



LE SYSTEME D'INFORMATION DE GESTION HOSPITALIER : QUELLES CARACTERISTIQUES PRIVILEGIER POUR FAVORISER LE DEVELOPPEMENT DES OUTILS EN CONTROLE DE GESTION ?

Thierry Nobre , professeur

CESAG, Université Robert Schuman, EMS

61 Avenue de la Forêt-Noire, Strasbourg 67 000

Tel: 03 90 41 42 41, Fax : 03 90 41 42 65

thierry.nobre@urs.u-strasbg.fr

Lionel Signolet, PRAG

CESAG, Université de Haute Alsace

61 rue A. Camus, Mulhouse 68 093

Tel: 03 89 33 74 64

Lionel.Signolet@uha.fr

Résumé : développer des outils en contrôle de gestion suppose d'assurer la collecte des données nécessaires à leur construction. Il s'agit de la tâche du Système d'Information et plus précisément du Système d'Information de Gestion. Cette communication fondée sur une enquête par questionnaire a pour objet de proposer des pistes d'évolution du SIG pour faciliter le développement d'outils en contrôle de gestion dans une organisation particulière : l'hôpital public de court séjour.

Abstract: Accounting Management Tools Implementation requires a Management Information System (MIS) capable of providing data. This paper aims to propose some ways to ensure the MIS's capabilities to make easier the Accounting Management Tools Implementation in a particular organisation: the French Public Hospital.

Key words: Contrôle de gestion, Système d'information, Hôpital

Introduction

Une organisation est caractérisée par la circulation d'un certain nombre de flux tant matériels qu'immatériels. Parmi les différents flux immatériels, certains sont déterminants dans le management de la structure. Parmi ces flux figurent les flux d'information. Ces flux sont à la fois conditionnés par des acteurs et un ensemble de technologies. La confrontation des deux crée ce que Mélèse (1979) nomme les situations informationnelles.

Cette communication interroge la situation informationnelle du contrôleur de gestion dans une organisation particulière : l'hôpital public de court séjour. En tant que pourvoyeur d'information pour la Direction Générale, il est également demandeur de données issues de l'ensemble de cette organisation. Le contrôleur de gestion doit en effet créer des états à partir de données qu'il agrège ou détaille selon les cas afin de produire de l'information. Ce qui suppose un Système d'Information Hospitalier (SIH) capable de couvrir ses besoins.

Acteur à la croisée des domaines médicaux et comptables, le contrôleur de gestion se situe à une position charnière dans l'organisation hospitalière. Avec le développement du contrôle interne des hôpitaux décidé par le Ministère de la Santé, sa légitimité a de surcroît vocation à croître. Se doter d'un SIH capable de répondre aux besoins des contrôleurs de gestion hospitaliers permet par conséquent aux hôpitaux de faire face avec plus d'acuité aux réformes de financement initiées avec le plan hôpital 2007 et poursuivies avec le plan hôpital 2012. c'est dans cette optique qu'un acteur institutionnel essentiel dans l'aide au développement des outils de pilotage et des systèmes d'information à l'hôpital (le GMSIH) commence à orienter ses réflexions sur l'élément fédérateur du SIH par excellence : le système d'information de gestion hospitalier (SIGH). Sans ce composant clé, le temps de collecte des contrôleurs de gestion risquent en effet d'être considérablement allongé. Ce qui peut conduire à entraver gravement le développement d'outils de contrôle de gestion à l'hôpital. Le problème majeur c'est que ce SIGH reste à bâtir.

Cette communication a pour objet de proposer des pistes concernant le développement des supports applicatifs du SIGH nécessaire pour réaliser les outils de contrôle de gestion hospitaliers. Fondé sur l'exploitation d'un questionnaire envoyé par voie postale aux contrôleurs de gestion des hôpitaux de France métropolitaine et d'Outre Mer, elle se concentre sur les hôpitaux les plus affectés par les réformes de financement : les hôpitaux de court séjour (ou « MCO » pour Médecine, Chirurgie, Obstétrique). Après avoir rappelé des éléments de littérature s'intéressant aux liens entre Système d'information et contrôle de gestion, nous proposerons des pistes possibles de développement du SIGH.

1. SIH et Contrôle de Gestion : une compréhension par la littérature

Aborder les logiciels utilisés par les contrôleurs de gestion suppose tout d'abord de les situer dans le SIH. Cela suppose tout d'abord d'aborder la notion de Système d'Information Hospitalier (1.1). Ce premier travail réalisé, nous pourrions émettre des hypothèses sur les caractéristiques d'un SIH qui permet le développement d'outils de contrôle de gestion en milieu hospitalier (1.2).

1.1. Le SIH, un Système d'Information spécifique

Le SIH peut être appréhendée selon deux approches complémentaires. La première est d'inspiration plutôt téléologique (1.1.1), tandis que celle du ministère s'inscrit plutôt dans une logique fonctionnelle (1.1.2).

Nous avancerons ensuite des hypothèses sur les caractéristiques des logiciels que le SIH doit comporter pour pouvoir faciliter l'introduction des outils de contrôle de gestion (1.1.3).

1.1.1. L'approche téléologique

Burke et Menachemi (2004) définissent le système d'information hospitalier à partir d'une approche téléologique recensant les besoins que ce dernier a pour objectif de satisfaire. Cette vision du SIH permet de comprendre où localiser les logiciels mobilisés par le contrôleur de gestion pour élaborer ses outils.

