



QUELS TABLEAUX DE BORD DE PILOTAGE POUR L'HOPITAL ?

Thierry Nobre¹

Résumé :

Il s'agit d'étudier, à partir de recherche-intervention, les besoins actuels concernant les tableaux de bord à l'hôpital. Le constat de l'insuffisance de coordination interne conduit à préconiser des tableaux de bord permettant de maîtriser les processus impliquant les différents acteurs et les différents services afin de compléter les approches financières et budgétaires essentiellement développées jusqu'à maintenant. Ces tableaux de bord nécessitent des indicateurs physiques définis, utilisés et pilotés par les acteurs ce qui entraîne de profondes mutations pour le contrôle de gestion au sein de l'hôpital.

Mots clés.

Hôpital, contrôle de gestion, tableaux de bord, performance.

Abstract :

The aim of this article is to evaluate if a balanced scorecard would be useful to increase efficiencies, and what sort of balanced scorecard could be developed. Considering two case studies using an experimental approach, the objective is to complete the traditional budgetary and financial approaches.

The field experiments show that it is possible to define quantitative, physical and real indicators to involve the actors. This appears to be a priority objective because in each case an audit indicates that the main causes of inefficiency are consequences of an important lack of coordination (vertical and horizontal) within hospitals.

Key words :

Hospital, management accounting, balanced scorecard, efficiency.

¹ Université Louis Pasteur LARGE 61 Avenue de la Forêt Noire 67 085 Strasbourg Cedex
Téléphone : 03 90 41 41 32, Fax : 03 90 41 41 29 nobre@cournot.u-strasbg.fr

Introduction

Les hôpitaux sont soumis actuellement à des contraintes budgétaires et légales qui nécessitent de fortes mutations des pratiques hospitalières de management. Même, si « l'avènement de l'hôpital-entreprise » (Bazy-Malaurie et Berthod-Wurmser, 1996) est loin d'être une réalité et ne fait d'ailleurs pas l'objet d'un consensus en tant qu'objectif à atteindre, certaines techniques ou démarches ont été empruntées au monde de l'entreprise pour être utilisées dans le cadre des organisations hospitalières. L'analyse stratégique (Valette 1996), le projet d'établissement (Claveranne 1996), la comptabilité par activités (Garrot 1995, King et alii 1994, Holford et McAuley 1987, Kirton et Hazlehurst 1991) constituent des exemples de méthodes transférées dans l'univers hospitalier. Tous ces emprunts au monde de l'entreprise témoignent d'une volonté de la part des directions d'établissement et des autorités de tutelles de promouvoir un système de régulation et de pilotage s'appuyant sur des critères plus transparents et objectifs. La loi hospitalière de 1991 et les ordonnances de 1996 instaurant des procédures de contractualisation interne entre les directions d'établissement et les services (médicaux et chirurgicaux, médicaux-techniques, logistiques) constituent une incitation légale déterminante à l'implantation d'outils d'évaluation interne pour définir des priorités. Dans ce contexte de définition d'outils de gestion et de mise en place d'une véritable ingénierie de management, l'interrogation vise principalement un domaine, le contrôle de gestion et un outil, le tableau de bord de pilotage. Plus particulièrement, et d'après des travaux déjà réalisés (Pettersen 1995, Masse 1996), il s'avère que les gestionnaires des établissements hospitaliers utilisent principalement une démarche budgétaire qui présente certaines imperfections quant à la mise en place d'un pilotage effectif. L'objectif de nos travaux, à partir d'une approche exploratoire, est de tester l'hypothèse de la possibilité d'élaboration d'un tableau de bord de pilotage complétant et améliorant l'ensemble des outils actuels découlant d'une démarche budgétaire.

A partir de deux recherches-interventions conduites dans des établissements hospitaliers, il s'agit de déterminer quelles perspectives d'accroissement de la performance (efficacité et efficience) peuvent être recensées et sous quelles formes elles peuvent être ensuite instrumentées dans un tableau de bord.

Une première partie présente les caractéristiques actuelles des tableaux de bord à l'hôpital. Ensuite, après avoir exposé les terrains d'expérimentation de cette recherche, nous ferons part des résultats obtenus dans les cas empiriques justifiant une évolution des tableaux de bord utilisés dans le management hospitalier. Enfin, à partir du constat établi, des évolutions sont envisagées pour favoriser et développer la fonction de pilotage des tableaux de bord à l'hôpital.

1. Les Tableaux de bord à l'hôpital

Le caractère polysémique du terme « tableau de bord » incite, au préalable à préciser la

conception développée jusqu'à maintenant de cet outil en général puis, plus particulièrement, dans le cadre du management hospitalier.

1.1 L'évolution des tableaux de bord

Le positionnement du tableau de bord dans les outils du contrôle de gestion conduit à constater la diversité des objectifs qui lui sont assignés à partir de la dualité de sens du terme contrôle : vérifier et maîtriser (Lauzel et Teller 1986). La prééminence de l'objectif de simple vérification a longtemps conduit à assimiler les tableaux de bord et la logique du reporting interne où sont assemblés des indicateurs purement financiers dans le cadre d'un contrôle de gestion centralisé (Bouquin 1994, Chappiello et Delmond 1994). Ensuite, le développement de nouvelles approches, et en particulier celles centrées sur les processus et les activités, (Lorino 1993, Johnson et Kaplan 1987, Mevellec 1991), a centré le contrôle de gestion sur des problématiques relatives aux actions de maîtrise de l'évolution de l'organisation et de sa performance, ce qui induit une transformation des informations utilisées dans les tableaux de bord (Demeestère, Lorino, Mottis 1997). Cette dichotomie des objectifs peut aussi être représentée à partir de l'analyse des deux conceptions du tableau de bord recensées par J.L. Malo (1992) :

- le tableau de bord, banque de données, à partir d'informations rétrospectives entend faciliter la prise de décision par la direction générale,
- le tableau de bord au service de la délégation, doit aider chaque responsable dans sa prise de décision et permettre le suivi de l'exercice de la délégation.

