droit des patients, des démarches de projet ou des procédures d'évaluation et d'accréditation, comme de bien d'autres éléments<sup>10</sup> ».

Les différentes réformes donnent aux établissements de santé l'obligation (par la réforme du financement), mais aussi l'opportunité d'évoluer vers une culture du résultat, qui implique pour les directions et l'ensemble des équipes plus d'autonomie dans leurs choix, mais également plus de responsabilité sur les conséquences associées.

**La question de fond est de savoir si les établissements de santé pourront négocier ce cap, c'est à dire sauront rassembler :**

- **la volonté des leaders de l'établissement,**
- **l'appropriation par toute l'organisation,**
- **les moyens au sens compétences et ressources**
- **la capacité à décliner méthodes et outils aux spécificités du monde hospitalier**

<sup>10</sup> Ph. DOMY - Les diversités du management du CHU –IXèmes Assises nationales hospitalo-universitaires Strasbourg – 17 et 18 mars 2005