Ces auteurs différencient deux grandes catégories de parties prenantes : les parties prenantes internes et les parties prenantes externes à l'hôpital. Selon eux, cette distinction se fonde sur des besoins en information spécifiques. Au sein des parties prenantes internes quatre types de besoins sont considérés : les besoins des personnels administratifs, les besoins des praticiens hospitaliers, les besoins d'informations stratégiques et les besoins d'informations partagées. L'analyse des besoins internes en information proposée par Burke et Menachemi (2004) fait finalement apparaître deux grands ensembles : des besoins spécifiques à une catégorie d'acteurs (médecins ou administratifs) et des besoins transversaux au fonctionnement de l'hôpital (Tableau n° 1).

Tableau n°1 : Les besoins satisfaits par le SIH

Parties prenantes internes	Parties prenantes externes				
Besoins propres aux acteurs internes <table border="1"> <tr> <td> Besoins en information des médecins de l'hôpital À des fins de diagnostic Afin de programmer les traitements Afin d'évaluer les prestations médicales </td><td> Besoins des médecins externes à l'hôpital Afin d'accéder aux données de leurs patients hospitalisés Afin d'obtenir des données médicales Afin d'acquérir des prévisions concernant l'hôpital </td></tr> <tr> <td> Besoins des personnels administratifs Afin de payer les fournisseurs Afin de payer les personnels Afin de facturer les frais généraux Afin de gérer les fonctions du SIH </td><td> Besoins du public Page internet de l'hôpital afin d'envoyer des courriels À des fins d'éducation Afin d'être informés sur les recrutements en cours </td></tr> </table>	Besoins en information des médecins de l'hôpital À des fins de diagnostic Afin de programmer les traitements Afin d'évaluer les prestations médicales	Besoins des médecins externes à l'hôpital Afin d'accéder aux données de leurs patients hospitalisés Afin d'obtenir des données médicales Afin d'acquérir des prévisions concernant l'hôpital	Besoins des personnels administratifs Afin de payer les fournisseurs Afin de payer les personnels Afin de facturer les frais généraux Afin de gérer les fonctions du SIH	Besoins du public Page internet de l'hôpital afin d'envoyer des courriels À des fins d'éducation Afin d'être informés sur les recrutements en cours	
Besoins en information des médecins de l'hôpital À des fins de diagnostic Afin de programmer les traitements Afin d'évaluer les prestations médicales	Besoins des médecins externes à l'hôpital Afin d'accéder aux données de leurs patients hospitalisés Afin d'obtenir des données médicales Afin d'acquérir des prévisions concernant l'hôpital				
Besoins des personnels administratifs Afin de payer les fournisseurs Afin de payer les personnels Afin de facturer les frais généraux Afin de gérer les fonctions du SIH	Besoins du public Page internet de l'hôpital afin d'envoyer des courriels À des fins d'éducation Afin d'être informés sur les recrutements en cours				
Besoins transversaux à l'hôpital <table border="1"> <tr> <td> Besoins propres aux décisions stratégiques Afin d'analyser la situation financière À des fins de planification stratégique Afin d'allouer les ressources Afin d'assurer le contrôle de gestion </td><td> Besoins des partenaires d'affaires de l'hôpital Demandes des systèmes de type Medicare Medicaid Demandes des assurances privées Demandes des fournisseurs de l'hôpital </td></tr> <tr> <td> Besoins d'informations partagées Afin d'éviter les erreurs dans les prestations Afin d'améliorer la gestion des patients </td><td></td></tr> </table>	Besoins propres aux décisions stratégiques Afin d'analyser la situation financière À des fins de planification stratégique Afin d'allouer les ressources Afin d'assurer le contrôle de gestion	Besoins des partenaires d'affaires de l'hôpital Demandes des systèmes de type Medicare Medicaid Demandes des assurances privées Demandes des fournisseurs de l'hôpital	Besoins d'informations partagées Afin d'éviter les erreurs dans les prestations Afin d'améliorer la gestion des patients		
Besoins propres aux décisions stratégiques Afin d'analyser la situation financière À des fins de planification stratégique Afin d'allouer les ressources Afin d'assurer le contrôle de gestion	Besoins des partenaires d'affaires de l'hôpital Demandes des systèmes de type Medicare Medicaid Demandes des assurances privées Demandes des fournisseurs de l'hôpital				
Besoins d'informations partagées Afin d'éviter les erreurs dans les prestations Afin d'améliorer la gestion des patients					

Selon Lorino (2000), le contrôleur de gestion assure le pilotage de l'organisation. Il se charge à la fois de la remontée des informations vers la Direction et de la déclinaison des actions de la direction vers les services. Il est par conséquent amené à assurer une partie des besoins en information de la direction.

En prenant la description du SIH de Burke et Menachemi (2004), le contrôleur de gestion assure ainsi une partie des besoins transversaux en information de l'hôpital. Il est donc amené à mobiliser des données de nature différente. La facilité avec laquelle cet acteur va pouvoir mobiliser ces données dépend de l'organisation du SIH lui-même. S'il est doté d'un sous système nommé par Reix (2000) et O'Brien (1995) Système d'Information de Gestion (SIG), les missions du contrôleur de gestion sont susceptibles d'être mieux assurées. Le Moigne (1986) considère en effet que ce sous-système est nécessaire pour le pilotage des organisations car il est capable de faire l'interface entre le système de pilotage et les systèmes d'exploitation qui enregistrent les données élémentaires dans le SIH. Le SIG constitue par conséquent un facteur intégrateur de tout système d'information (Bidan, 2004).