Après avoir essentiellement utilisé des informations financières, les tableaux de bord intègrent des indicateurs plus diversifiés : quantitatifs, physiques, qualitatifs. Cette tendance s'avère d'autant plus forte dans le cas français (Bouquin 1993, Laverty et Demeestère 1990, Gray et Pesqueux 1993). Il est pourtant possible de constater un regain d'intérêt dans le monde anglo-saxon pour ces indicateurs diversifiés. L'approche développée par Kaplan et Norton (1996) s'inscrit radicalement dans cette évolution en connectant directement le TDB avec le contrôle stratégique de l'entreprise. Pour ces auteurs, non seulement le tableau de bord comporte un axe financier, mais il doit aussi impérativement intégrer des indicateurs relatifs à trois autres axes d'analyse : un axe client, un axe processus et un axe apprentissage organisationnel. Le tableau de bord devient ainsi un outil dont l'objectif n'est plus uniquement de recenser des variables rendant compte des résultats de l'entreprise, mais de traduire les évolutions des caractéristiques internes à l'origine de la performance de l'entreprise. Cela permet aux responsables d'anticiper la prise de décision sans attendre le feedback des réactions de l'environnement au travers des indicateurs financiers.

1.2.L'hôpital : un contrôle de gestion fortement marqué par une logique budgétaire déterminante pour les tableaux de bord

La direction d'un établissement hospitalier est confrontée, entre autres, à deux niveaux de problèmes, la définition des objectifs stratégiques et le contrôle de l'activité opérationnelle.

Elle doit choisir des objectifs stratégiques qui la conduisent à définir une structure en matière d'offre de soins, de plateau technique, de capacité en lits. Pour ce faire, les établissements ne sont pas indépendants et s'intègrent dans la carte sanitaire et le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) en relation avec les tutelles et l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH). Les contraintes budgétaires et le développement de la consommation

de soins ont particulièrement polarisé les réflexions des différentes parties prenantes sur cette phase de choix stratégique ce qui explique, entre autres, le développement du programme de médicalisation du système d'information (le PMSI), qui vise à produire des informations pertinentes concernant les coûts par pathologie et/ou par patient, les groupes homogènes de malades (les GHM).

Parallèlement, la direction d'un établissement doit veiller à la bonne utilisation des ressources dont elle dispose pour faire face à la demande de soins. Dans le cas de l'hôpital la vision budgétaire et financière marque très profondément les outils de contrôle de gestion et plus spécifiquement les tableaux de bord, soit pour justifier des activités nouvelles, soit dans une démarche de budgets décentralisés (Masse 1996), ou bien encore pour permettre une meilleure allocation des ressources afin de définir des coûts par pathologie, par patients, par services (Merlières et Kieffer 1997). L'objectif est ainsi de permettre le suivi des budgets définis en fonction du découpage organisationnel formel pour analyser la consommation des ressources.

Cette logique budgétaire induit une lourdeur relative des tableaux de bord (Leteurtre Vaysse 1994, p 12) dans la mesure où les informations proviennent des circuits comptables. Les tableaux de bord utilisés dans le système hospitalier présentent ainsi les caractéristiques des tableaux de bord traditionnels utilisés par les entreprises jusqu'au début des années 80 avec :

- une forte logique financière et budgétaire ,
- un objectif de reporting interne,
- un fonctionnement centralisé, c'est à dire l'utilisation par une direction générale pour la prise de décision avec en arrière plan un objectif de justification par rapport aux tutelles.

Pour être efficace cette approche budgétaire repose sur deux conditions, une bonne mesure de la production et une bonne connaissance des règles de causalité de consommation (Thompson 1967). Or l'hôpital, de par la particularité de son activité, ne satisfait pas à ces conditions de base (Ouchi 1977). La mesure de la production constitue toujours une difficulté importante. Même, si le programme de médicalisation du système d'information (PMSI) constitue une avancée non négligeable, la cotation en point ISA (Indice synthétique d'activité) s'avère encore très discutée. Ensuite, le regroupement en groupe homogène de malades (GHM), pour définir des consommations standard par pathologie et par catégorie de malades, implique de fortes simplifications qui ne rendent pas compte de la diversité de situation des établissements et des traitements thérapeutiques (Ecaffre et alii, 1994).

Le contrôle budgétaire et les outils qui l'accompagnent, principalement le tableau de bord, apparaissent ainsi peu adaptés à un pilotage effectif de la performance des établissements hospitaliers. Il s'agit d'un contrôle aveugle (Olson 1985), d'un rituel (Olsen 1971, Ouchi 1977, Brunson et Jönsson 1979), d'une action hypocrite (Brunsson 1986), d'un rituel rhétorique (Pettersen 1995) ou d'un mythe rationalisé (Scott 1981). Même si les constats réalisés par ces différents auteurs se révèlent très pessimistes quant à l'efficacité du système de pilotage traditionnel, les démarches découlant des procédures budgétaires s'avèrent indispensables dans le cadre d'une gestion centralisée des différentes unités appartenant à un même établissement.

Il paraît pourtant maintenant nécessaire de dépasser ces approches et d'étudier les évolutions envisageables afin d'implanter un pilotage effectif de la performance des établissements hospitaliers. Cela constituera l'objet de la troisième partie . Au préalable nous présentons la méthodologie de recherche utilisée.

2. Les terrains d'expérimentation

La démarche employée dans cette recherche se place dans le cadre d'une méthodologie de recherche-intervention utilisant la méthode de l'étude de cas (Eisenhardt 1989, Huberman et Miles 1991, Lewin 1964, Liu 1997, Strauss 1991, Yin 1984).

Dans cette phase exploratoire, l'objectif est de recenser les dysfonctionnements réduisant la performance de l'hôpital, non perceptibles par la démarche budgétaire traditionnelle, en analysant les pratiques organisationnelles concrètes sur le terrain. A partir de ce premier constat, il s'agit de déterminer quels tableaux de bord de pilotage peuvent être élaborés pour faciliter un pilotage effectif. Deux terrains expérimentaux constituent les cas analysés dans ce travail

1.1 Cas n°1 :

Il s'agit d'un centre hospitalier de 350 lits avec un effectif de 500 personnes. Dans un premier temps, le motif de la coopération entre le chercheur et l'hôpital résidait dans un travail d'évaluation de l'accueil du patient en procédant à un diagnostic dysfonctionnel qui comprenait une évaluation financière des dysfonctionnements recensés dans la perspective des procédures d'accréditation.

Cette tâche initiale a entraîné un travail de collecte de l'information par entretiens individuels d'une heure trente auprès d'une soixantaine de membres de l'hôpital appartenant à toutes les catégories professionnelles et de quelques partenaires extérieurs (C.f. tableau 1).

Tableau 1 : Les entretiens réalisés

	Corp s. médical	Cadres. Infirmiers	Secrétari at	Infirmièr es.	Age nts	A utr es	TOT AL
Services médicaux et chirurgicaux	11	7	4	7			29
Services médico- techniques	5	6	3	4	3	2	23
Administration et direction		2	1			2	5
Extérieur	4						4
TOTAL	20	15	8	11	3	4	61

Une seconde phase a consisté à piloter différents groupes de travail chargés de définir les modalités des évolutions à mettre en place pour faciliter l'étape de l'accréditation. Cette seconde phase implique la participation du chercheur à certaines instances de la vie de l'hôpital comme la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et la participation à des séances de travail regroupant les différents acteurs de l'hôpital.

La première phase, le diagnostic, s'est déroulée sur une période de deux mois, la seconde sur une durée d'une année.

Les informations ainsi obtenues ont été validées d'une part, lors de la présentation à la

CME et aux autres membres du personnel et, d'autre part, par la volonté de l'hôpital de continuer l'intervention-recherche.

1.2 Cas n°2 :

Il s'agit de la pharmacie centrale d'un centre hospitalo-universitaire. La pharmacie, dont l'effectif est de 150 personnes, d'une part distribue dans tout le CHU et sur deux sites les médicaments et divers produits nécessaires à l'activité médico-chirurgicale et, d'autre part, exerce une activité de production pour certaines préparations. L'objectif de l'intervention-recherche visait à établir un diagnostic du fonctionnement de la pharmacie centrale en vue des procédures de contractualisation avec la direction générale de l'établissement. Lors du diagnostic 43 entretiens ont été réalisés avec 8 pharmaciens, 2 internes, 3 cadres préparateurs, 10 préparateurs, 6 aides de pharmacie, 6 agents administratifs et 8 personnes externes à la pharmacie (4 dans les services, 3 à la direction générale et le président de la Commission médicale d'établissement). Après la réalisation du diagnostic et sa présentation à l'ensemble du personnel, l'intervenant chercheur a assisté au travail des groupes techniques dont la mission était de définir les actions prioritaires devant être présentées à la direction générale.

Dans ces deux interventions-recherches les travaux ont conduit à une réflexion approfondie sur les outils de gestion qui permettent de piloter l'organisation hospitalière et en particulier sur les tableaux de bord à partir de fortes interrogations concernant des indicateurs de pilotage.

3. Le constat : une rupture dans la coordination

La première étape de la recherche, l'établissement des diagnostics dysfonctionnels, a consisté à recenser des phénomènes ayant une forte influence négative sur la performance et peu ou pas pris en compte par les tableaux de bord existant. L'objectif étant d'orienter par la suite les tableaux de bord vers une véritable prise en compte de ces phénomènes affectant la performance. Les deux cas analysés montrent les deux faces d'un même mécanisme principal de déperdition de ressources, **une insuffisance de coordination** (verticale et horizontale), entraînant une rupture des processus, aussi bien des processus de production de soins que des processus liés aux fonctions de support logistique (prestations de la pharmacie centrale, du laboratoire, de la radiologie).

3.1. Une insuffisance de coordination horizontale

Cette insuffisance de coordination horizontale est due à l'éclatement en unités appartenant à trois grandes catégories :

- les différents services médicaux et chirurgicaux (Médecine A, Chirurgie orthopédique, ...),
- les services médico-techniques (le bloc-opératoire, le laboratoire, la radiologie, la pharmacie,),
- l'administration et les services logistiques (la restauration, les ateliers, ...).

C'est surtout l'insuffisance d'articulation entre les activités successives d'un même processus exercées au sein d'unités différentes qui provoque ces perturbations. Par exemple,

si à l'arrivée d'un patient du bloc opératoire dans un service de chirurgie, les procédures post-opératoires n'ont pas été respectées, le personnel soignant ne sait pas quels soins doivent lui être prodigués. Dans ce cas, cela nécessite un ensemble d'actes régulateurs fortement consommateurs de ressources tout en créant un risque aux conséquences potentiellement très lourdes.

3.2. Une insuffisance de coordination verticale

La coexistence de logiques d'acteurs fortement différenciées au sein d'une même unité et, a fortiori dans des unités différentes, provoque également des ruptures dans le développement des processus. Dans le tableau 2 sont représentées les différentes catégories d'acteurs en fonction de la nature des services auxquels ils appartiennent. En ce qui concerne les services médico-techniques n'apparaissent que deux entités la pharmacie et la radiologie mais la même structure peut être constatée dans les autres services médico-techniques.

Tableau 2 : Les différentes catégories d'acteurs des trois catégories de services

Catégories d'acteurs Services			
1°) Administration et services logistiques	Direction	Cadres administratifs	Agents administratifs
2°) Services médico-techniques •Pharmacie •Radiologie	Pharmaciens	Préparateurs	Agents
	Radiologues	Opérateurs	Agents
• ²
3°) Services médicaux et chirurgicaux (SMC)	Corps médical (médecins et chirurgiens)	Personnel soignant (cadre-infirmier et infirmières)	Agents

Afin de montrer concrètement cette rupture de la coordination verticale et horizontale, nous présentons dans le tableau 3 des exemples tirés des deux cas expérimentaux. Ils concernent soit la coordination horizontale (1, 5, 9, 10, 11) soit la coordination verticale (3, 6, 7, 8) soit les deux (2, 4).