Ainsi, si le SIH est constitué de systèmes d'exploitation fortement compartimentés, la mise en place d'un SIG intégrateur risque d'être plus délicate. Le contrôleur de gestion risque par conséquent de ne pas pouvoir accéder aux données dont il a besoin dans le format et la précision qu'il désire. Afin de savoir s'il est en mesure de constituer des outils capables d'assurer sa fonction de pilotage, il nous semble donc nécessaire de savoir si l'architecture

fonctionnelle du SIH permet l'émergence d'un Système d'information de gestion. C'est pourquoi, nous allons à présent aborder l'approche du ministère qui présente un point de vue fonctionnel sur le SIH.

1.1.2. L'approche du ministère

A partir de la conception présentée dans l'Ordonnance du 24 avril 1996, Romeyer (2002) identifie trois sous – systèmes dans le SIH:

Le système d'information administratif : il comprend la paie, la facturation, les archives, le transport, et la documentation.

Le système d'information médical : il enregistre toutes les informations provenant des laboratoires, de l'imagerie, des examens et des dossiers médicaux.

Le système d'information de pilotage : ce système comprend les systèmes qui enregistrent les entrées et les sorties des patients, leur identification, l'analyse de gestion et les simulations, ainsi que les statistiques.

Ainsi, le système d'information administratif et le système d'information médical se chargent de l'enregistrement des données élémentaires dans le SIH, le système d'information de pilotage les intègre. Ce dernier correspond donc au SIG.

Or selon le Groupement pour la Modernisation des Systèmes d'Information Hospitalier (GMSIH) dans des études de 2005 et 2006, le SIH reste peu intégré. Ses enquêtes ont en effet montré qu'il existe un clivage fort entre les entités (personnels et supports logiciels) chargées de l'enregistrement des données comptables et financières (i.e. la sphère comptable et financière du SIH) et celles chargées de l'enregistrement et la gestion des données médicales (i.e. la sphère médicale du SIH). Un SIG capable de fédérer ces deux sphères est encore en devenir.

1.2. SIH et contrôle de gestion hospitalier

Quelles caractéristiques permettent en effet à un SIG de favoriser l'émergence d'outils de contrôle de gestion ? Cette section a pour objet de présenter les réponses à cette question par la littérature. Ce travail nous permettra de constituer des hypothèses que nous testerons grâce aux données collectées par notre enquête.

Certains auteurs ont ainsi étudié la capacité des systèmes d'information de gestion à répondre aux besoins des contrôleurs de gestion. Meyssonier et Pourtier (2006), Scapens et Jazayeri (2003), Hyvönen (2002) et Grandlund et Malmi (2002) ont notamment analysé les capacités des ERP à développer les outils du contrôle de gestion. Or tous ces auteurs concluent que les ERP en tant que tel ont un impact limité sur le développement de ce type d'outils. Un SIH capable de couvrir les besoins en information des contrôleurs de gestion n'est cependant pas constitué obligatoirement d'outils logiciels de type ERP. Markus propose en effet trois types d'homogénéisation du SIH possible grâce à la notion de SIG développée par Le Moigne (1986). Parallèlement à l'ERP, qui vise à intégrer le système d'information, il est en effet possible de fédérer les différentes applications via notamment un logiciel de type Enterprise Application Integration (EAI). C'est ce type de solution qui est préconisé auprès des hôpitaux (GMSIH, 2005). Or il n'existe à notre connaissance aucune étude qui étudie les liens entre les outils de contrôle et ce type d'application. Aussi, il est impossible de savoir s'il existe une influence de l'outillage informatique sur le développement des outils de contrôle en cas de fédération des applications logiciels grâce à un EAI.

Par ailleurs, le Ministère de la Santé caractérise les logiciels mobilisés par les contrôleurs de gestion en utilisant notamment un classement en quatre catégories : logiciel généraliste, logiciel dédié à une fonction, logiciel dédié au milieu hospitalier et logiciel développé en interne, c'est-à-dire (pour réemployer les termes du document) « logiciel maison ».

Un contrôleur de gestion peut en effet utiliser des logiciels du commerce du type Microsoft Excel (ou en « open source » tel que Open Office Calc). Il s'agit selon le ministère des logiciels généralistes. Le second type correspond à des logiciels spécialisés dans une fonction particulière tels Business Object pour l'extraction des données. Le troisième est spécifique au monde hospitalier, comme DX-care ou Cpage. Le dernier type de logiciel correspond aux logiciels développés en interne.

Ainsi, les outils informatiques mobilisés par les contrôleurs de gestion ne sont pas forcément spécifiques au monde hospitalier et la fédération du SIH est susceptible de reposer sur un

EAI. Le Système d'information de gestion hospitalier préconisé par le GMSIH (2005) ne peut donc être considéré comme un cas particulier, puisqu'il s'inscrit dans la typologie des SIG développée par Markus et Tanis (2000). Il peut en outre très bien fonctionner sans intégrer systématiquement des logiciels spécifiques à l'hôpital (Mission T2A, 2003). Ce qui nous permet d'avancer l'hypothèse suivante :

H1 : le Système d'Information de Gestion Hospitalier (SIGH) peut tout à fait être composé de logiciels non spécifiques au monde hospitalier.