Dans ce tableau sont présentées les informations suivantes : le cas dans lequel ont été recensés les informations ; le dysfonctionnement observé ; la valorisation de ces dysfonctionnements (Savall et Zardet 1992); pour l'insuffisance de coordination horizontale, les services concernés ; pour l'insuffisance de coordination verticale, les acteurs concernés .

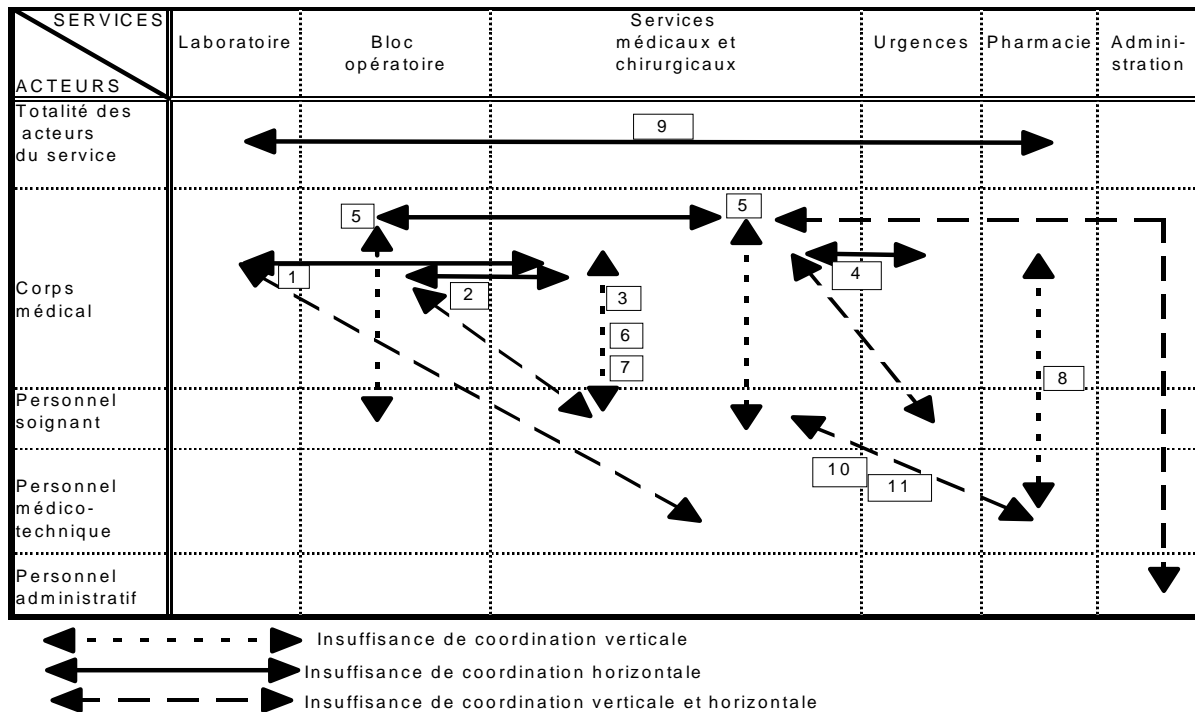
² Suivant les établissements les services médico-techniques peuvent être plus ou moins nombreux.

Tableau 3 : Les dysfonctionnements dus à l'insuffisance de coordination

	Dysfonctionnements	Coût	Coordination horizontale	Coordination verticale
C A S 1	1 Non respect des procédures de demande d'examens	392 252	SMC/ Laboratoire	
	2 Prise en charge post-opératoire défaillante	70 017	Bloc / SMC/	Chirurgiens/Cadre infirmier
	3 Retards et interruptions au bloc	702 148		Personnel soignant/corps médical
	4 Détournement du rôle rôle des urgences	129 416	Urgences/ SMC/	Personnel soignant/corps médical
	5 Programmation du bloc insuffisante	153 007	SMC/Bloc/ Administration	
	6 Planification des visites insuffisante	100 498		Personnel soignant/corps médical
	7 Planification des sorties insuffisante	41 134		Personnel soignant/corps médical
C A S 2	8 Non-respect des délais des cahiers nominatifs	105 871		Pharmaciens/préparateurs
	9 Non suivi des manquants	352 694	Pharmacie/ SMC	
	10 Mode de rangement interne des caisses insuffisant	25 143	Pharmacie/ SMC	
	11 Attente au guichet service	111 745	Pharmacie/. SMC	

Afin de mieux visualiser cette insuffisance de coordination, le schéma 1 présente une synthèse.

Schéma 1 : L'insuffisance de coordination horizontale et verticale



Ce constat ne fait que souligner des mécanismes fortement ancrés dans le mode d'organisation de l'hôpital caractérisé, entre autres, par la coexistence de hiérarchies parallèles : corps médical, personnel soignant, administration (Mintzberg 1982, Nobre 1998,

Nobre 1999) et par une très forte tradition individualiste du corps médical, ce qui implique une nette séparation des différentes unités avec une logique de territoire. Les évolutions de la pratique médicale actuelle engendrent des incidences de plus en plus négatives sur le mode de fonctionnement et la performance de l'hôpital. L'intensification technologique de l'activité médicale nécessite en effet une coopération plus étroite entre les différents acteurs. Le raccourcissement des délais de séjour entraîne une forte évolution de la chaîne de valeur de l'hôpital. Un nombre plus important d'actes complexes étant réalisé dans des durées plus faibles, le manque de coordination entre les acteurs est d'autant plus lourd de conséquences.

La démarche budgétaire traditionnelle ne permet pas l'analyse de ces phénomènes de manque de coordination dans une optique de pilotage. Afin d'accroître l'efficacité du pilotage de la performance de l'hôpital, il paraît donc nécessaire de la compléter avec des tableaux de bord traduisant les processus effectifs.

4. Les évolutions pour les tableaux de bord à l'hôpital

Pour présenter l'évolution des tableaux de bord à l'hôpital, nous replaçons dans un premier temps cet outil dans le contexte du contrôle de gestion hospitalier pour mieux en définir les objectifs. Ensuite, nous nous intéressons à la mise en œuvre de l'outil en abordant d'une part la phase d'élaboration puis la phase d'implantation en l'illustrant à partir des expérimentations réalisées.

4.1. Les objectifs des tableaux de bord à l'hôpital

Les deux expérimentations réalisées montrent qu'il existe un ensemble de phénomènes impliquant une sur-consommation de ressources ou une sous-efficacité sans que les directions d'établissement ou d'autres acteurs internes disposent des moyens de contrôle et d'intervention nécessaires.

L'objectif est ainsi de déterminer quels types de tableaux de bord peuvent faire face à cette situation pour optimiser l'utilisation des ressources, ce qui revient à redéfinir la place du contrôle de gestion à l'hôpital. Pour cela, les 3 missions du contrôle de gestion définies par H. Bouquin (1996), orienter les actions et comportements d'acteurs autonomes, modéliser les relations entre ressources et finalités, interconnecter la stratégie et le quotidien, constituent un cadre d'analyse efficace.

La modélisation de la relation entre ressources et finalités constituait jusqu'à maintenant la priorité. Il s'agit maintenant de mieux interconnecter la stratégie et le quotidien afin de coupler le contrôle opérationnel aux objectifs définis au sein de chaque établissement. Cela implique notamment d'accroître l'homogénéité, voire de recréer, des logiques d'analyse de processus au sein de l'organisation hospitalière. Cette démarche se différencie du calcul de l'utilisation locale de ressources (l'analyse budgétaire par service), qui induit une logique séparative, alors que les principaux problèmes se développent aux interfaces d'une part, entre les différentes entités de l'hôpital (services médicaux et chirurgicaux, services médico-techniques, services logistiques), et, d'autre part, entre les différentes catégories d'acteurs.

En conséquence, et à partir des cas étudiés, l'évolution nécessaire concerne le développement de la mission consistant à orienter les actions et comportements d'acteurs pour faire évoluer certains comportements (collectifs et individuels) qui, à l'heure actuelle,

affectent la performance des établissements hospitaliers. D'autres pays tel le Canada ont déjà largement emprunté cette voie en élaborant des guides méthodologiques de bonnes pratiques.

Une instrumentation de gestion doit participer à cette évolution pour accompagner la volonté de changement organisationnel. Le tableau de bord de pilotage constitue un support efficace pour recréer une double transversalité (horizontale, entre services, et verticale, entre catégories d'acteurs) puisque la complexité du fonctionnement de l'hôpital entraîne actuellement une faible visibilité des conséquences des comportements individuels ou collectifs sur la performance globale de l'établissement.

Cette orientation du contrôle de gestion, et plus particulièrement des tableaux de bord de pilotage sur la mission concernant les comportements, entraîne une évolution vers un contrôle de gestion décentralisé pris en compte par les acteurs et non plus uniquement par des spécialistes. De même, la prééminence de l'objectif de pilotage des interfaces implique une forte orientation sur des processus réels et concrets afin de développer un pilotage volontariste, actif et anticipatif. De plus, cette évolution constitue un complément, voire dans certains cas un préalable, aux procédures de contractualisation dans lesquelles devront s'engager les unités des établissements hospitaliers : elle incitera les différents acteurs à analyser la performance de leur unité pour choisir et justifier des objectifs auprès de la direction de l'établissement. Cela implique la prise en charge de certaines activités du contrôle de gestion par les acteurs concernés, particulièrement l'optimisation de l'utilisation des ressources nécessitant la définition d'indicateurs permettant de suivre l'évolution de la coordination interne.

Le système hospitalier connaît ainsi la même évolution en matière de tableaux de bord que les entreprises. Après avoir privilégié les indicateurs financiers, voire restreint l'outil à cette dimension financière (Bouquin, 1994), il s'agit maintenant, pour favoriser un pilotage effectif des activités opérationnelles, d'intégrer des indicateurs physiques permettant non plus une simple vérification mais une maîtrise des processus au sein de l'organisation hospitalière.

Afin de préciser comment cette transition peut être réalisée nous présentons maintenant les résultats tirés des expérimentations.

4.2. Mise en oeuvre des tableaux de bord

La mise en œuvre de tableaux de bord répondant aux besoins évoqués précédemment sur l'accroissement de la coordination verticale et horizontale nécessite la réalisation de deux étapes, l'élaboration de l'outil lui-même puis l'implantation de cet outil au sein de l'établissement hospitalier. La réussite de la démarche va être conditionnée tant par la pertinence du contenu de l'outil que par la façon dont les étapes préliminaires à son implantation vont se réaliser, ce qui justifie la rigueur du processus à développer.

4.2.1. L'élaboration du tableau de bord de pilotage

L'élaboration du tableau de bord de pilotage visant à maîtriser l'évolution de la coordination interne comporte 4 étapes, le recensement des dysfonctionnements de coordination, la définition des indicateurs, la réalisation d'une cartographie des différentes tâches du système d'information permettant d'alimenter les indicateurs, à savoir qui saisit et qui collecte l'information, et suivant quelle procédure, - le choix du pilote.

Pour étudier et illustrer ces différentes étapes nous nous servirons d'un exemple tiré du premier cas expérimental, la prise en charge post-opératoire défaillante (cf. tableau 3).

Le recensement des dysfonctionnements de coordination :

Compte tenu de la diversité des établissements hospitaliers cette étape nécessite un diagnostic dysfonctionnel où l'ensemble des catégories d'acteurs doit être consulté pour obtenir un recensement exhaustif. L'intervenant externe est indispensable par son regard extérieur, et sa relative neutralité par rapport au jeu politique interne. La volonté d'introspection doit être, sinon partagée, du moins acceptée par l'ensemble des acteurs internes. Cela constitue une tâche, et non des moindres, de la direction, même si actuellement les perspectives de l'accréditation facilitent maintenant des évolutions qui paraissaient jusqu'à récemment inacceptables.