En suivant toujours l'analyse du Ministère de la Santé, la vocation d'un SIGH (comme n'importe quel SIG) est double. Il doit non seulement être capable, d'apporter des données comptables et financières mais également des données d'activités dans le format et la précision désirée à la direction financière de l'hôpital (Mission T2A, 2003). Ce qui suppose que le SIH soit doté de logiciels d'extraction de deux types de données. En effet, il doit tout d'abord, posséder des logiciels d'extraction de données comptables et financières. Ensuite, afin de pouvoir déterminer des coûts, il doit aussi être doté de logiciels capables d'extraire des données d'activité dans un format et un degré de précision suffisant pour permettre de croiser les données comptables et financières avec l'activité.

Néanmoins, étant donné le faible état de développement du SIGH, les investissements en la matière risquent d'être conséquents. Or, compte tenu de la situation des personnels qualifiés de sous tension par Couanau (2003), mener conjointement deux implémentations susceptibles de désorganiser durablement le travail de pratiquement tous les corps de métiers risque d'aboutir à accroître encore ces tensions. En outre, la situation financière des hôpitaux est fragile (Couanau, 2003).

Pour ces deux raisons majeures, l'hôpital ne peut se permettre de multiplier conjointement des projets de grande ampleur. Il est ainsi amené à hiérarchiser ses choix. Comment dans ce cas savoir quel axe de développement privilégier ? Faut-il plutôt investir dans des logiciels de croisement des données comptables et financières ou plutôt dans des logiciels qui permettent le croisement des données d'activité avec les données comptables et financières ? C'est dans cet esprit que nous allons tester les deux hypothèses ci-dessous :

H2 : un SIG doté de logiciels d'extraction de données comptables et financières facilite l'élaboration des outils de contrôle de gestion.

H3 : un SIG doté de logiciels permettant de croiser les données d'activité avec les données comptables et financières facilite l'élaboration des outils de contrôle de gestion.

Il importe à présent d'évaluer le degré de pertinence de ces hypothèses. Pour réaliser cela, nous allons comparer l'état du SIH avec les outils développés par les contrôleurs de gestion en

milieu hospitalier. Ce qui suppose en guise de préalable de définir les outils utilisés par les contrôleurs de gestion dans les établissements de santé.

1.2. Les outils du contrôle de gestion en milieu hospitalier

Pour Nobre (2004) la génération des outils pour le contrôle de gestion hospitalier est animé par deux logiques distinctes. La première est de nature institutionnelle et cet auteur l'appelle introduction par catalyse réglementaire (1.2.1). La seconde est du seul fait des hôpitaux et cet auteur la qualifie d'implémentation spontanée avec une diffusion par capillarité (1.2.2).

1.2.1. Les outils introduits par catalyse réglementaire

Le plan hôpital 2007, et plus généralement la période qui débute au milieu des années 90 peut être assimilée à une nouvelle période de rationalisation des modes hospitaliers de fonctionnement. Les autorités de tutelle cherchent en effet à exploiter le plus efficacement possible l'ensemble des ressources allouées. Plus généralement ce processus de transformation peut être vu comme un long processus de rationalisations successives qui s'accompagnent de vagues d'outils de gestion nouveaux (David, 1998).

Sous l'impulsion du Ministère de la Santé, les hôpitaux ont ainsi étoffé leurs systèmes de pilotage d'outils de contrôle pré-définis. Nobre (2004) en identifie trois : le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), la Base Nationale des Coûts et le Guide de Méthodologie de Comptabilité Analytique Hospitalière. De ces trois outils, seul le dernier est dévolu au pilotage interne. C'est pourquoi, nous ne présenterons que ce dernier. Paru au BO n° 97/2 bis, son objectif est de valoriser les données du PMSI pour le pilotage interne (Molinié, 2005). Il est composé de trois tomes. Le premier décrit les modalités de retraitement comptable des charges. Le second traite du coût par activités. Le terme d'activité est d'ailleurs assez ambigu, car le découpage que reprend le guide est en fait fonctionnel. Enfin le tome 3 traite du coût par séjour. Un quatrième tome devait traiter des coûts par centres de responsabilité mais pour l'instant, il n'a pas encore été édité.

Le plan hôpital 2007 a depuis enrichi ce système de pilotage par quatre procédures supplémentaires destinées à aider les établissements à développer encore un peu plus leur système de pilotage. Il s'agit de la Mission nationale d'appui à l'investissement Hospitalier (MainH), de la Mission nationale d'expertise et d'audit Hospitalier (MeaH), la Contractualisation et de l'Évaluation Prévisionnelle des Recettes et des Dépenses (EPRD). Tandis que la MainH et la MeaH ont pour objet d'aider à développer des outils construits en coopération avec l'établissement qui fait appel à eux, la contractualisation a pour objet de