Dans notre exemple, lorsqu'un patient remontant du bloc opératoire est accueilli dans un service sans les prescriptions post-opératoires, la régulation est la suivante :

- le cadre infirmier téléphone au bloc pour essayer d'avoir l'information,
- s'il ne l'obtient pas, il va au bloc après avoir recherché et emporté le dossier du patient,
- s'il n'obtient toujours pas l'information, il laisse un message destiné au chirurgien ou à l'interne qui devront ultérieurement communiquer cette prise en charge post-opératoire.

Définition des indicateurs

A partir des dysfonctionnements observés, il s'agit de déterminer quels indicateurs permettent de mieux suivre l'évolution de la surconsommation de ressources. L'objectif consiste à définir des indicateurs physiques facilement interprétables et compréhensibles par les acteurs et constituant un instrument de surveillance de l'évolution de la coordination visée.

Dans notre exemple, il s'agira simplement du nombre de cas de patients remontant du bloc opératoire vers les services sans être munis de la totalité des éléments prévus dans la procédure.

Il s'agit de constituer un système intégré d'indicateurs ad hoc, même s'il est raisonnable de penser qu'une certaine récurrence doit exister pour les problèmes de coordination interne entre les différents établissements hospitaliers

Cartographie des tâches du système d'information

Pour chaque indicateur il doit être prévu le système d'information qui va permettre de produire l'information alimentant le tableau de bord de pilotage. En particulier, il va s'agir de préciser qui saisit et qui collecte ?

Dans notre exemple, le cadre infirmier de chacun des services où arrivent les patients comptabilise le nombre de patients hors procédure et transmet ensuite l'information au cadre du bloc opératoire qui agrège les données provenant des différents services.

Choix du pilote

La dernière étape consiste à déterminer le décideur (service et acteur), ce qu'il va faire, et à partir de quelles valeurs prise par l'indicateur.

Dans notre exemple, la difficulté est de savoir qui est habilité à informer les chirurgiens des problèmes de prise en charge post-opératoire. A priori, il s'agit du cadre infirmier du bloc opératoire.

Les indicateurs sont en fait peu complexes en terme de système d'information à constituer mais difficiles à mettre en pratique en raison des changements implicites dans les comportements qu'ils induisent.

Le tableau 4, en reprenant les dysfonctionnements présentés précédemment, permet de préciser : les indicateurs envisageables, les pilotes (en précisant le service et l'acteur) et enfin les services et les acteurs impliqués dans la gestion des informations nécessaires à la valorisation de l'indicateur.

Tableau 4 : Exemple d'indicateurs

	Dysfonctionnements	Indicateurs	Pilotes		Origine de l'information
			Services	Acteurs	
C A S 1	1 Non respect des procédures de demande d'examens	Nb de demandes d'examen ne respectant pas la procédure	Laboratoire	Cadre labo.	Laboratoire biologiste
	2 Prise en charge post-opératoire défaillante	Nb de patients arrivant dans les services hors procédures	Bloc	Cadre bloc	PS SMC
	3 Retards et interruptions au bloc	Durée cumulée des retards et interruptions	Bloc	Cadre bloc	C cadre Bloc
	4 Détournement du rôle des urgences	Nbre d'admissions programmées passant par les urgences	Urgences	Médecin urgences	P.S. Urgences
	5 Programmation du bloc insuffisante	% d'interventions(hors urgence) exécutées hors programmation	Bloc	Cadre bloc	Cadre bloc
	6 Planification des visites insuffisante	Nbre de visites hors créneau horaires	SMC	Cadre infirmier	PS. SMC
	7 Planification des sorties insuffisante	Nbre de sorties hors procédures	SMC	Cadre infirmier	PS SMC
C A S 2	8 Non-respect des délais des cahiers nominatifs	% des cahiers nominatifs hors délais	Pharmacie	Cadre préparateur	Cadre préparateur
	9 Non suivi des manquants	Nbre des manquants non suivis ou non remplacés	Pharmacie	Cadre préparateur	préparateur pharmacie
	10 Mode de rangement interne des caisses insuffisant	Nbre de caisses mal rangées	Pharmacie	Cadre préparateur	P.S. SMC
	11 Attente au guichet service	Temps d'attente cumulé	Pharmacie	Cadre préparateur	Préparateur guichet

SMC : Services médicaux et chirurgicaux ; PS : personnel soignant

4.2.2 Implantation

La réussite de l'implantation des tableaux de bord de pilotage dans le contexte hospitalier nécessite la prise en compte de deux contraintes majeures, la gestion du temps et la nécessité de changements culturels.

Gestion du temps

La diversité des acteurs impliqués dans la mise place des tableaux de bord, leur faible disponibilité et la forte segmentation de l'activité hospitalière impliquent une gestion du temps rigoureuse pour permettre une synchronisation indispensable à une mise en place effective de ces outils de gestion. Une planification précise des différentes étapes (diagnostic, définition des indicateurs, définition des modes de saisie et de pilotage) limite tout risque de dérive dans le temps, voire d'abandon par lassitude de ne pas aboutir. L'engagement de la direction de l'établissement et de la CME (Commission médicale d'établissement) constitue un élément déterminant sans lequel toute tentative est vouée à l'échec.

Changement culturel :

L'implantation des TDBP nécessite la prise en compte du contexte socio-politique pour favoriser les mécanismes propres au changement organisationnel. Dans l'organisation hospitalière, deux évolutions propres au contexte culturel doivent être particulièrement

soulignées, la transition vers un mode de travail moins individuel et la sensibilisation à des problématiques purement managériales

Vers un mode de travail moins individuel

La très forte spécialisation des catégories professionnelles au sein de l'hôpital entraîne une importante césure expliquant le faible niveau de communication. Par exemple, à plusieurs reprises lors des séances de travail de groupes dans le cas 1, des médecins se sont étonnés d'être pour la première fois dans un groupe de travail comprenant toutes les catégories de personnel. Même s'il est très difficile de provoquer des changements culturels, il s'avère nécessaire que certaines étapes soient franchies pour permettre une collaboration efficace. Cela s'est traduit au cours des séances de travail de groupe par une modification des comportements : une réserve empreinte d'une agressivité mal camouflée a évolué vers un début de coopération effective. Plusieurs étapes marquent ce passage, notamment : la reconnaissance des autres acteurs et de leurs problèmes, la prise en compte des problèmes des autres services.