favoriser la décentralisation du pilotage des établissements de santé. Cette procédure consiste notamment à nouer des relations contractuelles entre les Pôles (i.e. un regroupement de services) et la Direction sur certains domaines de gestion (Ressources Humaines, Investissement et Exploitation). Des objectifs sont dans ce cadre fixés, ce qui suppose la mise en place de tableaux de bord. Enfin, l'EPRD constitue un ensemble d'outils de gestion précis destinés au pilotage interne des hôpitaux. La circulaire du 11 août 2006 précise intégralement les différents aspects de l'EPRD. Il s'agit d'une procédure budgétaire glissante dont les échéanciers sont à fournir à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation tous les quatre mois. La prévision des recettes réalisée par l'établissement sert de base pour l'allocation des moyens financiers pour l'établissement. L'EPRD mobilise aussi des instruments d'analyse financière qui viennent en complément des budgets prévisionnels. Ainsi, à partir des budgets et de l'activité prévisionnelle (par le biais des dépenses) sont constitués des bilans prévisionnels sur une période de cinq ans. Et ces bilans prévisionnels servent à déterminer la capacité d'autofinancement. Des flux de trésorerie prévisionnels doivent également être calculés grâce à la confrontation du fonds de roulement et du besoin en fonds de roulement issus tous deux des bilans prévisionnels.

Tandis que la MainH et la MeaH sont des procédures facultatives, la Contractualisation et l'EPRD sont des procédures obligatoires. C'est pourquoi, nous nous intéresserons en particulier à ces deux dernières.

1.2.2. Les outils introduits de manière spontanée et diffusés par capillarité

Les outils de pilotage sont aussi l'œuvre de démarches isolées guidées par des considérations de politique interne. Par conséquent au niveau des hôpitaux co-existent une logique de génération d'outils de type institutionnel et une logique qui dépend uniquement de la volonté des établissements. Ces outils se développent généralement en « tache d'huile » : tout d'abord l'outil envisagé est expérimenté dans un service qui s'est porté volontaire. Ensuite, si l'implémentation de cet outil de pilotage est réussie, alors il est diffusé progressivement dans toute l'organisation. Ce type de génération des outils de gestion en milieu hospitalier est appelé par Nobre (2004) « introduction de manière spontanée par capillarité ». Ce processus de changement est donc tout d'abord circonscrit à une partie de l'organisation et ensuite, s'il est concluant, il est élargi à l'ensemble de l'organisation.

Ce processus suppose des promoteurs internes, puisqu'il n'est pas imposé. Il agit en outre par diffusion. Selon Nobre (2004), il s'agit des acteurs clé de l'organisation (directeurs

d'établissement ou administratifs, voire des contrôleurs de gestion) qui recherchent un moyen de lier plus étroitement les outils de pilotage aux pratiques professionnelles. Hors du champ envisagé par les autorités de tutelles (ministère et ARH), les outils de pilotage qui sont le plus souvent envisagés viennent de la sphère privée. Le grand problème réside dans leur adaptabilité à un contexte qui peut être très différent.

Comment en effet savoir quels outils de pilotage sont adaptables ? Répondre définitivement à cette question est impossible, néanmoins, certaines pistes peuvent être suivies. Ainsi, Ramsey (1994) préconise l'Activity Based Costing (ABC). Cette idée a été reprise par un certain nombre d'auteurs tels que Nobre (2004), Nobre et Biron (2001) ou Garrot (1995). De même, le Balanced Scorecard constitue un candidat pertinent pour l'introduction d'outils de pilotage de manière spontanée par capillarité à l'hôpital (Nobre, 2004 et Expert, 2006). D'autres pratiques sont également envisageables comme le management par la qualité totale (Van Harten, Casparie et Fisscher, 2002).

Cette rapide revue de la littérature nous montrent par conséquent que les outils transposables au milieu hospitalier sont relativement diversifiés.

Apprécier les caractéristiques fondamentales d'un SIG adapté au monde hospitalier suppose de mettre en relation le développement des outils en contrôle de gestion et les caractéristiques du SIG que nous avons mis en évidence dans nos hypothèses (cf. 1.1). Ce travail de confrontation fait l'objet de notre seconde partie.

2. SIH et Contrôle de Gestion : les apports de notre enquête

L'objet de cette section est de présenter non seulement nos résultats mais également la manière dont ils ont été produits. C'est pourquoi, nous commencerons par présenter la méthodologie utilisée (2.1). Ensuite, nous présenterons nos résultats (2.2).

2.1. Méthodologie

Nous présenterons dans cette première section les caractéristiques de notre échantillon (2.1.1.) ainsi que les principales étapes qui nous ont permis de produire nos résultats (2.1.2.).

2.1.1. Présentation de l'échantillon

La méthodologie de collecte des données est fondée sur la diffusion d'un questionnaire administrée par voie postale auprès des contrôleurs de gestion des hôpitaux publics de court séjour (i.e. de type « Médecine Chirurgie Obstétrique ») de France (métropolitaine et d'outre mer). Le taux de réponse a été de 23%. La base de données dans laquelle leurs adresses ont été

collectées est celle de la Fédération Hospitalière de France (FHF), qui regroupe environ 430 établissements de ce type.

Par ailleurs, en suivant la typologie utilisée par le Haut Conseil de l'Assurance Maladie, notre échantillon se rapproche en termes de proportion de la population totale des hôpitaux interrogés (Tableau n° 2).

Tableau n°2 : comparaison de la composition de l'échantillon avec la population cible

Type d'établissement	Proportion dans l'échantillon	Proportion dans la population cible
CHU/CHR	4,17%	5,30%
CH	95,83%	94,70%

Légende :

CHU-CHR : il s'agit soit des Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) ou des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). Les CHR sont des hôpitaux à vocation régionale liée à une forte spécialisation. Ils peuvent établir une convention avec l'université et dans ce cas prennent le titre de CHU. Tous ces établissements sont de type MCO.