Cette phase de travail passe par l'énonciation de vieux griefs, de débats plus ou moins houleux dans lesquels sont ressassés de vieilles rancœurs. Suivant les thèmes abordés, les catégories d'acteurs et les personnalités des participants cette phase peut-être plus ou moins longue.

Ensuite seulement, peut débiter le travail d'élaboration des solutions et/ou des outils dans la mesure où les différentes catégories d'acteurs ont accepté de se situer dans une logique de coopération et non plus d'affrontement plus ou moins direct.

Sensibilisation au management

Consacrer du temps à des problèmes non médicaux est une forte contrainte initiale à faire accepter par les différents acteurs et plus particulièrement par le corps médical. Dans bien des cas, ces problèmes, considérés comme relevant de « l'intendance » (Jones et Dewing 1997) sont, par conséquent, peu pris en compte. De plus, l'introduction de l'évaluation financière provoque plutôt des réactions indignées qu'un début d'intérêt de la part du corps médical. La prise en compte des contraintes économiques dans la définition des modes de fonctionnement interne constitue en effet pour certains acteurs une évolution radicale. C'est pourquoi l'utilisation d'indicateurs physiques en lien direct avec les processus concrets permet de dépassionner les travaux sur l'immixtion « de la logique comptable » dans le fonctionnement de l'hôpital.

Conclusion :

Le TDBP permettant de maîtriser la coordination interne constitue une évolution importante car c'est un outil devant être utilisé par les responsables, a priori les chefs de services, et non plus uniquement conçu pour permettre à la direction générale de contrôler l'affectation des ressources. Il s'agit du passage à un contrôle de gestion décentralisé avec une délégation forte auprès des responsables d'unité. Cette évolution peut être comparée à celle des TDBP développés en entreprise dans la mesure où apparaissent des indicateurs physiques centrés sur les processus pour optimiser ces derniers. Il est d'ailleurs possible de souligner une convergence entre la nature de l'outil proposé et la conception articulée autour de quatre dimensions développée par Kaplan Norton.

La dimension financière : elle était déjà présente dans les démarches relevant de l'approche budgétaire. Elle doit bien évidemment continuer d'avoir toute sa place.

La dimension processus : elle apparaît à partir de l'accent mis sur la coordination verticale et horizontale pour mieux maîtriser les processus transversaux de l'organisation hospitalière.

La dimension apprentissage organisationnel : elle apparaît dans les mécanismes de transformation nécessaires, d'une part, dans les comportements des acteurs permettant l'amélioration de l'efficacité des processus et d'autre part, dans la mise en œuvre de l'outil lui-même (cf. les changements culturels du § 4.2.2.)

La dimension client : transposée dans l'univers de l'hôpital il s'agit d'une dimension patient. La politique actuelle centrée sur le patient, notamment en terme de droits et de qualité impose aux tableaux de bord de tenir compte de ces objectifs pour intégrer l'ensemble des paramètres permettant de mesurer la performance d'une unité ou d'un service.

Le TDBP est amené à suivre l'évolution du mode de contrôle de l'hôpital. Après une étape où il permettait un simple suivi à partir d'outils budgétaires traditionnels, il s'est avéré nécessaire d'avoir des outils budgétaires beaucoup plus complexes (Merlière et Kieffer 1997). Actuellement le mode de régulation interne qui implique, entre autres, la contractualisation et plus grande autonomie incite à développer des TDBP orientés sur les processus concrets et effectifs utilisant des indicateurs physiques, élaborés, utilisés et gérés par les acteurs .

Cette évolution du management hospitalier concernant le contrôle de gestion et plus particulièrement les tableaux de bord de pilotage doit se comprendre dans un contexte où l'objectif est de s'écarter de ce que certains ont qualifié de jachère organisationnelle (P. Chandernagor et al. 1996) puisque, finalement, l'hôpital est une organisation relativement récente pour aller vers une organisation capable d'atteindre les objectifs qui lui sont fixés en maîtrisant sa propre performance.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Baelen M. (1997), " Les évolutions du management stratégique dans le secteur hospitalier", *Gestion 2000*, mars-avril , pp. 51-67.

Bazy-Malaurie C., Berthod-Wurmser M. (1996), " Le centre hospitalier, promotion de la technique et ouverture sur l'environnement", in *L'hôpital stratège*, John Libbey, MIRE, DH.

Bouquin H. (1993), *Comptabilité de gestion*, Paris, Sirey.

Bouquin H. (1994), *Les fondements du contrôle de gestion*, Paris, PUF.

Bouquin H. (1996), " Pourquoi le contrôle de gestion existe -t-il encore ? " , *Gestion*, volume 21, n°3 , p97-103.

Brunsson N. (1986), " Organizing for inconsistencies : On organizational conflict, depression and Hypocrisy as substitutes for action", *Scandinavian Journal of Management Studies*, pp 65-85.

Chandernagor, P. et alii, (1996), "Le statut des équipements hospitaliers: stratégies d'acteurs et ordre technicien " , in *L'hôpital stratège*, Editions John Libbey, p 257-267.

Claveranne J.P. (1996), " Le management par projet à l'hôpital", *Revue française de gestion*, juin-juillet-août, pp.103-114.

Chiapello E., Delmond M.-H. " Les tableaux de bord de gestion, outils d'introduction du changement" , ", *Revue française de gestion*, janvier-février, pp.49-58.

Coca E.(1998), *L'ISA et le PMSI : Comment mieux gérer les établissements hospitaliers*, Paris, Berger-Levrault.

Demeestère R., Lorino P., Mottis N. (1997), *Contrôle de gestion et pilotage*, Paris, Nathan.

Dubois-Lefrère, J. et. Coca, E(1992), *Maîtriser l'évolution des dépenses hospitalières: Le PMSI*, Berger-Levrault.

Eisenhardt K.M., (1989), "Building theories from case studies research ", *Academy of management review*, vol 14 n° 4, p 532-550.

Evraert P. et Mevellec P (1991).,"Les systèmes de coût par activités, réconcilier le calcul du coût des produits et le contrôle de gestion", *Revue française de Gestion*, janvier-février , p 91-102.

Escaffre J.P., Gervais M. et Thenet G., (1994), " *Le contrôle de gestion à l'hôpital public demande-t-il nécessairement un calcul de coûts par produit* "?, Actes des XIIèmes journées des IAE, Montpellier, pp571-593 (tome 2).

Liu, M. (1997), *Fondements et pratiques de la recherche-action* , L'Harmattan.

Lewin, K. (1964), " Problem of research in social psychology", in Cartwright *Field Theory in Social Science*, Selected theoretical Papers from K. Lewin, Harper and Row, New-York.

Garrot T. (1995), " La gestion hospitalière par la méthode ABC", *Revue Française de comptabilité*, Décembre N° 273, pp. 53-61.

Giard V., Boitout-Pappalardo V. , Bonmarchand P. (1996), " Apport de la simulation à la conception et l'interprétation de tableaux de bord à la comptabilité de gestion", *Comptabilité contrôle audit*, tome 2, volume 1, pp. 45-65.

Gray J., Pesqueux Y. (1993), " Evolutions actuelles des systèmes de tableaux de bord :Comparaison des pratiques de quelques multinationales américaines et françaises ", *Revue Française de comptabilité*, n°242, pp. 61-70.

Halgand N. (1997), "Comptabilité et pertinence : une proposition constructiviste pour le management hospitalier" , *Comptabilité contrôle audit*, tome 3, volume 2, pp. 77-92.

Halgand N. (1995), " Problème de pertinence des coûts pour le contrôle : le cas hospitalier ", *Comptabilité contrôle audit*, tome 1, volume 2, pp. 5-34.

Holford D., McAuley (1987), "Activity Based Costing in the National Health Service", *Management Accounting*, octobre pp.26-30, Décembre pp. 40-42.

Huberman A.M., Miles M.B., (1991), *Analyse des données qualitatives*, De Boeck Université.

Johnson H.T., Kaplan R.S.(1987), *Relevance lost, Rise and Fall of management Accounting*, Boston, Harvard Business Press.

Jones C.S. et Dewing I.P. (1997), " The attitudes of NHS clinicians and medical managers towards changes in accounting controls" , *Financial Accountability and Management*, vo 13, n° 3, pp 261-280.

Kaplan R.S. , Norton D.P.(1996), *The Balanced Scorecard*, Boston, Harvard business school press.

King M., Lapsley I., Mitchell F., Moyes J., (1994), " Costing Needs and Practices in a Changing Environment : The Potential fo ABC in the NHS", *Financial Accountability and Management*, Volume 2, N° 2, pp. 143-160.

Kirton R., Hazlehurst (1991), *Activity Based Costing at the Luton & Dunstable Hospital* , London, CIMA, Mastercourse Presentation

Lauzel P. Teller R. (1986), *Contrôle de gestion et budgets*, Paris, Dunod.

Laverty J. , Demeestère R. (1990), *Les nouvelles règles du contrôle de gestion industriel*, Paris, Dunod

Leteurtre H. , Vaysse M. (1994), *Les tableaux de bord de gestion hospitalière*, Paris, Berger-Levrault.

Lorino P. (1993), *Le contrôle de gestion stratégique*, Paris, Dunod.

Masse M.C. (1996), " Le contrôle de gestion dans un hôpital public : un modèle de transactions diagonales", *Comptabilité contrôle audit*, tome 2, volume 1, pp. 21-43.

Mintzberg H. (1982), *Structure et dynamique des organisations*, Les éditions d'organisation.

Naro G. (1998), " La dimension humaine du contrôle de gestion : la recherche anglo-saxonne sur les aspects comportementaux de la gestion budgétaire", *Comptabilité contrôle audit*, tome 4, volume 2, pp. 45-69.

Malo J.L. (1992), " Tableau de bord", in Encyclopédie de gestion, Tome 2 pp. 923-939, Paris, Vuibert

Merlière, Y. et Kieffer, R.(1997), *Le contrôle de gestion de l'hôpital*, Masson.

Mevellec P. (1991), *Outils de gestion : la pertinence retrouvée*, Paris, Editions Malesherbes.

Nobre T. (1998), " Management de la valeur et pouvoirs dans l'hôpital ", *Finance contrôle et stratégie*, vol 1 N°2, pp 113-137.

Nobre T. (1999), " L'hôpital: le modèle de la bureaucratie professionnelle revisité à partir de l'analyse de coût des dysfonctionnements ", *20ème congrès AFC Bordeaux*, pp 113-137.

Olsen J.P.(1971), " Local budgeting, decision making or ritual act, *Scandinavian Political Studies*, vol. 5, N° 3, pp 85-118.

Olson O., (1985), " Quasiplanning and blind control", Working paper, Dept of business Administration, University of Gotenburg.

Ouchi W.G. (1977), " The relationship between organizational structure and organizational control ", *Administrative Science Quarterly*, vol 22 , pp.95-113.

Pettersen I.J.(1995), " Budgetary control of hospitals- ritual rhetorics and rationalized myths ? ", *Financial Accountability and Management*, volume 11, n° 3, pp.207-221.

Regnard Y. (1998), " Pour une approche structurelle des coûts des activités cliniques ", *Comptabilité contrôle audit*, tome 4, volume 1, pp. 49-69.

Savall, H. et Zardet, V.(1992), *Le nouveau contrôle de gestion*, Eyrolles et les Editions comptables Malesherbes.

Saulquin J. Y. (1997), " Management intégrateur et recherche d'efficacité", *Gestion 2000*, mars-avril , pp. 37-49.

Strauss A.L. (1991), *Qualitative Analysis for Social Scientists*, Cambridge University Press.

Thompson J.D.(1967), *Organizations in action*, New York, McGraw-Hill.

Valette A.. (1996), " Une gestion stratégique à l'hôpital", *Revue française de gestion*, juin-juillet-août, pp.92-99.

Yin K.R.(1988), *Case study research*, Sage publications.