CH : il s'agit d'établissements de santé qui selon l'article R6145-16 du Code de la Santé Publique ne sont ni des CHU, ni des CHR. Ils sont par conséquent définis par. Notre population ainsi que notre échantillon ne prend en compte que les CH de type MCO.

2.1.2. Présentation des traitements effectués

Notre travail d'analyse est fondé sur un classement des hôpitaux en fonction du développement de leur outillage en contrôle de gestion. Chaque fois qu'un des outils répertoriés par notre questionnaire est présent dans un établissement, nous avons affecté un point à cet établissement. De la sorte, un hôpital qui utilise des tableaux de bord au niveau de son établissement, ses pôles et ses services obtient par exemple trois points. S'il utilise de surcroît les trois tomes de calcul des coûts du ministère, il obtient trois points supplémentaires. De même, si ce dernier mobilise trois types d'indicateurs dans chacun de ses tableaux de bord, il obtient trois points supplémentaires par tableau de bord.

Enfin, l'animation des outils par les acteurs a été prise en considération au travers la fréquence de mise des outils. Ainsi, si, par exemple, la fréquence de mise à jour des tableaux de bord est trimestrielle (i.e. fréquence de 4 fois par an), alors 4 points seront attribués à l'hôpital.

Grâce à une analyse factorielle des correspondances, quatre groupes distincts ont ainsi pu être mis en évidence. Et en reprenant l'état de développement des différents groupes, nous avons pu identifier des coefficients moyens de développement des outils (Tableau n° 3).

Tableau n°3 : Coefficient moyen de développement des Outils en Contrôle de Gestion par groupe

Groupes	Coefficient moyen de développement des Outils en Contrôle de Gestion par groupe
1	2,45
2	10,69
3	22,00
4	36,80

Suite à ce découpage, nous avons évalué le taux d'utilisation pour chacun des groupes des différents types de logiciels mentionnés par nos hypothèses. Ce qui nous a permis d'obtenir les coefficients de corrélation cités dans cette communication pour chacun des critères testés. Ainsi, pour tester notre hypothèse n°1, nous avons déterminé le taux de possession de chacun des types de logiciels au sein des différents groupes. Par exemple, pour le groupe 1, nous avons constaté que le nombre total de logiciels spécifiques au monde hospitalier est de 14. Sachant que le nombre d'individus du groupe 1 est de 22, le taux de possession est de 0,64 logiciels par établissements du groupe 1. Le même principe a été utilisé pour chacun des groupes comme le montre le Tableau n°4.

Tableau n°4 : Confrontation des logiciels avec le coefficient moyen de développement des Outils (1/2)

Groupes	Coefficient moyen de développement des Outils en Contrôle de gestion par groupe	Logiciels			
		maison	dédié hôpital	dédié fonction	généraliste
1	2,45	0,64	0,00	0,50	0,14
2	10,69	1,66	0,06	1,11	0,80
3	22,00	1,56	0,12	1,26	0,59
4	36,80	2,20	0,60	1,00	2,40

Puisque tous les établissements répondants possèdent au plus un logiciel d'extraction des données comptables et financières ainsi qu'un seul logiciel pour croiser les données comptables avec les données d'activité, le taux de possession de ces logiciels se confond avec le pourcentage des établissements qui possèdent ce type de logiciel. C'est pourquoi, nos coefficients de corrélation pour tester les hypothèses 3 et 4 sont déterminés à partir du tableau représenté par le tableau n°5.

Tableau n°5: Confrontation des logiciels avec le coefficient moyen de développement des Outils (2/2)

Groupes	Coefficient moyen de développement des Outils	Logiciels utilisés pour	
	en Contrôle de Gestion par groupe	le Croisement des données	l'extraction des données
1	2,45	0,00%	40,91%
2	10,69	25,71%	94,29%
3	22,00	29,41%	79,41%
4	36,80	80,00%	80,00%

2.2. Présentation des résultats

Nous commencerons par présenter le résultat du classement des établissements en fonction de l'état de développement de leurs outils en contrôle de gestion (2.2.1). Ensuite, nous confronterons ce classement avec l'étude du SIH des établissements correspondants (2.2.2).

2.2.1. État des lieux des systèmes de contrôle de gestion



Nous avons observé dans notre échantillon deux groupes distincts. Dans le premier groupe, les établissements n'ont pas entamé d'actions concrètes de contractualisation (absence de domaines faisant l'objet d'une contractualisation et absence de tableaux de bord par pôle). Dans le second au contraire, des procédures de contractualisation sont menées. La figure n°1 présente cette distinction dans notre échantillon et met en avant une situation paradoxale : bien que la contractualisation est obligatoire, une nette majorité des établissements n'ont pas encore entamé d'actions concrètes dans ce domaine.

Figure n°1 : état de développement des outils (1/2)

CONTRACTUALISATION ?	
NON	OUI
GROUPE I	GROUPE II
58,46% de l'échantillon	41,54% de l'échantillon

Cette distinction des hôpitaux recoupe celle présentée au point 2.1.2. Le groupe I englobe en effet les groupes n°1 et 2 et le groupe II, les groupes 3 et 4 (figure n°2).

Figure n°2 : état de développement des outils (1/2)

CONTRACTUALISATION ?	
NON	OUI
GROUPE 2 36,46% de l'échantillon	GROUPE 4 6,13% de l'échantillon
GROUPE 1 22% de l'échantillon	GROUPE 3 35,41% de l'échantillon
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>GROUPE I</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>GROUPE II</p> </div> </div>	

Tandis que les hôpitaux du groupe 1 n'ont pratiquement pas développé d'outils de contrôle interne, hormis les procédures budgétaires nécessaires pour réaliser l'Evaluation prévisionnelle des Recettes et des Dépenses (EPRD), ceux du groupe 2 possèdent des tableaux de bord ainsi que des méthodes de calcul des coûts introduits essentiellement par catalyse réglementaire.

Les établissements du groupe 3 se sont non seulement engagés dans des procédures de contractualisation, mais ont aussi développé un certain nombre d'outils supplémentaires par rapport au groupe 2. Ainsi, par exemple leurs tableaux de bord sont plus fournis en indicateurs. Enfin, le groupe 4 est composé d'un nombre restreint d'établissements ayant développé un nombre conséquent d'outils produisant des informations de manière nettement plus développées et systématiques que les groupes précédents. Ils sont par exemple tous dotés de tableaux de bord par service et pour leur établissement et (pour 80% d'entre eux) de tableaux de bord par pôle particulièrement étoffés puisqu'ils comportent jusqu'à sept types d'indicateurs.

Compte tenu de ce classement, nous allons à présent pouvoir comparer l'état de développement des outils en contrôle de gestion avec les hypothèses sur le SIH qui permettent selon la littérature de faciliter le développement des outils de contrôle.

2.2.2. Analyse des hypothèses

Cette section a pour objet de valider ou invalider, voire de moduler les hypothèses qui ont été élaborées à partir de la littérature dans la première partie de cet article.

La première hypothèse que nous proposons de tester est la suivante :

H1 : le Système d'Information de Gestion Hospitalier (SIGH) peut tout à fait être composé de logiciels non spécifiques au monde hospitalier.

Si H1 est validée, alors le type de logiciel qui anime le SIGH conditionne sa capacité à développer les outils pour le contrôle de gestion.

En analysant les coefficients de corrélation (Tableau n°6) entre le taux de possession des différents logiciels utilisés par les répondants et le développement des outils de contrôle de gestion, nous constatons que le développement des outils en contrôle de gestion est plus fortement corrélé avec les logiciels spécifiques à une fonction, au milieu hospitalier ou à un hôpital en particulier (« logiciel maison ») qu'avec les logiciels « généralistes ». .

Tableau n°6 : coefficient de corrélation entre les logiciels spécifiques et les outils de contrôle

	Coefficient de corrélation	Intervalle de Confiance à 95%	
		Borne basse	Borne haute
Généraliste	54,02%	52,54%	55,50%
Dédié fonction	89,89%	89,49%	90,30%
Dédié hôpital	88,60%	88,15%	89,05%
Logiciels « Maison »	92,66%%	92,05%%	92,60%

Il semble donc qu'il existe une correspondance entre la spécificité des logiciels et l'état de développement des outils de contrôle. Ainsi, le SIGH peut certes être composé de logiciels non spécifiques au monde hospitalier, mais le fait d'en posséder constitue un atout dans le développement des outils pour le contrôle de gestion hospitalier.

Les deux autres hypothèses que nous avons formulées étaient les suivantes :

H2 : un SIG doté de logiciels d'extraction de données comptables et financières facilite l'élaboration des outils de contrôle de gestion.

H3 : un SIG doté de logiciels permettant de croiser les données d'activité avec les données comptables et financières facilite l'élaboration des outils de contrôle de gestion.

Le tableau n°7 présente les coefficients de corrélation entre le nombre des outils de contrôle de gestion et la présence de logiciels d'extraction de données comptables et financières et

celle de logiciels de croisement entre les données comptables et financières et les données d'activité.

Tableau n°7 : coefficient de corrélation entre les logiciels spécifiques et les outils de contrôle

	Coefficient de	Intervalle de Confiance à 95%	
	corrélation	Borne basse	Borne haute
Extraction des données comptables et financières	48,97%	47,39%	50,56%
Croisement des données d'activité avec les données comptables et financières	96,05%	95,88%	96,21%

Le fait de pouvoir croiser les données comptables et financières et le développement des outils de contrôle de gestion est fortement corrélé avec l'état de développement des outils de contrôle de gestion. En revanche, l'intensité de la liaison entre l'état de développement des outils en contrôle de gestion et la présence d'un logiciel d'extraction des données comptables et financière est moindre par rapport à la situation précédente.

Par conséquent, au vu des résultats, un hôpital de court séjour désirant développer ses outils en contrôle de gestion devrait doter en priorité son SIG de logiciel lui offrant la possibilité de croiser ses données comptables et financières avec ses données d'activité, puisque la correspondance est plus forte entre ce type de logiciel et l'état de développement des outils de contrôle de gestion.

Conclusion

Au terme de cette étude, notre enquête apporte certains éléments susceptibles de guider la constitution d'un SIGH.

Ainsi, doter le Système d'Information de Gestion Hospitalier (SIGH) de logiciels spécifiques au monde hospitalier ou développés en interne a, semble-t-il, une influence certaine sur la capacité des hôpitaux à développer leurs outils en contrôle de gestion. De même, le fait de pouvoir croiser des données comptables et financières avec des données d'activité est à prioriser par rapport au développement d'un logiciel d'extraction de données comptables et financières.

Ce travail de recherche peut être poursuivi dans de multiples directions. Dans le cadre de nos futurs travaux, nous avons opté pour deux directions possibles. Premièrement, il nous semble tout d'abord que le classement des différents établissements en fonction du développement de leurs outils en contrôle de gestion mériterait certains approfondissements. En effet, nous nous sommes limités à une analyse quantitative. L'utilisation et la richesse des outils mobilisés ne peut en effet être qu'imparfaitement prises en compte.

Deuxièmement, comme notre travail n'a étudié que des corrélations entre le SIH et les outils du contrôle de gestion, nous n'avons pas pu savoir si c'est l'évolution du SIH qui permet la transformation des outils du contrôle ou l'inverse. Il serait par conséquent intéressant de compléter cette vision statique par une vision dynamique de la relation entre le SIH et la transformation du système de contrôle que connaissent actuellement les hôpitaux publics.

Bibliographie

- Baumart, Donada, Ibert et Xuereb (2003) « *La collecte des données et la gestion de leurs ressources* » in Thiétart R.A. « *Méthodes de recherche en management* », Edition Dunod
- Bidan M. (2004) « Fédération et Intégration des applications du Système d'information de Gestion » *Systèmes d'information et management*, vol.9 pp.1-20
- Burke D.E. et Menachemi N. (2004), « Opening the Black Box : Measuring Hospital Information Technology Capability ». *Health Policy*, pp. 207-217.
- David A. (1998) « Outils de gestion et dynamique du changement », *Revue Française de Gestion*, n°120, pp.44-59
- Expert P. (2005) « Le tableau de bord idéal : arlésienne et phénix », *Gestions Hospitalières*, n°504, mai-juin, pp. 48-51,
- Garrot T. (1995), « La gestion hospitalière par la méthode ABC » *Comptabilité Fiance Audit*, pp. 1-10
- Grandlund M. et Malmi T. (2002) « Moderate impact of ERPS on management accounting : a lag of permanent outcome ? », *Management Accounting Research*, 13(3), pp.299-321
- Groupe pour la modernisation des systèmes d'information (GMSIH) (2005) « *Alignement stratégique du système d'information des établissements de santé : définition des concepts et méthodologie appliquée à l'étude* », Actes de la Journée des adhérents du GMSIH, juillet 2005
- Groupe pour la modernisation des systèmes d'information (GMSIH) (2005) « *Analyse de l'existant et des besoins des systèmes d'information de production de soins : description et analyse des processus de soins, analyse critique et identification des besoins* », Actes de la Journée des adhérents du GMSIH, juillet 2005
- Groupe pour la modernisation des systèmes d'information (GMSIH) (2006) « *Kit de base des tableaux de bord* », Actes de la Journée des adhérents du GMSIH, juillet 2006,
- Hyvönen T. (2003) „Management accounting and information systems : ERP versus Best of Breed“, *European Accounting Review*, vol. 12, n°1, pp. 155-173
- Le Moigne J.L. ,(1986) « Vers une système d'information organisationnel ? », revue française de gestion, novembre-décembre 1986, novembre-décembre 1986, pp. 20-31
- Lorino P. (2000) « *Le pilotage de la performance* », Editions d'organisation, Paris

- Markus L.M. et Tanis C. (2000) « The Enterprise System Experience-from adoption to success » in Zmud, Robert W. (ed.) : *Framing the domains of IT Management. Pinaflex Educational Resources*. Cincinnati OH
- Mélèse J. (1979) « *Approches systémiques des organisations* », Édition Hommes et Techniques,
- Meyssonier F. et Pourtier F. (2006) “Les ERP changent-ils le contrôle de gestion ? “ *Comptabilité Contrôle Audit*, Tome 12, vol. 1, mai 2006, pp. 45-64
- Ministère de la santé (2003) “*Mission T2A : la tarification à l’activité*”
- Molinié E. (2005) « L’hôpital public en France : bilan et perspectives », *Conseil Economique et Social*, juin 2005
- Nobre T. et Biron N. (2002), L’ABC à l’hôpital le cas de la chirurgie infantile, *Finance, Contrôle et Stratégie*, vol 4, n°2, juin.
- Nobre T., (2004), L’introduction de nouveaux outils de contrôle de gestion à l’hôpital : le cas de l’ABC, *Journal d’économie médicale*, Novembre Décembre , Vol. 22 – N° 7-8, pp. 36-47
- Nobre T. (2004) « Le tableau de bord prospectif : un outil de gestion pour l’hôpital ? », *Gestions Hospitalières*, n°414, pp. 171-179
- O’Brien J (1995) « *Les systèmes d’information de gestion* » De Boeck université
- Reix R. (2000) « *Systèmes d’information et management des organisations* », éditions Vuibert
- Romeyer C. (2002) « *Système d’information fondé sur une traçabilité des activités : intérêts et difficultés de mise en œuvre dans les hôpitaux* », thèse de doctorat
- Scapens R. W. et Jazayeri M. (2003) “ERP and management accounting change : opportunities and impacts ?”, *European Accounting Review*, 12:1, pp. 201-233
- Van Harten, W.H.v., Casparie, T.F., Fisscher, O.A. (2000), "Methodological considerations on the assessment of the implementation of quality management systems", *Health Policy*, Vol. 54 No.3, pp.187-200.